



Til medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

22-09-2022

MDR-2022-00183

Maren Munk-Madsen

## Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 29. september 2022 kl. 10.30

**Deltagere:** Anders Kühnau, Stephanie Lose, Lars Gaardhøj, Heino Knudsen, Ulla Astman, Mette With Hagensen, Trine Birk Andersen, Mads Duedahl, Martin Geertsen, Jacob Jensen, Christoffer Buster Reinhardt, Per Larsen, Martin Jakobsen, Karin Friis Bach, Peter Westermann, Tormod Olsen

**Afbud:** Anders G. Christensen

**Mødested:** Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø



# Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig) .....	4
2 (Fortrolig) .....	4
3 (Fortrolig) .....	4
4 (Fortrolig) .....	4
5 (Offentlig) Udvælgelse af Behandlingsrådets analysetemaer .....	5
6 (Offentlig) Status på covid-19 .....	13
7 (Fortrolig) .....	16
8 (Fortrolig) .....	16
9 (Offentlig) Status for ansættelse af speciallæger august 2022 .....	17
10 (Fortrolig) .....	25
11 (Offentlig) Nye gymnasiesamarbejder og kapacitet 2023/24 .....	26
12 (Offentlig) Opfølgende drøftelse af Danske Regioners generalforsamling 2023 .....	29
13 (Offentlig) Etablering af patientoplevelsespris .....	33
14 (Fortrolig) .....	35
15 (Offentlig) Høringssvar - Sundhedsstyrelsens faglige ramme for etablering af nærhospitalet .....	36
16 (Offentlig) Høringssvar - Forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner mv. ....	39
17 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop .....	42
18 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af offentlighedsloven mv. ....	45
19 (Offentlig) Høringssvar - Lov om ansættelsesbeviser .....	47
20 (Offentlig) Hverv - VISO's bestyrelse .....	50
21 (Offentlig) Generelle orienteringer .....	51
22 (Offentlig) Formandens meddelelser .....	58
23 (Offentlig) Næste møde .....	59
24 (Offentlig) Eventuelt .....	60

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

## 5 (Offentlig) Udvalgelse af Behandlingsrådets analysetemaer

---

Thomas Birk Andersen  
EMN-2017-04443

### Resumé

Danske Regioner har oprettet Behandlingsrådet, som bl.a. har til opgave at gennemføre 2-3 årlige analyser, som skal tage fat på mere grundlæggende spørgsmål om f.eks. behandlingsregimer, tilgange til eller organisering af behandlinger.

Hospitaller og regioner har stillet 20 forslag til analysetemaer på forskellige områder. Behandlingsrådet har gennemgået forslagene, og prioriterer fem af analysetemaerne særligt højt. Derudover vurderer rådet, at seks af de foreslåede analysetemaer kan besvares, hvis de udvælges til en større analyse. Af de resterende ansøgninger finder rådet, at der enten kræves yderligere afgrænsning af forslagene, eller at analysetemaerne falder uden for Behandlingsrådets analysefelt.

Bestyrelsen skal foretage den endelige udvælgelse af de 2-3 analysetemaer, som Behandlingsrådet skal arbejde videre med.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen udvælger 2-3 analysetemaer, som Behandlingsrådet skal arbejde videre med.

---

### Sagsfremstilling

#### Baggrund

Danske Regioners bestyrelse besluttede den 5. marts 2020 den endelige model for Behandlingsrådet. Det følger af modellen, at Behandlingsrådet kan udføre to typer af undersøgelser: Evalueringer og analyser. Hvor evalueringerne tager udgangspunkt i et produkt (et eller flere sammenlignelige produkter), så tager analyserne fat i mere grundlæggende spørgsmål om f.eks. behandlingsregimer, tilgange til eller organisering af behandlinger.

Det fremgår endvidere af modellen, at det er hospitalsledelser, regioner og Behandlingsrådet, som kan indstille emner til analyserne. Blandt de indstillede emner vælger Danske Regioners bestyrelse årligt 2-3 analysetemaer, som Behandlingsrådet skal arbejde videre med. Analyserne skal ligesom evalueringerne munde ud i konkrete anbefalinger, som regionerne og andre aktører i sundhedsvæsenet kan implementere.

Sidste efterår udvalgte bestyrelsen for første gang analyser, som skal udarbejdes af Behandlingsrådet. Bestyrelsen udvalgte følgende analyser:

- Anvendelse af patientnær diabetes teknologi
- Håndholdt fokuseret ultralyd i akutmedicin
- Kunstig intelligens som beslutningsstøtte til koloskopi

Bestyrelsen pegede samtidig på, at Behandlingsrådet kunne supplere med yderligere analyser blandt forslagene. Behandlingsrådet har benyttet denne mulighed til også at igangsætte en analyse om intelligente/højteknologiske hospitalssege.

Ingen af de fire analyser er færdige. Bestyrelsen vil blive orienteret om resultatet af analyserne, når de foreligger.

### **Behandlingsrådets vurdering af analysetemaer**

Behandlingsrådet har i år modtaget 20 forslag til analysetemaer fra hospitaler og regioner.

Behandlingsrådet har gennemgået de indkomne forslag med henblik på at kvalificere bestyrelsens endelige valg af analysetemaer. I den forbindelse fandt Behandlingsrådet det væsentligt, at de temaer, som udvælges, i betragteligt omfang kan medvirke til at skabe mere sundhed for pengene. Behandlingsrådet anbefaler derfor, at der udvælges temaer, der har særlig fokus på patientvolumen, et tydeligt organisatorisk og gerne ressourcefriggivende perspektiv, potentiale for udbredelse til lignende områder eller nye teknologiske landvindinger.

Behandlingsrådet har foretaget en prioritering af ansøgningerne og indplaceret dem i følgende fire kategorier:

- Temaer, der prioriteres særligt højt af Behandlingsrådet
- Temaer, der kan besvares
- Temaer, der kræver yderligere afgrænsning
- Temaer, der falder uden for Behandlingsrådets genstandsfelt

### **Analysetemaer som Behandlingsrådet prioriterer særligt højt**

Temaerne i denne kategori er vægtet særligt højt af Behandlingsrådet, idet de imødekommer rådets ønsker til større analyser. Det er således temaer med stor patientvolumen og gode muligheder for optimeret ressourceforbrug og temaer, hvor rådet finder, at der kan være potentiale for at udbrede anbefalinger til andre områder, temaer der flytter patienter ud af sygehuse og temaer, hvor både patienter og sygehuse potentielt kan have gavn af ændrede sagsge.

Nedenfor følger en gennemgang af ansøgers motivation og Behandlingsrådets vurdering af de fem forslag, som rådet prioriterer særligt højt.

***Internetbaseret terapi – evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling (indstiller: Region Syddanmark på vegne af regionerne)***

Det landsdækkende behandlingstilbud "Internetpsykiatrien" tilbyder evidensbaserede forløb for patienter med let til moderat angst og depression, støttet af psykologer ved bl.a. forsamtaler. Forslagsstiller finder, at tilbuddet har potentiale til at hjælpe mange flere borgere inden for målgruppen, end det aktuelt gør. Dette kræver dog øget kendskab til tilbuddet. Dernæst kræver det en bredere forankring og formidling fra relevante aktører, f.eks. almen praksis, sundhedshuse, kommunale tilbud, sundhed.dk og i fremtiden hos f.eks. sundhedsklynger og nærhospitaler. Der er samtidigt et potentiale i at tilbyde endnu flere målgrupper behandling.

Der lægges i analysetemaet vægt på, at internetbaseret terapi vil kunne støtte det eksisterende psykiatritilbud og lette det samfundsmæssige og sundhedsøkonomiske pres på området, såfremt tilbuddet opskaleres. En analyse fra Behandlingsrådet vil understøtte udviklingen ved at skabe tydelighed om internetbaseret terapies behandlings- og omkostningseffektivitet.

*Behandlingsrådets vurdering:* Rådet bemærker, at det er et tema indenfor det psykiatriske område, der oplever et stort pres, og hvor behandlingsformen rummer et stort potentiale – også i forhold til at udbrede anbefalingen til andre områder.

***Anvendelse af hjemme-NIV (non-invasiv ventilation) i hjemmet til KOL-patienter (indstiller: Region Midtjylland)***

Analysetemaet er relativt afgrænset og omhandler hjemme-NIV respirator behandling til KOL-patienter, som er ibrugtaget flere steder i Danmark. Patienter kan her profitere af behandlingen, da den kan øge tiden til næste indlæggelse, reducere forværring af sygdomme og har positiv betydning for dødeligheden. Ved brug af hjemme-NIV behandling forventes antallet af akutte indlæggelser desuden at falde en smule. Forslagsstilleren ønsker derfor at øge antallet af patienter, som modtager hjemme-NIV behandling.

Analysetemaet fokuserer på de sundhedsøkonomiske konsekvenser af behandlingen, herunder muligheden for at færre akutte indlæggelser og øget livskvalitet hos patienterne kan opveje de meromkostninger, der er forbundet med behandlingen.

*Behandlingsrådets vurdering:* Rådet bemærker, at der er tale om en forventeligt billig behandling til en stor målgruppe og indenfor et område med meget evidens. I Sydeuropa har denne behandlingsmetode været anvendt i mange år, og det forventes at kunne give patienter øget livskvalitet samtidig med, at det kan mindske antallet af indlæggelser.

### ***Søvnendoskopi og søvnapnø (Indstiller: Rigshospitalet og Regionshospitalet Gødstrup)***

Det indstillede analysetema fokuserer på tilgangen til behandling af patienter med obstruktiv søvnapnø. Søvnapnø er en alvorlig sygdom, der kræver behandling og forekommer hos ca. 10 pct. af voksne mænd og 5 pct. af voksne kvinder. Ubehandlet søvnapnø øger risikoen for blodpropper i hjerne og hjerte samt risikoen for pludselig og uventet død med op til 3 gange. Derudover øges risikoen for forhøjet blodtryk samt type-2 diabetes. Patienterne har endvidere ofte påvirket dagsfunktion i form af træthed, problemer med korttidshukommelse og koncentrationsbesvær.

Op mod 50 pct. af patienterne kan ikke anvende den gældende standardbehandling, hvorfor der er behov for at afsøge andre alternativer. Forslagsstillerne ønsker i den forbindelse en vurdering af et nyt diagnostisk værktøj, søvnendoskopi, der kan identificere den anatomiske årsag til patientens søvnapnø og dermed prædiktere behandlingsvalget. Søvnendoskopi anvendes bl.a. rutinemæssigt i USA og Holland.

*Behandlingsrådets vurdering:* Rådet bemærker, at det er et område, hvor antallet af patienter er steget kraftigt de seneste år, og nu er oppe på et niveau, hvor ambulatorierne har svært ved at følge med. Derfor er der et behov for at se nærmere på, hvordan det rigtige behandlingstilbud kan findes til patienten hurtigst muligt for at sikre en velfungerende behandling. Det er også væsentligt ud fra at sikre lighed i sundhed, hvor der i dag er patienter, der ikke profiterer af nogle af de eksisterende tilbud i regionalt regi, hvormed de står uden reelle behandlingstilbud, fraset tilbud, hvor der er egenbetaling.

### ***Optimering af cancerkontroller (indstiller: Regionshospitalet Gødstrup)***

Det foreslås i analysetemaet, at der foretages en gennemgang af litteraturen med henblik på at vurdere patientsikkerheden ved at ændre kontrolforløbet for patienter, der modtager kræftbehandling. Kan man f.eks. gå fra 4 til 3 scanninger på et år, vil man både kunne nedsætte den mængde stråler patienten får og nedsætte ventetiden.

*Behandlingsrådets vurdering:* Rådet bemærker, at aktører som Sundhedsstyrelsen og DMCG løbende vurderer kontrolintervaller for cancerforløb. Rådet ser dog et potentiale i at se på andre typer af kontroller inden for det somatiske område, da sundhedsvæsenet generelt bruger mange ressourcer på at foretage kontroller, der ikke nødvendigvis



er evidens for. Det er relevant at se nærmere på, om de mange kontroller er en hensigtsmæssig prioritering, da de også bidrager til at fastholde patienten i en sygdomstilstand. Rådet foreslår derfor, at temaet tilpasses, så det rummer somatiske kontroller generelt. Rådet har i øvrigt en opmærksomhed på, at der aktuelt i regi af Vælg Kloget også pågår et arbejde med kontroller.

### ***Artroskopi ved smerter (indstiller: Region Nordjylland)***

Analysesetemaet omhandler brugen af invasive kikkertoperation (artroskopi) af knæ med fjernelse af menisk for patienter over 40 år, som har haft smerter over tre måneder. Der udføres 18.000 knæartroskopier om året i Danmark.

Det er for nyligt vist i et Cochrane review, at effekten af artroskopi er lille eller ikke eksisterende. Det er samtidigt ikke klart hvilke patienter, der har gavn af artroskopi af knæet. Der foreligger desuden en national klinisk retningslinje fra 2019, der anbefaler ikke-kirurgisk behandling af ikke-traumatisk opståede knæ smerter. Anbefalingen tager dog ikke højde for de sundhedsøkonomiske eller organisatoriske konsekvenser, hvilket taler for at Behandlingsrådet kan igangsætte en analyse af området, hvor rådets retningslinjer benyttes til at foretage en sammenligning af artroskopi med træning af knæleddet.

*Behandlingsrådets vurdering:* Rådet bemærker, at det er et ressourcetungt område med en behandlingsform, der allerede er ved at blive implementeret, men hvor der i nogle tilfælde findes løsninger, der er bedre at benytte end at artroskopere. Såfremt analysesetemaet ikke udvælges, kan der eventuelt foretages en tilpasning af temaets bredde, så det i stedet kan håndteres som en evaluering.

### **Analysetemaer som Behandlingsrådet finder kan besvares**

Foruden de ovenfor gennemgåede projekter, som Behandlingsrådet prioriterer særligt højt, så har rådet modtaget yderligere 15 forslag til analysetemaer. Seks af disse temaer er efter rådets vurdering karakteriseret ved at være egnede og relevante temaer. De seks temaer prioriteres dog ikke lige så højt af Behandlingsrådet, som de ovenfor omtalte temaer, da de ikke i samme udstrækning imødeser de kriterier, som rådet lægger vægt på. Analysetemaerne gennemgås kort nedenfor:

### ***Patienter i anæstesi i mere end to timer og problematik med forekomst af hypotermi (indstiller: Sydvestjysk Sygehus)***

Analysesetemaet omhandler patienter i anæstesi i mere end to timer og problematikken med forekomst af lav kropstemperatur (hypotermi) hos patienter. Standarden for hypotermi (5 pct. af patienter) opnås ikke i nogle af regionerne eller nationalt, da 11,7 pct. får hypotermi ved opvågning på landsplan. Analysetemaet berører både temperaturmåling samt

varmesikring af patienter. På nationalt plan anvendes forskelligartede interventioner som f.eks. varmemadras, selvopvarmende tæpper og væskevarmere til forebyggelse af utilsigtet perioperativ hypotermi. Beslutningen om, hvilke interventioner, der anvendes, beror oftest på leverandørernes anbefalinger samt den kliniske erfaring, hvorfor det er relevant at undersøge, hvilken evidens der understøtter anvendelse af de forskellige nonfarmakologiske metoder.

***Virtual reality (VR) som smertelindring til børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter (indstiller: Sydvestjysk Sygehus)***

Målet med analysen er at belyse, om VR-teknologier generelt giver klinisk merværdi baseret på selvvurderet smerteopfattelse, relativt til konventionel smertebehandling. Det kan også være relevant at undersøge, om der ses væsentlige forskelle på tværs af VR-systemer.

***Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde (indstiller: Region Syddanmark på vegne af regionerne)***

Analysetemaet kan omfatte en stor og potentiel heterogen population, der kan forventes at indeholde vidt forskellige patientforløb og relevante effektmål, hvorfor en afgrænsning af temaet er nødvendig. Merværdien i analysetemaet kan forventes at rette sig mod ændringer i patientoplevelt kvalitet samt, fra et organisatorisk perspektiv, mulige reduktioner i udeblivelsesprocenten. Sundhedsøkonomisk vil omkostningseffektiviteten af tilbuddet skulle afdækkes.

***Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapi-former (indstiller: Region Syddanmark på vegne af regionerne)***

Temaet retter sig mod en sammenligning af VR-understøttet eksponeringsterapi overfor traditionel eksponeringsterapi til behandling af voksne patienter med angstlidelser og PTSD. Flere behandlingstyper, der anvender VR som platform, nævnes som relevante, hvilket gør analysen meget bred og en afgrænsning vil være nødvendig. Indstiller af analysetemaet har oplyst, at man har en særlig interesse i eksponeringsterapi over for angstlidelser og i mindre grad i de innovative terapiformer.

***Perkutan vertebroplastik (PVP) af osteoporotiske sammenfald (vertebrale frakturer) (indstiller: Århus Universitetshospital)***

Indstillingen omhandler behandling med perkutan vertebroplastik (PVP) til osteoporotiske sammenfald. Analysetemaet afgrænses af indstiller til non-maligne osteoporotiske rygsammenfald, hvilket betyder, at en kommende analyse vil se bort fra anvendelse af samme procedure til palliativ behandling af smertefulde sammenfald i ryggen hos cancerpatienter. Behandlingen forventes at være relevant for en forholdsvis lille patientpopulation. Der er stor usikkerhed om behandlingen. Der lægges op til en afdækning af PVP i forhold til smertelindrende behandling, som i dag er standardbehandlingen.

Herudover indstilles en afdækning af, hvilke patienter der har gavn af PVP eller efter hvor lang tids smertebehandling PVP bør tilbydes.

### ***Kredsløbsmonitorering/estimering af minutvolumen (indstiller: Region Nordjylland)***

Analysetemaet omhandler kredsløbsmåling af patienter, der undergår kirurgiske indgreb. Hertil bruges ofte en måling, ved brug af kateter placeret i højre hjertehalvdel, der betragtes som den gyldne standard. Der findes dog andre metoder til kredsløbsmonitorering, som varierer i præcision. En retning for analysen kan være at sammenligne metoder til kredsløbsmonitorering ved kirurgiske indgreb. Alternativt kan en analyse vedrøre monitoreringsmetoder til patienter, der undergår hjerte-lunge redning. Der findes ikke umiddelbart evidens til sammenligning af non-invasive metoder med invasive metoder.

### **Øvrige temaer**

Behandlingsrådet har foruden de gennemgåede analysetemaer modtaget ni andre forslag, som enten kræver yderligere afgrænsning for at kunne besvares eller helt falder uden for Behandlingsrådets genstandsfelt. Temaerne omtales ikke nærmere her, da Behandlingsrådet ikke kan anbefale, at analysetemaerne udvælges.

### **Videre proces**

Når bestyrelsen har udvalgt analysetemaer, vil Behandlingsrådet nedsætte et fagudvalg, der skal udarbejde analysen samt et beslutningsgrundlag til Behandlingsrådet.

---

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Sundhedsudvalget har drøftet forslagene til analysetemaer på møde den 8. september 2022.

---

## **Kommunikation**

Der udarbejdes en nyhed til Danske Regioners hjemmeside, når bestyrelsen har udvalgt analysetemaer.

---

## **Bilag**

1. Indkomne forslag til analysetemaer (1571361 - EMN-2017-04443)

2. Bemærkninger fra Behandlingsrådet til forslag til analysetemaer (1571363 - EMN-2017-04443)

3. Sekretariatets bemærkninger til de indstillede analysetemaer for større analyser 2023 (1571362 - EMN-2017-04443)

### Resumé

Punktet gør status på vaccinationsområdet og testområdet, herunder vaccineleverancer og ny covid-medicin, opstart af vaccinationer i regionerne og fornyelse af beredskabsaftaler om testindsatser.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### Sagsfremstilling

#### Status på testområdet

Med teststrategien, som blev fremlagt af regeringen i juni 2022, blev der fastlagt et grundniveau for testkapaciteten og en beredskabskapacitet, bestående af tre eskalationsniveauer. På grundniveauet er der fastlagt en daglig PCR-testkapacitet på 5-20.000 test i sundhedssporet og 10.000 test i samfundssporet til test af plejepersonale i ældreplejen.

Testkapaciteten har hen over sommerferien overordnet været på et grundniveau – dog har PCR-kapaciteten i samfundssporet varieret mellem hhv. 10.000 og 20.000 test. Den aktuelle testkapacitet i samfundssporet er 10.000 PCR-tests på nationalt plan.

Statens Serum Institut (SSI) har i august 2022 meddelt, at der forventes stigende smitte i den kommende periode, da både sæsoneffekt og immunitet efter vaccination og infektion vil aftage. Regeringen vil i september tage stilling til, hvad testkapaciteten i samfundssporet skal ligge på i de kommende måneder. Der forventes ikke store ændringer, men at niveauet fortsat vil ligge indenfor rammerne af teststrategien.

Siden teststrategiens lancering er ansvaret for testområdet overgået fra Justitsministeriet til Sundhedsministeriet. Det betyder bl.a., at der er indgået nye beredskabsaftaler mellem Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner.

#### *Aftale om test i ældreplejen*

Den fornyede aftale om test i ældreplejen vil gælde for resten af 2022. Aftalen betyder bl.a., at der fortsat foretages PCR-test af personalet hver 14. dag og derudover opfordres til to ugentlige antigenselvtest.

I aftalen er det fremhævet, at der løbende skal tages stilling til behovet for

test af personalet, som skal bero på en sundhedsfaglig vurdering fra Statens Serum Institut (SSI). SSI vil derfor senest primo november revurdere behovet for forsat PCR-test af personalet på plejehjem, og herunder behovet for at forlænge aftalen til og med 1. kvartal af 2023.

#### *Aftale om test til målrettede covid-19 testindsatser*

Ligeledes er der indgået en beredskabsaftale mellem Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner om at opretholde et covid-19-testberedskab i samfundssporet for målrettede testindsatser. Aftalen gælder til udgangen af 2022. Aftalen skal alene sikre, at den fornødne testlogistik er på plads for at muliggøre målrettede indsatser, og indeholder *ikke* beslutninger vedr. igangsættelse af konkrete målrettede indsatser, som f.eks. test af personale i ældreplejen. Beredskabsaftalen omfatter ikke sundhedssporet.

I aftalen fremhæves det, at Region Midtjylland er ansvarlig for evt. yderligere indkøb af antigenselvtest. I forlængelse heraf er det aftalt, at SSI og Region Midtjylland vil gå i dialog bilateralt for nærmere ansvars- og rollefordeling.

#### **Status på vaccineindsatsen**

##### *Vaccineleverancer*

I uge 36 modtog SSI den første sending med variantopdaterede covid-vacciner fra Pfizer. Efter modtagelsen blev vaccinerne distribueret til regionerne.

Der er planlagt yderligere store leverancer i oktober og november. Såfremt leveranceplanen holder, og der ikke sker drastiske ændringer i målgrupperne, vil der ikke opstå knaphed med variantopdaterede covid-19-vacciner, hverken midlertidigt eller samlet set.

##### *Opstart af vaccination*

##### Covid-19-vaccination

Vaccination mod covid-19 startede op den 15. september 2022 for plejehjemsbeboere og borgere i alderen 85+ år. Vaccinationsindsatsen på plejehjem og for borgere på 85+ år forventes at kunne blive gennemført på to uger.

Den 1. oktober 2022 starter covid-19-vaccination af borgere i alderen 50+ år. Denne indsats forventes at kunne gennemføres på otte uger.

Der vil fra slutningen af september være mulighed for selvhenvisning på vacciner.dk via tro- og loveerklæring for personer over 18 år. Selvhenvisning er rettet til personer, der har kronisk sygdom, gravide, sundhedspersonale og andre, som tilbydes vaccination men ikke kan inviteres på baggrund af registeroplysninger.

##### Influenzavaccination

Den 1. oktober 2022 starter influenzavaccinationen op. Målgruppen er børn i alderen 2-6 år, voksne i alderen 65+ år, personer med kronisk sygdom, personer med svær overvægt, gravide i 2. og 3. trimester og sundheds- og plejepersonale. Vaccinationsindsatsen forventes at løbe frem til 15. januar 2023.

#### Pneumokokvaccination

Vaccine mod pneumokoksygdom starter også op den 1. oktober 2022 og tilbydes løbende hvert 6. år til målgruppen, som omfatter borgere i alderen 65+ år, beboere på plejehjem og botilbud, børn og voksne med visse sygdomme og svejsere. Vaccineprogrammet udløber 31. december 2022 og skal derefter revurderes.

For borgere, der er i målgruppen for enten to eller alle tre vacciner, vil det først efter 1. oktober 2022 være muligt at få vaccinerne samtidigt, da effekten af influenzavaccinen ikke kan holde hele den forventede sæson, hvis den gives før 1. oktober 2022.

#### *Organiseringen af vaccinationssteder*

Størstedelen af vaccinationerne vil blive tilbudt i regionale vaccinationscentre, mens en mindre del vil finde sted i almen praksis eller hos andre private leverandører. Bl.a. ønskes alle børn i alderen 2-6 år vaccineret mod influenza i almen praksis. For at sikre højest muligt tilslutning vil regionerne også etablere lokale pop-up vaccinationssteder.

#### **Nye lægemidler til behandling af covid-19**

Folketinget har tidligere afsat 450 mio. kr. til indkøb af to nye antivirale lægemidler, som skal forebygge, at risikopatienter indlægges på hospitalet på grund af covid-19. Det første af de to lægemidler, Lagevrio, blev tilgængeligt i december 2021. Det andet lægemiddel, Paxlovid, forventes at blive tilgængeligt for patienter i Danmark i 3. kvartal 2022.

Der afventes stadig en endelig godkendelse af Paxlovid i Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA). Når godkendelsen foreligger, forventes Danmark at modtage de første leverancer indenfor 2-3 uger.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en midlertidig retningslinje for behandling med og ordination af Paxlovid. Retningslinjen vil gælde i cirka to måneder, og i disse første måneder kan praktiserende læger henvise relevante patienter til de infektionsmedicinske afdelinger på sygehusene, som så får til opgave at vurdere patienten og ordinere medicinen efter behov. Regionerne har planlagt og beskrevet organiseringen af indsatsen og indsendt til Sundhedsstyrelsen. Den midlertidige retningslinje forventes at blive erstattet af en permanent retningslinje primo december, hvorefter opgaven alene varetages i almen praksis – dvs. at de praktiserende læger selv skal vurdere patienterne og ordinere medicinen.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)



## 9 (Offentlig) Status for ansættelse af speciallæger august 2022

---

Jane Kruse Hansen  
EMN-2017-00054

### Resumé

For at sikre en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse samt en balanceret og tilstrækkelig lægedækning i hele landet, besluttede Danske Regioners bestyrelse i 2016 at opfordre regionerne til at følge og implementere en række tiltag, som konkret skal understøtte, at:

- Stigningen i antallet af ansættelse af speciallæger i regionerne bremses
- Forholdet mellem overlæger og afdelingslæger ændres
- Der skabes mulighed for en ændret geografisk fordeling af speciallæger

Bestyrelsen bad samtidig Danske Regioner om at præsentere bestyrelsen for en halvårlig status på de konkrete tiltag. Sidste status blev givet ved bestyrelsens møde den 10. februar 2022.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen tager orienteringen om status til efterretning, og at bestyrelsen beder LPU om at drøfte vedlagte status med fokus på, hvordan der kan sættes yderligere ind fællesregionalt for at indfri intentionerne bag OK-21 vedr. udviklingen i antallet af overlæger på længere sigt.*

---

### Sagsfremstilling

For at sikre en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse samt en balanceret og tilstrækkelig lægedækning i hele landet besluttede bestyrelsen den 15. december 2016 at opfordre regionerne til at sætte fokus på nedenstående tre konkrete tiltag.

#### *1. Øget fokus i forbindelse med ansættelser i speciallægestillinger*

For at bremse stigningen i antallet af ansættelse af speciallæger og for at sikre en mere fornuftig balance mellem antallet af overlæger og afdelingslæger, blev der i 2017 udarbejdet en vejledning, som regionerne kan anvende som støtte, når de vurderer, om der skal ansættes en speciallæge og i vurderingen af, hvorvidt stillingen skal slås op som afdelings- eller overlæge.

Der udarbejdes halvårligt en status på udviklingen i antallet af speciallæger samt udviklingen i forholdet mellem antallet af overlæger og afdelingslæger. Det er herved muligt at følge op på, om stigningen i antallet af ansættelse af

speciallæger ved regionerne bremses, og om forholdet mellem overlæger og afdelingslæger ændres.

## *2. Fælles regionale principper for faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger*

Bestyrelsen anbefalede i 2016, at der som supplement til de hidtil gældende principper for faglige bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger også bliver lagt vægt på det antal år, som den enkelte ansøger har været speciallæge, og der blev indført et kriterie om, at kandidater til overlægestillinger som minimum skal have haft ansættelse som afdelingslæge i fem år efter erhvervelse af speciallægeanerkendelsen.

Kriteriet om fem års forudgående ansættelse som speciallæge følges ud fra "følg eller forklar princippet". Regionerne kan i konkrete situationer beslutte at dispensere fra kriteriet. Bestyrelsen forelægges halvårligt status på antallet af dispensationer.

## *3. Loft for antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne i København, Århus og Odense.*

Bestyrelsen besluttede som et tredje tiltag at fastlåse antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne omkring Århus, Odense og København. Formålet med at fastlægge et "loft" er bl.a. at understøtte mulighederne for en bedre lægedækning i hele landet.

"Loftet" blev oprindeligt indført for en periode på 2 år, men er efterfølgende forlænget flere gange. Ordningen blev senest forlænget i yderligere to år ved bestyrelsens møde den 23. september 2021.

Loftet er fastlagt ud fra faktisk antal ansatte speciallæger pr. 1. januar 2018. Det er i 2019 besluttet at undtage en række specialiserede områder fra "loftet".

Der gælder lige som for femårs kriteriet et "følg eller forklar princip" for de udmeldte måltal ("loftet"), men også her kan regionerne undtagelsesvis give dispensation til at øge antallet af speciallæger på de berørte universitetshospitaler. Bestyrelsen forelægges halvårligt status på antallet af dispensationer.

Det er op til den enkelte region, hvordan man helt konkret vil implementere indholdet af de tre tiltag, herunder om der skal følges op med regionale/lokale retningslinjer eller principper på enkeltområder.

## **Overenskomstaftaler i 2021**

Danske Regioner gik til overenskomstforhandlingerne i 2021 med et ønske om, at overenskomsterne på området skal understøtte en mere hensigtsmæssig anvendelse af de forskellige typer af lægestillinger. Ønsket

skal ses i sammenhæng med udviklingen i antallet af læger de kommende år, hvor data viser, at der forventes en vækst på 74 pct. i antallet af læger i 2045 i forhold til 2021.

God ledelse, herunder også faglig ledelse, er helt centralt for sundhedsvæsenet, og det var derfor også et vigtigt hensyn under forhandlingerne at sikre, at det ledelsesmæssige indhold i overlægestillingerne blev styrket, så ansættelse af en overlæge fordrer et reelt ledelsesmæssigt indhold og ikke sker for at øge mulighederne for at kunne rekruttere en læge. Dette vil indebære, at der skal være færre overlæger på sigt og nye karrieremuligheder for afdelingslæger.

Det lykkedes under forhandlingerne at få aftalt en ny stillingsstruktur med overlægeforeningen, men overenskomsten kan ikke i sig selv levere de ønskede ændringer. Det kræver også, at regionerne aktivt arbejder med områderne såvel i egen region som i fællesregionalt regi.

Ved denne status for 1. halvår af 2022 har den nye overenskomst virket i godt et år. Det giver anledning til at vurdere, om der skal sættes yderligere fælles fokus på udvalgte emner på baggrund af status.

### Status for 1. halvår 2022

Nedenstående status indeholder:

- A. Udviklingen i det samlede antal speciallæger ansat i regionerne
- B. Udviklingen i forholdet mellem antal overlæger og antal afdelingslæger ansat i regionerne
- C. Antal dispensationer for kravet om fem års ansættelse forud for første ansættelse som overlæge
- D. Antal dispensationer i forhold til "loftet" for speciallæger ved universitetshospitalerne

#### Ad. A. Det samlede antal speciallæger i regionerne

Udviklingen i antallet af speciallæger på landsplan fremgår af nedenstående tabel samt af bilag 1.

Tabel 1. Udviklingen i antallet af speciallæger – hele landet

	Dec. 2016	April 2022	Udviklingen i indeks (2016 = 100)
Lægelige chefer	1.036	1.049	101
Overlæger	5.442	5.419	100
Afdelingslæger	1.909	2.778	146
<b>Speciallæger i alt</b>	<b>8.388</b>	<b>9.246</b>	<b>110</b>

Kilde: KRL, april 2022

Status viser, at antallet af speciallæger har været stigende i perioden fra december 2016 til i dag. Stigningen er dog primært sket inden for gruppen af

afdelingslæger, hvor der har været en stigning fra 2016 til 2022 på 46 pct. (indeks 146).

Status viser desuden, at det samlede indeks for overlægeansættelser i april 2022 er på 100 (mod 98 i oktober 2021), hvilket indikerer, at der ved en overlægefratrædelse fortsat sker genansættelse med en anden overlæge. Der kan således ikke på landsplan konstateres et egentligt fald i antallet af overlæger.

En mere detaljeret opgørelse over udviklingen i antallet af læger for hele perioden december 2016 – april 2022, gældende for de enkelte regioner fremgår af bilag 1, tabel 1-6.

*Ad. B. Forholdet mellem antal overlæger og antal afdelingslæger ansat i regionerne.*

I forbindelse med den halvårslige status opgøres antallet af overlæger i forhold til antallet af afdelingslæger ved et fordelingstal. Det kan til eksempel nævnes, at fordelingstallet for forholdet mellem afdelingslæger og overlæger i december 2016, var 1:2,85 for hele landet. Det vil sige, at der for hver ansat afdelingslæge var ansat 2,85 overlæger.

I april 2022 var forholdet mellem afdelingslæger og overlæger 1:1,95. Det vil sige, at der for hver ansat afdelingslæge er ansat 1,95 overlæger.

*Tabel 2. Fordelingstallene for de enkelte regioner i perioden*

	<b>Fordeling pr. dec. 2016</b>	<b>Fordeling pr. april 2022</b>
Hovedstaden	3,25	2,44
Sjælland	4,29	2,42
Syddanmark	2,38	1,68
Midtjylland	2,56	1,61
Nordjylland	2,15	1,36
<b>Hele landet</b>	<b>2,85</b>	<b>1,95</b>

Detaljerede fordelingstal for hele perioden december 2016 – april 2022 fremgår af vedlagte bilag 1, tabel 1-6.

Status for 2022 viser bl.a., at der for den samlede periode (2016-2022) er sket en positiv udvikling i fordelingen af antallet af overlæger og afdelingslæger. Udviklingen i forholdet synes dog at være stagneret i april 2022.

Den positive udvikling i fordelingen mellem overlæger og afdelingslæger skyldes, at den samlede vækst i speciallægeansættelser er sket blandt afdelingslæger, mens antallet af overlæger har været stabilt i perioden (2016-2022). Det skal bemærkes, at udviklingstakten i de enkelte regioner er forskellig.

*Ad. C. Antal dispensationer for kravet om fem års ansættelse forud for første ansættelse som overlæge*

For at sikre kandidater tilstrækkelig erfaring inden ansættelse som overlæge har bestyrelsen besluttet, at kandidater til overlægestillinger som minimum skal have haft ansættelse som afdelingslæge i fem år efter erhvervelse af speciallægeanerkendelsen.

Regionerne kan i konkrete situationer beslutte at dispensere fra kriteriet. Bestyrelsen forelægges halvårligt status på antallet af dispensationer.

Regionerne har overfor Danske Regioner oplyst, at der er givet følgende dispensationer i perioden 1. januar 2022 til 30. juni 2022:

Region Nordjylland

Der er i perioden givet seks dispensationer. Alle dispensationerne er givet ved Aalborg Universitetshospital. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli – 31. december 2021 givet fire dispensationer.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos regionsdirektøren.

Region Syddanmark

Der er i perioden givet 11 dispensationer. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli til 31. december 2021 givet 10 dispensationer.

Kompetencen til at tildele dispensationer ligger hos koncerndirektionen.

Region Midtjylland

Der er i perioden givet 21 dispensationer. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli 2021 – 31. december 2021 givet 24 dispensationer.

Ved stillinger, hvor der ikke er tvivl om, at stillingen er en overlægestilling har kompetencen siden 2019 været delegeret til Koncern HR. Koncern HR har desuden fra september 2021 fået delegeret kompetencen til at give dispensation i de sager, hvor Koncern HR vurderer, at der indstilles til at der skal gives dispensation. Direktionen inddrages ved tvivlstilfælde, eller hvis der indstilles til et afslag.

Region Sjælland

Der er i perioden givet 22 dispensationer. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli 2021– 31. december 2021 givet 15 dispensationer.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos direktionen.

Region Hovedstaden

Der er givet 39 dispensationer. De 13 af de 39 dispensationer har dog først virkning fra 2. halvår 2022. Til sammenligning blev der i perioden 1. juli 2021 – 31. juni 2021 givet 22 dispensationer.

Kompetencen til at tildele dispensation ligger hos regions sundhedsdirektøren.

*Ad. D. Antal dispensationer i forhold til det fastlåste antal speciallæger ved universitetshospitalerne (loftet).*

De enkelte regioner kan undtagelsesvist beslutte at give dispensation til at øge antallet af speciallæger på universitetshospitalerne i København, Aarhus og Odense, som er omfattet af loftet for antallet af speciallæger. Bestyrelsen forelægges halvårligt status på antallet af dispensationer.

Regionernes tilbagemeldinger til Danske Regioner vedrørende antallet af dispensationer på de tre universitetshospitaler og udviklingen i antallet af speciallæger på universitetshospitalerne fremgår nedenfor, mens det i tabel 7 til sammenligning er opgjort, hvordan udviklingen i de enkelte regioner som helhed har været i den periode, hvor der har været et loft.

Region Syddanmark – Odense Universitetshospital (OUH)

Region Syddanmark oplyser, at der for perioden 1. januar 2022 til 30. juni 2022 er givet 7 dispensationer.

Tabel 3. Indberettede tal vedr. OUH

OUH	Antal speciallæger i alt	Antal speciallæger ex. de undtagne specialer <sup>1</sup>
"Loft" - udmeldt pr. 1.1.2018	876	814
Status i antal - perioden 01.01.22-30.06.22	Gens. 952	Gens. 892
- Heraf deltidsansatte	149	145

Stigningen i antallet af speciallæger i perioden 1. januar 2018 til 30. juni 2022 svarer til en stigning på ca. 8,7 pct.<sup>2</sup>

Region Midtjylland – Aarhus Universitetshospital (AUH)

Region Midtjylland oplyser, at der for perioden 1. januar 2022 til 30. juni 2022 er givet dispensation til ansættelse af en 1 speciallæge. Begrundelsen for dispensationen er tilførsel af en ny opgave – Klinik for patienter med komplekse problemstillinger.

<sup>1</sup> Antallet er ex. speciallæger ansat ved Steno Diabetes Center Odense og Akut Medicinsk Koordination, AMK-vagtcentralen samt Ambulance Syd. Herudover er følgende specialer undtaget det udmeldte loft; - dermato-venerologi, klinisk farmakologi, klinisk immunologi, thoraxkirurgi og neurokirurgi

<sup>2</sup> Idet de indberettede tal er baseret på et gennemsnit af antallet af ansatte speciallæger indenfor de seneste 6 måneder, vil der kunne forekomme udsving i de opgjorte tal fra periode til periode.

Tabel 4. Indberettede tal vedr. AUH

AUH	Antal speciallæger i alt	Antal speciallæger ex. de undtagne specialer <sup>3</sup>
"Loft" - udmeldt pr. 1.1.2018	949	868
Status i antal - perioden 01.01.22-30.06.22	Gens. 1002	Gens. 921
- Heraf deltidsansatte	Ikke oplyst <sup>4</sup>	Ikke oplyst

Stigningen i antallet af speciallæger i perioden 1. januar 2018 til 30. juni 2022 svarer til en stigning på ca. 5,6 pct.<sup>5</sup>

#### Region Hovedstaden – Rigshospitalet

Region Hovedstaden oplyser, at der for perioden 1. januar 2022 til 30. juni 2022 er givet 7 dispensationer til overskridelse af "loftet". Begrundelsen for dispensationerne er øget optageområde eller øget aktivitet indenfor det pågældende område.

Tabel 5. Indberettede tal vedr. Rigshospitalet

	Antal speciallæger i alt	Antal speciallæger ex. de undtagne specialer <sup>1</sup>
"Loft" - udmeldt pr. 1.1.2018	1.140	1.082
Status - perioden 01.01.22-30.06.22	Gens. 1.246	Gens. 1.182
- Heraf deltidsansatte <sup>6</sup>	153	151

Stigningen i antallet af speciallæger i perioden 1. januar 2018 til 30. juni 2022 svarer til en stigning på ca. 9,3 pct.<sup>7</sup>

#### Region Hovedstaden – Herlev og Gentofte Hospitaler

<sup>3</sup> Følgende specialer er undtaget for det udmeldte loft; dermato-venerologi, klinisk farmakologi, klinisk immunologi, thoraxkirurgi og neurokirurgi.

<sup>4</sup> Region Midtjylland oplyser, at ikke er muligt at oplyse, hvilken andel af de samlede special-lægestillinger der er deltidsansættelser/delestillinger (fx mellem et universitetshospital og et ikke-universitetshospital).

<sup>5</sup> Idet de indberettede tal er baseret på et gennemsnit af antallet af ansatte speciallæger indenfor de seneste 6 måneder, vil der kunne forekomme udsving i de opgjorte tal fra periode til periode.

<sup>6</sup> Region Hovedstaden oplyser, at der ikke foreligger fyldestgørende oplysninger om, hvilken andel af de samlede speciallægestillinger der er deltidsansættelser/delestillinger (f.eks. mellem et universitetshospital og et ikke-universitetshospital).

<sup>7</sup> Idet de indberettede tal er baseret på et gennemsnit af antallet af ansatte speciallæger indenfor de seneste 6 måneder, vil der kunne forekomme udsving i de opgjorte tal.

Region Hovedstaden oplyser, at der for perioden 1. januar 2022 til 30. juni 2022 ikke er givet dispensationer.

*Tabel 6. Indberettede tal vedr. Herlev og Gentofte Hospitaler*

	Antal speciallæger i alt	Antal speciallæger ex. de undtagne specialer <sup>1</sup>
"Loft" - udmeldt pr. 1.1.2018	640	622
Status - perioden 01.01.22-30.06.22	Gens. 682 <sup>9</sup>	Gens. 662 <sup>4</sup>
- Heraf deltidsansatte <sup>8</sup>	106	103

Stigningen i antallet af speciallæger i perioden 1. januar 2018 til 30. juni 2022 svarer til en stigning på ca. 6,6 pct.<sup>10</sup>

Opgørelserne fra de tre universitetshospitaler viser, at der fortsat er en stigning i antallet af speciallæger ved de tre universitetshospitaler.

#### Samlet udvikling i antal speciallæger

Den samlede udvikling i antallet af speciallæger i alt og i de enkelte regioner i perioden, hvor universitetshospitalerne har været omfattet af et loft, er opsummeret nedenfor.

*Tabel 7. Stigningen i antallet af speciallægerne ved de enkelte regioner*

	Antal speciallæger 2018	Antal speciallæger 2022	Udvikling i pct.
Total	8.643	9.246	7,0
Region Hovedstaden	3.084	3.297	6,9
Region Sjælland	1.003	1.081	7,8
Region Syddanmark	1.849	1.965	6,3
Region Midtjylland	1.858	2.008	8,1
Region Nordjylland	853	882	4,0

Kilde: KRL. Tallene er trukket i april 2018 – april 2022 (opgjort i antal personer).

Note: Speciallæger defineres som følgende stillinger: afdelingslæger (overenskomstansatte), afdelingslæger (tjenestemandansatte), andre lægelige chefer, cheflæger, ledende overlæger, ledende overlæger/professorer, overlæger, overlæger (løntrinaflønnede), specialeansvarlige overlæger/professorer, øvrige overlæger/lægelige chefer m.v., lægelige direktører.

<sup>8</sup> Region Hovedstaden oplyser, at der ikke foreligger fyldestgørende oplysninger om, hvilken andel af de samlede speciallægestillinger der er deltidsansættelser/delestillinger (f.eks. mellem et universitetshospital og et ikke-universitetshospital).

<sup>9</sup> Stigning i forhold til sidste status skyldes flere deltidsansatte.

<sup>10</sup> Idet de indberettede tal er baseret på et gennemsnit af antallet af ansatte speciallæger indenfor de seneste 6 måneder, vil der kunne forekomme udsving i de opgjorte tal.



## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Udvikling i ansættelse af speciallæger (1573399 - EMN-2017-00054)

10 (Fortrolig)

## 11 (Offentlig) Nye gymnasiesamarbejder og kapacitet 2023/24

---

Katrine Moltved  
EMN-2021-00823

### Resumé

I forbindelse med de nye regler for elevfordeling og kapacitetsfastsættelse på de gymnasiale uddannelser (stx, hhx, htx og hf) har regionerne bl.a. fået ansvar for at etablere og lede det nye formaliserede samarbejde mellem de gymnasiale institutioner og regionsrådet, kaldet gymnasiesamarbejdet. Regionerne nedsætter gymnasiesamarbejderne i løbet af august og september 2022.

Med de nye regler fastsætter Børne- og Undervisningsministeriet de første tre år kapaciteter for, hvor mange elever de forskellige institutioner og afdelinger kan optage. Efter tre år overtager regionerne opgaven. Kapaciteterne er ventet med spænding i sektoren, da antallet af elever har direkte betydning for institutionernes økonomi. Kapaciteterne skulle have været udmeldt senest 1. september 2022 men udestår stadig, bl.a. på grund af politisk debat om teknisk overbooking.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### Sagsfremstilling

De nye regler om fordeling af gymnasieelever blev vedtaget ved lov den 9. juni 2022 og trådte i kraft 1. juli 2022, jf. [Lov nr. 880 af 21/06/2022](#). Reglerne præciseres og udmøntes af Børne- og Undervisningsministeriet i bekendtgørelser frem mod udgangen af året. Der er således fortsat en række ubekendte i forhold til, hvordan reglerne vil fungere i praksis, herunder også de rammer regionerne skal arbejde inden for. Danske Regioner er i tæt samarbejde med Børne- og Undervisningsministeriet om implementeringen af de nye regler.

### Nye gymnasiesamarbejder

Gymnasiesamarbejderne er regionalt styrede samarbejdsfora med deltagelse af alle de statsfinansierede, selvejende institutioner, der udbyder gymnasiale uddannelser (stx, hhx, htx og hf), der er i det geografiske område, som samarbejdet dækker. Regionsrådet har 1-2 repræsentanter og varetager formandskabet for samarbejderne, mens institutionerne har en én repræsentant pr. afdeling i det geografiske område.

Gymnasiesamarbejderne har en koordinerende funktion og er rådgivende i forhold til regionsrådet og regionsrådets beslutninger.

Regionerne definerer selv de nærmere rammer og indholdet af gymnasiesamarbejdet. For at sikre ensartethed og genkendelighed har Danske Regioner i samarbejde med regionerne udarbejdet forslag til principper for gymnasiesamarbejderne. Danske Regioners udvalg for Regional Udvikling og EU har den 3. juni 2022 bakket op om principperne. Bestyrelsen blev orienteret om principperne ved mødet den 21. juni 2022.

Regionerne er særligt opmærksomme på de institutioner, der ligger i zoner, der går på tværs af regionale grænser, og på at sikre samarbejde mellem gymnasiesamarbejderne i de områder, hvor der er søgemønstre på tværs af de regionale grænser.

### **Kapacitet 2023/24**

Efter de nye regler er det Børne- og Undervisningsministeriet, der står for at beregne og fastsætte, hvor mange elever der kan optages på de enkelte gymnasier. Institutionerne og regionerne kommer med input til tilpasning af kapaciteterne i en proces, der strækker sig fra 1. september frem til foråret. Såkaldte beregningstekniske kapaciteter skulle have været udmeldt senest 1. september 2022, men på grund af politisk debat om teknisk overbooking er de endnu ikke udmeldt.

Kapaciteterne har stor betydning for institutionernes økonomi, da taxametertilskud er baseret på det faktiske elevtal, og kapaciteterne er et loft for, hvor mange elever der kan optages. For de enkelte gymnasier er det vigtigt at få deres endelige kapacitet på plads hurtigst muligt, så de kan planlægge for det næste skoleår.

Endvidere udestår der fortsat en afklaring af, hvordan kapacitetsfastsættelsen skal foregå i forhold til de unge, der ansøger om optagelse på en gymnasial uddannelse efter 1. marts. Det drejer sig om op mod halvdelen af eleverne på hf, der ikke søger om optagelse inden 1. marts.

---

## **Økonomi**

Regionerne er i forbindelse med de nye regler blevet kompenseret økonomisk for de nye opgaver i forbindelse med elevfordeling og kapacitetsfastsættelse.

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

Kommunikation  
Ingen bemærkninger

---

Bilag

## 12 (Offentlig) Opfølgende drøftelse af Danske Regioners generalforsamling 2023

---

Kirstine Korsager  
EMN-2022-00831

### Resumé

Danske Regioner holder generalforsamling 2023 (GF23) i Aarhus den 30. marts 2023. Bestyrelsen havde i august 2022 en indledende drøftelse af formen og formatet for generalforsamlingen i 2023, herunder den hidtidige konference for regionsrådsmedlemmer i forbindelse med generalforsamlingen. Punktet er en opfølgning herpå.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender, at der i indeværende valgperiode afvikles et arrangement for regionsrådsmedlemmerne fra onsdag til torsdag, som om torsdagen omfatter Danske Regioners generalforsamling, og at det samlede arrangement betegnes som "Regionernes politiske topmøde",  
at bestyrelsen godkender skitsen til den overordnede ramme for Regionernes politiske topmøde, som vil være gennemgående i valgperioden,  
at bestyrelsen godkender, at topmødets første dag i 2023 b.l.a. har fokus på arbejdet med demokrati og borgerinddragelse, og  
at bestyrelsen godkender, at Regionernes politiske topmøde afholdes i Aarhus til og med 2027.

---

### Sagsfremstilling

Danske Regioners generalforsamling 2023 holdes den 30. marts 2023 i Centralværkstedet i Aarhus.

Ved mødet den 18. august 2022 drøftede bestyrelsen formen, formatet og titlen. Der var enighed om at programsætte en debat med deltagelse af partiledere eller politiske ordførere, ligesom der var opbakning til en ny titel, der i højere grad favner det samlede program for arrangementet, som omfatter mere end generalforsamlingen.

Bestyrelsen drøftede også konferencen for regionsrådsmedlemmer i forbindelse med generalforsamlingen. Det blev aftalt at genoptage drøftelsen ved bestyrelsesmødet i september med afsæt i deltagerevalueringerne. Evalueringerne fra de seneste års fysiske konferencer for regionsrådspolitikere er opsummeret nedenfor. Det fremgår, at der gennemgående har været opbakning til arrangementet – både hvad angår tilslutning og de efterfølgende tilbagemeldinger.

Med afsæt i bestyrelsens foreløbige drøftelser foreslår sekretariatet, at Danske Regioner også fremover afholder et to dages arrangement i forbindelse med generalforsamlingen, hvor den første dag som udgangspunkt er målrettet regionsrådsmedlemmerne, mens der på dag to og afviklingen af bl.a. generalforsamlingen åbnes op for ekstern deltagelse.

Det foreslås endvidere, at det samlede arrangement betegnes ”Regionernes politiske topmøde”.

Flere i bestyrelsen bemærkede ved mødet den 18. august 2022, at der ved den seneste generalforsamling var et højt støjniveau efter middagen. Sekretariatet vil sammen med formandskabet tilrettelægge det kommende arrangement efter middagen, så der bliver bedre mulighed for at tale sammen.

Programmet for ”Regionernes politiske topmøde” foreslås i udgangspunktet at følge strukturen nedenfor i valgperioden.

<b>Regionernes politiske topmøde</b>	
<b>Onsdag – målrettet regionsrådsmedlemmer</b>	
<b>Tid</b> (tentativt)	<b>Programpunkt</b>
10.30	<i>For bestyrelsen: Bestyrelsesmøde om GF-tale og indstilling til eventuelle indkomne forslag</i>
12.30	Mulighed for frokost for regionsrådsmedlemmer
13.00	Konference for regionsrådsmedlemmer
17.30	Netværk
19.00	Middag med regionsrådsmedlemmer fra egen region
<b>Torsdag – med ekstern deltagelse</b>	
<b>Tid</b> (tentativt)	<b>Programpunkt</b>
9.30	Velkomst og åbning af generalforsamlingen ( <a href="#">og valg af dirigent</a> ) <a href="#">Formandens tale og beretning 2022</a>
10.00	Regeringens hilsen
10.30	Politisk debat med ministre og medlemmer af Folketinget m.fl. – eventuelt indledt af et kort inspirationsoplæg.
12.30	<i>For politikere: Politiske gruppemøder inkl. frokost</i> <i>Evt. for gæster: Gæstearrangement og frokost</i>
15.00	Generalforsamlingen genoptages <a href="#">Regnskab 2022 og kontingent 2023 (inkl. afstemning)</a> <a href="#">Politisk debat om formandens tale og beretning 2022 (inkl. afstemning)</a> <a href="#">Indkomne forslag (inkl. afstemning)</a>
17.30	Afslutning af generalforsamlingen efterfulgt af netværk og lounge
19.30	Velkomstdrink og middag

Note: [blå skrift](#) indikerer et obligatorisk element i Danske Regioners generalforsamling i henhold til vedtægterne

### **Fokus for topmødet onsdag i 2023**

Det foreslås, at dag ét ved Regionernes politiske topmøde i 2023 vil indeholde en minikonference/plenumsession om demokrati og borgerinddragelse – for herved at imødekomme den tidligere bestyrelses beslutning ved mødet den 16. juni 2021 om en konference i 2023 med dette tema som opfølgning på konklusionerne fra en midlertidig politisk arbejdsgruppe om demokrati og borgerinddragelse.

Alle regioner vil i den forbindelse skulle fremlægge resultaterne af deres arbejde med borgerinddragelse.

De to helt centrale spørgsmål herom vil være:

- Hvordan regionerne har arbejdet med borgerinddragelse siden 2021?
- Hvordan arbejder vi videre med borgerinddragelse?

Temaet om borgerinddragelse vil blive efterfulgt af parallelle sessioner om aktuelle regionspolitiske emner og en afsluttende diskussion mellem deltagerne og formandskabet om f.eks. Danske Regioners strategi og andre aktuelle spørgsmål.

### **Erfaringer fra tidligere års konference for regionsrådsmedlemmer**

Ved konferencen for regionsrådsmedlemmer dagen før generalforsamlingen deltog der 130-150 regionsrådspolitikere i 2017, 2018, 2019 og 2022. Konferencen blev afholdt virtuelt i 2021, og er derfor ikke sammenlignelig med de øvrige år.

Hvert af årene har ca. en tredjedel af deltagerne besvaret evalueringen af konferencen. Tilbagemeldingerne er generelt positive.

Evalueringerne afsluttes hver gang med spørgsmålet om, hvorvidt man er interesseret i at deltage i en tilsvarende konference en anden gang. I 2022 svarede 39 ud af 41 ja til det. I 2019 svarede 48 ud af 50 ja til det. I 2018 svarede 44 ud af 48 ja til det. Og endelig i 2017 svarede 46 ud af 52 ja til det. Herudover er der i evalueringerne bl.a. diverse kommentarer til konkrete oplægsholderes relevans, men også efterspørgsel efter god tid til at deltagerne kan diskutere på kryds og tværs af geografi og politiske partier.

### **Lokation for Regionernes politiske topmøde i 2024-2027**

Bestyrelsen drøftede også lokationen for generalforsamlingen og politikerkonferencen efter 2023 og aftalte at fastholde arrangementerne i Centralværkstedet og på Comwell. Der er lagt op til, at bestyrelsen bekræfter, at denne beslutning omfatter hele valgperioden, hvorefter en ny bestyrelse efter sin tiltræden ved generalforsamlingen i 2026 kan tage stilling til en eventuel anden lokation fra 2028.

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

## **Bilag**



## 13 (Offentlig) Etablering af patientoplevelsespris

---

Martin Bredgaard Sørensen  
EMN-2018-02483

### Resumé

I forbindelse med Danske Regioners generalforsamling i 2022 blev Årets Borgerinddragende Initiativ (ÅBI) uddelt for sidste gang. Der er fortsat ønske om at fastholde et stærkt fokus på patientoplevelsen. Det foreslås derfor, at der indstiftes en ny pris, der belønner initiativer, der bidrager til bedre patient- og pårørendeoplevelser.

Den nye patientoplevelsespris gives til et begavet tiltag, en teknologi, en organiseringsform, en smart gadget eller lignende, der f.eks. gør det lettere for patienter og pårørende at navigere i sundhedsvæsenet ved længere behandlingsforløb eller ved mange samtidige kontakter til sundhedsvæsenet, eller ved tiltag rettet mod at sikre værdier som omsorg, empati og nærvær. Regionerne vil have en aktiv rolle i at finde gode kandidater til prisen.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner indstifter en pris, der tildeles tiltag, der bidrager til den gode patientoplevelse i sundhedsvæsenet.

---

### Sagsfremstilling

Danske Regioner har syv gange uddelt en pris for Årets Borgerinddragende Initiativ (ÅBI). Prisen blev uddelt for sidste gang i forbindelse med generalforsamlingen i 2022.

Sekretariatet foreslår, at der stadig uddeles en pris, der fremhæver tiltag, som bidrager til et bedre sundhedsvæsen. Formålet er fortsat at sætte fokus på den gode patientoplevelse, men med en ny vinkel på patientoplevelsen, der går videre end blot inddragelse.

#### **Det skal være en god oplevelse at møde sundhedsvæsenet**

Blandt det overvældende flertal af gode behandlingsforløb og oplevelser i sundhedsvæsenet er der også eksempler på, at borgernes oplevelser ikke lever op til forventningerne, eller at mødet med sundhedsvæsenet ligefrem opleves som dårligt. Dette handler ikke nødvendigvis om den kliniske kerneydelse, men mere måden sundhedsvæsenet tager hånd om patienter og pårørende på praktisk, organisatorisk og i det konkrete fysiske møde, før, under og efter mødet.

#### **Om den nye pris**

Sekretariatet foreslår derfor, at Danske Regioner hædrer gode koncepter, begavede tiltag, en teknologi, en organiseringsform, en smart gadget eller andet, der højner oplevelsen i mødet med sundhedsvæsenet. Kriterierne for tildelingen af prisen forankres i et fokus på servicemindedhed og vil kunne indeholde elementer af effektiv tidsudnyttelse, intern vidensdeling, informationsudveksling og koordinering ”bag kulisserne”, som kommer patienter og pårørende til gavn.

De tiltag, der kan komme i betragtning til prisen, skal understøtte sundhedsvæsenets møde med det *hele menneske* og tage udgangspunkt i den enkeltes livssituation, herunder f.eks. sociale relationer, boligsituation, job mv. Tiltagene kan desuden indeholde et arbejdskraftsbesparende element ud fra en forventning om, at et smidigt, fleksibelt og serviceminded sundhedsvæsen potentielt kan medføre en mere effektiv infrastruktur, enklere processer og mindre dobbeltarbejde, der også er nemmere at navigere i og drifte for sundhedsvæsenets egne aktører.

Det vil være et krav, at tiltagene allerede er implementerede og har været i drift i en vis periode – og evt. at der er målinger, som bekræfter oplevelsen.

#### **Udbredelse af de gode tiltag gennem prisen**

Patientoplevelsesprisen skal medvirke til at skabe synlighed om og kendskab til vindertiltaget med henblik på efterfølgende udbredelse i de øvrige regioner – og evt. også andre sektorer. Prisen skal således skabe reel effekt i sundhedsvæsenet.

Vinderen af den tidligere pris (ÅBI) har modtaget midler til udsmykning af afdelingen. Præmien i tilknytning til patientoplevelsesprisen foreslås dog at være mere æstetisk forankret og kan være i form af en plakat, et billede eller en genstand, der symboliserer det gode initiativ. Supplerende til dette kan der gives midler til en rundrejse i regionerne, hvor prismodtagerne fortæller om deres initiativ.

Detaljerne for processen for nominering ligger ikke fast, men det påtænkes at regionerne spiller en aktiv rolle i at indsamle nominerede til prisen, hvorefter et uafhængigt panel vil udvælge vinderen.

Prisen foreslås uddelt på Danske Regioners generalforsamling – første gang i marts 2023.

---

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

14 (Fortrolig)

## 15 (Offentlig) Høringssvar - Sundhedsstyrelsens faglige ramme for etablering af nærhospitaler

---

Kristine Skovgaard Bossen  
EMN-2021-01006

### Resumé

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en faglig ramme for etablering af nærhospitaler, som skal danne grundlag for den efterfølgende ansøgningsproces om anlægsmidler. Den faglige ramme har været i høring hos en bred kreds af interessenter.

Danske Regioner har afgivet høringssvar på vegne af regionerne. Høringssvaret adresserer overordnet en række potentialer og udfordringer ved etableringen af nærhospitaler.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at* bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar, og  
*at* bestyrelsen tager orienteringen om processen for ansøgninger om anlægsmidler til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

Nærhospitaler indgår som et centralt element i regeringens [aftale med partierne om sundhedsreformen](#). Her beskrives det, at nærhospitaler skal bidrage til, at flere borgere oplever et sammenhængende og trygt forløb på tværs af sektorer og faggrænser. Der er afsat 4. mia. kr. til etablering af op til 25 nærhospitaler, som regioner og kommuner skal ansøge om i fællesskab.

#### **Faglig ramme for etablering af nærhospitaler**

Sundhedsstyrelsen har på opdrag fra Sundhedsministeriet udarbejdet en faglig ramme for etableringen af nærhospitaler, som beskriver den organisatoriske og sundhedsfaglige ramme for nærhospitaler og samtidig skal understøtte udmøntningen af midlerne. Sundhedsstyrelsen har indhentet rådgivning fra en følgegruppe, som regionerne har deltaget i sammen med en lang række andre aktører.

Sundhedsstyrelsens faglige ramme blev sendt i høring den 9. august 2022. I oplægget beskrives en række ambulatoriefunktioner, som ifølge Sundhedsstyrelsen skal tilbydes på alle nærhospitaler i dag- og aften-tid. Der stilles ikke tilsvarende krav til de kommunale sundhedstilbud, men i stedet fremhæves det, at der bør sikres sammenhæng mellem sygehusfunktioner og kommunale indsatser i nærhospitalerne. Nærhospitalerne kobles

organisatorisk til et akutsygehus samtidig med, at der etableres en fælles ledelse af det enkelte nærhospital mellem region og kommune.

Danske Regioner har den 30. august 2022 afgivet et hørings svar på vegne af regionerne. Hørings svaret adresserer overordnet potentialer og udfordringer ved etablering af nærhospitaler, herunder:

- Opbakning til, at nærhospitaler er én blandt mange veje til at opnå nære sundhedstilbud
- Opbakning til fokus på virtuelle løsninger og digital understøttelse af nærhospitaler og andre nære sundhedstilbud
- Bekymring for nærhospitalernes betydning for den nuværende personaleudfordring, og at der ikke er afsat driftsøkonomi
- Bekymring for, at der formuleres en række hospitalsfunktioner, som alle nærhospitaler skal tilbyde uden hensyntagen til lokale forhold og den øvrige sundhedsplanlægning
- Ønske om, at kommunerne forpligtes, så der kan sikres sammenhæng på tværs og faglig synergi i nærhospitalerne
- Ønske om afklaring af de lovgivningsmæssige rammer for etablering af fælles tilbud og samarbejde på tværs af region og kommune

De mere konkrete bemærkninger fremgår af hørings svaret.

### **Ansøgningsprocessen**

Det forventes, at puljen til nærhospitaler opslås første gang i efteråret 2022. Midlerne vil blive fordelt på baggrund af en række kriterier, som Sundhedsministeriet skal udarbejde. Ifølge ministeriet vil de første midler skulle udmøntes i 2023.

Det er endnu ikke klart, hvilke konkrete kriterier Sundhedsministeriet vil opstille for puljen, eller hvordan ansøgningerne vil blive vurderet, herunder afklaring af placeringer og evt. prioritering i rammen, såfremt ansøgningerne samlet set overstiger den afsatte ramme.

### **Adgang til høringsmateriale**

Hørings materialet kan ikke findes på høringsportalen og er derfor vedlagt som bilag.

---

## **Økonomi**

Der er i alt afsat 4 mia. kr., heraf 3,5 mia. til anlæg af nærhospitaler, mens en delramme på 500 mio. kr. kan anvendes til investeringer i it, teknologi og udstyr til at understøtte bedre hjemmebehandling og andre dele af den samlede struktur for nære og sammenhængende tilbud.

Danske Regioner har rejst behovet for midler til drift af nærhospitalerne.

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Høringssvaret er på grund af høringsfristen fremsendt til Sundhedsstyrelsen med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

## **Bilag**

1. Høringssvar nærhospitaler (1573107 - EMN-2021-01006)
2. FINAL høringsudkast til faglig ramme for nærhospitaler 08082022 (D8986548) (1573106 - EMN-2021-01006)

## 16 (Offentlig) Høringssvar - Forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner mv.

---

Jakob Schelde Holde  
EMN-2022-01002

### Resumé

Sundhedsministeriet har afholdt offentlig høring over lovforslag om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven m.m. Lovforslaget lægger bl.a. op til at indføre et forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker.

Danske Regioner har afgivet høringssvar. Det tilkendegives i høringssvaret, at Danske Regioner bakker op om intentionerne i lovforslaget om at sikre gode og fleksible rammer for at tilrettelægge arbejdet i sundhedsvæsenet med den bedst mulige anvendelse af medarbejdernes kompetencer.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

---

### Sagsfremstilling

Sundhedsministeriet har den 7. juli 2022 sendt udkast til forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven, lov om lægemidler og lov om apoteksvirksomhed i offentlig høring.

Lovforslaget skal udmønte dele af den brede politiske aftale om [Sundhedsreformen](#), som regeringen indgik med størstedelen af Folketingets partier den 20. maj 2022. Her var aftalepartierne bl.a. enige om at give sygeplejerskerne mulighed for selvstændigt at udføre bestemte opgaver, som i dag er forbeholdt læger. Aftalepartierne var endvidere enige om at udvide jordemødrenes nuværende virksomhedsområde med henblik på bedre anvendelse og udvikling af sundhedspersonalets kompetencer.

Lovforslaget handler således først og fremmest om:

- At indføre et forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker der bl.a. omfatter opgaver som udtagelse af veneblodprøver, anlæggelse af venekateter til væskebehandling og ordination og anvendelse af bestemte typer af vacciner og medicin
- Udvidelse og konkretisering af jordemødres forbeholdte virksomhedsområde bl.a. med opgaver som udtagelse af blodprøver samt punktur af fosterhinderne

- Fælles visitation til den kommunale hjemmesygepleje og akutfunktioner

Herudover indgår det i lovforslaget, at sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte regler om:

- At der kan indføres forbeholdte virksomhedsområder for specialuddannede sygeplejersker. Bemyndigelsen vil med lovforslaget indledningsvist blive anvendt til at fastsætte regler om et forbeholdt virksomhedsområde for sundhedsplejersker, anæstesisygeplejersker og intensivsygeplejersker
- At visse specialsygeplejersker skal have ret til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler

### **Danske Regioners høringsvar**

Danske Regioner har udarbejdet et fællesregionalt høringsvar på baggrund af bidrag fra alle fem regioner.

Det fremhæves i høringsvaret, at Danske Regioner bakker op om intentionerne om at sikre gode og fleksible rammer for at tilrettelægge arbejdet i sundhedsvæsenet med den bedst mulige anvendelse af medarbejdernes kompetencer. Danske Regioner ser positivt på, at sygeplejersker med lovforslaget vil kunne udføre visse typer af opgaver selvstændigt. Forslaget vil have særlig betydning i kommunerne, hvor der ikke er samme adgang til umiddelbart at konferere om opgaverne med en læge, som der er på sygehusene.

Det tilkendegives også i høringsvaret, at Danske Regioner finder det positivt, at lovforslaget giver kommunerne større mulighed for at samarbejde på tværs af kommunegrænser inden for hjemmesygepleje og de kommunale akutfunktioner.

Hvad angår lovforslagets bemyndigelse af sundhedsministeren til at indføre forbeholdte virksomhedsområder for specialuddannede sygeplejersker, udtrykker Danske Regioner en bekymring for, at det kan medvirke til at skabe flaskehalse og yderligere rekrutteringsudfordringer, når bestemte opgavefelter i udgangspunktet reserveres for relativt snævert afgrænsede grupper af medarbejdere. Danske Regioner kan på den baggrund ikke støtte forslaget om forbeholdt virksomhed i relation til specialuddannelserne. Det kan til sammenligning oplyses, at der ikke er forbeholdte virksomhedsområder knyttet til f.eks. speciallæger og specialtandlæger.

De konkrete bemærkninger fremgår af høringsvaret.

### **Adgang til høringsmateriale**

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen: [Høringsdetaljer - Høringsportalen \(hoeringsportalen.dk\)](#)



---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen er høringsvaret fremsendt til Sundhedsministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Danske Regioners høringssvar vedr. lovforslag om forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker m.v. (1570894 - EMN-2022-01002)

## 17 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop

---

Morten Wiese  
EMN-2022-01026

### Resumé

Sundhedsministeriet har afholdt offentlig høring over lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop.

Danske Regioner har afgivet høringssvar. Det tilkendegives i høringssvaret, at Danske Regioner bakker op om de overordnede ambitioner om at øge borgerens ret og selvbestemmelse over eget liv. Danske Regioner angiver dog også en række sundhedsfaglige, tekniske og etiske detaljer, der skal kvalificeres yderligere.

Danske Regioner forventer, at realisering af lovforslaget vil medføre betydelige investeringer i it og lægge beslag på udviklingsressourcer i regionerne. Der lægges med lovforslaget ikke op til en økonomisk kompensation, der matcher de forventede udgifter.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

---

### Sagsfremstilling

Sundhedsministeriet har den 7. juli 2022 udsendt høring over udkast til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven (Fravalg af genoplivning ved hjertestop).

Lovforslaget er en udmøntning af den politiske aftale fra december 2020 om [Det Gode Ældrelev](#) og har til formål at give habile borgere over 60 år mulighed for at registrere et ønske om fravalg af genoplivning ved hjertestop.

Lovforslaget vil fordrer, at der etableres en borgervendt registreringsløsning på sundhed.dk (samt papirunderstøttelse til ikke digitale borgere), og at der i regi af Sundhedsdatastyrelsen bliver oprettet et nationalt register over ønske om fravalg.

Borgerens registrerede ønsker skal kunne tilgås digitalt, hurtigt og nemt af sundhedspersonalet, f.eks. AMK-vagtcentraler, sygehuspersonale, praktiserende læger mv. i deres respektive journalsystemer.

Loven træder i kraft den 1. december 2024, hvor både det nationale register, registreringsløsning på sundhed.dk og de digitale adgange for sundhedspersoner skal være idriftsat.

### **Danske Regioners høringsvar**

Danske Regioner bakker overordnet op om lovforslagets hensigt om at understøtte borgernes selvbestemmelse over eget liv. Danske Regioner har dog en række væsentlige bekymringer og bemærkninger til lovforslagets konkrete udformning.

Særligt to aspekter kan fremhæves:

1. lovforslaget må ikke medføre tøven hos sundhedsfaglige eller den øvrige befolkning om, at genoplivning altid skal initieres hurtigst muligt. Ved hjertestop er tid altafgørende, og der skal altid igangsættes hjerte-lunge-redning hurtigst muligt, selvom endelig identificering af borgeren samt validering af eventuelt fravalg i det nationale register ikke foreligger. Lovforslaget skal understøttes af instruks og vejledning for sundhedspersoner, der tydeliggør procedurer for f.eks. AMK-vagtcentral og reddere i akutte situationer
2. der eksisterer allerede en række muligheder for fravalg via f.eks. behandlingstestamenter, lægeligt fravalg af genoplivning og borgerens fravalg af genoplivning i en aktuel sygdomssituation. Det kan være kritisk for patientsikkerheden og borgerens rettigheder, hvis forskellige former for fravalg ikke opsamles ét sted, men skal tilgås via forskellige datakilder, og der deraf kan opstå tvivl hos sundhedspersoner om aktuelt gældende status for fravalg. Det bør undersøges, hvordan etablering af ét centralt register på tværs af fravalgstyper kan implementeres.

Danske Regioner angiver desuden i høringsvaret, at udviklings- og implementeringsarbejdet for så store og komplekse integrationer vil kræve minimum 18 måneder. Det betyder, at regionernes implementering er dybt afhængig af, at det centrale register og endelige snitfladebeskrivelser forelægges regionerne senest april 2023, for at fristen den 1. december 2024 kan efterleves. Dette skal ses i lyset af, at regionerne i forvejen har en lang række fællesoffentlige initiativer og projekter, der beslaglægger betydelige ressourcer i de regionale implementeringsorganisationer.

De mere konkrete bemærkninger fremgår af høringsvaret.

### **Adgang til høringsmateriale**

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen: [Høringsdetaljer - Høringsportalen \(hoeringsportalen.dk\)](https://hoeringsportalen.dk).

## Økonomi

Danske Regioner forventer, at der vil være betydelige økonomiske konsekvenser som følge af lovændringen, der på ingen måde kan dækkes af de 15 mio. kr., der er afsat. Sagen ønskes derfor medtaget på Lov- og Cirkulæreprogrammet med henblik på forhandling af lovforslagets konsekvenser for regionernes økonomi, jfr. Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007.

---

## Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen er Danske Regioners høringssvar fremsendt til Sundhedsministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Høringssvar over lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop (1574989 - EMN-2022-01026)

## 18 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af offentlighedsloven mv.

---

Janne Simonsen  
EMN-2022-00945

### Resumé

Justitsministeriet har fremsat et lovforslag, som skal styrke beskyttelsen af offentligt ansatte i sager om aktindsigt m.v.

I høringssvaret bakker Danske Regioner op om lovforslaget, som tilgodeser behovet for at beskytte medarbejdere – navnlig på hospitalerne – i forbindelse med sager om aktindsigt. Dette skal særligt ses i lyset af den generelle samfundsmæssige udvikling med øget digitalisering og udbredelse af sociale medier, hvor der opleves et øget behov for at sikre medarbejdernes tryghed på arbejde og i fritiden. Lovforslaget er i tråd med de seneste ændringer, som er foretaget på journalføringsområdet inden for sundhedsvæsenet.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

---

### Sagsfremstilling

Justitsministeriet har i juli-august 2022 gennemført en høring over Forslag til lov om ændring af lov om offentlighed i forvaltningen, forvaltningsloven og forældelsesloven (Styrket beskyttelse af offentligt ansatte i sager om aktindsigt m.v.).

Formålet med lovforslaget er at styrke beskyttelsen af offentligt ansatte i sager om aktindsigt m.v. Baggrunden er, at der i de senere år er sket en stigning i antallet af sager, hvor offentligt ansatte udsættes for vold, trusler eller chikane i forbindelse med deres arbejde.

Lovforslaget indebærer for det første, at det i videre omfang bliver muligt at afslå at imødekomme en anmodning om aktindsigt, der er motiveret af retsstridige eller chikanøse hensigter. For det andet betyder lovforslaget, at der ved anmodninger om aktindsigt i personalesager i videre omfang kan tages hensyn til offentligt ansattes tryghed ved vurderingen af, om den ansattes navn skal udleveres.

Lovforslaget er i tråd med de seneste ændringer, som er foretaget på journalføringsområdet inden for sundhedsvæsenet, hvorefter der nu gives mulighed for, at en sundhedsperson kan identificere sig på anden vis end ved

navn i patientjournalen. Ligeledes indeholder reglerne om logning af anvendelser af personoplysninger i elektroniske patientjournaler nu mulighed for under visse omstændigheder at undlade at give adgang til sundhedspersoners navne.

Det bemærkes, at lovforslaget derfor har betydning for de overvejelser og det arbejde, som allerede pågår i regionerne om implementering af ændringerne i journalføringsbekendtgørelsen og logningsbekendtgørelsen.

### **Danske Regioners hørings svar**

I hørings svaret bakker Danske Regioner op om forslaget til lovændringer, idet det bemærkes, at forslaget tilgodeser behovet for at beskytte medarbejdere – navnlig på hospitalerne – i forbindelse med sager om aktindsigt. Dette skal særligt ses i lyset af den generelle samfundsmæssige udvikling med øget digitalisering og udbredelse af sociale medier, hvor der opleves et øget behov for at sikre medarbejdernes tryghed på arbejde og i fritiden. Desuden bemærkes, at lovforslaget er i tråd med de seneste ændringer, som er foretaget på journalføringsområdet inden for sundhedsvæsenet.

### **Adgang til høringsmateriale**

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen: [Høringsdetaljer - Høringsportalen \(hoeringsportalen.dk\)](https://hoeringsportalen.dk)

---

### **Økonomi**

Det fremgår af bemærkningerne, at lovforslaget ikke vurderes at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser af betydning for det offentlige. Forslaget har ikke været i DUT-høring.

---

### **Sekretariatets bemærkninger**

På grund af høringsfristen den 18. august 2022 er hørings svaret fremsendt til Justitsministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Regionerne har afgivet bemærkninger til det fælles hørings svar.

---

### **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

### **Bilag**

1. Hørings svar - forslag til lov om ændring af lov om offentlighed i forvaltningen (1574013 - EMN-2022-00945)

## 19 (Offentlig) Høringssvar - Lov om ansættelsesbeviser

---

Malene Vestergaard Sørensen  
EMN-2022-01032

### Resumé

Beskæftigelsesministeriet har i august 2022 sendt forslag til lov om ansættelsesbeviser og visse arbejdsvilkår i offentlig høring. Forslaget skal implementere EU-direktivet om gennemsigtige og forudsigelige arbejdsvilkår, som blev vedtaget i 2019.

Danske Regioner har afgivet høringssvar.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.*

---

### Sagsfremstilling

Beskæftigelsesministeriet har den 15. august 2022 sendt forslag til lov om ansættelsesbeviser og visse arbejdsvilkår i offentlig høring.

Loven indfører en udvidet pligt for arbejdsgiver om at orientere om vilkår for ansættelsen, og oplysningerne skal gives senest syv dage efter ansættelsesforholdet er påbegyndt.

Flere lønmodtagere vil være omfattet af loven, da anvendelsesområdet udvides til at omfatte lønmodtagere med arbejdstid tre timer ugentligt mod tidligere otte timer.

Som nye minimumsrettigheder har loven f.eks. bestemmelser om prøvetid på maksimalt seks måneder, bibeskæftigelse og uddannelse.

Hvis en lønmodtager er blevet afskediget i strid med loven, er der indført delt bevisbyrde. Det betyder, at hvis lønmodtageren kan pege på omstændigheder, som skaber en formodning for, at arbejdsgiver har brudt loven, skal denne bevise sin uskyld.

Loven kan fraviges ved kollektiv overenskomst, hvis den sikrer den overordnede beskyttelse af lønmodtagerne og for en række af de øvrige nye bestemmelser, hvis overenskomsten har regler, der mindst svarer til lovens.

På det regionale område er der en gældende aftale om vilkår. Aftalen er indgået på baggrund af den tidligere lov.

Aftalen stiller den ansatte bedre end loven, f.eks. skal den ansatte efter aftalen have et ansættelsesbrev, når stillingen tiltrædes, efter loven er det senest en måned efter.

Det er Danske Regioners vurdering, at aftalen og de kollektive overenskomster på det regionale område overordnet dækker lovens regler om mindstekrav til ansættelsesvilkår.

Implementering af den nye lov kan efter forhandling ske i den eksisterende aftale.

Der er tradition for, at EU-direktiver og lovgivning, der indeholder arbejdsretlig regulering, søges implementeret ved kollektiv aftale. Når lovgivningen er implementeret i en kollektiv aftale, medfører det, at evt. uenigheder skal behandles i det fagretlige system og ikke ved domstolene.

Danske Regioner peger i høringssvaret på enkelte forhold i loven, som kan have generel betydning, f.eks. om anvendelse af tilkaldevikarer. Det vil være besværligt for arbejdspladserne at gøre brug af tilkaldevikarer, hvis de omfattes af loven. Omvendt bemærkes det også, at regionerne foretrækker at ansætte personale – det giver bedre mulighed for at planlægge og tilrettelægge arbejdet.

De konkrete bemærkninger fremgår af høringssvaret.

### **Adgang til høringmateriale**

Høringmaterialet kan findes på høringportalen:  
<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/66690>.

---

## **Økonomi**

Danske Regioner tager i høringssvaret forbehold for de økonomiske konsekvenser af lovforslaget.

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

På grund af høringsfristen den 12. september 2022 er høringssvaret fremsendt til Beskæftigelsesministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse ved mødet den 29. september 2022.

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---



## Bilag

1. Danske Regioners høringsvar over lov om ansættelsesbeviser j.nr. 2021-9687 (1575121 - EMN-2022-01032)

## 20 (Offentlig) Hverv - VISO's bestyrelse

---

Bente Jønsson  
EMN-2020-01659

### Resumé

Regionsrådsmedlem Bettina Bové, B, er udtrådt af regionsrådet i Region Hovedstaden. Bettina Bové udtræder dermed også af bestyrelsen for VISO.

Som nyt medlem af VISO's bestyrelse har Radikale Venstre i stedet udpeget regionsrådsmedlem Lartey Lawson, B, Region Hovedstaden.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at regionsrådsmedlem Lartey Lawson, B, Region Hovedstaden indtræder som Danske Regioners medlem i VISO's bestyrelse i stedet for Bettina Bové, B.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

### Resumé

Følgende emner er til orientering:

- National handlingsplan for håndtering af PFAS
- Rigsrevisionsundersøgelse af myndighedernes håndtering af PFAS
- Rigsrevisionens beretning om sygehusberedskabet før og under 1. smittebølge af COVID-19
- Rigsrevisionsundersøgelse om borgerforløb fra psykiatrien til sociale tilbud
- Ombudsmandens temarapport om børn og unge i sikrede døgninstitutioner
- Arbejdsgruppe om apotekernes sundhedsydelse
- Principper for alternative aftalemodeller der skal gøre Amgros processer mere transparente for leverandører
- Udbredelse af kendskabet til tarmkræftscreening
- Fælles forståelse om brug af privat sygehuskapacitet i afvikling af behandlingsefterslæbet
- Politiske møder
- Arrangementer og konferencer

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### Sagsfremstilling

**National handlingsplan for håndtering af PFAS**  
(EMN-2022-00055)

Danske Regioner og KL har i et fælles brev opfordret miljøminister Lea Wermelin til at tage initiativ til en national handlingsplan for håndtering af PFAS. Miljøministeren har efterfølgende meldt ud, at [regeringen nu også bakker op om, at der bliver lavet en national strategi for PFAS](#).

Ministeren har desuden inviteret Danske Regioner og KL til mødet om sagen.

Danske Regioner vil på mødet fremhæve, at følgende elementer bør indgå i en handlingsplan:

- Et nationalt overblik over PFAS-forurening, der omfatter både kendte og potentielle forureninger. Dette inkluderer også de kilder, som ikke er regionernes ansvar.

- Koordinering af arbejdet, så der ikke er flere aktører der udfører det samme arbejde.
- Aktionsniveauer for handling ved fund af PFAS-forurening, så myndighederne ved, hvordan de skal reagere.
- Håndtering af diffuse forureningskilder, f.eks. spildevandsslam på landbrugsjord.
- Udvikling af gode afværgeteknologier, særligt i forhold til forurenede jord.

### **Rigsrevisionsundersøgelse af myndighedernes håndtering af PFAS**

*(EMN-2022-00055)*

Rigsrevisionen har over sommeren 2022 foretaget forundersøgelse om myndighedernes håndtering af PFAS. Rigsrevisionen har på baggrund af forundersøgelsen meddelt, at de har valgt at åbne en egentlig undersøgelse. Undersøgelsen er afgrænset til Miljøministeriet, Forsvarsministeriet og regionerne. Kommunerne er også myndighed på området, men indgår ikke i undersøgelsen, da Rigsrevisionen ikke har mandat til at revidere dem.

Danske Regioner og regionerne har under forundersøgelsen leveret en lang række materialer til Rigsrevisionen og kommer til at bidrage yderligere. Det forventes, at Rigsrevisionens undersøgelse afsluttes primo 2023.

### **Rigsrevisionens beretning om sygehusberedskabet før og under 1. smittebølge af COVID-19**

*(EMN-2020-00440)*

Den 13. juni 2022 udgav Rigsrevisionen [Beretning om sygehusberedskabet før og under 1. smittebølge af COVID-19](#). Statsrevisorerne har i deres bemærkninger lagt vægt på, at hverken Sundhedsministeriet eller regionerne var godt nok forberedte på at håndtere COVID-19, da 1. smittebølge ramte Danmark i 2020, særligt var den helt utilstrækkelige forsyning af værnemidler meget utilfredsstillende. Samtidig anerkender Statsrevisorerne, at regionerne med reviderede planer og en stor indsats fra sundhedspersonalet alligevel fik skabt kapacitet på sygehusene.

Sundhedsministeren skal redegøre for de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen har givet anledning til. I den forbindelse skal ministeren indhente udtalelser fra regionsrådene. Sundhedsministeriet har bedt hver enkelt regionsråd om bidrag senest mandag den 17. oktober 2022.

### **Rigsrevisionsundersøgelse om borgerforløb fra psykiatrien til sociale tilbud**

*(EMN-2022-00950)*

Rigsrevisionen har på baggrund af indikationer på, at borgere med psykiske lidelser, som har behov for et socialt botilbud, ofte får et usammenhængende

forløb og oplever problemer og fejl i visitationsprocessen valgt at igangsætte en undersøgelse heraf.

Følgende fire punkter vil blive undersøgt:

- Hvorvidt regionerne har koordineret indsatsen for voksne med psykiske lidelser med kommunerne. Dvs. om regionerne har orienteret kommunerne om indlæggelse og udskrivning af patienter, og om regionerne har koordineret med kommunerne via udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.
- Hvorvidt kommunerne visiterer borgere, der har fået psykiatrisk behandling, til egnede botilbud i overensstemmelse med gældende regler.
- Hvorvidt Social- og Ældreministeriet medvirker til at understøtte visitationen til botilbud godkendt til borgere med psykiske lidelser.
- Hvorvidt Social- og Ældreministeriet og Sundhedsministeriet i samarbejde har understøttet visitationen af borgere fra psykiatrien til botilbud på baggrund af koordineret viden om området.

Rigsrevisionen har afholdt indledende møder med regionerne, hvor der er blevet givet inputs til undersøgelsens metode, forløb og udkast til design. Foreløbigt er tidsplanen, at dataindsamling og analyse forløber september – oktober 2022. Revisionsnotat forventes i høring medio november og beretningsudkast i høring ultimo januar 2023. Statsrevisormøde forventes maj 2023.

### **Ombudsmandens temarapport om børn og unge i sikrede døgninstitutioner (EMN-2017-01153)**

Ombudsmanden offentliggjorde i juli 2022 en temarapport om børn og unge i sikrede døgninstitutioner. Rapporten baserede sig på tilsyn på landets otte sikrede døgninstitutioner gennemført af ombudsmanden i samarbejde med Institut for Menneskerettigheder og DIGNITY – Dansk Institut Mod Tortur.

Det konkluderes i temarapporten, at:

- Tilsynsbesøgene efterlod overordnet set et indtryk af, at institutionerne havde fokus på at håndtere konflikter på en pædagogisk og dialogbaseret måde
- Fristen for at registrere og indberette fysisk magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten blev i vidt omfang ikke overholdt mv.
- Manglende information til børn, unge og forældremyndighedsindehavere i forbindelse med anbringelsen om rettigheder i relation til fysisk magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten

- Institutionerne har i praksis vanskeligt ved at håndtere sondringen mellem obligatoriske og frivillige husordensregler
- På de interne skoler var der en række problemer med overenskomster mv., ligesom der var udfordringer i forbindelse med undervisning i fuld fagrække og timetal samt reglerne om fritagelse for undervisning i fag mv.
- Ikke alle børn og unge blev tilbudt en screening i forhold til at få afdækket et eventuelt behov for en psykiatrisk udredning.

På baggrund af ovenstående fund oplystes der i temarapporten en række anbefalinger. Ombudsmanden vil drøfte disse med henholdsvis Social- og Ældreministeriet, Børne- og Undervisningsministeriet og Sundhedsministeriet. Danske Regioner forventer at blive inddraget i dialogen herom.

### **Arbejdsgruppe om apotekernes sundhedsydelse** (EMN-2022-01014)

Det fremgår af [aftalen om sundhedsreformen](#), at aftalepartierne er enige om, at apotekerne spiller en central rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, samt at de kan varetage flere opgaver, end de gør i dag. Partierne er på den baggrund enige om, at der skal nedsættes en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe, der skal se på, hvilke opgaver apotekerne med fordel kan varetage for bl.a. at aflaste f.eks. sygeplejersker og læger i det nære sundhedsvæsen samt for at understøtte øget patientsikkerhed og tilgængelighed.

Sundhedsministeriet har som opfølgning på sundhedsreformen nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af ministeriet, Danske Regioner, KL og Danmarks Apotekerforening. Arbejdsgruppen forventes at afslutte sit arbejde ultimo 2022/primo 2023.

Danske Regioners bestyrelse godkendte i juni 2021 medicinoplægget [Det gode liv med effektiv brug af medicin](#). Oplægget indeholder 17 anbefalinger til, hvordan man kan opnå bedre kvalitet i lægemiddelbehandlingen, bedre medicinpriser og effektiv udlevering af medicin samt fokus på internationalt samarbejde og leveringssikkerhed. Flere af anbefalingerne fra medicinpolitikken, herunder forslag om øget brug af substitution og generisk ordination, vil indgå i den ovenfor omtalte arbejdsgruppes arbejde om apotekernes sundhedsydelse.

Herudover vil arbejdsgruppen bl.a. have fokus på muligheden for at udbrede dosisdispenseret medicin, hvor kommunerne kan opnå gevinster i form af, at personale på plejehjem får frigivet tid til andre arbejdsopgaver, hvis medicinen er dosispakket. Regionerne har bl.a. fokus på dosisdispenseret medicin i forbindelse med ibrugtagningen af de nye sygehuse. Der er desuden sammen med bl.a. Sundhedsministeriet, KL og PLO igangsat en

konsulentanalyse af dosispakket medicin. Analysen skal afsluttes inden udgangen af november 2022 og kommer til at indgå i arbejdet vedrørende apotekernes sundhedsydelse.

**Principper for alternative aftalemodeller der skal gøre Amgros processer mere transparente for leverandører**  
(EMN-2022-01094)

Amgros har fastlagt principper for brug af alternative aftalemodeller. Principperne skal bidrage til mere transparente og smidige forhandlingsprocesser for leverandørerne, samt lige behandling af alle leverandører.

Amgros har i flere år gjort brug af alternative aftalemodeller, hvilket indbefatter aftaler, der ikke er baseret på en "flad rabat". De alternative aftalemodeller kan bruges som et værktøj til at reducere usikkerheden, når Medicinrådet skal vurdere, om et nyt lægemiddel skal ibrugtages som mulig standardbehandling på danske hospitaler. De alternative aftalemodeller vil kunne håndtere usikkerheden forbundet med et nyt lægemiddel, hvor der ved godkendelsestidspunktet findes sparsomme data.

Udgangspunktet for principperne for aftalemodellerne er, at omkostningerne ved de nye modeller skal holdes op imod udbyttet af dem. Principperne indebærer også, at en alternativ aftale skal være så enkel som mulig, og at administrationen i klinikken skal være begrænset. Yderligere må aftalen ikke hindre den kort- eller langsigtede konkurrence på markedet. Vedtagelsen af principperne samt hvordan og hvornår aftalemodellerne bruges, er derfor med til at sikre nye og innovative lægemidler til danske patienter.

Hvis en leverandør ønsker at indgå en alternativ aftale, kan leverandøren kontakte Amgros. Amgros vurderer fra sag til sag, hvorvidt en alternativ aftale kan være relevant. Uanset aftalemodel er det Medicinrådet, der beslutter om et nyt lægemiddel eller indikationsudvidelse som mulig standardbehandling kan anbefales på de offentlige hospitaler.

Principperne og en oversigt over modeller for alternative aftaler kan tilgås på [Amgros hjemmeside](#).

**Udbredelse af kendskabet til tarmkræftscreening**  
(EMN-2017-00815)

Danske regioner vil i et samarbejde med Kræftens bekæmpelse øge kendskabet og deltagelsen i tarmkræftscreeningsprogrammet blandt personer med minoritetsbaggrund.

Tyk- eller endetarmskræft er den tredje hyppigste kræftsygdom og forekommer først og fremmest hos personer over 50 år. Folk over 50 år tilbydes screeningsprogram for at forebygge tarmkræft og for at øge sandsynligheden for, at flere overlever med færrest mulige senfølger.

Der er i dag en underrepræsentation i screeningsprogrammet af borgere fra ikke-vestlige lande. Undersøgelser tyder på, at en barriere er, at der i dag kun forligger informationsmateriale på dansk.

Danske Regioner og Kræftens Bekæmpelse har aftalt et samarbejde om at udbrede kendskabet til tarmkræftscreening blandt personer med minoritetsbaggrund. Indsatsen vil bestå af to dele, hvortil Danske Regioner vil have en formidlende og koordinerende rolle:

1. Udvikling af materiale på andre sprog end dansk
2. Informationsindsats der skal sikre, at materialet når ud til målgruppen samt til faggrupper med kontakt til målgruppen.

Sundhedsstyrelsen orienteres i processen og støtter initiativet.

### **Fælles forståelse om brug af privat sygehuskapacitet i afvikling af behandlingsefterslæbet**

*(EMN-2022-01107)*

I Danske Regioners aftale med regeringen fra februar 2022 om afvikling af udskudt aktivitet henvises der til, at der skal søges en fælles forståelse med Sundhed Danmark (Privathospitalernes brancheforening) om brugen af privat sygehuskapacitet. Et sådan forståelse ligger nu.

Det fremgår af aftalen, at regionerne fortsat vil sikre, at den private kapacitet anvendes i videst muligt omfang til at afhjælpe den udskudte aktivitet. Der er endvidere enighed om, at der tilstræbes og foregår dialog om, at der er balance i anvendelsen af den samlede arbejdsstyrke for sundhedsvæsenet. På denne baggrund vil parterne følge udviklingen i antallet af læger og sygeplejersker ansat hos de private hospitaler og klinikker, som Danske Regioner har aftale med. Udviklingen følges via eksisterende registre.

### **Politiske møder**

*(EMN-2022-00141)*

Der har været afholdt følgende politiske møder siden den 11. august 2022:

- Hilse-på-møde 25. august 2022 med indenrigs- og boligministeren. Anders Kühnau og Stephanie Lose deltog.
- Forhandlingsmøde den 14. september 2022 med børne- og undervisningsministeren om VEU-trepart. Rikke Margrethe Friis deltog.



- Møde 16. september 2022 med uddannelsesministeren om rekruttering til professionsuddannelserne på velfærdsområdet. Anders Kühnau deltog.
- Møde 20. september 2022 med transportministeren om kompensation til de regionale trafikselskaber. Anders Kühnau og Stephanie Lose deltog.

## **Arrangementer og konferencer**

(EMN-2018-0274)

### 10. oktober 2022 kl. 10.00-15.30

Nyborg: Brugerinddragelse i et digitalt sundhedsvæsen. Danske Regioner er medarrangør i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, VIBIS, KL og Danske Patienter.

### 3. november 2022 kl. 10.00-16.00

København: Sundhed for Alle – Danske Regioners årlige sundhedspolitiske konference. Danske Regioner er arrangør.

### 8. december 2022 kl. 12.00-17.00

København: Topmøde om sundhedsforskning. Danske Regioner er arrangør.

### 19. januar 2023

Regionernes Økonomi- og Styringsseminar (RØST). Danske Regioner er arrangør.

---

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

## **Bilag**

1. Fælles forståelse om brug af privat kapacitet i afvikling af ven... (D2354629)  
(1573919 - EMN-2022-00141)

## 22 (Offentlig) Formandens meddelelser

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2022-00141

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 23 (Offentlig) Næste møde

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2022-00141

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes torsdag den 27. oktober 2022 kl. 10.30 – 15.00 i Regionernes Hus.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 24 (Offentlig) Eventuelt

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2022-00141

### Resumé

-

---

### Indstilling

-

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Indkomne forslag til analysetemaer</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Udvælgelse af Behandlingsrådets analysetemaer</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>5</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>3</b>

Nr.	Foreslået analysetema	Forslagsstiller
1	Temperaturmåling og opretholdelse af normal temperatur på operationspatienter med anæstesi-varighed > 2 timer	Sydvestjysk Sygehus
2	Klinisk anvendelse af 3D teknologier	Aarhus Universitetshospital
3	Virtual reality (VR) som smertelindring til børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter	Sydvestjysk Sygehus
4	Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde	Region Syddanmark på vegne af Regionerne
5	Internetbaseret terapi - evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling	Region Syddanmark på vegne af Regionerne
6	Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer	Region Syddanmark på vegne af Regionerne
7	Omstilling af fremtidens kontrol af lungesyge patienter	Aarhus Universitetshospital
8	Perkutan vertebroplastik (PVP) af osteoporotiske sammenfald (vertebrale frakturer)	Aarhus Universitetshospital
9	Forebyggelse af hjertekarsygdom hos patienter med svære psykiatriske tilstande ved at man i sygehusbaseret psykiatri iværksætter og monitorerer initial farmakologisk behandling af hjertekar-risikofaktorer.	Region Nordjylland
10	Kredsløbsmonitorering / estimering af minutvolumen	Region Nordjylland
11	Artroskopi ved smerter	Region Nordjylland
12	Anvendelse af hjemme-NIV (non-invasiv ventilation) til KOL-patienter	Region Midtjylland
13	Behandling af patienter med kroniske smerter	Region Sjælland
14	Udvikling af det radiologiske område	Region Sjælland
15	Antikoagulation	Region Midtjylland
16	Prænatal genetisk diagnostik	Region Hovedstaden
17	Søvnendoskopi og søvnapnø	Rigshospitalet og Regionshospitalet Gødstrup
18	Bivirkninger til immunterapi	Region Hovedstaden
19	Optimering af cancerkontroller	Regionshospitalet Gødstrup
20	Differentiering af pakkeforløb	Regionshospitalet Gødstrup

Indstiller	<i>Afdeling for Bedøvelse og Intensiv, Sydvestjysk Sygehus (SVS), Region Syddanmark</i>
Tema	<i>Temperaturmåling og opretholdelse af normal temperatur på operationspatienter med anæstesivarighed &gt; 2 timer</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<p><i>Forslag til fokusområder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sammenligning af forskellige målemetoder til måling af temperatur hos operationspatienter med fokus på valide måleværdier og positive patientoplevelser.</i></li> <li>• <i>Sammenligning af omkostningseffektivitet på tværs af valide målemetoder.</i></li> <li>• <i>Fokus på metoder til at forebygge varmetab samt sikre varmevedligeholdelse, da ikke alle patienter med mindre varmetab (35-36°) ønsker at blive varmet op.</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Forekomsten af utilsigtet varmetab (hypotermi) er en meget hyppig forekommende komplikation blandt operationspatienter, således vil 70-90% af disse patienter ankomme hypotermie til opvågningen hvis tilstanden ikke forebygges. Det fremgår også af Dansk Anæstesi Database (årsrapport 2020) at andelen af anæstesier med varighed &gt;2 timer, hvor patienten havde hypotermi ved afslutning ligger langt over standarden på 5%. Således ligger andelen på 11,7% og ingen af regionerne opfylder standarden. Ligeledes fremgår det af årsrapporten, at der ikke er registreret temperaturmålinger på mere end 30.000 operative forløb, svarende til 31% af de registrerede anæstesiforløb på over 2 timers varighed. Det fremgår af DAD, at der bør igangsættes et målrettet arbejde, lokalt, regionalt og nationalt, for at sikre at patienter har normal temperatur under invasive procedure.</i></p> <p><i>På Bedøvelse og Intensiv, SVS ligger man i 2022 også på et gennemsnit på 11,6%, hvor patienten havde hypotermi og man har her igangsat et arbejde lokalt, hvor man har analyseret data på knap 300 operationspatienter. Resultaterne viser, at der generelt bør være langt større fokus på måling af temperatur, men som det også fremgår af litteraturen (Pedersen M. C; 2009) er temperaturmåling et kontroversielt område, som ofte er baseret på holdninger fremfor viden, hvilket afspejles i de mange forskellige målemetoder, som anvendes til denne patientpopulation.</i></p> <p><i>Der mangler således systematisk viden om bedste målemetode til operationspatienter med fokus på omkostningseffektivitet og patientoplevelser samt fokus på at forebygge varmetab og sikre varmevedligeholdelse. Det er særligt vigtigt, at der findes en løsning på temperaturmonitorering og opretholdelse af normal temperatur på patienter i blok, spinal og lokal anæstesi. Disse patienter er vågne og ønsker ikke at varmes mere op, end de finder komfortabelt heller ikke selv om der måles en temperatur på mindre end 36 grader. Disse patienter tæller også med i det samlede datasæt til DAD.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<i>Operationspatienter med anæstesivarighed &gt; 2 timer.</i>

	<i>På Afdeling for Bedøvelse og Intensiv drejer dette sig om 3450 patienter årligt.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Systematisk og valid måling af temperatur på operationspatienter samt fokus på at forebygge varmetab blandt operationspatienter i lokal og generel anæstesi er centralt for patienterne. Forebyggelse af hypotermi kan reducere antallet af postoperative komplikationer såsom sårinfektion, nedsat sårheling og kulderystelser.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Temperaturmåling udført via blærekateter anses som en af de mest præcise målemetoder. Denne målemetode anvendes på SVS, men metoden er omkostningstung og er samtidig ikke anvendelig til alle operationspatienter. Således er det også ønsket, at en analyse fra Behandlingsrådet vil kunne give anbefalinger til bedste målemetode, som kan anvendes til en stor andel af populationen og som samtidig er omkostningseffektiv og tilfredsstillende for patienterne.</i>  <i>Ligeledes medfører hypotermi postoperative komplikationer og set i et økonomisk perspektiv vil forebyggelse af hypotermi således være en økonomisk gevinst.</i>  <i>Analysen på afdeling for Bedøvelse og Intensiv, SVS har et stort potentiale for opskalering, da udfordring med forskellig målemetoder og utilsigtet varmetab er en generel udfordring på tværs af alle regionerne</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Pedersen MC. Den kolde postoperative patient. Sygeplejersken 2009; (13):40-49.</i>  <i>Smith R, Woldike PM, Linneberg A. Methods of first-choice for clinical temperature measurement in Danish hospital wards. Ugeskr.Laeger 2008 May 26;170(22):1930-3.</i>  <i>Kimberger O, Cohen D, Illievich U, Lenhardt R. Temporal artery versus bladder thermometry during perioperative and intensive care unit monitoring. Anesth.Analg. 2007 Oct;105(4):1042-7.</i>
Øvrige bemærkninger	



Indstiller	Aarhus Universitetshospital
Tema	Klinisk anvendelse af 3D teknologier
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse af økonomisk-, behandlingsmæssig og organisatorisk effekt ved anvendelse af klinisk 3D print.</li> <li>• Analyse effekt ved en række fremtidige anvendelsesområder mht intelligent ekspedering af 3D print aktiviteter.</li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Anvendelse af 3D teknologier i sundhedsvæsenet har over den seneste år-række været under stor forandring. Flere hospitaler har i dag egne 3D faciliteter, som anvendes i en lang række scenarier fra uddannelse til operationsbordet. Disse initiativer beror ofte på "græsrodsbevægelser" og en klinisk intuition om at 3D teknologier bidrager positivt til behandlingen af patienter. Dette er i høj grad underbygget af forskningen. Der findes dog ikke et fyldestgørende billede af hvilke konkrete og afledte effekter anvendelsen tilvejebringer.</p> <p>En større analyse som nærværende vil i høj grad kunne fungere som et værktøj til at belyse den fulde effekt af anvendelsen, og dermed have et konkret værktøj til at fastlægge den organisatoriske struktur på et passende niveau.</p>
Beskriv patientpopulation	I øjeblikket ses en meget broget patient population af kirurgiske patienter der har gavn af 3D print centeret, AUHs aktiviteter. I 2021 blev i alt 8 specialer betjent og over 130 patienter blev der leveret til. Dette er i et år med Corona og sygeplejersker. Uden disse udfordringer haves indikationer på langt højere anvendelsesgrad lokalt på hospitalet. Der ud over har andre af landets hospitaler inden for de seneste år taget lignende 3D initiativer. En større analyse som denne ville således komme til gavn nationalt.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	Det ses ret entydigt i den videnskabelige litteratur, at 3D print har en positiv effekt på behandlingen af patienterne. En større analyse som denne ville hjælpe til at sikre at 3D anvendes intelligent, hvor det giver mest mulig effekt og at den gradvise udvidelse sker på et konsolideret grundlag.
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	Den videnskabelige litteratur samt egne erfaringer viser at anvendelsen af 3D print giver anledning til signifikant kortere operationstider, kortere indlægningsstider og færre re-operationer. Fra et økonomisk synspunkt er dette tre meget store punkter. Det præcise omfang kendes dog ikke.
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ballard DH et al. Medical 3D Printing Cost-Savings in Orthopedic and Maxillofacial Surgery: Cost Analysis of Operating Room Time Saved with 3D Printed Anatomic Models and Surgical Guides. Acad Radiol. 2020;27(8):1103-1113.</li> <li>• Mazzola F et al. Time and cost-analysis of virtual surgical planning for head and neck reconstruction: A matched pair analysis. Oral Oncol. 2020 Jan;100:104491.</li> </ul>
Øvrige bemærkninger	

Indstiller	<i>Region Syddanmark - på forslag fra Sydvestjysk Sygehus</i>
Tema	<i>Virtual reality (VR) som smertelindring til børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Effekt af VR som metode til distraktion fra smertefulde procedurer hos børn og unge, sammenlignet med andre metoder til distraktion fra smertefulde procedurer – stratificeret på demografi, smertefulde procedurer og forskellige former for VR (effekt kan måles med smertevurderingsredskaber eller patientoplevelt smerte/pårørendeoplevelt smerte)</i></li> <li>• <i>Er der nogle kontraindikationer ift. anvendelsen af VR som smertelindring?</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Børn bliver i sundhedsvæsenet udsat for procedurer som er smertefulde og angstprovokerende.</i></p> <p><i>Smertefulde procedurer – særligt de tilbagevendende smertefulde procedurer - giver en risiko for, at barnet kan udvikle en kronisk spændingstilstand der kan forstærke smerterne og forårsage kroniske smerter.</i></p> <p><i>Non-farmakologisk smertebehandling er en essentiel del af smertelindring til børn og unge og en række af de faglige anbefalinger retter sig mod distraktion / afledning fra den smertefulde procedurer. Flere studier peger på, at VR som non-farmakologisk smertelindring til børn og unge har et stort potentiale og eks. kan have samme smertelindrende effekt som hvis en specialuddannet sygeplejerske skulle aflede barnets opmærksomhed.</i></p> <p><i>Den nationale vejledning for akutte smerter hos børn peger også på "elektroniske spil" som metode til afledning af børn i alderen 6-18 år<sup>1</sup>, men der er fortsat en række uklarheder omkring brugen af VR som bør være på plads før metoden implementeres bredt.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<i>Børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter. Procedure-relaterede smerter omfatter – men er ikke begrænset til – stikprocedurer, anlæggelse af sonde, rensning og suturering af sår og behandling af brandsår.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p><i>Ubehandlede smerte og angst hos børn/unge kan have vidtrækkende konsekvenser langt ind i voksenalderen, og det er essentielt at smerter og angst forebygges og behandles.</i></p> <p><i>Særligt er det relevant for den større gruppe af kronisk syge børn og unge der jævnligt får foretaget smertefulde procedurer, eks. børn og unge med gigt og blødersygdomme som ofte går til blodprøvekontrol.</i></p> <p><i>Det er afgørende, at metoden til smertelindring (herunder distraktion) er i overensstemmelse med evidensen på området, således at børn og unge smertelindres bedst muligt ud fra den viden der er på området.</i></p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Der kan være omkostninger forbundet med at anskaffe VR udstyr med en stk. pris på 5000 kr. pr. brille, uden abonnement. Tilbud fra firma på 26.000 kr./år for 2 briller med software. Der er behov for at få undersøgt forholdet mellem anskaffelsesprisen og effekten af VR som metode til smertelindring.</i>

<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p><i>Recent Applications of Virtual Reality for the Management of Pain in Burn and Pediatric Patients.</i> Ang SP, Montuori M, Trimba Y, Maldari N, Patel D, Chen QC. <i>Curr Pain Headache Rep.</i> 2021 Jan 14;25(1):4. doi: 10.1007/s11916-020-00917-0. PMID: 33443603 Review.</p> <p><i>Use of virtual reality in the supportive care management of paediatric patients with cancer.</i> Yap KY, Koh DWH, Lee VSJ, Wong LL. <i>Lancet Child Adolesc Health.</i> 2020 Dec;4(12):899-908. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30240-6. PMID: 33217359 Review.</p> <p><i>Use of Virtual Reality for minor procedures in the Emergency Department: A scoping review.</i> McCahill RJ, Nagle C, Clarke P. <i>Australas Emerg Care.</i> 2021 Sep;24(3):174-178. doi: 10.1016/j.auec.2020.06.006. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32718907 Review.</p> <p><i>Immersive Virtual Reality for Pediatric Procedural Pain</i> Walther-Larsen, S, Petersen, T, Friis, SM, Aagaard, G, Drivenes, B &amp; Opstrup, P 2019. <i>Hospital pediatrics</i>, bind 9, nr. 7, s. 501-507. <a href="https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0249">https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0249</a></p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	

---

<sup>1</sup> [akutte-smerter-hos-boern-jan2019.pdf \(rigshospitalet.dk\)](#)

# Psykiatrien i Region Syddanmark

Afdeling: Telepsykiatrisk Center  
Dato: 22. februar 2022  
Udarbejdet af: Lisbeth Thisted  
E-mail: lta@rsyd.dk  
Telefon: 2979 6434

## Oplæg til temaer til behandlingsrådet

Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark anbefaler, at Behandlingsrådet analyserer følgende teknologier, som aktuelt bruges i psykiatrisk behandling:

1. Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde
2. Internetbaseret terapi – evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling
3. Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer

Baggrund:

Temaerne er blevet drøftet og godkendt på møde i Lægedirektør Forum den 9. februar 2022. I Lægedirektør Forum deltager de lægelige psykiatridirektører fra alle fem regioner. Temaerne har efterfølgende været udsendt til de øvrige regioner med mulighed for at indgive bemærkninger forud for indsendelse.

Region Syddanmark foreslås som indstiller på vegne af alle 5 regioner.

## Psykiatrien i Region Syddanmark

Indstiller	<i>Region Syddanmark – på forslag fra Lægedirektør Forum</i>
Tema	<i>Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde.</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ambulant psykiatri</i></li> <li>• <i>Døgnpsykiatri</i></li> <li>• <i>Akutpsykiatri</i></li> <li>• <i>Psykiatri i udgående funktioner</i></li> </ul> <p><i>For alle fokusområder er både voksenpsykiatri og børne- og ungepsykiatri relevant.</i></p>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>Psykiatrien har under Covid-19 fået flere erfaringer med at anvende videokonsultationer i patientforløb. Alle regionspsykiatrier har målsætninger om at op til 30 % af ambulante kontakter foregår digitalt. Der mangler imidlertid systematisk viden om sammenhængen mellem brugen af videokonsultation i psykiatrien og effekten på patientoplevelse kvalitet, omkostningseffektivitet samt den optimale organisering af indsatser.</i>
Beskriv patientpopulation	<i>Videokonsultation har relevans for alle diagnoseområder, men vil altid kræve en faglig vurdering af behandleren i samråd med patienten. Videokonsultation anvendes i dag især til behandlingssamtaler, opfølgingsmøder, gruppeterapi, netværksmøder og undervisning. I mange typer af patientforløb peger både patienter, behandlere og forskning på et mix af video og fysisk fremmøde som det mest optimale.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p><i>De positive gevinster ved at anvende videokonsultation omfatter fleksibilitet og sammenhæng i behandlingsforløb, øget adgang til specialiseret behandling uafhængig af geografisk lokalitet, mindre transporttid for borgeren, færre udeblivelser og afbud. Intern evaluering i Psykiatrien i Region Syddanmark peger på, at langt størstedelen af de patienter, som har haft en videokonsultation ønsker at benytte sig af det igen.</i></p> <p><i>De negative effekter omfatter risiko for tekniske problemer, fx dårlig kvalitet af billede og lyd, som kan forstyrre behandlingen og forringe behandlingsudbytte. Det kan også være sværere for behandleren at vurdere det nonverbale og etablere relation over video.</i></p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Øget anvendelse af videokonsultation har potentiale til at forbedre ressourceanvendelse i psykiatrien, da både behandlere og patienter sparer tid på transport. I visse typer af behandlingsforløb giver det også mulighed for at lave nye aftaler med kort varsel, hvis fx et hul i kalenderen opstår</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Der findes omfattende international forskning i klinisk effekt ved anvendelse af videokonsultation, men yderst begrænset viden i en dansk kontekst og i særdeleshed manglende viden om den sundhedsøkonomiske effekt ved omlægning af fysiske fremmøder til videokontakt.</i>
Øvrige bemærkninger	<i>Øget brug af videokonsultation forudsætter gode digitale kompetencer hos behandlere. Patienternes kompetencer er også vigtige, men de kan også</i>

## Psykatrien i Region Syddanmark

	<p><i>understøttes af behandler samt teknisk support.</i></p> <p><i>Undersøgelse af omkostningseffektivitet ved anvendelse af videokonsultation er også relevant inden for somatikken.</i></p>
--	--

# Psykiatrien i Region Syddanmark

Afdeling: Telepsykiatrisk Center  
Dato: 22. februar 2022  
Udarbejdet af: Lisbeth Thisted  
E-mail: lta@rsyd.dk  
Telefon: 2979 6434

## Oplæg til temaer til behandlingsrådet

Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark anbefaler, at Behandlingsrådet analyserer følgende teknologier, som aktuelt bruges i psykiatrisk behandling:

1. Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde
2. Internetbaseret terapi – evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling
3. Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer

Baggrund:

Temaerne er blevet drøftet og godkendt på møde i Lægedirektør Forum den 9. februar 2022. I Lægedirektør Forum deltager de lægelige psykiatridirektører fra alle fem regioner. Temaerne har efterfølgende været udsendt til de øvrige regioner med mulighed for at indgive bemærkninger forud for indsendelse.

Region Syddanmark foreslås som indstiller på vegne af alle 5 regioner.

## Psykiatrien i Region Syddanmark

Indstiller	<i>Region Syddanmark - på forslag fra Lægedirektør Forum</i>
Tema	<i>Internetbaseret terapi – evidensbaseret kognitiv adfærdsterapi, hvor patienten støttes i egen behandling via online behandlingsprogram.</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Det landsdækkende behandlingstilbud Internetpsykiatrien tilbyder nu evidensbaserede forløb for let til moderat angst og depression, støttet af psykologer ved bl.a. forsamtaler. Dette tilbud har potentiale for at hjælpe mange flere borgere inden for målgruppen, end det aktuelt gør. Dette kræver dog bl.a. øget kendskab samt en bredere forankring hos og formidling fra relevante aktører, fx almen praksis, sundhedshuse, kommunale tilbud, sundhed.dk og i fremtiden hos fx sundhedsklynger og nærhospitaler.</i></li> <li>• <i>Der er et uforløst potentiale ift. at sikre Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til alle relevante patientgrupper. Aktuelt findes der ikke et dansk evidensbaseret behandlingsprogram for bl.a. OCD, PTSD, spiseforstyrrelser samt børn og unge. Aktuelt udvikler Region Syddanmark et angsttilbud målrettet unge samt ikke støttede behandlingsprogrammer målrettet forebyggelse samt lette symptomer på angst og depression.</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>Internetbaseret terapi viser potentiale til at blive en hjørnesteen i fremtidens psykiatri. Ud over det fællesregionale tilbud Internetpsykiatrien har Region Midtjylland lanceret internetbaseret behandling af helbredsangst i hele landet, og Region Hovedstaden tester et online behandlingsprogram i deres ambulante behandling målrettet selvskadende 13-17årige. Både dansk og international forskning peger på et enorm potentiale for at tilbyde behandlingen til endnu flere borgere og endnu flere målgrupper. En analyse fra Behandlingsrådet vil understøtte udviklingen ved at skabe tydelighed omkring internetbaseret terapier behandlings- og omkostningseffektivitet.</i>
Beskriv patientpopulation	<i>Aktuelt venter tusindvis af både børn, unge og voksne med lette til moderate symptomer på angst, depression, OCD, spiseforstyrrelser i mange uger og måneder på at få et relevant offentligt behandlingstilbud. En meget stor andel af disse har både motivationen og kompetencerne til at modtage online behandling via et tilbud som Internetpsykiatrien. På bagkant af COVID-19-pandemien er det blevet tydeligt, at digitale tilbud er relevante for et endnu større flertal af danskerne end først antaget.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p><i>For patienterne er den oplevede værdi især:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hurtigere adgang til relevant evidensbaseret behandling.</i></li> <li>• <i>Adgang til kvalitetssikret kognitiv adfærdsterapi for borgere i hele landet.</i></li> <li>• <i>Oplevet nærhed til sundhedsvæsenet, da behandlingen kan ske fra hjemmet eller hvor borgeren ellers tilgår internet.</i></li> </ul>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi rummer et betydeligt potentiale for opskalering, da de tilknyttede behandlere kun deltager aktivt ved forsamtale, løbende sparring over beskeder samt afsluttende samtaler.</i></p> <p><i>Derudover sker behandlingen asynkront ved patientens egen indsats. Helt ikke støttede behandlingsforløb via automatiserede</i></p>



## Psykiatrien i Region Syddanmark

	<i>behandlingsprogrammer som forebyggelse og behandling af lette symptomer viser også et stort potentiale – disse er aktuelt under udvikling og afprøvning i Region Syddanmark for målgrupperne angst, depression og BED (spiseforstyrrelse).</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Der findes betydelig international forskning i effekten af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi. I dansk kontekst er der især forsket i effekten af Internetpsykiatriens tilbud, hvor den vigtigste litteratur bl.a. er:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Mathiasen et al. (2018)</i></li><li>• <i>Titov et al. (2018).</i></li></ul> <i>Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark kan kontaktes for formidling af yderligere forskningsresultater og litteratur.</i>
Øvrige bemærkninger	

# Psykiatrien i Region Syddanmark

Afdeling: Telepsykiatrisk Center  
Dato: 22. februar 2022  
Udarbejdet af: Lisbeth Thisted  
E-mail: lta@rsyd.dk  
Telefon: 2979 6434

## Oplæg til temaer til behandlingsrådet

Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark anbefaler, at Behandlingsrådet analyserer følgende teknologier, som aktuelt bruges i psykiatrisk behandling:

1. Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde
2. Internetbaseret terapi – evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling
3. Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer

Baggrund:

Temaerne er blevet drøftet og godkendt på møde i Lægedirektør Forum den 9. februar 2022. I Lægedirektør Forum deltager de lægelige psykiatridirektører fra alle fem regioner. Temaerne har efterfølgende været udsendt til de øvrige regioner med mulighed for at indgive bemærkninger forud for indsendelse.

Region Syddanmark foreslås som indstiller på vegne af alle 5 regioner.

## Psykiatrien i Region Syddanmark

Indstiller	<i>Region Syddanmark - på forslag fra Lægedirektør Forum</i>
Tema	<i>Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Eksponeringsterapi via virtual reality har vist et stort veldokumenteret potentiale i behandlingen af særligt angstlidelser og PTSD.</i></li> <li>• <i>Aktuel dansk forskning i den innovative behandling kaldet avatarterapi peger på et hidtil ukendt potentiale i behandlingen af hørelshallucinationer hos patienter med skizofreni</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>Eksponeringsterapi vha. virtual reality (VR) er nu en veldokumenteret behandlingsform for en række angstlidelser og PTSD. Flere studier viser også tegn på effektiv behandling af depression, spiseforstyrrelser og skizofreni, fx det innovative danske Challenge-forskningsprojekt, hvor anvendelsen af avatarterapi testes i behandlingen af hørelshallucinationer hos patienter med skizofreni. I øjeblikket viser de fleste studier dog, at terapi med VR-udstyr "kun" har samme behandlingseffekt som traditionel eksponeringsterapi. Derfor bliver økonomi formentlig en vigtig parameter for i hvilken grad og for hvilke målgrupper VR-baseret terapi bør tages i brug. VR-baseret terapi tyder på at give ressourcebesparelser for både behandler og patient, imens der muligvis er større compliance hos fx visse angstpatienter pga. øget tryghed under behandlingen. Endelig er VR-udstyr allerede i brug i en række danske psykiatridelinger som understøttelse af mindfulness træning og meningsfuld aktivitet for indlagte patienter.</i>
Beskriv patientpopulation	<i>Patienter i ambulans behandling for angstlidelser eller PTSD. Her muliggøres behandlerstøttet eksponeringsterapi på nye måder ved hjælp af VR. Patienter med skizofreni og oplevet hørelshallucinationer, kan sandsynligvis modtage et helt ny behandlingsform, som er meget krævende, men også viser stort potentiale i forskning ift. at hjælpe patienter, som tidligere ikke har fået relevant behandling af deres hallucinationer.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Angst og PTSD-patienter kan sammen med deres behandler og alene få helt nye muligheder for at arbejde systematisk med eksponering inden for trygge rammer hos behandleren eller i eget hjem. Patienter med skizofreni og hørelshallucinationer kan potentielt modtage hel eller delvis behandling for deres meget invaliderende symptomer via en unik terapiform, som tidligere ikke eksisterede.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Det er uklart, hvor stor besparelsen er, når behandleren tager VR i brug i forbindelse med eksponeringsterapi. Men det er veldokumenteret, at terapien er virkningsfuld for patienterne. Og det er sandsynligt, at der er effektiviseringer at hente, eksempelvis ift. transporttid og øget adgang til tilbud om behandling.</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur	<i>Der findes både danske og international forskning i effekten af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi.</i>

## Psykatrien i Region Syddanmark

eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark kan kontaktes for formidling af yderligere forskningsresultater og litteratur.</i>
Øvrige bemærkninger	

# Behandlingsrådet

Indstiller	Lungesygdomme, AUH, Region Midtjylland
Tema	Omstilling af fremtidens kontrol af lungesyge patienter
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"><li>- hvordan kontrolleres den kronisk lungesyge patient i hjemmet. Hvordan sikres lungefunktionsmålinger inkl. diffusionsmåling derhjemme?</li><li>- hvordan sikrer vi en bedre ressourceudnyttelse, kronikeren vs. den nyhenviste lungepatient?</li><li>- hvordan sikrer vi tryghed og viden blandt patienterne?</li></ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Vi ser ind i en fremtid med flere ældre, flere kronikere og færre i den arbejdsdygtige alder. Der er derfor behov for en måde at differentiere vores kontrol af svært lungesyge patienter. Dette kunne ske med egen målinger af lungefunktion, funktionsniveau, iltmætning etc., så at vi kan undlade at se de stabile patienter og koncentrere os om de patienter, der oplever forværring.</p> <p>Ydermere kan den indsigt patienterne får ved selvkontrol, benyttes til en næsten daglig overvågning, således, at vi får mulighed for nemmere at gribe tidligt ind ved en forværring.</p>
Beskriv patientpopulation	Patienter med lungesygdom. Vi ønsker i første omgang at arbejde med patienter med interstitiel lungesygdom, da de er en stor patientgruppe i Lungesygdomme, AUH, og deres kontrol er ressourcekrævende. Vi er bevidste om at opsamle erfaring til at kunne overføre denne til andre grupper af lungepatienter, her kan nævnes astma og KOL patienter, som begge er meget store patientgrupper på landsplan.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p>Vi ser de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt.</p> <p>Involvering af patienten i udarbejdelse af forskellige løsninger og brug af sundhedsteknologi</p> <p>Patienter får stor indsigt i egen sygdom, og tryghed ved faste og hyppige egenmålinger.</p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>Der frigives tid i lungemedicinsk afdeling til at se rette patient på rette tidspunkt, og håndtere en forværring bedst muligt.</p> <p>Der frigives tid til at se nyhenviste patienter inden for udredningsretten, hvor vi i dag har måneders ventetid.</p> <p>Samlet set bruges vores tid mere fornuftigt.</p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p>Enkelte studier har vist, at hjemme-monitorering af patienter med interstitielle lungesygdomme er muligt, men at der forsat resterer mange udfordringer</p> <p>Althobiani MA, Evans RA, Alqahtani JS, et al. Home monitoring of physiology and symptoms to detect interstitial lung disease exacerbations and progression: a systematic review. ERJ open Res [Internet]. 2021;7. Available from:</p>

	<p><a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34938799">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34938799</a>.</p> <p>Ambrosino N, Fracchia C. The role of tele-medicine in patients with respiratory diseases. <i>Expert Rev Respir Med</i> [Internet]. 2017;11:893–900. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28942692">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28942692</a>.</p> <p>Marcoux V, Wang M, Burgoyne SJ, et al. Mobile Health Monitoring in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis. <i>Ann Am Thorac Soc</i> [Internet]. 2019;16:1327–1329. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31242394">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31242394</a>.</p> <p>Maher TM, Corte TJ, Fischer A, et al. Pirfenidone in patients with unclassifiable progressive fibrosing interstitial lung disease: a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 2 trial. <i>Lancet Respir Med</i> [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28];8:147–157. Available from: <a href="https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(19)30341-8/abstract">https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(19)30341-8/abstract</a>.</p> <p>Moor CC, Mostard RLM, Grutters JC, et al. Home Monitoring in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis. A Randomized Controlled Trial. <i>Am J Respir Crit Care Med</i> [Internet]. 2020;202:393–401. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32325005">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32325005</a>.</p>
Øvrige bemærkninger	

# Behandlingsrådet

Indstilller	Aarhus Universitetshospital
Tema	Perkutan vertebroplastik (PVP) af osteoporotiske sammenfald (vertebrale frakturer)
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At afdække effektiviteten af PVP</li> <li>- Afgrænsning af patientpopulation, hvor der er indikation for PVP</li> <li>- Afklaring af tidsperspektiv for udførelse af PVP ved indikation</li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>osteoporose kan forårsage sammenfald af ryghvirvler. omkring 50 af sammenfaldene er smertefrie, men ved de resterende vil patienterne opleve smerter i varierende grad fra mildere selvlimiterende forløb til invaliderende og eller langvarige smerter, der øger sygelighed, dødelighed, medicinforbrug og afhængigheden af hjælp fra andre. Incidensen af sammenfald i lænden er ikke kendt, da en del er asymptomatiske men skønnes til ca. 10.000 pr. år. ca. 200 pr. år er opgjort med diagnosekoder og er dermed formentlig symptomatiske men i varierende grader (1).</p> <p>Perkutan vertebroplastik er en behandling, hvor der under røntgengennemlysning indsprøjtes cement i en sammenfaldet ryghvirvel mhp at stabilisere denne. Behandlingen anvendes alene på smerteindikation.</p> <p>Midlertid er det kontroversielt, hvilke patienter der har gavn af behandlingen. Der er således lavet lodtrækningsstudier der både viser en gavnlig eller ingen effekt på smerter og livskvalitet og det samme gælder meta-analyser (samlet analyse af flere studier), hvor nogen viser en effekt (2) og andre ikke gør (3). De divergerende resultater afhænger formentlig af inklusionskriterierne i studierne samt af om PVP sammenlignes med standardbehandling (smertestillende medicin) eller et såkaldt sham-indgreb hvor patienterne instrumenteres som ved PVP men blot ikke får sprøjtet cement ind. Derudover kan timingen af behandlingen i forhold til sammenfaldets opståen spille en rolle.</p> <p>PVP tilbydes i dag på hospitaler i alle regioner, men med baggrund i ovenstående er det meget varierende fra region til region, hvilke patienter, der tilbydes behandlingen, og hvilke lægespecialer, der kan henvise til PVP.</p>
Beskriv patientpopulation	<p>Patienter med osteoporotiske rygsammenfald (vertebrale frakturer) der har behov for længerevarende behandling med stærk smertestillende medicin og eller indlæggelse eller ikke tåler stærk smertestillende medicin. Størrelsen af denne population er ikke velkendt men vil være en lille del af de 200 symptomatiske sammenfald på et år. På AOU er der ca 125 henvendelser pr. år grundet sammenfald hos borgere over 55 år hvoraf 5 resulterer i en indlæggelse af kortere eller længere varighed. AOU's patientgrundlag er ca. 400.000 borgere.</p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p>En afklaring af hos hvilke patienter, PVP vil medføre klinisk relevant smertelindring og hos hvilke patienter dette ikke kan forventes, vil betyde at PVP vil kunne tilbydes med langt større præcision end tilfældet er i dag.</p>

<p>Beskriv de økonomiske betragtninger for området</p>	<p>En MTV fra Sundhedsstyrelsen om PVP fra 2010 (4) indeholder en økonomisk analyse der baserer sig på et dansk studie (5) gennemført fra 2001-2008, hvor PVP er sammenlignet med standardbehandling (korset og smertestillende medicin). Analysen viser en økonomisk gevinst på knap 15.000kr. pr. patient primært grundet et afkortet indlæggelsesforløb og muligt nedsat behov for hjemmehjælp. Lignende resultater er fundet i en nylig meta-analyse (6).</p>
<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Abtahi et al. Osteoporos Int. 2019 Nov;30(11):2217-2223.</li> <li>2) Buchbinder et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Nov 6;11(11)</li> <li>3) Ramos-Bossini et al. Eur Radiol. 2021 Nov;31(11):8542-8553</li> <li>4) <a href="#">Perkutan-vertebroplastik-som-behandling-af-smertefulde-osteoporotiske-rygfrakturer.ashx (sst.dk)</a></li> <li>5) Rousing et al. Spine (Phila Pa 1976). 2009 Jun 1;34(13):1349-54</li> <li>6) Pron et al. Spine J. 2022 Mar 5;S1529-9430(22)00093-6.</li> </ol>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	<p>PVP bruges også ved maligne læsioner. Denne henvendelse drejer sig udelukkende om non-maligne osteoporotiske sammenfald.</p>



Indstiller	<i>Psykiatrien i Region Nordjylland</i>
Tema	Forebyggelse af hjertekarsygdom hos patienter med svære psykiatriske tilstande ved at man i sygehusbaseret psykiatri iværksætter og monitorerer initial farmakologisk behandling af hjertekar-risikofaktorer.
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<p><i>Kan der laves en algoritme som beslutningsstøtte til opstart af behandling af hyppige bivirkninger af hjerte-kar mæssig betydning hos patienter med svære psykiatriske tilstande?</i></p> <p><i>Kan en sådan algoritme gøres obligatorisk at anvende ligesom screening for hjerte-kar risikofaktorer ved patienter i antipsykotisk behandling</i></p>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Patienter med svære psykiatriske tilstande har en forventet levetid der er 15-20 år kortere end det observerede i almenbefolkningen. Naturlig død, herunder primært hjerte-kar-sygdom, er den hyppigste dødsårsag i denne patientgruppe. Der er iværksat obligatorisk screening hos patienter i antipsykotisk behandling for hjerte-kar risikofaktorer, men disse patienter henvises ofte til egen læge for at få iværksat medicinsk behandling af disse risikofaktorer. Patienterne er oftest delvist marginaliserede og har ofte et nedsat funktionsniveau, hvilket øger risikoen for at de ikke får iværksat behandling.</i></p> <p><i>Data viser at en person med svær psykiatrisk sygdom har en højere grundlæggende risiko for hjerte-kar-sygdom, og man bør derfor iværksætte behandling på et tidligere tidspunkt.</i></p> <p><i>Patienter med svære psykiatriske tilstande følges ofte i specialiserede behandlingsteams i sygehuspsykiatrien og hvis man konsekvent iværksatte medicinsk behandling af hjerte-kar risikofaktorer kunne dette have væsentlig betydning for mindskelse af overdødelighed.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<i>Patienter med de sværeste psykiatriske tilstande (F2,F3, F6)</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Patienter ville kunne få iværksat en medicinsk behandling som potentielt kunne forbedre livslængde og mindske risiko for hjerte-kar-sygdom. Herved kunne man på sigt mindske behandlingsbehovet for somatiske sygdomme i patientgruppen.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Der skal afsættes ressourcer til udarbejdelse og opdatering af en algoritme for beslutningsstøtte i forhold til opstart af medicinsk behandling af overvægt, forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk og rygning. Denne algoritme skal formodentligt være delvist pragmatisk baseret da data på den specifikke population ikke findes.</i></p> <p><i>Der er tidligere lavet randomiserede forsøg i Danmark der viser at man ikke kan gennemføre livsstilsændringer der medfører ændringer i hjerte-kar risikofaktorer på trods af betydelig støtte, i en gruppe af patienter med svær psykiatrisk tilstand (F2).</i></p>

# Behandlingsrådet

	<p><i>Der ventes ikke betydeligere omkostninger forbundet med iværksættelse af den medicinske behandling i psykiatrisk kontekst, da det allerede nu er standard praksis at screene for disse. Opstart af medicinsk behandling der mindsker disse risikofaktorer vurderes at medføre begrænset øget tidsanvendelse.</i></p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p>M Solmi, J Fiedorowicz, L Poddighe, M Delogu, M Alessandro, A Hoye, IH Heiberg, B Stubbs, L Smith, H Larsson, R Attar, RE Nielsen, S Cortese, JI Shin, P Fusar-Poli, J Firth, LN Yatham, A Carvalho, DJ Castle, M Seeman, CU Correll. Disparities in screening and treatment of cardiovascular diseases in patients with mental disorders across the world: systematic review and meta-analysis of 47 observational studies. <i>Am Jour Psych.</i> 2021 Sep 1;178(9):793-803.</p> <p>Nielsen RE, Banner J, Jensen SE. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. <i>Nat Rev Cardiol</i> 2020; 18 (2): 136-145</p> <p>RE Nielsen, P Kugathasan, S Straszek, SE Jensen, RW Licht. Why are somatic diseases in bipolar disorder insufficiently treated? <i>Int Bipolar Disord</i> 2019; 7: 2</p> <p>RE Nielsen, RW Licht. Could we do more? <i>Bipolar Disord</i> 2018 Dec; 20(8): 683-684</p> <p>The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. Helene Speyer, Hans Christian Brix Nørgaard, Merete Birk, Mette Karlsen, Ane Storch Jakobsen, Kamilla Pedersen, Carsten Hjorthøj, Charlotta Pisinger, Christian Gluud, Ole Mors, Jesper Krogh, Merete Nordentoft. <i>World Psychiatry</i> 2016;15:155–165</p>
Øvrige bemærkninger	<p><i>Kommer gerne og laver præsentation eller oplæg til diskussion omhandlende emnet.</i></p>

Indstilller	Anæstesi- og Intensivafdelingen, Aalborg Universitetshospital
Tema	Kredsløbsmonitorering / estimering af minutvolumen
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	
Angiv motivation for indstilling af temaet	Antallet af ældre og antallet af ældre med kroniske sygdomme (komorbiditet) er stadig stigende. Det betyder, at kompleksiteten af patienter, som indlægges på hospital til såvel planlagte behandlinger som til behandling for akut opstået sygdom er kraftigt stigende. De kritisk syge patienter, som har behov for større kirurgiske indgreb, så som hjertekirurgi, mavetarm kirurgi og traume kirurgi eller som har behov for behandling på intensiv afdeling for sepsis (blodforgiftning), organsvigt, efter større kirurgi og traumer, eller anden livstruende sygdom er ressourcekrævende. Hos den kritisk syge patient skal iltforsyningen til alle kroppens celler sikres og her spiller en monitorering af kredsløbet en central rolle med måling af hjertets minutvolumen (cardiac output). Den gyldne standard for bestemmelse af hjertets minutvolumen er en invasiv måling via et kateter placeret i højre hjertehalvdel (i arterie pulmonalis). Denne kalibrerede metode giver de bedst validerende og mest præcise kontinuerlige målinger, som kan sikre en rettidig behandling og hurtig optimering af kredsløbet. Der findes flere kalibrerede og ikke-kalibrerede metoder på markedet, som dog ikke lever op til standardkravene om præcision, overensstemmelse med faktuelle mål for cardiac output og mulighed for følge ændringer over tid hos den kritisk syge patient. Optimal kredsløbsmonitorering kan sikre rettidig behandling af de mest kritisk syge voksne patienter, som indlægges på hospital, uanset alder og dermed potentielt nedsætte indlæggelsesvarigheden og mindste sygelighed og dødelighed.
Beskriv patientpopulation	Kritiske syge patienter, som indlægges planlagt eller akut, hvor kredsløbsmonitorering er indiceret under operation og ved behandling på intensiv afdeling. Det drejer sig om 6000 til 8000 patienter årligt.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	I takt med tiltagende ældre befolkning med stigende sygdoms kompleksitet øges behov for kredsløbsmonitorering. Udgiften til ekstra apparatur vil sikre optimal og rettidig behandling af de mest kritisk syge voksne patienter, som indlægges på hospital.
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	Der kan sende særskilt apparaturplan med økonomiske beregninger af udskiftning af vores eksisterende kredsløbsmonitorerings apparatur, som er nedbrudstruet samt tillægsplan over hvilke ekstra kredsløbsmonitoreringer der bør anskaffes ved optimal monitorering af alle patienter.
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cecconi M, De Backer D, Antonelli M, Beale R, Bakker J, Hofer C, Jaeschke R, Mebazaa A, Pinsky MR, Teboul JL, Vincent JL, Rhodes A. Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med. 2014 Dec;40(12):1795-815.</li> <li>2. Vejledning til perioperativ væskebehandling Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin Udvalget for Anæstesi og Perioperativ Medicin 2022</li> <li>3. Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, Cariou A, Cronberg T, Friberg H, Genbrugge C, Haywood K, Lilja G, Moulaert VRM, Nikolaou N,</li> </ol>

	<p>Olasveengen TM, Skrifvars MB, Taccone F, Soar J. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: postresuscitation care. <i>Intensive Care Med.</i> 2021 Apr;47(4):369-421.</p> <p>4. Biais M, Pearse R. Perioperative haemodynamic therapy: Why are recommendations not being adopted? <i>Anaesthesia Critical Care &amp; Pain Medicine</i>, 2019; 8(1): 5-7</p> <p>5. VanDyck TJ, Pinsky MR. Hemodynamic monitoring in cardiogenic shock. <i>Curr Opin Crit Care.</i> 2021 Aug 1;27(4):454-459</p> <p>6. Saugel B, Vincent JL, Cardiac output monitoring: how to choose the optimal method for the individual patient. <i>Curr Opin Crit Care</i> 2018, 24:165-172.</p> <p>7. Kaufmann T, Van der Horst I, Scheeren TWL. This is your toolkit in hemodynamic monitoring. <i>Curr Opin Crit Care</i> 2020; 26:303 – 312</p>
Øvrige bemærkninger	Ingen

Indstilller	Aalborg Universitetshospital
Tema	Artroskopi af knæ pga. vedvarende smerte og manglende effekt af træning
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende effekt af knæ artroskopi</li> <li>• Manglende effekt af træning</li> <li>• Det er ikke afklaret hvilke patienter der har effekt af knæ artroskopi og i hvor høj grad</li> <li>• Det er ikke afklaret om alle patienter får den korrekte træning.</li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Der bliver foretaget en større mængde knæ artroskopi pga. vedvarende smerter og manglende effekt af træning. Det er patienter i alderen over 40 år med større eller mindre grad af degenerative menisk forandringer. Der er som regel normalt bevægeudslag i knæleddet og samtidig fund af degenerative forandringer i menisken ved artroskopien og der foretages en større eller mindre grad af menisk resektion. Ikke alle har effekt af artroskopi hvor den degenererede del af menisken fjernes. Årsagen til den manglende effekt er uklar. Et helt friskt systematisk review af 16 randomiserede studier konkluderer (1):” <i>Arthroscopic surgery provides little or no clinically important benefit in pain or function, probably does not provide clinically important benefits in knee-specific quality of life, and may not improve treatment success compared with a placebo procedure. It may lead to little or no difference, or a slight increase, in serious and total adverse events compared to control, but the evidence is of low certainty. Whether or not arthroscopic surgery results in slightly more subsequent knee surgery (replacement or osteotomy) compared to control remains unresolved.</i>”</p> <p>Det er vist i flere studier at specifik neuro-muskulær træning er effektiv overfor knæ smerter på degenerativ basis (2,3,4). Aktuelt er et igangværende studie ved at undersøge om der er effekt af artroskopisk menisk resektion overfor træning hos yngre uden degenerative forandringer (5).</p>
Beskriv patientpopulation	Midaldrende til ældre > 40 år med mere end 3 måneder knæ smerter
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	Vælge den korrekte behandling og undgå unødige artroskopiske kirurgiske behandlinger
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>I et review af 9 kohorte studier oplyses at 10-års udgiften for knæ menisk artroskopi 31528 \$ og for non-operativ 25006 \$ (6). Et andet studie viste betydelig mindre udgift ved træning overfor arthroscopy (-1803 EUR), men afhængig af villigheden til at betale for ydelsen (7).</p> <p>Med mere end 18000 knæ artroskopier i Danmark om året er der et stort potentiale for reducere sundhedsmkostningerne (8).</p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur	1. O'Connor D, Johnston RV, Brignardello-Petersen R, Poolman RW, Cyril S, Vandvik PO, Buchbinder R. Arthroscopic surgery for

<p>eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p>degenerative knee disease (osteoarthritis including degenerative meniscal tears). Cochrane Database Syst Rev. 2022 Mar 3;3(3):CD014328.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Grønne DT, Roos EM, Ibsen R, Kjellberg J, Skou ST. Cost-effectiveness of an 8-week supervised education and exercise therapy programme for knee and hip osteoarthritis: a pre-post analysis of 16 255 patients participating in Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D). BMJ Open. 2021 Dec 13;11(12):e049541</li> <li>3. Skou ST, Roos EM, Simonsen O, Laursen MB, Rathleff MS, Arendt-Nielsen L, Rasmussen S. The efficacy of non-surgical treatment on pain and sensitization in patients with knee osteoarthritis: a pre-defined ancillary analysis from a randomized controlled trial. Osteoarthritis Cartilage. 2016 Jan;24(1):108-16.</li> <li>4. Skou ST, Rasmussen S, Laursen MB, Rathleff MS, Arendt-Nielsen L, Simonsen O, Roos EM. The efficacy of 12 weeks non-surgical treatment for patients not eligible for total knee replacement: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. Osteoarthritis Cartilage. 2015 Sep;23(9):1465-75.</li> <li>5. Skou ST, Lind M, Hölmich P, Jensen HP, Jensen C, Afzal M, Jørgensen U, Thorlund JB. Study protocol for a randomised controlled trial of meniscal surgery compared with exercise and patient education for treatment of meniscal tears in young adults. BMJ Open. 2017 Aug 21;7(8):e017436.</li> <li>6. Faucett SC, Geisler BP, Chahla J, Krych AJ, Kurzweil PR, Garner AM, Liu S, LaPrade RF, Pietzsch JB. Meniscus Root Repair vs Meniscectomy or Nonoperative Management to Prevent Knee Osteoarthritis After Medial Meniscus Root Tears: Clinical and Economic Effectiveness. Am J Sports Med. 2019 Mar;47(3):762-769</li> <li>7. an de Graaf VA, van Dongen JM, Willigenburg NW, Noorduyn JCA, Butter IK, de Gast A, Saris DBF, van Tulder MW, Poolman RW; ESCAPE Research Group. How do the costs of physical therapy and arthroscopic partial meniscectomy compare? A trial-based economic evaluation of two treatments in patients with meniscal tears alongside the ESCAPE study. Br J Sports Med. 2020 May;54(9):538-545</li> <li>8. Hare KB, Vinther JH, Lohmander LS, Thorlund JB. Large regional differences in incidence of arthroscopic meniscal procedures in the public and private sector in Denmark. BMJ Open. 2015 Feb 24;5(2)</li> </ol>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	<p>Ingen</p>

# Behandlingsrådet

Indstiller	<i>Region Midtjylland</i>
Tema	<i>Anvendelse af hjemme-NIV (non-invasiv ventilation) til KOL-patienter</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<i>Forslag til eventuelle fokusområder:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Anvendelse af Hjemme-NIV til patienter med forhøjet dagstids-CO2-niveau.</i></li></ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Der er en skærpet opmærksomhed på KOL-patienter med forhøjet dagstids-CO2-niveau. Disse patienter kan profitere af natlig hjemme-NIV-behandling, idet det kan øge tiden til næste indlæggelse, reducere antallet af exacerbationer samt har positiv betydning for dødeligheden i denne patientgruppe. Ved brug af hjemme-NIV forventes antallet af akutte indlæggelser desuden at falde en smule (konkret forventes et fald på 40 indlæggelser i Region Midtjylland).</i></p> <p><i>Behandlingen har potentiale for at øge patienternes livskvalitet, den øger patienternes vågenhed i dagtid og har potentiale for at øge deres kognitive evner og muligheder.</i></p> <p><i>Der er en øget sandsynlighed for at exacerbationer kan behandles i hjemmet, hvor man nu kan give såvel steroid, antibiotisk behandling samt ændre på NIV indstillingerne, når modstanden i luftvejene stiger ved en exacerbation. Disse muligheder kan reducere antal indlæggelser og mortalitet for patienterne.</i></p> <p><i>Der er dog en bekymring for, om dette modsvarer udgifterne ved behandlingen.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<p><i>KOL patienter med dagtidshyperkapni. .</i></p> <p><i>I Region Midtjylland forventes der at være tale om ca. 200 nyhenviste patienter årligt.</i></p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p><i>Patienternes risiko for en akut indlæggelse forventes at falde. Behandling med hjemme-NIV vil kunne øge trygheden hos den enkelte patient.</i></p> <p><i>Det forventes derudover, at antallet af akutte indlæggelser vil falde en smule (konkret forventes et fald på 40 indlæggelser i Region Midtjylland).</i></p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Behandling med hjemme-NIV til en udvidet patientgruppe forventes i Region Midtjylland at medføre udgifter på 2,1 – 2,2 mio. kr. årligt til udstyr. Ved et forventet antal nyhenviste patienter på 200 svarer det til en udgift på ca. 10.587 kr. pr. patient.</i></p> <p><i>Herudover kommer øgede personaleressourcer på særligt lungemedicinske afdelinger, og i mindre grad i Respirationscenter Vest.</i></p> <p><i>Pr. patient forventes følgende forbrug ift. personaleressourcer:</i></p> <p><b><i>Patientforløb i regi af RCV (pr. patient – i RM 5-10 patienter årligt)</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>1 døgn indlæggelse til opstart af Hjemme-NIV (0,5 sygeplejerske)</i></li><li>• <i>Efter 3 måneder: Kontrol med 1 døgn indlæggelse (0,5 sygeplejerske)</i></li><li>• <i>1 årlig kontrol; enten læge + sygeplejerske ambulant eller via PRO (patientrapporterede data)</i></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ad hoc masketilpasning ved plejepersonale; ca. 0,5 – 1 time, 1 gang årligt.</li> </ul> <p><b>Patientforløb i Lungemedicinsk regi (pr. patient – i RM 190-195 patienter årligt)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 døgn indlæggelse til opstart af Hjemme-NIV (0,5 sygeplejerske).</li> <li>• Efter 3 måneder: Ambulant kontrol (læge og sygeplejerske) – i forbindelse med øvrig KOL- eller iltkontrol, evt. i hjemmet. Ca. 25 % af patienterne vil kræve en nats indlæggelse som kontrol af NIV-behandlingen</li> <li>• 1 årlig kontrol: enten læge + sygeplejerske ambulant eller via PRO (patientrapporterede data)</li> <li>• Ad hoc masketilpasning ved plejepersonale; ca. 0,5 – 1 time, 1 gang årligt.</li> </ul> <p>Der forventes en mindre fald i akutte indlæggelser. Det forventes dog ikke at føre til et markant fald i udgifter i akutafdelingerne.</p> <p>KOL-patienter kan optage en seng, mens de afventer overflytning til Respirationscenter. Ved at den enkelte lungemedicinske afdeling selv kan opstarte behandlingen, kan sengedage i den situation reduceres.</p>
<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p>Der henvises til retningslinje fra Dansk Selskab for Lungemedicin vedrørende KOL – LT-NIV (Hjemme NIV), som kan ses her: <a href="https://lungemedicin.dk/kol-lt-niv-hjemme-niv/">https://lungemedicin.dk/kol-lt-niv-hjemme-niv/</a></p> <p>Derudover:</p> <p>Thomas Köhnlein, Wolfram Windisch et. al. Non-invasive positive pressure ventilation for the treatment of severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a prospective, multicenter, randomized, controlled clinical trial. <i>The Lancet</i>, Vol 2, No. 9, p698-705, sept. 2014</p> <p>Patrick B. Murphy et. al. Effect of Home Noninvasive Ventilation With Oxygen Therapy vs Oxygen Therapy Alone on Hospital Readmission or Death After an Acute COPD Exacerbation <i>JAMA</i>. 2017;317(21):2177-2186. doi:10.1001/jama.2017.4451</p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	



# Behandlingsrådet

Indstiller	<i>Sjællands Universitetshospital, Region Sjælland</i>
Tema	<i>Behandling af patienter med kroniske smerter</i>
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ikke-farmakologisk behandling</i></li> <li>• <i>Psykens sammenhæng til oplevelsen af fysisk smerte.</i></li> <li>• <i>Afstigmatisering</i></li> <li>• <i>Forebyggelse af ledsagesymptomer, som fx depression, ængstelse, søvnforstyrrelser, isolation, nedsat aktivitetsniveau, dårlig hukommelse, mistet livsglæde, håbløshed mm.</i></li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Patienter med kroniske smerter findes både på det medicinske og det kirurgiske område og indenfor alle specialer. Kroniske smerter kan være både en social, fysisk og psykisk belastning. Patienter med kroniske smerter har i varierende grad behov for både sygehusbehandling og behandling hos praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger. Kroniske smertepatienter har endvidere et stort forbrug af medicin.</i></p> <p><i>Samtidig oplever patienter med kroniske smerter, at deres situation er meget indgribende i forhold til både deres privatliv og deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Det betyder derfor også, at patienter med kroniske smerter også har behov for kommunale tilbud og økonomisk støtte.</i></p> <p><i>I Region Sjælland er der bl.a. udover de almindelige afdelinger også etableret Center for Funktionelle Lidelser, en tværfaglig smerteklinik og et rygcenter.</i></p> <p><i>Det vil derfor være interessant at lave en analyse, der viser, <u>om</u> og <u>hvordan</u> man med de rette ikke-farmakologiske forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringstilbud kan samarbejde om at give øget livskvalitet til patienter med kroniske smerte samt opnå en økonomisk besparelse både i sundhedsvæsenet og kommunalt regi – på tværs af patientgrupper og specialer.</i></p>
Beskriv den overordnede patientpopulation	<i>Kroniske smertepatienter er en stor patientgruppe – Sundhedsstyrelsen vurderer, at 1,3 mio. personer i Danmark har hyppigt tilbagevendende eller kroniske smerter, altså at mere end hver 5. dansker lever med kroniske smerter.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bedre livskvalitet</i></li> <li>• <i>Bevare tilknytning til arbejdsmarkedet</i></li> <li>• <i>Mindre medicinforbrug</i></li> <li>• <i>Færre kontakter til sundhedsvæsenet</i></li> <li>• <i>Afstigmatisering i omverdenen</i></li> <li>• <i>Sammenhængende patientforløb</i></li> </ul>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Der bør ses på mulighederne for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Færre kontakter til sundhedsvæsenet</i></li> <li>• <i>Større grad af selvforsørgelse</i></li> <li>• <i>Mindre medicinforbrug</i></li> </ul>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser	-

af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	
Øvrige bemærkninger	

# Behandlingsrådet

Indstiller	<i>Sjællands Universitetshospital. Region Sjælland</i>																		
Tema	<i>Udvikling af det radiologiske område</i>																		
Opstil potentielle fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Organisering af billedbeskrivelse</i></li> <li>• <i>Anvendelse af AI</i></li> <li>• <i>Manglende personaleressourcer</i></li> <li>• <i>Øget produktion / Øget efterspørgsel pga. ændringer i retningslinjer for andre behandlinger</i></li> </ul>																		
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Indenfor det radiologiske område er der et fremtidigt markant øget behov for flere ydelser kombineret med, at specialet mangler personaleressourcer med de rette kompetencer. Der er derfor behov for at se på udvikling og anvendelse af ny teknologi, fx ved anvendelse af AI. Samtidig skal de tilstedeværende ressourcer bruges hensigtsmæssigt, og organisering i beskriver-hubs kan overvejes som en mulighed.</i></p> <p><i>Region Sjælland etablerer pr. 1. januar 2022 den største radiologiske afdeling i Danmark med en afdelingsledelse forankret på Sjællands Universitetshospital med drift på 6 sygehus-matrikler samt et mindre antal sundhedscentre mv.</i></p> <p><i>Samtidig er det radiologiske område en god case på, hvordan de parakliniske specialer hele tiden skal producere mere for at understøtte de øvrige afdelingers produktion, fx kan ændrede opfølgingsprogrammer vedr. kræft betyde færre kontrolsamtaler, som i stedet erstattes af en skanning.</i></p> <p><i>Der er også stor forskel på, om indgangsvinklen til radiologiske undersøgelser er:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vi laver det, der bliver bestilt af andre afdelinger</i></li> <li>• <i>Vi tager aktivt stilling til, om denne undersøgelse er relevant og nødvendig</i></li> </ul>																		
Beskriv den overordnede patientpopulation	<p><b>Radiologiske procedurer på de radiologiske afdelinger i Region Sjælland</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modalitet</th> <th>2014</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT-skanninger</td> <td>89.124</td> <td>157.801</td> </tr> <tr> <td>MR-skanninger</td> <td>34.547</td> <td>52.997</td> </tr> <tr> <td>Røntgenundersøgelser</td> <td>401.353</td> <td>370.955</td> </tr> <tr> <td>Ultralyds-undersøgelser</td> <td>79.760</td> <td>72.009</td> </tr> <tr> <td><b>I alt</b></td> <td><b>604.784</b></td> <td><b>653.762</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Dertil kommer udenregional aktivitet samt aktivitet i privat regi.</i></p>	Modalitet	2014	2020	CT-skanninger	89.124	157.801	MR-skanninger	34.547	52.997	Røntgenundersøgelser	401.353	370.955	Ultralyds-undersøgelser	79.760	72.009	<b>I alt</b>	<b>604.784</b>	<b>653.762</b>
Modalitet	2014	2020																	
CT-skanninger	89.124	157.801																	
MR-skanninger	34.547	52.997																	
Røntgenundersøgelser	401.353	370.955																	
Ultralyds-undersøgelser	79.760	72.009																	
<b>I alt</b>	<b>604.784</b>	<b>653.762</b>																	
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Det sikres, at patienterne fortsat kan få de relevante og nødvendige radiologiske undersøgelser uden unødigt ventetid.</i>																		
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Region Sjælland har i foråret 2021 analyseret det fremtidige behov på det radiologiske område i regionen. Fremskrivningen viser:</i>																		

I Region Sjælland er den samlede aktivitet i radiologien fra 2014 til 2020 vokset 8,1%. Der har dog været stor forskel i aktivitetsudviklingen for de enkelte modaliteter og casemixet – det vil sige ydelseernes ressourcetyngte i forhold til hinanden - har ændret sig over årene. Der har været stor vækst indenfor CT-skanninger (77,1%) og MR-skanninger (53,4%), mens der har været et fald indenfor ultralyd (-9,7%) og røntgen (-7,6%).

Fremskrives aktiviteten frem til 2025 med den demografiske vækst baseret på Danmarks Statistiks befolkningsprognose, vil der alt andet lige være en stigning i antallet af procedurer på 4,9%. Det er ikke som i mange andre specialer demografien, der driver stigningen, men derimod de diagnostiske muligheder. Man kan se på to fremskrivningsmodeller: i) Ved en lineær fremskrivning baseret på udviklingen fra 2014 til 2020 estimeres en samlet stigning på 9,3% i 2025, igen med den største stigning inden for CT og MR, mens røntgen er faldende. Udbudsrestriktionen i form af det tilgængelige produktionsapparat (personale og skannerkapacitet) ligger implicit i denne model. ii) Ved en fremskrivningsmodel baseret på bud fra klinisk personale fra det radiologiske speciale tilnærmes en mere efterspørgselsdrevet fremskrivning. Udviklingen i antallet af procedurer estimeres med denne fremskrivningsmodel til 20 %, hvilket er højere end ved den lineære fremskrivning, primært som følge af en forventning om et mindre fald i røntgen og ultralyd, nye kliniske retningslinjer og eksisterende rekrutteringsudfordringer samt korrektion for Covid-19-effekten på produktionen af flere procedureområder.

En stigning i antallet af radiologiske ydelser og en fortsat omlægning af produktionen til mere ressourcekrævende procedurer (fra konventionel radiologi til CT og MR) vil i de kommende år betyde et øget pres på radiologiens ressourcer. Dette synliggøres ved, at casemix-justerede aktivitetsfremskrivningen. Selvom radiologien historisk har formået at absorbere store aktivitetsstigninger inden for den samme økonomiske ramme, vil der ud fra en alt andet lige betragtning – det vil sige en forudsætning om, at teknologi og produktivitet forbliver uændret – være et øget ressourcebehov frem mod 2025 på 4,8% ved den demografiske modelfremskrivning, 13,9% ved den lineære modelfremskrivning og 29,4% ved modelfremskrivningen baseret på klinikernes bud.

Ud af 63 normerede speciallægestillinger i Region Sjællands radiologi er hver tredje stilling ubesat, svarende til ca. 18 stillinger. For de kommende år forventes, ifølge Sundhedsstyrelsens Lægeprognose, en nettotilgang af speciallæger til radiologiområdet i Region Sjælland på anslået 9-14 speciallæger.

Aldersfordelingen af de ansatte radiologiske speciallæger i Region Sjælland giver umiddelbart ikke anledning til bekymring for en særlig pensionspukkel inden 2025. Dog viser fremskrivningen, at der forventes et stigende ressourcebehov de kommende år, hvilket understreger et behov for en helt særlig fastholdelses- og rekrutteringsindsats for området.

# Behandlingsrådet

Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	
Øvrige bemærkninger	

# Behandlingsrådet

Indstiller	Aarhus Universitetshospital, Region Midt
Tema	AK behandling for Atrieflimren
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	Fokus på Indikation ud fra kun én risiko-score Fokus på overlevelses-gevinst Fokus på livskvalitet Fokus på unødvendig AK/NOAK-behandling Fokus på blødningskomplikationer
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>129.000 patienter i DK har diagnosen Atrieflimren. Den medicinske behandling af disse har været centreret omkring ganske få præparater og har ikke ændret sig nævneværdigt de sidste 20 år. Behandling sigter efter at bedre pts symptomer med rytmestabiliserende medicin og forebygge stroke/blodpropper med AK/NOAK-behandling. Dette hovedsagligt baseret på Europæiske guidelines, som Dansk Cardiologisk Selskabs arbejdsgrupper har endorset.</p> <p>I disse guidelines (og i arbejdsgruppern under DCS) er der ikke redegjort for nogen overlevelses gevinst ved AK/NOAK-behandling. Der er ej heller redegjort for ved hvilken grænseværdig på risiko-score der er indikation for AK/NOAK-behandling. Der er ikke redegjort på livskvalitetsgevinster eller hvilken pris der er pr. behandlet patient-år.</p>
Beskriv patientpopulation	129.000 patienter på landsplan kan få en mere optimal behandling, med mindre risici for blødningskomplikationer og bedre mulighed for at tage en fælles beslutning med behandler på et mere oplyst grundlag. Tillige sparet udgifter til unødvendig behandling samt færre udgifter til blødningskomplikationer.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	Patienter har ret til information om sin sygdom samt om behandlingsmuligheder. Og denne skal være mere detaljeret såfrem det indebærer hyppige eller alvorlige komplikationer. Patienter kan bedre tage en oplyst beslutning om behandlingen og måske undgå en unødvendig udgift.
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>Af de patienter som er nydiagnosticeret inden for et år er der ca.3.300, som har CHADS-VasC 0 og 1, og hvor der er opstartet AK/NOAK-behandling uden at der er klar indikation for det. En DDD på ca 20 kr for NOAK vil betyde en unødvendig udgift på (3300x265x20kr) 17.940.000 kr. Derudover kommer også udgifter til blødningskomplikationerne.</p> <p>Ud af de 129.000 patienter i Danmark med atrieflimren er der ca. 42.000 patienter med CHADS-VasC score på 0 og 1 (hvor der ikke er indikation for</p>

	AK/NOAK-behandling). Hvis alle disse er i NOAK-behandling er der en unødvendig udgift på over 300.000.000 kr.
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p>Databasen for atrieflimren i Danmark Årsrapport 2021</p> <p><a href="#">105045_atrieflimren_aarsrapport-2021.pdf (sundhed.dk)</a></p> <p>2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC</p>
Øvrige bemærkninger	

Indstillere	<p><i>Angiv navn på region eller hospital</i></p> <p>Rigshospitalet (RH)</p>
Tema	<p><i>Angiv det temaet for indstillingen</i></p> <p>Forbedret prænatal genetisk diagnostik</p>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<p><i>Her opstilles et eller flere konkrete forslag til eventuelle fokusområder, der kan være relevante at analysere.</i></p> <p>Indenfor prænatal genetisk diagnostik har RH fra 1/1 2020 cytogenetisk karyotyping som standard kromosomanalyse med Kromosomal Micarray (CMA).</p> <p>RH har indført sekventering: Exom (Whole Exome Sequencing) eller helgenom (Whole Genome Sequencing/WGS) som diagnostisk tilbud i udvalgte tilfælde, hvor CMA ikke har påvist årsagen til formodet genetisk sygdom hos fostret.</p> <p>Endeligt er et tilbud om Non-Invasiv Prænatal Test (NIPT) blevet indført gennem den nylige revision af SST's retningslinjer for fosterdiagnostik.</p>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>Motivationen skal belyse temaets relevans i forhold til Behandlingsrådets formål om at bidrage til mere sundhed for pengene og højere kvalitet og effektivitet i leveringen af sundhedsydelser. Motivationens argumentation kan f.eks. udspringe af indstillers egne erfaringer i forhold til området.</i></p> <p>Genetisk diagnostik har på relativt få år gennemgået en enorm udvikling, både hvad angår teknologi, fortolkning, viden om sygdomsfremkaldende tilstande og svarhastighed. Dette har nu fået stor betydning indenfor fosterdiagnostik, idet standardundersøgelsen ved mistanke om/øget risiko for genetisk sygdom hos fostret, der i mange år har været cytogenetisk undersøgelse, nu er erstattet af en række andre undersøgelser.</p> <p>Først og fremmest er cytogenetik (alm. karyotype) som standardundersøgelse helt erstattet af kromosomal microarray (CMA). Det skyldes for det første, at opløsningsevnen vedrørende kromosomale forandringer (hvor god er metoden til at diagnosticere små, sygdomsfremkaldende forandringer) ved CMA 200 gange bedre end ved alm. karyotyping. For det andet er svarhastigheden ved CMA reduceret til 1/3 i forhold til alm. karyotyping. Begge faktorer er af meget stor betydning for prænatal diagnostik.</p> <p>Med CMA kan, afhængigt af indikation, påvises sygdomsfremkaldende genetiske afvigelser hos 5-10 % af de undersøgte, der har en normal standard kromosomanomali (diagnostisk gain - ref: <a href="https://www.dfms.dk/s/kromosom_mikro_array-2018-Final-rundsendt_090118.pdf">https://www.dfms.dk/s/kromosom_mikro_array-2018-Final-rundsendt_090118.pdf</a>).</p> <p>Da mange af disse undersøgelser udføres tæt på grænsen for, hvornår der i Danmark kan bevilges abort på grund af sygdom hos fostret, er den hurtigere svartid med CMA helt afgørende. Men selv med CMA vil man hos ca. 60% af parrene, hvor der er fundet misdannelser hos fostret ikke kunne påvise en genetisk årsag. Dette er blevet ændret med muligheden for at foretage prænatale genomiske undersøgelser med sekventering - Exom (Whole Exome Sequencing) eller helgenom (Whole Genome Sequencing/WGS). WES/WGS vil</p>



	<p>afhængigt af indikationen påvise den genetiske årsag hos yderligere 10-20% af de par, hvor udredning med CMA har været normal (diagnostisk gain - ref: 10.1111/1471-0528.16533).</p> <p>Endeligt blev det med sundhedsstyrelsens revision af retningslinjerne for fosterdiagnostik i 2017 besluttet, at de gravide, der tilbydes invasiv diagnostisk undersøgelse (moderkageprøve/CVS eller fostervandsprøve/AC) som alternativ, skal tilbydes Non-Invasiv Prænatal Test (NIPT) - en blodprøve fra den gravide, hvor man identificerer DNA-fragmenter fra moderkagen, og med &gt;99% sikkerhed kan identificere Trisomi 21/Down syndrom hos fostret, og med lavere sikkerhed enkelte andre Trisomi kromosomsygdomme. Metoden kan dog ikke identificere en lang række sjældnere kromosomanomaler, hvorfor kun omkring 22% af de gravide i Danmark vælger denne undersøgelse - men mange af disse er gravide, der på grund af abortrisikoen ellers ville fravælge en test.</p>																										
<p>Beskriv patientpopulation</p>	<p><i>Beskrivelse af hvilke borgere eller patienter analysetemaet vedrører.</i></p> <p>Gravide.</p> <p>På baggrund af nedenstående tal vedr. diagnostiske indgreb:</p> <table border="1" data-bbox="470 952 917 1176"> <thead> <tr> <th colspan="2">Antal analyser 2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CMA-fostre</td> <td>554</td> </tr> <tr> <td>CMA-forældre</td> <td>334</td> </tr> <tr> <td>Alm karyotype (dyrkning)</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>NIPT</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>WES (Exom)</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table> <p>er der i samarbejde med KGA beregnet følgende antal analyser:</p> <table border="1" data-bbox="470 1265 933 1512"> <thead> <tr> <th>Indgreb 2020</th> <th>Antal gravde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amnio single &gt;= U19</td> <td>157</td> </tr> <tr> <td>Amnio single &lt; U19</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Amnio flerlinger &gt;= U19</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Amnio flerlinger &lt; U19</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CVS singletons</td> <td>310</td> </tr> <tr> <td>CVS flerlinger</td> <td>23</td> </tr> </tbody> </table>	Antal analyser 2020		CMA-fostre	554	CMA-forældre	334	Alm karyotype (dyrkning)	50	NIPT	96	WES (Exom)	40	Indgreb 2020	Antal gravde	Amnio single >= U19	157	Amnio single < U19	15	Amnio flerlinger >= U19	10	Amnio flerlinger < U19	3	CVS singletons	310	CVS flerlinger	23
Antal analyser 2020																											
CMA-fostre	554																										
CMA-forældre	334																										
Alm karyotype (dyrkning)	50																										
NIPT	96																										
WES (Exom)	40																										
Indgreb 2020	Antal gravde																										
Amnio single >= U19	157																										
Amnio single < U19	15																										
Amnio flerlinger >= U19	10																										
Amnio flerlinger < U19	3																										
CVS singletons	310																										
CVS flerlinger	23																										
<p>Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne</p>	<p><i>Her kan indstiller beskrive, hvordan ændringer indenfor det undersøgte område kan have betydning for den værdi, der skabes for patienter i forbindelse med deres kontakt til sundhedsvæsnet.</i></p> <p>Forbedrede muligheder for påvisning af genetisk årsag til identificerede misdannelser hos fostret.</p> <p>Med CMA vil man hos ca. 60% af parrene, hvor der er fundet misdannelser hos fostret ikke kunne påvise en genetisk årsag. Dette er blevet ændret med muligheden for at foretage prænatale genomiske undersøgelser med sekventering - Exom (Whole Exome Sequencing) eller helgenom (Whole Genome Sequencing/WGS). WES/WGS vil afhængigt af indikationen påvise den genetiske</p>																										

	årsag hos yderligere 10-20% af de par, hvor udredning med CMA har været normal (diagnostisk gain - ref: 10.1111/1471-0528.16533).																																
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Her har indstiller mulighed for at beskrive de væsentligste økonomiske betragtninger for området, f.eks. hvis indstiller mener, at der er et potentiale for at forbedre ressourcetræk.</i></p> <p>Omkostningerne for RH til de nævnte genetiske analyser vil på baggrund af tallene angivet under "beskrivelse af patientpopulationen" ovenfor, og tal oplyst af KGA være:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Astraia tal vedr analyser</th> <th>2020</th> <th>A kr:</th> <th>I alt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CMA-fostre</td> <td>554</td> <td>6800</td> <td>3767200</td> </tr> <tr> <td>CMA-forældre</td> <td>334</td> <td>3500</td> <td>1169000</td> </tr> <tr> <td>Alm karyotype (dyrkning)</td> <td>50</td> <td>5800</td> <td>290000</td> </tr> <tr> <td>NIPT</td> <td>96</td> <td>4200</td> <td>403200</td> </tr> <tr> <td>WES (Exom)</td> <td>40</td> <td>21000</td> <td>840000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>I alt</b></td> <td></td> <td><b>6469400</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>De ekstra udgifter på KGA til præ/posttest rådgivning er ikke medregnet i ovenstående.</p> <p>Besparelsen ved ændrede tilbud og diagnostiske muligheder indenfor et område der inkluderer reproduktive valg, herunder muligheden for at afbryde graviditeten, er af oplagte etiske grunde vanskelige, hvis ikke umulige, at angive. På baggrund af 15 års erfaringer med, hvad de danske gravide vælger i situationer, hvor der diagnosticeres alvorlig genetisk sygdom hos deres kommende barn, er det sandsynligt, at hovedparten af de par, der i kraft af den stærkt forbedret diagnostik kommer i denne situation, vil vælge at afbryde graviditeten. Udenlandske beregninger tyder på, at udgifterne forbundet med livslangt alvorligt syge børn langt overstiger de øgede udgifter til forbedret prænatal diagnostik - men det er ikke derfor at forbedret diagnostik skal tilbydes.</p>	Astraia tal vedr analyser	2020	A kr:	I alt	CMA-fostre	554	6800	3767200	CMA-forældre	334	3500	1169000	Alm karyotype (dyrkning)	50	5800	290000	NIPT	96	4200	403200	WES (Exom)	40	21000	840000						<b>I alt</b>		<b>6469400</b>
Astraia tal vedr analyser	2020	A kr:	I alt																														
CMA-fostre	554	6800	3767200																														
CMA-forældre	334	3500	1169000																														
Alm karyotype (dyrkning)	50	5800	290000																														
NIPT	96	4200	403200																														
WES (Exom)	40	21000	840000																														
	<b>I alt</b>		<b>6469400</b>																														
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p><i>Hvis der allerede eksisterer litteratur, der belyser problematikken indenfor det indstillede tema, kan indstiller angive disse her.</i></p> <p>Forslaget - eller dele af forslaget - anvendes i forskellige variationer i en række lande.</p> <p>I Holland tilbydes alle gravide nu NIPT som den primære undersøgelsesmetode (et meget dyrt og ineffektivt tilbud - set med danske øjne).</p> <p>I USA ligger en ny national anbefaling fra det videnskabelige selskab i 2020 om, at alle gravide - uanset risiko - tilbydes enten invasiv diagnostik med CVS eller AC - med efterfølgende CMA, eller NIPT (Ref: 10.1097/AOG.0000000000004084).</p>																																

# Behandlingsrådet

	<p>I Israel får ca. 20% af alle gravide foretaget CVS eller AC med CMA (personlig meddelelse Amihood Singer, artikel under udarbejdelse)</p> <p>I Frankrig, Tyskland og England anvendes forskellige strategier med tilbud om risikovurdering som i Danmark, og efterfølgende CMA eller NIPT.</p> <p>Mange – inkl. alle ovennævnte - lande anvender i stigende grad WES/WGS i udvalgte tilfælde, hvor CMA ikke har givet en diagnose på formodet genetisk sygdom hos fostret</p> <p>Grunden til den meget store variation skyldes dels store forskelligheder i offentlige tilbud om prænatal diagnostik, og effekten af den meget anderledes organisering i de mange lande, hvor sundhedsvæsenet er delvist eller helt privatiseret.</p> <p>Det er i alle lande forventningen, at anvendelse af WES/WGS vil stige betydeligt - dette er også forventningen på RH og i Danmark generelt. Og WGS vil formentligt på et tidspunkt i fremtiden erstatte CMA (WES kræver altid at der også laves CMA).</p>
Øvrige bemærkninger	Tilbuddet kan med fordel implementeres på alle regionens afdelinger.

Indstilller	Rigshospitalet og Regionshospitalet Gødstrup
Tema	Diagnostik og individualiseret behandling af obstruktiv søvnapnø
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimeret diagnostik før kirurgisk eller non-invasiv behandling af obstruktiv søvnapnø</li> <li>• Målrettet behandling baseret på søvnendoskopisk undersøgelse (<i>drug-induced sedation endoscopy</i>, DISE)</li> <li>• Svælgkirurgi, søvnapnøskinne- og nervestimulationsbehandling til patienter der ikke har gavn af standardbehandlingen (CPAP)</li> </ul>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Obstruktiv søvnapnø er en alvorlig sygdom, der kræver behandling og forekommer hos ca. 10 % af voksne mænd og 5% af voksne kvinder. Ubehandlet søvnapnø øger risikoen for blodpropper i hjerne og hjerte samt risikoen for pludselig og uventet død med op til 3 gange. Derudover øges risikoen for forhøjet blodtryk samt type-2 sukkersyge. Patienterne har endvidere ofte påvirket dagsfunktion i form af træthed, problemer med korttidshukommelse, og koncentrationsbesvær. Dette medfører blandt andet, at risikoen for at blive impliceret i trafikuheld er øget med op til 5 gange.</p> <p>Standardbehandlingen af obstruktiv søvnapnø er <i>continuous positive airway pressure</i> (CPAP), men op mod 50% af patienterne kan ikke medvirke til at anvende CPAP-apparatet tilstrækkeligt til at reducere risikoen for senfølger. Der opstår derfor behov for at afsøge andre alternativer; behandling med svælgkirurgi, nervestimulation eller søvnapnøskinner.</p> <p>Kirurgisk behandling af søvnapnø retter sig generelt mod at fjerne/stramme de væv i svælget, der klapper sammen under søvn og dermed forårsager vejrtrækningspauserne (apnøerne).</p> <p>Søvnapnøskinner (MAD-skiner) produceres og tilbydes hos privatpraktiserende tandlæger, hvilket påfører patienterne en betydelig egenomkostning (op til 15.000 kr). Der er derfor et ønske om at kunne tilbyde behandlingen i regionalt regi til de patienter, der har behandlingsmæssig gavn heraf for at sikre, at alle patienter har lige adgang til rette behandling og dermed mindske ulighed i behandlingen af obstruktiv søvnapnø.</p> <p>Valget af rette behandling; CPAP, MAD-skiner, nervestimulation eller kirurgi er udfordret af 1) mangel på en rutine-diagnostisk metode til udvælgelse af den bedste non-invasive eller kirurgiske behandling til den individuelle patient samt 2) egnede kirurgiske procedurer, der tilgodeser en høj effekt og lav risiko for komplikationer.</p> <p>Søvnendoskopi er en diagnostisk kikkertundersøgelse af svælget via næsehulen, mens patienten er let bedøvet. Den vil give mulighed for at individualisere valget af behandling og muliggør at evt. efterfølgende kirurgisk behandling kan målrettes til præcis de væv i svælget, der lukker af under søvn hos den individuelle patient.</p> <p>Med introduktion af muligheden for tilbud om MAD-skinnebehandling samt nye kirurgiske metoder (som modificeret svælg-kirurgi og nervestimulationsbehandling), vil man kunne møde ønsket fra vore patienter om et løft af tilbuddene og en højere grad af individualiseret behandling.</p>

Beskriv patientpopulation	Alle voksne patienter med søvnapnø kan undersøges med en søvnendoskopisk undersøgelse, som har til formål at målrette rette behandling til den rette patient.
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<p>Patienterne efterspørger i høj grad et kvalificeret, alternativt behandlingstilbud, når CPAP-behandlingen ikke fungerer. Den nye søvnendoskopi giver mulighed for en højere grad af individuelt tilpasset behandling baseret på grundigst mulige diagnostik tidligt i patientforløbet. Patienterne kan således opstartes i rette behandling med det samme fremfor at afprøve flere behandlingsalternativer.</p> <p>Optimal behandling forbedrer både søvnkvaliteten og livskvaliteten men også patienternes sociale relationer og chancen for at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet.</p>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p>Et nationalt dansk studie har vist at patienter med søvnapnø hvert år koster samfundet en merudgift på 29.910 kr. per patient grundet sundhedsudfordringer og manglende arbejdsevne. En højere grad og kvalitet af udredning og behandling bør på længere sigt kunne reducere disse udgifter.</p> <p>Etableringen af søvnendoskopi, MAD-skinnebehandling, svælgkirurgi, og nerverstimulationsbehandling er forbundet med udgifter. En undersøgelse der vægter udgifterne mod både de personlige gevinster samt samfundsgevinsten ved behandling bør overvejes.</p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<p>Der er tidligere fremsendt litteratur på nerverstimulationsbehandling og effekten af kirurgiske indgreb, ligesom der findes en del litteratur for effekten af søvnendoskopi og non-invasiv søvnapnøbehandling.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Randerath W, Verbraecken J, De Raaff CAL, et al. European Respiratory Society guideline on non-CPAP therapies for obstructive sleep apnoea. Eur Respir Rev. 2021;30(162):1-19. doi:10.1183/16000617.0200-2021</li> <li>2. Jennum P, Ibsen R, Kjellberg J. Social consequences of sleep disordered breathing on patients and their partners: A controlled national study. Eur Respir J. 2014;43(1):134-144. doi:10.1183/09031936.00169212</li> </ol>
Øvrige bemærkninger	

# Behandlingsrådet

Indstiller	Rigshospitalet
Tema	Immunterapiudløste reumatologiske bivirkninger
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. kortlægning af problemets omfang</li> <li>2. kortlægning af eksisterende tilbud</li> <li>3. på baggrund heraf beskrivelse af interprofessionelt (patient, reumatolog, onkolog), standardiseret udredningsprogram for patienter med reumatologiske bivirkninger til checkpoint-inhibitorer med udgangspunkt i vedhæftede rekommendation fra European League Against Rheumatism, EULAR</li> <li>4. med afsæt heri beskrivelse af mulige behandlingsmodaliteter baseret på den enkelte patients symptomatologi i lyset af deres samlede situation</li> </ol>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p>Immunterapi har revolutioneret behandlingen af en voksende gruppe af cancersygdomme, men har samtidig også medført en ny og voksende gruppe af patienter med immunterapiudløste bivirkninger. Særligt patienter i behandling med checkpoint inhibitorer (dvs. anti-PD-1, -PD-L1 og -CTLA-4) kan udvikle bivirkninger som fremtræder som reumatologiske sygdomme. De immunterapi udløste bivirkninger er ofte udtalte - i sjældne tilfælde livstruende (myositter) - op til 20% af patienterne har flere samtidige reumatologiske bivirkninger og op til 55% har andre samtidige immunterapi udløste bivirkninger. En stor gruppe af patienter har behov for længerevarende prednisolonbehandling, som ofte må kombineres med andre typer af reumatologiske behandlinger herunder biologisk medicin. Såvel diagnostik som behandling er ofte mere kompleks end ved andre reumatologiske sygdomme, da patienterne også kan have symptomer fra deres cancer, paraneoplastiske fænomener og andre medicinske comorbiditeter. Patienterne har derfor ofte behov for grundige kliniske vurderinger og regelmæssige medicinjusteringer, hvilket foregår i et interdisciplinært samarbejde mellem reumatolog, onkolog og evt. andre specialer. Patientgruppen udgør derfor i reumatologisk regi i daglig klinisk praksis såvel en klinisk som en personalemæssig udfordring.</p> <p>Patienterne ses aktuelt i ad hoc løsninger - både regionalt, nationalt og internationalt. Meget lidt vides om hvilke behandlinger, der er mest effektive. Et standardiseret udredningsprogram vil bedre kunne kvalificere vejledning, prognostisering og på sigt målrette behandling og sikre, at patienten kan opretholde sin behandling af den maligne grundsygdom.</p>
Beskriv patientpopulation	<p>Patienter med mistænkt reumatologisk bivirkning til immunterapi</p> <p>Anslået 150-200 patienter årligt fra Region H (antallet voksende). Der findes ikke specifikke ICD-diagnosekoder for tilstanden, og populationens størrelse er dermed uklar – en vigtig del af analysen bør være at afgrænse og kortlægge problemets størrelse.</p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	Etablering af et standardiseret interprofessionelt udrednings- og behandlingstilbud til patienter, der på grund af moderne behandlingsmetoder overlever deres cancersygdom, vil adressere en stadigt vigtigere problemstilling, som patienterne står i: "Jeg er rask – hvad nu?"

	<p>Forbedret behandling af de hyppige bivirkninger/senfølger til immunterapi, vil forbedre patienternes livskvalitet og øge deres mulighed for at deltage i hverdagslivet</p>
<p>Beskriv de økonomiske betragtninger for området</p>	<p>Da problemets omfang reelt er ukendt, er det svært at komme med estimater. Problemet er først ved at udkrystallisere sig i disse år – og da der er tale om en ny patientpopulation vil det i første medføre omkostninger til etablering af den standardiserede udredning. Men det er ikke sådan at disse patienter ikke får behandling i dag – også dyre biologiske behandlinger, som måske er unødvendige, eller behandlinger som medfører sine egne bivirkninger og omkostninger (fx prednisolon). En kortlægning vil medføre mere ensartet og rationel anvendelse af disse ressourcer.</p> <p>I hvilket omfang omkostningerne modsvarer af forbedret livskvalitet, større deltagelse i samfundet og andre socioøkonomiske gevinster er uvist.</p>
<p>Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.</p>	<p>Kostine M, Finckh A, Bingham CO, et al. EULAR points to consider for the diagnosis and management of rheumatic immune-related adverse events due to cancer immunotherapy with checkpoint inhibitors. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2021;80(1):36-48. doi:10.1136/annrheumdis-2020-217139.</p> <p>Roberts J, Ennis D, Hudson M, et al. Rheumatic immune-related adverse events associated with cancer immunotherapy: A nationwide multi-center cohort. <i>Autoimmun Rev.</i> 2020;19(8):102595. doi:10.1016/j.autrev.2020.102595.</p> <p>Almutairi AR, McBride A, Slack M, Erstad BL, Abraham I. Potential Immune-Related Adverse Events Associated With Monotherapy and Combination Therapy of Ipilimumab, Nivolumab, and Pembrolizumab for Advanced Melanoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front Oncol.</i> 2020;10:91. Published 2020 Feb 11. doi:10.3389/fonc.2020.00091</p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	

Indstilller	<i>Røntgen og skanning, Gødstrup</i>
Tema	<i>Optimering af cancerkontroller</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<i>Gennemgang af patientforløb obs. recidiv/ progression. Gennemgang af litteraturen med henblik på optimale intervaller</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<i>I røntgen er en af vores store opgaver at finde kræft tidligt så patienterne får bedre forløb og længere overlevelse. Desværre udløser det også mange kontroller i efterforløbet.</i>
Beskriv patientpopulation	<i>Alle cancerpatienter.</i>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Hvis vi fx kan øge intervallet af cancerkontroller fra 3 måneder til 4 måneder kan vi gå fra 4 til 3 scanninger på et år. Det vil både nedsætte den mængde stråler patienten får og give mere plads i dagsprogrammet så ventetiden kan nedsættes.  En anden mulighed er at patienterne scannes hvis de oplever klinisk forværring/ får symptomer på progression i modsætning til at scanne efter faste intervaller.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<i>Hvis vi kan fjerne 25% af cancerkontroller vil det nedsætte den mængde vi er nødt til at scanne efter arbejdstid som ekstraarbejde og nedsætte den del der skal sendes i det private fordi ventetiden overskrides.</i>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i>Jeg har ikke kendskab til publiceret litteratur, men jeg ved der er andre røntgenafdelinger i regionen, der har de samme overvejelser.</i>
Øvrige bemærkninger	



Indstilller	<i>Røntgen og skanning, Gødstrup</i>
Tema	<i>Differentiering af pakkeforløb</i>
Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform	<i>Konkret vurdering af om patienten har gavn af et traditionelt pakkeforløb vs. udredning.</i>
Angiv motivation for indstilling af temaet	<p><i>I røntgen er cirka 25% af henvisningerne til pakkeforløb.</i></p> <p><i>Der er helt strikse regler for hvor mange dage der må gå inden patienten skal være scannet og have svar og det er vanskeligt at få programmerne til at hænge sammen.</i></p> <p><i>Vi oplever hver dag at patienter langt over 90 år skal udredes i pakkeforløb på trods af at de ikke ønsker behandling eller kan tåle operation eller behandling.</i></p> <p><i>Desværre har egen læge ikke mulighed for at ønske udredning i almindeligt forløb når der er hejst et rødt flag.</i></p>
Beskriv patientpopulation	<p><i>Ældre patienter, patientgrupper hvor der sjældent findes cancer fx kronisk let forhøjede infektionstal.</i></p> <p><i>Ældre, der ikke ønsker operation eller behandling.</i></p> <p><i>Ældre, der ikke kan tåle operation eller behandling.</i></p> <p><i>Udredning, der foregår udelukkende efter pårørendes ønske.</i></p>
Beskriv potentialet for øget værdi for patienterne	<i>Befolkningsfremskrivning fra 2020 viser, at i 2030 forventes befolkningsgruppen over 80 år at udgøre 59 pct. flere end i dag, svarende til yderligere 160.000 personer over 80 år.</i>
Beskriv de økonomiske betragtninger for området	<p><i>Hvis vi kan tilbyde differentierede pakkeforløb kan vi undgå at ældre medborgere skal hastes igennem systemet i løbet af få dage.</i></p> <p><i>De kan få tid til at planlægge transport og få styr på tankerne.</i></p> <p><i>Forslaget går på at patienterne fortsat helt relevant udredes for cancer, men fritages for pakketidsperspektivet dvs at egen læge fx kan skrive:</i></p> <p><i>Udredes for cancer, ønskes inden for 4 uger.</i></p>
Angiv, om der er kendskab til eksisterende litteratur eller analyser af området. Hvis dette er tilfældet, angives disse.	<i><a href="https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=30674">https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=30674</a></i>
Øvrige bemærkninger	

## **Relateret document 2/3**

**Dokument Navn:** Bemærkninger fra  
Behandlingsrådet til forslag  
til analysetemaer.pdf

**Dokument Titel:** Bemærkninger fra  
Behandlingsrådet til forslag  
til analysetemaer

**Dokument ID:** 1571363

## Bemærkninger fra Behandlingsrådet til forslag til analysetemaer

Nærværende notat indeholder Behandlingsrådets kommentarer til de indstillede forslag til analysetemaer, som regionerne har indstillet i forbindelse med indstillingsprocessen til Behandlingsrådets større analyser i 2023. Bemærkningerne er baseret på Rådets drøftelser af temaerne på rådsmøde den 9. juni 2022.

Rådets drøftelse af sagen havde til formål at kvalificere beslutningsgrundlaget for Danske Regioners bestyrelse, og på den baggrund udpegede Rådet følgende overordnede anbefaling vedr. de indsendte forslag til analysetemaer: Rådet bemærker, at det er væsentligt, at temaerne, der udvælges, i betragteligt omfang kan medvirke til at skabe mere sundhed for pengene og dermed bidrage til at sikre, at Behandlingsrådets arbejde får væsentlig positiv indvirkning på sundhedsvæsenet. Derfor anbefaler Rådet, at der udvælges temaer, der har særligt fokus på stor patientvolumen, et tydeligt organisatorisk og gerne ressourcfrigivende perspektiv, potentiale for udbredelse til lignende områder eller nye teknologiske landvindinger.

Sekretariatets bemærkninger til de enkelte temaer har udgjort et væsentligt omdrejningspunkt for Rådets forståelse for og drøftelse af temaerne. Rådets drøftelse af temaerne fokuserede i høj grad på, hvilke typer af temaer, Rådet ønskede at prioritere til udvælgelse, snarere end en systematisk gennemgang af hvert enkelt tema. Derfor indledes hver af de fire kategorier, som de 20 analysetemaer er fordelt under, med en overordnet bemærkning fra Rådet til kategorien. Derudover er der enkelte temaer, der indeholder konkrete bemærkninger fra Rådet.

Inden for hver kategori er temaerne angivet i numerisk rækkefølge og ikke-prioriteret rækkefølge.

### Temaer, der prioriteres særligt højt af Rådet

Temaerne i denne kategori vægtes særlig højt af Rådet, fordi de imødekommer de ønsker, Rådet har til de større analyser og som indledningsvist blev beskrevet. Det er temaer med stor patient volumen og gode muligheder for optimeret ressourceforbrug og temaer, hvor Rådet finder, at der kan være potentiale for at udbrede anbefalinger til andre områder, temaer der flytter patienter ud af sygehuse og temaer, hvor både patienter og sygehuse potentielt kan gavne af ændrede sagsgange.

- Tema 5: Internetbaseret terapi – evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling

*Rådet bemærker, at det er et tema inden for det psykiatriske område, der oplever et stort pres, og hvor behandlingsformen rummer et stort potentiale – også ift. at udbrede anbefalingen til andre områder.*

- Tema 11: Artroskopi ved smerter

*Rådet bemærker, at det er et ressourcetungt område med en behandlingsform, der allerede er ved at blive implementeret, men hvor der i nogle tilfælde også er løsninger, der er bedre end at artroskopere. Temaet vil eventuelt også kunne håndteres som evaluering.*

- Tema 12: Anvendelse af hjemme-NIV (non-invasiv ventilation) i hjemmet til KOL-patienter

*Rådet bemærker, at der er tale om en forventeligt billig behandling til en stor målgruppe og indenfor et område med meget evidens. I Sydeuropa har det været anvendt i mange år, og det forventes at kunne give patienter øget livskvalitet samtidig med, at det kan mindske antallet af indlæggelser.*

- Tema 17: Søvnendoskopi og søvnapnø

*Rådet bemærker, at det er et område, hvor antallet af patienter er steget kraftigt de seneste år, og det nu er oppe på et niveau, hvor ambulatorierne har svært ved at følge med, og hvor der er behov for at se nærmere på, hvordan det rigtige behandlingstilbud kan findes til patienten hurtigst muligt for at sikre en velfungerende behandling. Det er også væsentligt ud fra at sikre lighed i sundhed, hvor der i dag er patienter, der ikke profiterer af nogle af de eksisterende tilbud i regionalt regi, hvor med de står uden reelle behandlingstilbud, fraset tilbud, hvor der er egenbetaling.*

- Tema 19: Optimering af cancerkontroller

*Rådet bemærker, at aktører som Sundhedsstyrelsen og Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) løbende vurderer kontrolintervaller for cancerforløb. Rådet ser dog et potentiale i at kigge på andre typer af kontroller inden for det somatiske område, da sundhedsvæsenet generelt bruger mange ressourcer på at foretage kontroller, som der ikke nødvendigvis er evidens for. Det er relevant at se nærmere på, om de mange kontroller er en hensigtsmæssig prioritering, da det også bidrager til at fastholde patienten i en sygdomstilstand. Rådet foreslår derfor, at temaet tilpasses, så det rummer somatiske kontroller generelt. Rådet har i øvrigt en opmærksomhed på, at der aktuelt i regi af Vælg Klogt også pågår et arbejde med kontroller.*

## Temaer, der kan besvares

Temaerne i denne kategori er karakteriseret af, at Rådet finder, at der er tale om gode og relevante temaer, der falder ind under Behandlingsrådets genstandsfelt, og som umiddelbart kan besvares, hvis de udvælges til større analyse.

- Tema 1: Temperaturmåling og opretholdelse af normal temperatur på operationspatienter med anæstesivarighed > 2 timer
- Tema 3: Virtual reality (VR) som smertelindring til børn og unge med akutte procedure-relaterede smerter
- Tema 4: Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde
- Tema 6: Virtual reality – eksponeringsterapi, mindfulness, meningsfuld aktivitet og innovative terapiformer
- Tema 8: Perkutan vertebroplastik (PVP) af osteoporotiske sammenfald (vertebrale frakturer)  
*Rådet bemærker, at temaet eventuelt kunne håndteres som evaluering.*
- Tema 10: Kredsløbsmonitorering / estimering af minutvolumen

## Temaer, der kræver yderligere afgrænsning

Temaerne i denne kategori er kendetegnet ved, at Rådet mener, at temaerne i deres nuværende form er for brede til at kunne besvares og derfor kræver yderligere afgrænsning. Med afsæt i en samlet prioritering mellem alle indkomne analysetemaer anbefaler Rådet derfor, at der ikke igangsættes en større analyse indenfor nedenstående områder.

- Tema 2: Klinisk anvendelse af 3D teknologier
- Tema 7: Omstilling af fremtidens kontrol af lungesyge patienter
- Tema 13: Behandling af patienter med kroniske smerter
- Tema 14: Udvikling af det radiologiske område
- Tema 16: Prænatal genetisk diagnostik
- Tema 20: Differentiering af pakkeforløb

Rådet finder desuden, at de to sidstnævnte temaer er kendetegnet af særlige opmærksomhedspunkter af en sådan karakter, at det kan have betydning for en potentiel udvælgelse til analyse, idet der er et tydeligt etisk aspekt samt at Sundhedsstyrelsen i forvejen er centralt placeret ift. at kunne forestå analyser heraf.

## Temaer, der falder uden for Behandlingsrådets genstandsfelt

Rådet vurderer, at temaerne i denne kategori falder uden for Behandlingsrådets genstandsfelt. Med afsæt i en samlet prioritering mellem alle indkomne analysetemaer anbefaler Rådet derfor, at der ikke igangsættes en større analyse indenfor nedenstående områder:

- Tema 9: Forebyggelse af hjertekarsygdom hos patienter med svære psykiatriske tilstande
- Tema 15: Antikoagulation
- Tema 18: Bivirkninger til immunterapi

### **Relateret document 3/3**

**Dokument Navn:** Sekretariatets bemærkninger til de indstillede analysetemaer for større analyser 2023.pdf

**Dokument Titel:** Sekretariatets bemærkninger til de indstillede analysetemaer for større analyser 2023

**Dokument ID:** 1571362

## Sekretariatets bemærkninger til de indstillede analyse-temaer for større analyser 2023

Tema	Bemærkninger
<p>Tema 1</p> <p>Temperaturmåling og opretholdelse af normal temperatur på operationspatienter med anæsthesivarighed &gt; 2 timer</p>	<p>Indstillingen omhandler patienter i anæstesi i mere end to timer, og problematikken med forekomst af hypotermi i disse patienter. Indstiller bemærker at standarden for hypotermi (5% af patienter) ikke opnås i nogle af regionerne eller nationalt, da <a href="#">11,7% får hypotermi ved opvågning på landsplan</a>. Indstillingen berør både temperaturmåling samt varmesikring af patienter. På nationalt plan anvendes forskellige interventioner som fx varmemadras, selvopvarmende tæpper og væskevarmere til forebyggelse af utilsigtet perioperativ hypotermi. Beslutningen om hvilke interventioner der anvendes beror oftest på leverandørernes anbefalinger samt den kliniske erfaring, hvorfor det er relevant at undersøge hvilken evidens der understøtter anvendelse af de forskellige nonfarmakologiske metoder.</p> <p>NICE har udarbejdet en <a href="#">klinisk guideline i 2008, med opdatering af litteratursøgningen i 2016 vedr. forebyggelse og monitorering af hypotermi i voksne patienter &gt;18 år under operation</a>. Center for Kliniske Retningslinjer (CFKR) har udarbejdet en klinisk retningslinje i 2014, og revideret denne i 2016 som læner sig op af NICE anbefalinger.</p> <p>NICE guideline anbefaler til forebyggelse af hypotermi under operation at der måles kernetemperatur på patienten før, under og efter operationen. Derudover anbefaler NICE, at patienter varmesikres ved brug af varm lufts systemer (Forced Air Warming; FAW), såfremt anæstesi er planlagt at varer mere end 30 minutter. Retningslinjen fra CFKR foreslår dog flere metoder til varmesikring. Lægemiddelstyrelsen bemærker, at der varmesikringsmetoder kan forekomme bakterielle infektioner af udstyret, hvorfor patientsikkerheden er central indenfor dette tema.</p> <p>NICE guideline opdateret i 2016 har foretaget en sundhedsøkonomisk analyse hvor konklusionen var, at præoperativ opvarmning højst sandsynligt er omkostningseffektiv idet omkostninger forbundet med anvendelsen af udstyret blev opvejet af fordelene ved at undgå episoder med hypotermi. Analysen viste også at aktiv opvarmning med FAW sandsynligvis er omkostningseffektiv sammenlignet med anvendelse af intraoperative varmemadrasser alene eller tæpper alene.</p> <p>NICE anbefaler fortsat at der foretages en undersøgelse af bl.a. den kliniske effekt og omkostningseffektiviteten af at anvende kombinerede metoder til intraoperativ aktiv opvarmning sammenlignet med en enkelt opvarmningsmetode, til forebyggelse af utilsigtet perioperativ hypotermi.</p> <p>Litteraturen på området afspejler ligeledes en diskrepans ift. hvor lang anæsthesivarigheden bør vare før man bør måle patientens kernetemperatur. Litteraturen vedr. temperaturmåling ved anæsthesivarighed fra &gt;30 til &gt;120 min, og består primært af</p>

	<p>observationsstudier, dog med bedre data på metodernes nøjagtighed. Der foreligger flere RCT'er der sammenligner forskellige opvarmningsmetoder. Der er ikke identificeret litteratur på patientpræferencer eller organisatoriske ændring.</p> <p>Der er observeret primært to potentielle retninger for en kommende større analyse i regi af Behandlingsrådet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Systematisk viden omkring hvilken målemetode/lokation der bør anvendes til at måle temperaturen intraoperativt, herunder omkostningseffektiviteten af disse, sikkerheden og effekten af tilgængelige målemetoder afgrænset til relevant anæstesimetode.</li> <li>2. Systematisk viden omkring hvilke(n) opvarmningsmetode der bidrager til mest sundhed for pengene, præ-, intra- og postoperativt.</li> </ol> <p>Sekretariatet bemærker, at en analyse vedrørende opvarmnings-/varmesikringsmetoder lader til at være udførlig, men at der forventeligt skal indsamles empiri vedrørende patientperspektivet samt organisatoriske implikationer. En analyse vedrørende temperaturmåling begår sig umiddelbart på et mindre evidensgrundlag, og det er uklart om en sådan analyse er mulig.</p>
<p>Tema 2</p> <p>Klinisk anvendelse af 3D teknologier</p>	<p>Temaet er indstillet af Aarhus Universitetshospital, der for nuværende anvender klinisk 3D print til at producere patientspecifikke anatomiske modeller og skæreguides, som faciliterer den kirurgiske planlægning og forberedelse samt indgrebs præcision ved komplekse knoglekirurgiske indgreb.</p> <p>Sekretariatet har været i dialog med indstiller, og der er et ønske om at Behandlingsrådet belyser effekten af at udbrede anvendelsen af klinisk 3D print til også at printe patientspecifikke anatomiske modeller af organer og andre bløddele. En ad hoc søgning på litteratur indikerer, at emnet er præget af meget få komparative studier og primært af case-studier og case-series. På <a href="http://clinicaltrials.gov">clinicaltrials.gov</a> er der desuden registreret flere igangværende studier. Litteraturen indikerer, at anvendelsen af 3D print er i hastig udvikling, og der er stor klinisk interesse for at udbrede teknologien til flere anvendelsesområder. Evidensgrundlaget synes dog umiddelbart sparsomt i forhold til at kunne udarbejde en meningsfuld analyse og efterfølgende anbefaling.</p> <p>Sekretariatet bemærker, at anvendelsen af klinisk 3D print til brug som anatomiske skæreguides og modeller til knoglekirurgiske indgreb ikke er afdækket systematisk, men fremstår som en teknologi, der anvendes i varierende omfang nationalt. Eksisterende erfaring fra AUH viser, at teknologien og samarbejdet med 3D printcentret er klinisk efterspurgt, og litteraturen indikerer en øget værdi for både kirurger og patienter særligt inden for kæbekirurgi og ortopædkirurgi. En mulig analyse kan derfor alternativt vedrøre, hvorvidt 3D print bør anvendes til skæreguides og anatomiske modeller i forbindelse med udvalgte knoglekirurgiske indgreb.</p> <p>Indstillingen indikerer en eksplorativ tilgang, hvor potentialet inden for anvendelsen af 3D print til organrelateret kirurgi belyses. Behandlingsrådets metoderamme er begrænsende for denne type afdækning, hvor der ikke er nogen klar forventning til patientgruppe og mulige afledte effekter af teknologien. Samtidig vil en potentiel analyse være udfordret af det kliniske grundlag, da komparativ evidens er sparsomt. Sekretariatet foreslår i stedet, at en mulig analyse vurderer anvendelsen af</p>



	<p>3D print til skæreguides og anatomiske modeller i forbindelse med udvalgte knoglekirurgiske indgreb, hvilket er muligt indenfor Behandlingsrådets metoderamme.</p>
<p>Tema 3</p> <p>Virtual Reality som smertelindring til børn og unge med akutte procedurerelaterede smerter</p>	<p>Formålet med analysen er at belyse om VR-teknologier generelt set giver klinisk merværdi baseret på selvvurderet smerteopfattelse, relativt til konventionel smertebehandling. Det kan også være relevant at undersøge, om der ses væsentlige forskelle på tværs af VR-systemer.</p> <p>Analysetemaet kan fokuseres mod forskelligartede procedurer, og vil sandsynligvis variere alt efter om der er fokus på akutte patienter, som udsættes for enkeltstående smertefulde procedurer (fx suturering) eller kroniske patienter, som påføres smerte hyppigere (fx injektioner ved onkologisk behandling), hvorfor der er behov for en afgrænsning af temaet.</p> <p>Der eksisterer, vurderer sekretariatet, en moderat og tiltagende mængde international litteratur på området. Der er flere systematiske reviews på området med fokus på en eller flere af procedurerne som giver anledning til smerter. Der foreligger ydermere en dansk <a href="#">behandlingsvejledning</a> rettet mod håndtering af akutte smerter hos børn, hvori "Elektroniske spil" er nævnt som mulig afledning for 6-18 årige. Der mangler dog afklaring på, i hvilken grad VR er et omkostningseffektivt alternativ, blandt andet igennem muliggørelse af en smidigere arbejdsproces, eller som supplement til eksisterende distraktionsteknik førend, at det finder bredere anvendelse i de kliniske behandlingsvejledninger.</p> <p>Analyseindstillere fortalte på et opfølgende møde, at der enkelte steder i landet allerede anvendes VR-teknologi til distraktion fra forskellige smerteprovokerende procedurer, men at national anvendelse af teknologien er ikke standardiseret. En analyse af VR-understøttet distraktion kan derfor ses som et supplement til en informeret stillingtagen til en teknologi som ellers kan risikere at blive implementeret usystematisk på tværs af landet.</p>
<p>Tema 4</p> <p>Brug af videokonsultation som supplement til psykiatrisk behandling ved fysisk fremmøde</p>	<p>Analysetemaet kan omfatte en stor og potentiel heterogen population, der kan forventes at indeholde vidt forskellige patientforløb og relevante effektmål, hvorfor en afgrænsning af temaet er nødvendig.</p> <p>Merværdien i analysetemaet kan forventes at rette sig mod ændringer i patientoplevelt kvalitet samt, fra et organisatorisk perspektiv, mulige reduktioner i udeblivesprocenten. Sundhedsøkonomisk vil omkostningseffektiviteten af tilbuddet skulle afdækkes.</p> <p>Der eksisterer, vurderer sekretariatet, en moderat mængde international litteratur på området, som varierer i sit fokus og omfang. Den heterogene litteratur afspejler, at der er mange forskellige tilgange til anvendelsen af videokonsultation som redskab i psykiatrien. Der eksisterer så vidt sekretariatet er orienteret ingen eller et meget sparsomt evidensgrundlag for brugen af videokonsultation i en dansk kontekst.</p> <p>Idet merværdien forventeligt er forankret i patient-, organisations- og sundhedsøkonomiperspektiverne er det realistisk, at der bliver behov for dataopsamling i en dansk kontekst for at kunne afdække, hvorvidt anvendelsen af videokonsultationer bør anvendes som supplement til psykiatrisk behandling.</p>

	<p>Ved opfølgende møde med indstiller blev det fortalt, at til trods for at analyseforslagets fokus på psykiatrien vil en sådan analyse potentielt kunne være springbræt for en bredere udbredelse af videokonsultationer som supplement til somatisk behandling også.</p>
<p>Tema 5</p> <p>Internetbaseret terapi – evidensbaseret online terapi, hvor patienten støttes i egen behandling</p>	<p>Analysetemaet fokuserer på <i>Internetpsykiatrien</i>, der tilbyder internetbaseret kognitiv adfærdsterapi for voksne med let til moderat angst og depression. Internetpsykiatrien blev i 2013 etableret som demonstrationsprojekt i Region Syddanmark, og har siden 2018 været et fast tilbud for borgere over 18 år i hele landet. Internetbaseret terapi kan tilbydes både som add-on eller som erstatning af konventionel behandling. Tilbuddet ses som en del af en 'stepped-care'-model, hvor guidede telebaseret behandling er målrettet den primære sektor. Indstiller forklarede til opfølgende møde, at det nuværende behandlingstilbud har haft stor succes, men at der er en voksende venteliste grundet manglende ressourcer.</p> <p>Da Internetpsykiatrien tilbyder behandling til både depression og fire typer af angst (panikangst, agorafobi, socialfobi og enkeltfobi) vil en afgrænsning af patientpopulationen formentlig være nødvendig for at kunne lave en meningsfuld analyse.</p> <p>Der foreligger flere danske studier på effekten af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til behandling af angst og depression, der understøtter en eventuel analyse af området. Desuden eksisterer der en betydelig mængde internationale studier, samt en HTA fra Sverige, hvori der primært fokuseres på angstlidelser og let-til moderat depression. Internetbaseret terapi har været anvendt i England siden 2007 og Sverige 2008.</p> <p>Der lægges i analysetemaet vægt på, at internetbaseret terapi vil kunne støtte det eksisterende psykiatritilbud, og lette det samfundsmæssige og sundhedsøkonomiske pres på området, såfremt tilbuddet opskaleres. Således vil der være meningsfulde elementer at belyse inden for alle fire perspektiver.</p>
<p>Tema 6</p> <p>Virtual reality til eksponeringsterapi</p>	<p>Temaet retter sig mod en sammenligning af VR-understøttet eksponeringsterapi (VRET) overfor traditionel eksponeringsterapi til behandling af voksne patienter med angstlidelser og PTSD. Flere behandlingstyper, der anvender VR som platform nævnes som relevante, hvilket gør analysen meget bred og en afgrænsning vil være nødvendig. Indstiller af analysetemaet forklarede til et opfølgende møde, at der særligt var interesse i eksponeringsterapi over for angstlidelser og i mindre grad i de innovative terapiformer.</p> <p>Der eksisterer, vurderer sekretariatet, en moderat og tiltagende mængde international litteratur på området. Dette indebærer enkelte systematiske reviews med fokus på VRET til forskellige angstlidelser. Der er ligeledes igangsat to danske RCT'er (VRET og VR8) på effekten af eksponeringsterapi med VR som behandling af social angst og agorafobi. Studierne forventes afsluttet ultimo 2022 (VRET) og ultimo 2024 (VR8).</p> <p>Forventede gevinster kan være resursebesparelser hos patient og personale, afledt af eksempelvis øget tryghed og compliance. Øget compliance, reduceret tid til transport og patientens mulighed for systematisk hjemmetræning på egen hånd, kan potentielt også reducere resurseforbruget for sundhedspersonalet. Sundhedsøkonomisk vil potentielle ændringer i tids- og resurseforbrug skulle sammenholdes</p>

	<p>med ændringer i direkte udgifter til VR-udstyr, oplæring af personale og patient samt eksempelvis øget vedligeholdelsesomkostninger.</p> <p>En analyse af VR som eksponeringsterapi kan ses som et supplement til en informeret stillingtagen til anvendelsen af en teknologi hvis implementering endnu ikke er systematisk vurderet på nationalt niveau.</p>
<p>Tema 7</p> <p>Omstilling af fremtidens kontrol af lungesyge patienter</p>	<p>Det overordnede tema er bredt, men i indstillingen afgrænses analysens fokus til hjemmemonitorering af patienter med interstitielle lungesygdomme. Interstitielle lungesygdomme er en bred betegnelse for en heterogen gruppe af sygdomme, herunder bl.a. asbetose og idiopatisk lungefibrose. På lungeområdet er der igangsat national implementering af en telemedicinsk løsning til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) med baggrund i TeleCare Nord studiet (<a href="#">Telemedicin - Sundhedsdatastyrelsen</a>). Sundhedsstyrelsen har desuden udgivet anbefalinger vedr. <a href="#">telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL</a> i 2017.</p> <p>I modsætning til den telemedicinske løsning til KOL-patienter, bør telemedicin for patienter med interstitiel lungesygdom være baseret på andre hjemmemålinger (lungefunktionstest og spirometri), som vil skulle vurderes klinisk. Umiddelbart eksisterer der litteratur, som undersøger korrelationen mellem hjemmemålinger og hospitalsmålinger af disse, men det er uklart om evidensgrundlaget ift. til forebyggelse af sygdomsprogression er tilstrækkeligt. Generelt for en eventuel analyse kan det være relevant og blive nødvendigt at anvende evidens fra andre sygdomsområder, såfremt evidensen vurderes at være overførbart til patienter med interstitielle lungesygdomme. Sekretariatet gør opmærksom på de forskelligartede behov, der stilles til hjemmemonitorering af forskellige sygdomme, og at 'telemedicin' dækker over en bred vifte af interventioner, der kan være svære at sammenligne.</p> <p>Der er i indstillingen ikke fokus på én bestemt teknologi men en tilgang til monitorering af patienterne. Det kan blive nødvendigt at afgrænse analysen mht. hvilken type hjemmemonitorering, der skal undersøges for meningsfuldt at kunne afdække de organisatoriske og sundhedsøkonomiske implikationer ved deres anvendelse. Analyseteamet lægger desuden op til et stort fokus på patientperspektivet og organisatoriske implikationer. Her vil man med fordel kunne anvende erfaringerne fra udviklingen af TeleCare Nord, for så vidt den forventes at være gældende for telemonitorering af patienter med interstitielle lungesygdomme. Ved inddragelse af overførbart evidens, vurderer sekretariatet at en eventuel analyse kan gennemføres.</p>
<p>Tema 8</p> <p>Perkutan vertebroplastik (PVP) af osteoporotiske sammenfald (vertebrale frakturer)</p>	<p>Indstillingen omhandler behandling med perkutan vertebroplastik (PVP) til osteoporotiske sammenfald. Analysetemaet afgrænses af indstiller til non-maligne osteoporotiske rygsammenfald hvilket betyder at en kommende analyse vil se bort fra anvendelse af samme procedure til palliativ behandling af smertefulde sammenfald i ryggen hos cancerpatienter. Det fremgår af Dansk Rygkirurgisk Selskab at tilgængelige kliniske retningslinjer for behandling med PVP fokuserer på maligne tilstande. Der foreligger yderligere en MTV fra 2010, hvor det konkluderes at PVP er effektiv mod kroniske smerter. Sekretariatet bemærker at der forventeligt vil være tale om en forholdsvis lille patientpopulation hvor PVP er relevant som behandlingsmulighed. Indstiller bemærker at denne er udgjort af en lille del af de 2300 registrerede symptomatiske osteoporotiske rygsammenfald på et år på landsplan.</p>

	<p>En meta-analyse fra 2022 konkluderer på baggrund af forskellige sundhedsøkonomiske modeller og settings at PVP og kyfoplastik (KP) er omkostningseffektive procedurer sammenlignet med standard behandling (korset og medicinsk smertebehandling). Iblandt de inkluderede studier var der piggy-back cost utility analyser (indsamling af cost og utility data sideløbende med det kliniske studie), der bidrog med stærk evidens for omkostningseffektiviteten af PVP og KP. PVP og KP omkostningseffektivitet var særligt relateret til signifikant kortere indlæggelsestid og højere score af helbredsrelaterede gevinster (QALY).</p> <p>PVP har været præget af usikkerhed om effekt, da tilgængelige RCT'er enten påviser en lille effekt af PVP eller ikke har kunne påvise effekt. Evidensgrundlaget til bestemmelse af relevant patienter er uklart. Ligeledes er evidens der kan afdække tidsaspekter i behandlingen uklart.</p> <p>Indstillen ligger op til en afdækning af PVP i forhold til smertelindrende behandling, som i dag er standardbehandlingen. Herudover foreslår indstillen en afdækning af hvilke patienter der har gavn af PVP, eller efter hvor lang tids smertebehandling PVP bør tilbydes.</p> <p>Sekretariatet bemærker at der ved igangsætning af en større analyse af dette tema vil kræve at der kigges på tværs af de øvrige behandlingsmuligheder der eksisterer, bl.a. kyfoplastik. En analyse vedrørende behandling af osteoporotiske sammenfald vurderes mulig at udføre, på baggrund af den evidens der foreligger, men det forventes nødvendigt at indsamle empiri vedr. patientperspektivet, samt organisatoriske implikationer. En sådan analyse vil berøre et lille antal patienter årligt.</p>
<p>Tema 9</p> <p>Forebyggelse af hjertekarsygdom hos patienter med svære psykiatriske tilstande ved at man i sygehusbaseret psykiatri iværksætter og monitorerer initial farmakologisk behandling af hjertekar-risikofaktorer.</p>	<p>Det indstillede tema fokuserer på, hvornår og hvordan der opstartes farmakologisk forebyggelse af hjertekarsygdomme i psykiatrien. Sekretariatet bemærker, at analysetemaet umiddelbart indikerer udarbejdelse af en retningslinje for medicinsk behandling, som ligger uden for Behandlingsrådets genstandsfelt.</p> <p>Sekretariatet har været i dialog med indstillen, der udtrykker et ønske om, at der udvikles en national retningslinje/drejebog eller værktøj som beslutningsstøtte til hvornår og hvordan, der kan opstartes farmakologisk forebyggelse af hjertekarsygdomme hos svært psykiatriske patienter. Jf. retningslinjer gennemføres der på nuværende tidspunkt i forbindelse med den psykiatriske udredning screening for risikofaktorer for hjertekarsygdom, men screeningen yder ingen støtte ift. beslutning om igangsættelse og valg af behandling. Udfordringen ligger primært i, at patienterne ofte ikke er i stand til at søge egen læge samtidig med, at psykiaterne ikke føler sig kvalificerede til at opstarte farmakologisk forebyggelse af hjertekarsygdomme i sygehuspsykiatrien. I England findes et værktøj (Lester tool) til opstart af farmakologisk forebyggelse af hjertekarsygdomme. Indstillen giver dog udtryk for, at værktøjet ikke vil kunne overføres direkte til dansk kontekst uden modificering, hvad angår indhold og korrekt oversættelse. En sådan modificering og validering bør gå forud for en evt. større analyse i Behandlingsrådet.</p> <p>Behandlingsrådets sekretariat vurderer, at det indstillede tema er uden for Behandlingsrådets metoderamme, da det eksisterende værktøj ikke kan overføres og vurderes for den danske kontekst i forbindelse med en større analyse.</p>
<p>Tema 10</p>	<p>Analysetemaet omhandler kredsløbsmåling af patienter der undergår kirurgiske indgreb. Hertil bruges ofte en invasiv måling, ved brug af kateter placeret i hjerte</p>

<p>Kredsløbsmonitore- ring/estimering af minutvolumen</p>	<p>hjerterhalvdel, og dette betragtes som den gyldne standard. Der findes dog andre metoder til kredsløbsmonitorering, som varierer i præcision. Disse fremgår bl.a. af <a href="#">Dansk Selskabs for Anastæsi og Intern Medicins rekommendation vedr. perioperativ væskebehandling</a>. Som led i <a href="#">en NICE anbefaling fra 2020</a> vedr. behandling af perioperative patienter, anbefaler NICE brugen af kredsløbsmonitorering til patienter i høj risiko kirurgiske indgreb.</p> <p>NICE har i 2018 udgivet en omkostnings-effektivitetsanalyse af kredsløbsmonitore- ring med non-invasive procedurer vs. konventionel klinisk praksis (vurdering af fx puls og blodtryk) under operation. Analysens resultater viste at kredsløbsmonitore- ring var omkostningseffektiv svarende til £286 per vundne QALY og at deres resul- tater i analysen var robuste for forskellige ændringer i inputestimer og paramete- rusikkerhed.</p> <p>Indstillingen er bred, og ved udarbejdelsen af en analyse ses det nødvendigt at af- grænse emnet yderligere. Som led i NICE anbefalingen er der lavet <a href="#">en evidens- gennemgang</a> for sammenligningen af non-invasive kredsløbsmonitoreringsmetoder med det invasive kateter. Heri identificeres flere RCT'er der sammenligner non-in- vasive kredsløbsmonitorering med konventionel klinisk praksis.</p> <p>En retning for analysen kan være at sammenligne metoder til kredsløbsmonitore- ring i operativpatienter. Alternativt kan en analyse vedrører monitoreringsmetoder i patienter der undergår hjerte-lunge redning. Der findes ikke umiddelbart evidens til sammenligning af non-invasive metoder med invasive metoder. En analyse vil altså ikke kunne sammenligne invasive og non-invasive metoder, hvorfor en analyse måske ikke meningsfuld.</p>
<p>Tema 11  Artrioskopi ved smerter</p>	<p>Analysetemaet omhandler brugen af invasive artroskopi af knæ med menisk resek- tion i patienter over 40 år, som har haft smerter i periode over 3 måneder. Indstillin- gen bemærker en problematik vedr. artroskopi, da effekten af denne er lille til in- gen, som rapporteret i et nyligt <a href="#">Cochrane systematisk review</a>. Herved lægges op til en sammenligning af artroskopi med neuromuskulær træning af knæledet. Yderli- gere bemærker indstillin, at det ikke er klart hvilke patienter der har gavn af artro- skopi af knæet. Der foreligger en <a href="#">national klinisk retningslinje</a> fra 2019, der anbefa- ler ikke-kirurgisk behandling af ikke-traumatisk opståede knæ smerter. Anbefalin- gen tager ikke højde for de sundhedsøkonomiske eller organisatoriske konsekven- ser hvilket kunne tale for at igangsætte en analyse af området med Behandlingsrå- dets metodiske rammer. <a href="#">NICE guideline fra 2020</a> om behandling af slidgigt konkluderer, på baggrund af review af kliniske og cost-effectiveness studier, at der ikke anbefales artroskopi af knæ som en behandlingsmulighed for slidgigt, medmindre patienten er kendt med slidgigt og samtidig længerevarende og tilbagevendende mekanisk-låsning af knæledet. Lægemedelstyrelsen bemærker, at patientsikker- hed er vigtigt indenfor dette område.</p> <p>Som det nævnes i indstillingen, foreligger der et nyligt <a href="#">Cochrane systematisk re- view</a> af effekten af artroskopi overfor træning og placebo kirurgi. Heri er der identifi- ceret 16 RCT'er, og det bemærkes at yderligere 4 studier er sat i gang. Indstillin- gen har identificeret et igangværende dansk RCT, som sammenligner artroskopi med træning af knæet i yngre personer. Studiet er lukket for optag, men det er uklart hvornår resultaterne foreligger. I forbindelse med analyse kan det forventes,</p>

	<p>at det er nødvendigt at indhente empiri vedr. patientperspektivet, samt det organisatoriske perspektiv, uanset hvilken retning analysen tager.</p> <p>Indstillingen lægger op til en analyse af artroskopi af knæ med menisk resektion overfor træning. Hertil bemærkes at der udføres 18000 knæ artroskopier om året i Danmark. En analyse der sammenligner artroskopier med træning af knæet anses for værende muligt indenfor Behandlingsrådets rammer, men det bemærkes at denne har karakter af en evaluering.</p>
<p>Tema 12</p> <p>Anvendelse af hjemme-NIV (non-invasiv ventilation) til KOL-patienter</p>	<p>Analysetemaet er relativt afgrænset. Hjemme-NIV er på nuværende tidspunkt ibrugtaget flere steder i Danmark til patienter med forhøjet dagtids-CO<sub>2</sub>-niveau. Efter kontakt til indstillere er det afklaret, at ønsket er at øge antallet af patienter, som modtager hjemme-NIV inden for den samme patientgruppe. Temaet har derfor i højere grad fokus på de økonomiske og evt. organisatoriske konsekvenser ved at øget antallet af patienter, der får behandlingen tilbudt, da teknologien er ibrugtaget.</p> <p>Der forekommer umiddelbart en del evidens på området, og det vil sandsynligvis være muligt at belyse brugen af hjemme-NIV overfor sædvanlig praksis. Der findes flere danske retningslinjer vedr. hjemme-NIV bl.a. <a href="#">Retningslinjer for behandling med Non-invasiv ventilation</a> fra 2016 og <a href="#">KOL – LT-NIV (Hjemme NIV)</a> fra 2020. Hertil findes en udenlandsk retningslinje fra European Respiratory Society fra 2019, som i tråd med de danske retningslinjer anbefaler hjemme-NIV til patienter med stabil kronisk hyperkapni (forhøjet CO<sub>2</sub>-niveau).</p> <p>Temaet fokuserer især på de sundhedsøkonomiske konsekvenser ved at udvide hjemme-NIV, der forventes at kunne nedsætte risikoen for akutte indlæggelser. Det bemærkes, at der ønskes undersøgt om effekten af hjemme-NIV, eksempelvis reduktion i akutte indlæggelser og øget livskvalitet for patienter, kan opveje de meromkostninger der er forbundet med behandlingen.</p> <p>Lægemiddelstyrelsen bemærker, at det er væsentligt med opmærksomhed på patientsikkerheden.</p> <p>Sekretariatet bemærker, at en analyse vedr. hjemme-NIV lader til at være mulig inden for Behandlingsrådets nuværende rammer.</p>
<p>Tema 13</p> <p>Behandling af patienter med kroniske smerter</p>	<p>Analysetemaet er bredt og kan antage forskellige undersøgelsesperspektiver, hvorfor der er behov for en afgrænsning af temaet.</p> <p>Sundhedsstyrelsen har i 2020 foretaget en <a href="#">afdækning af smerteområdet</a>, hvor der peges på en række mulige indsatsområder herunder øget fokus på non-farmakologiske interventioner og tværfaglig organisering af behandlingstilbud.</p> <p>En <a href="#">National klinisk retningslinje</a> (NKR) fra Sundhedsstyrelsen fra 2018 anviser vejledning mht. udredning, behandling samt monitorering af patienter med generaliserede kroniske smerter i bevægeapparatet. For kroniske smerter i almindelighed, hvor der ikke er en identificerbar somatisk årsag, afspejles behandlingsmulighederne i nogen udstrækning i den nævnte NKR.</p> <p>Evidensgrundlaget på området tillader sandsynligvis en belysning af generelle tværfaglige indsatser overfor fagspecialiserede og/eller 'standard care'-indsatser fsva. patienter med kroniske smerter. Det er usandsynligt, at der er væsentlig ny</p>



	<p>evidens, set i forhold til den eksisterende NKR, som kan anvendes til at belyse, hvilke komponenter i tværfaglige tilgange til behandling af patienter med kroniske smerter som er mere eller mindre effektive. Det er ligeledes usandsynligt, at der er substantiel evidens, som kan belyse, hvilken konkret tværfaglig organisering der er anbefalelsesværdig.</p> <p>Med et bredt analysetema, der omfatter flere sygdomsområder og patientgrupper, er der behov for en yderligere og mere fokuseret afgrænsning af temaet for at udarbejde relevante sundhedsøkonomiske analyser.</p> <p>Lægemiddelstyrelsen bemærker, at det er væsentligt med opmærksomhed på patientsikkerheden.</p> <p>Analysetemaet indeholder en relevant problemstilling og sekretariatet forventer, at kunne udarbejde en analyse inden for Behandlingsrådet rammer, såfremt analysetemaet blev afgrænset.</p>
<p>Tema 14</p> <p>Udvikling af det radiologiske område</p>	<p>Analysetemaet er bredt og kan antage forskellige undersøgelsesperspektiver, hvorfor der er behov for en afgrænsning af temaet. Flere af de potentielle fokusområder fordrer en belysning af organisatoriske aspekter, herunder særligt personaleresourcer og evt. det økonomiske perspektiv.</p> <p>Temaet indeholder meget forskellige emner inden for det radiologiske område. Dertil er det et område med stor opmærksomhed.</p> <p>Region Sjælland har indstillet analysetemaet. De har udgivet en <a href="#">kortlægning og analyse af det billeddiagnostiske område</a> i regionen (2020), hvori det bl.a. pointeres, at kunstig intelligens bør afprøves på testbasis forinden en generel implementering. Derudover beskrives ligeledes udfordringen med manglende personale, hvortil der opfordres til fælles regionale initiativer. Region Sjællands taskforce for billeddiagnostik har udarbejdet <a href="#">anbefalinger vedrørende genetablering af bæredygtig radiologi</a> i regionen. RAIT - Radiological Artificial Intelligence Testcenter ved Bispebjerg, Frederiksberg, Herlev og Gentofte Hospital forsker (siden 2020) i implementeringen af kunstig intelligens i klinisk praksis. Vores fornemmelse er, at lignende initiativer er i gang flere steder i landet.</p> <p>Sundhedsstyrelsen bemærker, at strålebeskyttelseslovgivningen kræver, at undersøgelser med ioniserende stråling (f.eks. røntgen) skal være berettigede, og at en væsentlig del af ansvaret for dette ligger på den afdeling, som udfører undersøgelsen. I tråd med dette har Vælg Klogt igangsat temaet <i>Rutineundersøgelser</i> i 2022, som omhandler unødvendige undersøgelser, herunder f.eks. røntgen.</p> <p>Der er stort fokus på berettigelsen af undersøgelser internationalt, blandt andet er der igangsat en europæisk undersøgelse af berettigelse af CT-undersøgelser <a href="http://www.eurosafeimaging.org/eu-just-ct">http://www.eurosafeimaging.org/eu-just-ct</a>.</p> <p>Før vi kan afdække evidensen på området, er behov for en klar afgrænsning af analysetemaet.</p> <p>På baggrund af analysetemaets bredde, vil der være behov for en mere fokuseret afgrænsning for at kunne belyse analysetemaets sundhedsøkonomiske</p>

	<p>perspektiver. Afhængigt af analysetemaets retning kan der i større eller mindre grad være tale om en driftsanalyse, hvis der ses i retning af arbejdskraftsreducerende initiativer inden for radiologiområdet.</p> <p>Analyssetemaet indeholder en relevant problemstilling, men er på nuværende tidspunkt bredt. Sekretariatet forventer at kunne udarbejde en analyse, såfremt temaet bliver afgrænset. Dette kunne f.eks. foregå ved at afgrænse til en specifik patientgruppe eller type af løsning på problemstillingen.</p>
<p>Tema 15</p> <p>AK/NOAK behandling for atrieflimren</p>	<p>Analyssetemaet er afgrænset til patientgruppen med atrieflimren, som modtager AK/NOAK-behandling grundet deres øgede risiko for blodpropper. Analyssetemaet fokuserer på at præcisere indikationsområdet for at undgå, at der i klinisk praksis ordineres unødvendig AK/NOAK-behandling. I tillæg hertil ønsker indstiller at afdække eventuelle overlevelses- og livskvalitetsgevinster samt blødningskomplikationer ved AK/NOAK-behandling.</p> <p>Behandlingsrådets sekretariat har været i dialog med indstiller, som bekræfter, at analyssetemaet udelukkende handler om medicinsk AK/NOAK-behandling.</p> <p>På baggrund heraf vurderer Behandlingsrådets sekretariat i samråd med indstiller, at analyssetemaet er udenfor Behandlingsrådets genstandsfelt grundet det centrede fokus på et lægemiddel.</p>
<p>Tema 16</p> <p>Forbedret prænatal genetisk diagnostik</p>	<p>Analyssetemaet er relativt bredt, da der præsenterer en række diagnostiske prænatale test, hvorfor der er behov for en afgrænsning. Udover de vanlige perspektiver vil det sandsynligvis være relevante at belyse etiske overvejelser i væsentlig grad.</p> <p>Sundheds- og Ældreministeriet har i 2019 oprettet Nationalt Genom Center, der har til opgave at udvikle bedre diagnostik og mere målrettede behandling vha. genetiske analyser, såsom genomsekventering. Derudover opbevarer Nationalt Genom Center ligeledes genetiske analyser fra prænatal testning.</p> <p>Sundhedsstyrelsen har udgivet en opdateret <a href="#">retningslinje for forsterdiagnostik</a> i 2020. I retningslinjen beskrives, at den kommende udvikling bl.a. giver mulighed for mere detaljerede genetiske undersøgelser f.eks. exomsekventering. SST har i den reviderede retningslinje indført Non-Invasiv Prænatal Test og mikroarray, hvilket nævnes i analyssetemaet.</p> <p>Det forekommer umiddelbart, at der er evidens inden for flere af fokusområderne præsenteret i analyssetemaet. Eksempelvis er der udgivet et <a href="#">systematisk review</a> i 2022 omhandlende exomsekventering inden for prænatal diagnostik.</p> <p>Økonomiske betragtninger er på baggrund af analysetemaets område af oplagte etiske grunde vanskelige at belyse. I temaet fremhæves øgede omkostninger til forbedret prænatal diagnostik, der kan ses i forhold til hurtigere/ mere velinformerede reproduktive valg under graviditeter, hvor der er diagnosticeret alvorlig genetisk sygdom hos det kommende barn.</p> <p>Sekretariatet vurderer, at det er muligt at lave en analyse inden for Behandlingsrådets vanlige rammer, såfremt analysen skal undersøge diagnostisk præcision samt pris på de forskellige tests.</p>



	<p>Skal analysen afdække f.eks. afledte omkostninger af forbedret prænatal diagnostisk, vil der være behov for at belyse væsentlige etiske overvejelser forbundet med analysen. Det etiske element er ikke rummet i denne grad af Behandlingsrådets nuværende metoderamme, og det kan overvejes om en sådan type analyse hensigtsmæssigt placeres i Behandlingsrådet sammenlignet med f.eks. Etisk Råd.</p>
<p>Tema 17</p> <p>Diagnostik og individualiseret behandling af obstruktiv søvnapnø</p>	<p>Det indstillede tema fokuserer på at ændre tilgangen til behandling af patienter med obstruktiv søvnapnø. Sundhedsstyrelsen har i 2018 udgivet en <a href="#">faglig visitationsretningslinje for symptomgivende obstruktiv søvnapnø hos voksne</a>.</p> <p>Sekretariatet har været i dialog indstillerne, Regionshospitalet Gødstrup samt Rigshospitalet, der efter proces med sekretariatet har lavet en fælles indstilling. Begge ønsker en vurdering af et nyt diagnostisk værktøj, søvnendoskopi (drug-induced sleep endoscopy, DISE), der kan identificere den anatomiske årsag til patientens søvnapnø og dermed prædiktere behandlingsvalget. Indstillerne bemærker, at patienter der ikke følger eller har gavn af standardbehandling med continuous positive airway pressure (CPAP) lægger et stort pres på søvnambulatorierne, og der er ofte behov for at afprøve forskellige behandlingsalternativer. Internationalt anvendes DISE rutinemæssigt i Holland samt USA, og begge indstillere har erfaring med proceduren. Der er dog et ønske om, at den bliver en del af standardudredningen. Proceduren er standardiseret og beskrevet i et <a href="#">Europæisk holdningspapir</a> fra 2017.</p> <p>Sekretariatet vurderer, at analysetemaet har stor klinisk efterspørgsel og evidensgrundlaget synes rimeligt ift. at kunne udarbejde en meningsfuld anbefaling vedr. anvendelsen af DISE samt de non-invasive og kirurgiske behandlinger, metoden indikerer.</p>
<p>Tema 18</p> <p>Immunterapi-udløste reumatologiske bivirkninger</p>	<p>Analysetemaet er afgrænset til patientgruppen med en kræftdiagnose, som grundet immunterapibehandling får reumatologiske bivirkninger, hvilket øger kompleksiteten og behovet for et interprofessionelt samarbejde. Analysetemaet fokuserer på at beskrive et standardiseret udredningsprogram som redskab til at kvalificere vejledning, prognostisering og behandling af subgruppen med reumatologiske bivirkninger. I tillæg hertil ønsker indstiller at kortlægge problemets størrelse og eksisterende tilbud til patientgruppen.</p> <p>Behandlingsrådets sekretariatet har været i dialog med indstiller, som bekræfter, at analysetemaet fordrer afdækning og udvikling snarere end evaluering af eksisterende teknologi med en sammenstilling af flere alternativer.</p> <p>På baggrund heraf vurderer Behandlingsrådets sekretariat i samråd med indstiller, at analysetemaet er udenfor Behandlingsrådets opgaveportefølje.</p>
<p>Tema 19</p> <p>Optimering af cancerkontroller</p>	<p>Det indstillede tema er meget konkret beskrevet og foreslår en gennemgang af litteraturen med henblik på at vurdere patientsikkerheden ved at ændre kontrol af patienter, der har modtaget kræftbehandling. Kontrolforløbet af kræftpatienter er fastlagt som en del af de nationale kræftpakker, som fagligt udarbejdes og revideres løbende af Sundhedsstyrelsen. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) varetager arbejdet med udvikling af landsdækkende retningslinjer på kræftområdet. I forbindelse med Sundhedsstyrelsens revision med start i 2017 er rutinemæssige kontroller erstattet af mere individualiserede og behovsbestemte opfølgingsforløb jf. <a href="#">Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer 2018</a>. DMCG bemærker, at ændring af opfølgingsprogrammerne bør ske med afsæt i evidens og/eller ekspertkonsensus, herunder overvejelser om fagligt og ikke-fagligt begrundet ventetid.</p>

	<p>Sundhedsstyrelsen og DMCG bemærker, at de processer typisk gennemgås i regi af Sundhedsstyrelsen ifm. med udarbejdelse og revision af kræftpakkerne/opfølgningsprogrammerne.</p> <p>En overfladisk søgning efter litteratur indikerer, at litteraturen angående optimale kontrolintervaller umiddelbart er sparsom. Sekretariatet bemærker, at en potentiel anbefaling af at ændre kontrolfrekvensen bør bero på en grundig analyse af patientsikkerheden. Dertil har patienter med kræft væsentligt forskellige prognoser, så det vil blive nødvendigt at afgrænse analysen i relation til patientpopulationen for at kunne producere meningsfulde fund i relation til klinisk effekt og sikkerhed, patientperspektivet og de sundhedsøkonomiske samt organisatoriske implikationer.</p> <p>Sekretariatet vurderer, at der umiddelbart er begrænset evidens omkring patientsikkerheden ved at ændre kontrolfrekvensen af patienter med kræft i forhold til at udarbejde en meningsfuld analyse, der kan lede til anbefaling. Det bemærkes yderligere, at Sundhedsstyrelsen løbende reviderer kræftpakkeforløbene.</p>
Tema 20 Differentiering af pakkeforløb	<p>Analysetemaet er meget konkret beskrevet. Indstiller foreslår, at henvisning til pakkeforløb baseres på en konkret vurdering af den enkelte patient, dennes ønsker og muligheder for behandling, og at visse patienter derfor udredes uden pakketidsperspektivet. Kræftpakkeforløbene er politisk besluttet og udarbejdes og revideres af Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen bemærker, at processor vedr. ændring af kræftpakkeforløbene typisk foregår i deres regi.</p> <p>Der foreligger umiddelbart ingen evidens, der undersøger, hvordan denne alternative tilgang til henvisning til pakkeforløbene vil påvirke henvisningsmønsteret, ligesom den kliniske effekt og sikkerhed ved denne alternative tilgang til henvisning ikke er redegjort for i indstillingen.</p> <p>Sekretariatet vurderer, at Behandlingsrådets metoderamme og fire perspektiver ikke er velegnede til at undersøge det indstillede analysetema. Temaet er desuden præget af mange etiske overvejelser, som ikke er omfattet tilstrækkeligt af Behandlingsrådets metoderamme, men som alt andet lige vil være vigtig i en eventuel analyse. Det bemærkes yderligere, at Sundhedsstyrelsen udarbejder og reviderer kræftpakkeforløbene.</p>

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Udvikling i ansættelse af speciallæger</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Status for ansættelse af speciallæger august 2022</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>9</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



## **Bilag 1**

### **UDVIKLING I ANSÆTTELSE AF SPECIALLÆGER**

Bilag 1 indeholder opgørelser over udviklingen i det samlede antal speciallæger ansat i regionerne samt data vedrørende udviklingen i forholdet mellem antallet af overlæger og afdelingslæger ansat i regionerne.

Opgørelserne er udarbejdet på baggrund af data fra KRL, SIRKA, og tallene er trukket for april 2022.

Der er udarbejdet et udviklingsindeks for perioden december 2016 til april 2022.

**Tabel 1.** Udviklingen i antallet af speciallæger i perioden december 2016 – april 2022 samt fordelingstal for forholdet overlæger/afdelingslæger – Hele landet.

Hele landet													
	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	April 2022	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	<b>1.036</b>	1.063	1.057	1.063	1.081	1.081	1.089	1.077	1.086	1.120	1.066	<b>1.049</b>	<b>101</b>
Overlæger	<b>5.442</b>	5.501	5.489	5.421	5.324	5.288	5.241	5.282	5.312	5.385	5.358	<b>5.419</b>	<b>100</b>
Afdelingslæger	<b>1.909</b>	1.924	1.963	2.159	2.284	2.415	2.515	2.573	2.679	2.708	2.773	<b>2.778</b>	<b>146</b>
Samlet antal speciallæger	<b>8.388</b>	8.489	8.509	8.643	8.689	8.784	8.846	8.932	9.079	9.215	9.197	<b>9.246</b>	<b>110</b>
Overlæger/afdeling slæger	<b>2,85</b>	2,86	2,80	2,51	2,33	2,19	2,08	2,05	1,98	1,99	1,93	<b>1,95</b>	
Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for april 2022 Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.													

**Tabel 2.** Udviklingen i antallet af speciallæger i perioden december 2016 – april 2022 samt fordelingstal for forholdet overlæger/afdelingslæger – Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden													
	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	April 2022	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	211	218	210	214	210	205	205	207	199	205	199	199	94
Overlæger	2.142	2.178	2.177	2.167	2.159	2.163	2.141	2.162	2.180	2.189	2.168	2.197	103
Afdelingslæger	659	653	644	703	737	766	802	824	884	902	927	901	137
<b>Samlet antal</b>													
speciallæger	3.023	3.048	3.046	3.084	3.106	3.134	3.148	3.193	3.263	3.296	3.294	3.297	109
Overlæger/afdelingslæger	3,25	3,34	3,38	3,08	2,93	2,82	2,67	2,62	2,47	2,43	2,34	2,44	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for april 2022  
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

**Tabel 3.** Udviklingen i antallet af speciallæger i perioden december 2016 – april 2022 samt fordelingstal for forholdet overlæger/afdelingslæger – Region Midtjylland.

Region Midtjylland													
	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	April 2022	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	205	206	205	208	202	206	206	202	198	219	203	200	98
Overlæger	1.145	1.141	1.132	1.116	1.084	1.063	1.066	1.070	1.087	1.088	1.088	1.115	97
Afdelingslæger	448	467	479	535	556	592	612	614	639	637	684	693	155
<b>Samlet antal speciallæger</b>	<b>1.798</b>	1.814	1.814	1.858	1.842	1.861	1.884	1.885	1.926	1.944	1.975	<b>2.008</b>	<b>112</b>
<b>Overlæger/afdelingslæger</b>	<b>2,56</b>	2,44	2,37	2,09	1,95	1,80	1,74	1,74	1,70	1,71	1,59	<b>1,61</b>	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for april 2022  
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

**Tabel 4.** Udviklingen i antallet af speciallæger i perioden december 2016 – april 2022 samt fordelingstal for forholdet overlæger/afdelingslæger – Region Nordjylland

Region Nordjylland													
	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	April 2022	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	148	155	157	162	171	168	168	170	172	172	174	179	121
Overlæger	435	444	436	425	413	412	395	400	408	412	405	406	93
Afdelingslæger	202	210	234	253	269	286	293	296	303	298	305	298	147
<b>Samlet antal speciallæger</b>	<b>785</b>	810	827	840	853	866	857	866	883	881	884	<b>882</b>	<b>112</b>
<b>Overlæger/afdelingslæger</b>	<b>2,15</b>	2,11	1,87	1,68	1,54	1,44	1,35	1,35	1,34	1,38	1,33	<b>1,36</b>	
Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for april 2022 Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.													



**Tabel 5.** Udviklingen i antallet af speciallæger i perioden december 2016 – april 2022 samt fordelingstal for forholdet overlæger/afdelingslæger – Region Sjælland

Region Sjælland													
	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2021	Okt. 2021	April 2022	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	139	148	145	147	148	151	150	152	151	151	141	145	104
Overlæger	689	702	710	679	660	650	648	647	637	671	666	663	96
Afdelingslæger	160	165	156	176	193	206	217	233	250	253	251	274	171
<b>Samlet antal speciallæger</b>	<b>988</b>	1.014	1.011	1.003	1.001	1.007	1.015	1.032	1.038	1.076	1.057	<b>1.081</b>	<b>109</b>
<b>Overlæger/afdelingslæger</b>	<b>4,29</b>	4,25	4,54	3,87	3,42	3,16	2,98	2,78	2,55	2,65	2,66	<b>2,42</b>	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for april 2022  
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

**Table 6.** Udviklingen i antallet af speciallæger i perioden december 2016 – april 2022 samt fordelingstal for forholdet overlæger/afdelingslæger – Region Syddanmark

Region Syddanmark													
	Dec. 2016	April 2017	Aug. 2017	April 2018	Okt. 2018	April 2019	Okt. 2019	April 2020	Okt. 2020	April 2018	Okt. 2021	April 2022	Udvikling (2016=100)
Lægelige chefer	306	317	325	325	331	317	334	330	330	336	330	327	107
Overlæger	1.029	1.035	1.032	1.032	1.005	987	978	989	990	1.015	1.018	1.026	100
Afdelingslæger	432	422	443	492	530	564	591	604	601	616	606	612	142
<b>Samlet antal speciallæger</b>	<b>1.768</b>	1.774	1.800	1.849	1.866	1.878	1.902	1.923	1.920	1.076	1.954	<b>1.965</b>	<b>111</b>
<b>Overlæger/afdelingslæger</b>	<b>2,38</b>	2,46	2,33	2,10	1,90	1,75	1,66	1,64	1,65	1,65	1,68	<b>1,68</b>	

Kilde: KRL, SIRKA. Tallene er trukket for april 2022  
Tallene for antal læger er afrundede, hvorfor totalsum afviger minimalt.

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Høringssvar nærhospitaler</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Høringssvar - Sundhedsstyrelsens faglige ramme for etablering af nærhospitaler</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>15</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>2</b>

Sundhedsstyrelsen

DANSKE  
REGIONER



30-08-2022

EMN-2021-01006

1571446

Kristine Skovgaard Bossen

## Danske Regioners bemærkninger til Sundhedsstyrelsens høringsudkast til faglig ramme for etablering af nærhospitaler

Danske Regioner modtog den 9. august 2022 høring over Sundhedsstyrelsens udkast til *Nærhospitaler – faglig ramme for etablering af nærhospitaler*. Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar, som afgives på vegne af regionerne. Høringssvaret afgives med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse på møde den 29. september 2022.

Ifølge aftaleteksten i sundhedsreformen skal nærhospitaler bl.a. bidrage til, at flere borgere oplever et sammenhængende og trygt sundhedstilbud på tværs af sektorer. Sundhedsstyrelsens faglige ramme har til formål at beskrive den organisatoriske og sundhedsfaglige ramme for nærhospitaler samt understøtte udmøntningen af puljen på 4 mia. kr. til etablering af nærhospitaler.

### Generelle bemærkninger

Danske Regioner bakker op om, at der skal etableres flere nære sundhedstilbud. Regionerne har gennem flere år arbejdet med mange forskellige tiltag og løsninger, der kan bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne. Det gælder bl.a. virtuelle løsninger, telemedicin og udkørende funktioner fra hospital eller i samarbejde med kommunerne.

Regionerne har desuden udlagt en række sygehusfunktioner i sundhedshuse, der er etableret i samarbejde med kommunerne. Sundhedshusene er tilrettelagt efter lokale forhold og behov hos borgerne i det pågældende område samt under hensyntagen til sundhedsplanlægningen i regionen. Denne udvikling kan understøttes yderligere med etablering af nærhospitaler/specialiserede sundhedshuse.

Af samme årsag er Danske Regioner bekymret over, at Sundhedsstyrelsen opstiller en række sygehusfunktioner, som alle nærhospitaler bør indeholde – uden hensyntagen til lokale forhold og den nuværende placering af sygehusfunktioner i de eksisterende sundhedshuse. Desuden tager de specifikke krav til funktionerne ikke hensyn til den udfordrede personalesituation.

DANSKE REGIONER  
DAMPFÆRGEVEJ 22  
2100 KØBENHAVN Ø  
+45 35 29 81 00  
REGIONER@REGIONER.DK  
REGIONER.DK

Danske Regioner ønsker, at nærhospitalerne/specialiserede sundhedshuse bidrager til at flytte nogle sygehusfunktioner endnu tættere på borgerne, men at regionerne i placeringen af nærhospitalerne kan tage højde for, hvor der allerede er udlagt sygehusfunktioner og personalesituationen, så der bliver tale om et bæredygtigt tilbud, som kan udvikles over tid. Disse hensyn bør fremgå af Sundhedsstyrelsens oplæg og ansøgningskriterier.

Danske Regioner er desuden bekymret for, at der ikke er afsat midler til drift af nærhospitaler, som derfor skal drives inden for de eksisterende økonomiske rammer uden hensyntagen til omkostninger forbundet med bygningsdrift, afskrivning af udstyr og udlægning af sygehusfunktioner til flere matrikler.

### **Arbejdskraftmangel og presset på sundhedsvæsenet**

Sundhedsvæsenet står i en situation med flere ældre, flere med kroniske sygdomme og flere med psykiske lidelser. Samtidig er der begrænsede personaleressourcer, hvilket i stigende grad presser det danske sundhedsvæsen.

Det er derfor nødvendigt, at personalets kompetencer anvendes klogt og effektivt i forhold til den samlede opgaveløsning i sundhedsvæsenet. Det er vigtigt, at etableringen af nærhospitaler understøtter dette hensyn. Det gælder ikke mindst i tyndt befolkede områder og i regioner med lægemangel, hvor det på nuværende tidspunkt især er vanskeligt at rekruttere.

Danske Regioner er helt enig i, at der bør ske en nytænkning af patientforløbene. Det kan bl.a. omfatte nytænkning af måden, som sundhedsopgaverne løses på fx anvendelse af virtuelle løsninger og telemedicin. Det er vigtigt, at nærhospitalerne er et bidrag til denne udvikling og ikke står i vejen for udviklingen af opgaveløsningen på sigt fx i forhold til opgaveudviklingen i almen praksis. Danske Regioner noterer sig i den forbindelse, at der som en del af sundhedsreformen er aftalt en politisk målsætning om 5.000 praktiserende læger i 2035.

### **Organisering af nærhospitaler**

Sundhedsstyrelsen beskriver, at der bør etableres en fælles ledelse af nærhospitaler, som sikrer lokal forankring og den nødvendige ledelsesmæssige opbakning fra både region og kommuner. Danske Regioner støtter ønsket om fælles ledelse, og at samarbejdet om etablering af nærhospitaler og planlægning af de fælles indsatser udvikles lokalt og bygger videre på allerede gode erfaringer fra de eksisterende sundhedshuse. I den forbindelse er der behov for, at det gøres klart og formidles bredt fra centralt hold, i hvilket omfang kommunale og regionale sundhedspersoner kan samarbejde indenfor lovens rammer. Der er for det første behov for at vejlede om de muligheder, der er for at samarbejde om opgaver vedr. faktisk forvaltningsvirksomhed, og hvornår regioner og kommuner kan delegerede forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed på tværs af sektorerne. Hertil udestår en afklaring af, i hvilket omfang regioner og kommuner kan samarbejde om såkaldt accessorisk virksomhed som fx kantinedrift. Endelig har Danske Regioner

efterspurgt en drøftelse af behovet for at foretage fælles visitation, hvilket vil kræve en ændring af lovgivningen.

Det er vigtigt, at de udlagte sygehusfunktioner tilrettelægges og koordineres med den samlede sundhedsplanlægning i regionen. Det er derfor også vigtigt, at beslutningskompetencen følger myndighedsansvaret, så det er regionen – og ikke den fælles ledelse i nærhospitalet – der træffer beslutninger vedr. sygehusfunktionerne, der leveres i nærhospitalet.

Danske Regioner noterer sig, at det alene beskrives, hvilke sygehusfunktioner der bør være til stede i alle nærhospitalet, mens der ikke beskrives tilsvarende for de kommunale sundhedstilbud. Det gør det vanskeligt at sikre ensartet sammenhæng og faglig synergi på tværs i alle nærhospitalet/specialiserede sundhedshuse.

På nuværende tidspunkt er det ikke alle borgere, der kan få gavn af de koordinerede forløb i nærhospitalet, da det alene er borgere i beliggenhedskommunen, der kan anvende de kommunale tilbud i nærhospitalet. Tværkommunal opgaveløsning vil kunne bidrage til, at flere borgere kan få glæde af nærhospitalet. Tværkommunale indsatser i nærhospitalet vil også sikre højere kvalitet i opgaveløsningen, hvor volumen er lille eller kompleksiteten høj.

### **Digital understøttelse**

Danske Regioner bakker op om, at der i den faglige ramme er fokus på at styrke den digitale understøttelse. Det er i den forbindelse vigtigt, at nærhospitalet ikke må være begrænsende for den udvikling, som allerede er igangsat med mere behandling i patienternes eget hjem. Digitale løsninger, der ikke kun tager udgangspunkt i nærhospitalet, vil være til gavn for flere borgere – ikke kun dem, der bor i nærheden af et nærhospital. En sådan udvikling kan ske via prioriterede digitale udviklingsprojekter, der bidrager til at realisere øget brug af hjemmebehandling, virtuelle konsultationer og andre digitale løsninger. Danske Regioner har i den forbindelse noteret, at den særskilte delramme på 500 mio. kr. til IT, teknologi og udstyr til hjemmebehandling kan anvendes bredt til dette formål.

### **Evaluering og ansøgningsproces**

Danske Regioner er enig i, at der er behov for at opsamle erfaringer fra regioner og kommuner om arbejdet med etablering og udvikling af nærhospitalet. Derfor bakker Danske Regioner op om en national evaluering, der skal undersøge nærhospitalet's rolle i omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen og vurdere, hvorvidt nærhospitalet tilgodeser hensynet til en bæredygtig anvendelse af de begrænsede personaleressourcer i et presset sundhedsvæsen.

Sundhedsstyrelsens faglige skitse skal understøtte udmøntningen af de 4 mia. kr. til puljen for nærhospitalet, som forventes opslået i løbet af efteråret 2022. Danske Regioner opfordrer til, at regioner og kommuner får tilstrækkelig tid til at

forberede ansøgninger, så placeringen og tilrettelæggelsen af nærhospitaler sker med udgangspunkt i de ovenfor beskrevne hensyn.

Venlig hilsen



Anders Kühnau

Formand



Stephanie Lose

Næstformand

**Relateret document 2/2**

**Dokument Navn:** FINAL høringsudkast til faglig  
ramme for nærhospitaler  
08082022 (D8986548).pdf

**Dokument Titel:** FINAL høringsudkast til faglig  
ramme for nærhospitaler  
08082022 (D8986548)

**Dokument ID:** 1573106





HØRINGSUDKAST

# Nærhospitaler



Faglig ramme for etablering af nærhospitaler

## **Nærhospitaler**

Faglig ramme for etablering af nærhospitaler

© Sundhedsstyrelsen, 2022.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN:** [xx]  
**Den trykte versions ISBN:** [xx]  
**ISSN:** [xx]

**Sprog:** Dansk  
**Version:** [xx]  
**Versionsdato:** [x.xx.xxxx]  
**Format:** pdf  
**Foto:** [Tekst ] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
[Måned og år]

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b> .....	<b>4</b>
1.1. Baggrund.....	4
1.2. Lov- og aftalemæssig forankring .....	6
1.3. Læsevejledning .....	9
<b>2. Resumé og sammenfatning af anbefalinger</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Udfordringer og omstilling af sundhedsvæsenet</b> .....	<b>11</b>
3.1. Status og udfordringer .....	11
3.2. Omstilling af sundhedsvæsenet og nærhospitalernes rolle heri .....	15
<b>4. Principper for nærhospitaler</b> .....	<b>17</b>
4.1. Sundhedstilbud i nærhospitalerne .....	18
4.2. Kvalitet i nærhospitalernes sundhedstilbud .....	20
4.3. Geografisk og fysisk placering af nærhospitaler .....	21
<b>5. Forudsætninger for sammenhængende forløb i nærhospitaler</b> .....	<b>22</b>
5.1. Tiltag til at understøtte samarbejde .....	23
<b>6. Målgrupper, funktioner og indsatser</b> .....	<b>26</b>
6.1. Funktioner og indsatser i nærhospitaler .....	26
6.2. Tværgående sygehusfunktioner og udstyr .....	28
6.3. Udvælgelse af patientforløb til nærhospitalerne .....	28
6.4. Udvalgte sygehusfunktioner og kommunale indsatser .....	30
<b>7. Kompetencer</b> .....	<b>36</b>
7.1. Fleksibel og ændret brug af kompetencer .....	36
7.2. Kvalitet, samarbejde og organisering .....	36
7.3. Principper for kompetencer på nærhospitaler .....	37
7.4. Kompetencer i nærhospitaler .....	38
<b>8. Digital understøttelse</b> .....	<b>42</b>
8.1. Apparatur og udstyr på nærhospitalerne .....	42
8.2. Behandling i eget hjem gennem digitale løsninger .....	43
8.3. Sammenhæng på nærhospitalerne gennem øget datadeling .....	44
8.4. Ramevilkår og incitamenter .....	45
<b>9. Opfølgning og evaluering</b> .....	<b>46</b>
<b>Bilagsfortegnelse</b> .....	<b>48</b>

# 1. Indledning

## 1.1. Baggrund

Det primære sundhedsvæsen står over for en stor omstilling de kommende år, hvor flere opgaver skal kunne løftes af bl.a. kommuner og almen praksis. Der vil være fokus på en styrkelse af kvaliteten i indsatserne, sammenhæng i den enkeltes forløb og mindre ulighed i sundhed. Omstillingen til et endnu stærkere primært sundhedsvæsen kræver flere forskelligartede løsninger.

Etablering af nærhospitaler skal ses som en af disse løsninger, hvor nærhospitalerne skal anvendes og bidrage til en omlægning af patientforløb. Denne faglige ramme til etablering af nærhospitaler er ét blandt flere bidrag til et betydeligt udviklingsarbejde, som det primære sundhedsvæsen står overfor.

Sundhedsstyrelsen definerer et nærhospital som *'en institution, der både leverer ambulante sygehusfunktioner under lægeligt ansvar og udvalgte kommunale sundhedsindsatser og evt. indsatser på praksisområdet'*.

Baggrunden for initiativet er, at der med udgangspunkt i udspillet 'Sundhedsreformen - Gør Danmark Sundere' blev indgået en politisk aftale om etablering af op til 25 nærhospitaler og dertil er udmøntningen af Sundhedsreformen aftalt mellem regeringen, Danske Regioner og KL. Af aftalen fremgår det, at nye og moderne nærhospitaler skal bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne i områder, hvor der er langt til det nærmeste akutsygehus. Nærhospitaler skal bidrage til, at flere borgere oplever et sammenhængende sundhedstilbud, fordi flere aktører under samme tag kan understøtte stærkere samarbejde, koordinering og vidensdeling om borgernes forløb, tilgængelighed for borgerne og sparring på tværs af sektorer og faggrænser.

Etablering af nærhospitaler er en ny struktur i det samlede sundhedsvæsen, der skal skabe mulighed for og bidrage til at skabe mere synergi og sammenhæng mellem forskellige indsatser, øge nærhed i det sundhedsfaglige tilbud for patienten, samtidig med at kvaliteten fastholdes. Dette kan kun ske gennem en nytænkning af opgaveløsningen og fordrer en innovativ tilgang med et nyt blik på patientforløb. Patienter<sup>1</sup> med både fysiske og psykiske sygdomme vil således få mindre geografisk afstand til sygehusydelse - udgående fra akutsygehuse - i de områder af landet, hvor nærhospitalerne placeres. Ud over nærhed i form af reduceret geografisk afstand, skabes der desuden nærhed gennem virtuelle løsninger og udgående funktioner, afhængigt af og efter vurdering af patienternes behov og hensynet til personaleressourcer. Der bør generelt arbejdes med nærhed i sundhedsvæsenet også uden for rammen for nærhospitaler.

<sup>1</sup> I den faglige ramme for nærhospitaler anvendes betegnelsen 'patient' for personer, der modtager indsatser i nærhospitalet

Som det fremgår af aftalen om sundhedsreformen forventes nærhospitaler etableret på baggrund af kommuner og regioners ansøgninger til en nærhospitalspulje med en samlet ramme på op til 4 mia. kr., fordelt over hele landet i de kommende år. Midlerne kan gå til både ombygning og nybyggeri samt investeringer i IT, teknologi og udstyr til undersøgelse, behandling og samt gode og trygge rammer for patienter med både fysiske og psykiske sygdomme, herunder tryghedsskabende indretning. Desuden er der afsat en særskilt delramme på 500 mio. kr. til IT, teknologi og udstyr til hjemmebehandling og sammenhæng mellem sektorer i tilknytning til nærhospitalernes opgaveløsning og andre dele af den samlede struktur for nære og sammenhængende tilbud<sup>2</sup>. I kapitel 8 beskrives forudsætninger for digital understøttelse i forbindelse med etablering af nærhospitaler.

I denne publikation beskrives den *Faglig ramme for etablering af nærhospitaler*, som både har til formål at beskrive den organisatoriske og sundhedsfaglige ramme for nærhospitaler og derudover skal understøtte udmøntningen af puljen. Den faglige ramme skal ses som en uddybning og kvalificering af Sundhedsstyrelsens skitse til fagligt oplæg for nærhospitaler fra foråret 2021 [link indsættes].

Denne rapport indeholder anbefalinger til hvilke sygehusfunktioner, der *bør* være tilstede i alle nærhospitaler og herudover eksempler på sygehusfunktioner der *kan* være tilstede på matriklen afhængigt af lokale ønsker og forhold. På baggrund af de anbefalede sygehusfunktioner, som *bør* være tilstede, anbefales endvidere hvilke kommunale indsatser og praksisfunktioner, som *kan* være tilstede på matriklen ud fra en vurdering af hvilke indsatser, som giver værdi til det samlede patientforløb i form af sammenhæng mellem indsatserne. I det omfang det har været muligt indgår endvidere en uddybning af de tilhørende faglige kompetencer og udstyr (apparaturer, IT-løsninger mv.), som benyttes bredt for at kunne varetage de funktioner, som *bør* være tilstede.

Der er ikke afsat midler til drift af nærhospitaler, hvilket derfor skal ske inden for de eksisterende økonomiske rammer. Det har således været en forudsætning for arbejdet med anbefalinger til faglige ramme for nærhospitaler, at indsatserne ikke skal være udgiftsdrivende, og Sundhedsstyrelsen finder, at dette udelukkende kan ske, hvis patientforløb og sundhedsindsatser nytænkes. Dette forudsætter, at ressourcerne anvendes på nye måder. Derfor kan sundhedsindsatserne fra sygehusene ikke blot flyttes decentralt, men det er nødvendigt at organiseringen af sundhedsindsatser i nærhospitalerne sker på nye måder i samskabelse mellem det primære sundhedsvæsen og akutsygehuset, hvor ressourcer og kompetencer anvendes bedst muligt, ligesom tilrettelæggelsen og involveringen af forskellige sundhedsfaglige ressourcer og kompetencer i varetagelsen af de enkelte patientgruppers forløb på tværs af sektorer og i de enkelte sektorer skal gentænkes.

I lyset af den begrænsede tid, der har været til rådighed til at udarbejde *Faglig ramme for nærhospitaler*, indeholder anbefalingerne ikke detaljerede beskrivelser af konkrete patientforløb i nærhospitalerne. Sådanne beskrivelser ligger uden for den faglige ramme,

<sup>2</sup> Sundhedsreformen, maj 2022, aftaletekst

men det er væsentligt, at disse udarbejdes på sigt. Konkrete beskrivelser og anbefalinger til patientforløb i nærhospitaler, herunder krav til kvaliteten i indsatserne, krav til kompetencer og til samarbejdet bør derfor efterfølgende supplere den faglige ramme med henblik på at sikre sammenhængende tilbud af ensartet høj kvalitet.

Etablering af nærhospitaler er således en nyskabende struktur, der er på et udviklingsstadium. Det er forventningen, at der opnås erfaringer med nærhospitaler i de kommende år og at disse kan bidrage til en konsolidering af strukturen, indhold og forankring. Det må forventes, at indhold og implementering af nærhospitaler vil blive forskelligartet i den første fase, og det er derfor vigtigt, at der over de kommende år sikres erfaringsudveksling og vidensdeling med henblik på kvalitetsudvikling. I det der ikke er udarbejdet nationale forløbsbeskrivelser for nærhospitaler, kan regionerne overveje at udarbejde regionale forløbsbeskrivelser, som derpå vil kunne danne baggrund for nationale beskrivelser på sigt. Sundhedsstyrelsen henviser desuden til gældende nationale anbefalinger og retningslinjer, fx sygdomsspecifikke, hvor disse er udarbejdet.

Sundhedsstyrelsen har indhentet rådgivning fra en følgegruppe til udarbejdelsen af den faglige ramme for nærhospitaler. Følgegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

I den faglige ramme indgår en række begreber. Disse fremgår af bilag 3.

## 1.2. Lov- og aftalemæssig forankring

Regioner og kommuner er forpligtet til at indgå sundhedsaftaler, der i dag danner den strukturelle ramme for tværsektorielt samarbejde<sup>3</sup>. Etableringen af nærhospitaler bør drøftes i sundhedsklyngerne<sup>4</sup> og på sigt kan sundhedsaftalen bruges som ramme for den videre samarbejde herom.

### 1.2.1. Sygehusfunktioner: Definitioner og afgrænsning af disse funktioner i forhold til sundhedsloven

Ifølge sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til specialfunktioner (i loven benævnt lands- og landsdelsfunktioner) på regionale og private sygehuse og godkender placeringen af specialfunktioner på sygehusene. Sundhedsstyrelsen kommer her med anbefalinger til indsatser på hovedfunktionsniveau. Regionsrådene har til opgave at udarbejde en sundhedsplan, som er en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet.

<sup>3</sup> Fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

<sup>4</sup> Lovforslag nr. L 191, Folketinget 2021-22, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) (ft.dk)

Sundhedsplanerne er en plan for hvert af de fem regioners samlede tilbud, visioner og planer på sundhedsområdet. En regions sundhedsplan kan således være en samlet plan for hele sundhedsområdet og er typisk opdelt i mindre områder, eksempelvis sygehusplaner, planer for organisering af fødselstilbud, psykiatriplaner og praksisplaner.

Sundhedsplanerne dækker typisk en valgperiode. Ifølge sundhedsloven skal regionerne indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen til sundhedsplanerne, før de vedtages i regionsrådene.

Praksisplaner er en del af regionens samlede sundhedsplan. Der udarbejdes praksisplaner for alle praksisaktører, herunder almen praksis, speciallægehjælp, psykologhjælp, fysioterapi, kiropraktik og fodterapi.

Praksisplanen sætter rammer og mål for tilrettelæggelsen af kapacitet, kvalitetsudvikling og samarbejde på det pågældende praksisområde.

Praksisplanen for almen praksis er særskilt nævnt i sundhedsloven, hvor der er krav om, at praksisplanen for almen praksis skal sendes til Sundhedsstyrelsen, der har til opgave at rådgive regionen vedrørende praksisplanens udformning, inden den vedtages.

Nærhospitaler karakteriseres ved at indeholde sygehusfunktioner, kommunale indsatser samt evt. praksisaktører og andre aktører med tilbud til sundhedsvæsenets brugere. Sygehusfunktionerne, der varetages på nærhospitalet, bør således fremgå af den enkelte regions sundhedsplan, herunder evt. sygehusplan, og regionen skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i den forbindelse.

Sygehusfunktioner i et nærhospital forventes at være på hovedfunktionsniveau i tæt samarbejde med akutsygehuset etableret som en decentral ambulant funktion.

Hovedfunktionsniveau er defineret i Sundhedsstyrelsens "Specialeplanlægning: Begreber-principper-krav"<sup>5</sup>. Dertil er der i specialevejledningerne en beskrivelse af hovedfunktionsniveauet inden for de enkelte specialer.

På hovedfunktionsniveauet varetages opgaver af begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdomme som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau. Specialfunktioner tildeles matrikelspecifikt til sygehuse og skal derfor godkendes af Sundhedsstyrelsen, hvis de skal varetages på et nærhospital.

Visse af nærhospitalets sygehusfunktioner vil blive varetaget som decentrale ambulante funktioner fra akutsygehuset eller som udgående funktioner. Udefunktion er i "Specialeplanlægning: Begreber-principper-krav" defineret i forhold til specialfunktioner, som Sundhedsstyrelsen ifølge sundhedsloven kan stille krav til, herunder til matrikelspecifik placering.

<sup>5</sup> Se <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Specialeplan%C3%A6gning-begreber-principper-og-krav.ashx>

Ved en udefunktion forstås, at et behandlersteam fra den matrikel, der varetager en specialfunktion, i begrænset omfang varetager funktionen på en anden matrikel. Det kan fx være en ambulatoriefunktion, hvor behandlersteamet fra den matrikel, der er godkendt til varetagelse af specialfunktioner, også varetager funktionen på en anden matrikel. Sådanne udefunktioner vil kunne varetages i nærhospitalet, men det skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

### **1.2.2. Kommunale indsatser i forhold til sundhedslov og afgrænsning**

I denne faglige ramme er der overvejende taget udgangspunkt i sundhedsloven og de dertil hørende sundhedsfaglige indsatser. Forventeligt vil disse særligt være forebyggelsestilbud, genoptræning og sygepleje. I tilknytning hertil varetages der i kommunen også tilgrænsende indsatser efter andre lovgivninger. Sammenhæng i indsatser mellem sundhedsområdet og andre områder, tager kommunerne hensyn til i deres planlægning.

I denne faglige ramme for nærhospitaler beskrives indsatser efter anden lovgivning imidlertid kun, såfremt der samtidig er et behov for sundhedsfaglig viden og kompetencer i forhold til denne indsats.

### **1.2.3. Samdrift af nærhospitaler: barrierer og muligheder i sundhedsloven**

I den nuværende lovgivning er der en række barrierer og muligheder for samdrift af nærhospitaler mellem regioner og kommuner, herunder for fælles finansiering og fælles ledelse. Med henblik på at kunne understøtte fuld udnyttelse af tværsektorielle samarbejder i nærhospitaler beskrives disse juridiske barrierer og muligheder i den relevante lovgivning nedenfor.

Sundhedsvæsenet er organiseret sådan, at offentlige myndigheder, herunder regioner og kommuner, skal have hjemmel i lovgivningen for at varetage en opgave, og opgavevaretagelsen må ikke stride mod lovgivningen. Regionerne har ansvaret for at udføre nogle opgaver og kommunerne har ansvaret for andre opgaver, hvilket er henlagt i lovgivningen.

Kommuner og regioner kan ikke som udgangspunkt overtage ansvaret for at løse opgaver i sundhedsvæsenet fra hinanden. Men for at bidrage til at skabe en bedre sammenhæng om de fælles patienter er det et krav, at regioner og kommunerne i regionen udarbejder sundhedsaftaler om de patienter, der har behov for sundhedsydelser fra både kommunen og regionen. Sundhedsaftalerne skal være med til at understøtte sammenhæng på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis i forhold til den behandling og indsats patienten har behov for.

Sundhedspersoner fra region og kommune kan imidlertid samarbejde om og overlade opgaver vedrørende faktisk forvaltningsvirksomhed til andre, forudsat der er en aftale herom og at kompetencerne er tilstede. Det betyder fx, at regionale og kommunale



sundhedspersoner kan samarbejde om eller overlade opgaver til hinanden bl.a. i forskellige samdriftsløsninger. Men det indebærer ikke, at der kan skabes en enhed med fælles ledelse og økonomi.

Der eksisterer inden for den gældende lovgivning en række muligheder for, at regioner og kommuner kan samarbejde om organisering af opgavevaretagelsen på tværs af sektorer:

- Sundhedslovens § 78, stk. 3 om regionsrådenes mulighed for at samarbejde med andre offentlige myndigheder og private virksomheder om løsning af bestemte opgaver
- Sundhedslovens § 233 om adgang til at godkende forsøg der fremmer omstillingen i sundhedsvæsenet
- Sundhedslovens § 239, stk. 1, om regionernes adgang til at medfinansiere tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse

Bedre muligheder for fælles løsninger, herunder for fælles finansiering på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, vil kræve ændringer i sundhedsloven<sup>6</sup>.

### 1.3. Læsevejledning

Rapporten er opbygget således, at kapitel 2 udgør et kort resumé og en sammenfatning af anbefalingerne i *Den faglige ramme for nærhospitaler*.

Herefter følger kapitel 3 med en gennemgang af status og de største udfordringer i sundhedsvæsenet, herunder behovet for en omstilling og nærhospitalernes rolle heri. Med afsæt i de beskrevne udfordringer beskriver kapitel 4 principperne for nærhospitaler, der ligger til grund for de forudsætninger, der beskrives for sammenhængende forløb og samarbejde i kapitel 5 samt for anbefalinger til målgrupper, funktioner og indsatser, som beskrives i kapitel 6.

I kapitel 7 beskrives de kompetencer, som bør være tilstede i et nærhospital, herunder behovet for fleksibel og ændret brug af kompetencer, og endelig omhandler kapitel 8 digital understøttelse, herunder digitale løsninger og digitalt udstyr som en væsentlig del af den omstilling, som nærhospitaler er en del af.

Afslutningsvis beskrives behovet for opfølgning og evaluering i kapitel 9.

<sup>6</sup> Afrapportering fra arbejdsgruppe om afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb - Samdrift (fælles finansiering og fælles ledelse)

## 2. Resumé og sammenfatning af anbefalinger

[Her indsættes resumé af den faglige ramme for etablering af nærhospitaler samt opsummering af anbefalinger]

HØRINGSUDKAST

## 3. Udfordringer og omstilling af sundhedsvæsenet

### 3.1. Status og udfordringer

#### 3.1.1. En aldrende befolkning med flere multisyge og en øget social ulighed i sundhed

Som følge af den demografiske udvikling er der en forventning om, at der kommer flere borgere med én eller flere kroniske sygdomme, samtidig med at der er et stigende behov for behandling og pleje med alderen. Sundhedsvæsenet står således over for en betydelig opgave ift. at sikre pleje, forebyggelse og behandling til patienter med kroniske sygdomme på tværs af landet, at mindske den sociale og geografiske ulighed i sundhed og at opretholde kvaliteten i sundhedstilbuddene.

Almen praksis har en nøglerolle i sundhedsvæsenet og er som regel patienternes første kontakt til sundhedsvæsenet, ligesom en stor del af behandlingen også afsluttes her. Almen praksis har funktion af 'gatekeeper' til det mere specialiserede sundhedsvæsen og har ligeledes en vigtig funktion ift. samarbejdet med det kommunale social- og sundhedsvæsen. De opgaver, som almen praksis varetager, forudsætter beliggenhed inden for rimelig afstand til borgerne samt en hensigtsmæssig geografisk fordeling af almen praksis i hele landet. En del patienter oplever, at det kan være svært at få en almen praksis i nærområdet.

Som følge af den forventede stigning i antallet af speciallæger i almen medicin, er der med Sundhedsreformen en politisk ambition om, at kapaciteten i almen praksis skal styrkes og udvides frem mod 2035. Denne ambition skal desuden understøtte almen praksis i at håndtere øget kompleksitet i nogle opgaver og i at overtage andre nye opgaver. Som følge af den demografiske udvikling forventes der fx at komme en stor stigning i antallet af patienter med kroniske sygdomme og multisygdom. Med overenskomstaftalen for almen praksis for 2018-2021 er der allerede givet mulighed for opgaveflytning fra sygehus til almen praksis ift. patienter med henholdsvis type 2-diabetes og KOL. Desuden er en række anbefalinger fra Lægedækningsudvalget<sup>7</sup> implementeret med fokus på bedre lægedækning, herunder øget udbud af lægestuderende i yderområderne, samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder mv.

Foruden speciallæger i almen medicin er der cirka 1.000 privat-praktiserende speciallæger fordelt på en række specialer, blandt andet et stort antal privat-praktiserende øjenlæger, øre-næse-halslæger og gynækologer. Der er potentiale for et stærkere samarbejde

<sup>7</sup> Lægedækning i hele Danmark – Rapport fra regeringens lægedækningsudvalg, 2017.

med de privat-praktiserende speciallæger og praksissektor i øvrigt ift. vidensdeling og koordination til almen praksis og kommunerne. Der er store geografiske forskelle på antallet af privat-praktiserende speciallæger, som er størst i og nær de store byer.

I forhold til at opretholde kvaliteten i sundhedstilbuddene er der med Sundhedsreformen aftalt at igangsætte en national kvalitetsplan, som skal understøtte et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen med krav og anbefalinger til kvaliteten i de kommunale indsatser og i den understøttende indsats, regionerne leverer.

På trods af de strukturelle tiltag for bl.a. at sikre bedre lægedækning og bedre kvalitet i de kommunale indsatser er der fortsat en væsentlig udfordring i forhold til at sikre ensartede og lige adgang til sundhedstilbud på tværs af landet og behovet for at finde løsninger på udfordringen øges som følge af den demografiske udvikling.

Hertil kommer geografisk og social ulighed i sundhed og sammenhængen herimellem. Der er systematisk ulighed i sundhed mellem befolkningsgrupper opdelt efter socioøkonomiske kriterier som uddannelse, erhverv eller indkomst. Samtidig ved vi, at patienter med lavere socioøkonomisk status ikke oplever at modtage lige så meget behandling eller at have samme udfald af behandling som øvrige patienter<sup>8, 9</sup>.

På den måde kan den sociale ulighed yderligere forstærkes<sup>10</sup>, og der er dokumenteret viden om, at bl.a. afstand og udbud af ydelser påvirker brugen af sundhedsydelser<sup>11</sup>.

Samlet set er der en række strukturelle udfordringer i sundhedsvæsenet<sup>12</sup>, som der har været arbejdet med længe og som der ikke er én let løsning på. Udviklingen i sundhedsvæsenet peger blandt andet på, at der er behov for at nytænke tilrettelæggelsen af nogle patientforløb, så de kan varetages tættere på patienternes hjem. Nærhospitaler er én af flere udviklingsmuligheder og løsninger.

### 3.1.2. Lang afstand til sygehusstilbud og et fragmenteret sundhedsvæsen

Sygehusvæsenet har gennem de seneste 15-20 år gennemgået en markant udvikling med det formål at øge kvaliteten gennem samling og specialisering af sygehusbehandling. Dette har, sammen med en lang række andre tiltag, bidraget til et markant kvalitetsløft, store behandlingsmæssige fremskridt og understøttet en nødvendig faglig udvikling med stor betydning for det rette tilbud og kvalitet. Denne udvikling har været vigtig og nødvendig og bør understøttes og fastholdes i fremtiden. Udviklingen har dog samtidig

<sup>8</sup> [Social ulighed i sundhed og sygdom \(sst.dk\)](#)

<sup>9</sup> [Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet \(sst.dk\)](#)

<sup>10</sup> Larsen et al. 2018

<sup>11</sup> Indsatser mod ulighed i sundhed, Sundhedsstyrelsen 2020.

<sup>12</sup> De store strukturelle udfordringer er yderligere grundigt gennemgået og beskrevet i flere af Sundhedsstyrelsens nylige publikationer, herunder anbefalingerne på akutområdet, Fagligt oplæg til en 10-årsplan på psykiatriområdet mv.

haft en række afledte konsekvenser, herunder længere afstand for mange patienter til sygehusstilbud og et fragmenteret sundhedsvæsen. Der har i perioden været mindre fokus på kvaliteten af de mere almindelige sygdomme, der varetages på sygehusene (på hovedfunktionsniveau).

Antallet af sygehuse er efter hensigten reduceret og derfor har nogle patienter fået længere til et sygehus, hvilket kan være en udfordring og særligt for udsatte patienter kan lang afstand til sundhedstilbuddene få betydning for deres mulighed for at indgå i hensigtsmæssige behandlingsforløb, idet der vil være større risiko for manglende fremmøde og dermed mindre chance for, at behandlingen følges. Samtidig er patienter i dag indlagt væsentligt kortere tid end tidligere og dette stiller krav til, at det primære sundhedsvæsen er klar til at modtage og varetage et evt. fortsat behandlingsbehov.

Der er igennem en årrække sket en omlægning, hvor sygehusindlæggelserne omlægges til ambulante behandling, idet det har vist sig hensigtsmæssigt for patienterne. Som følge heraf dimensioneres der med færre sengepladser i de nye sygehusbyggerier. Sideløbende med samlingen og specialiseringen af sygehusvæsenet har regionerne arbejdet med at placere en del af sygehusbehandlingen tættere på patientens nærmiljø, fx har nogle akutsygehuse etableret decentrale ambulante tilbud i sundhedshuse, med varetagelse af hele eller dele af udvalgte patientforløb på hovedfunktionsniveau. Dette for at imødekomme, at behandlinger kan varetages i patienternes nærmiljø, når det vurderes fagligt hensigtsmæssigt. Ligeledes kan udvalgte behandlinger med fordel foregå i hjemmet for de patienter, der har behov for sådan behandlinger.

Mange patienter vil have flere sygdomme og derfor behov for behandling i regi af forskellige lægelige specialer. Dette kan betyde mange ambulante sygehusbesøg og samtidig kontakter på tværs af sektorer, herunder også i kommunen og hos almen praksis. Sundhedsvæsenet er således blevet mere fragmenteret og det er en udfordring, at indsatserne ikke er koordineret og sammentænkt. På trods af ovenstående regionale tiltag er det desuden fortsat en strukturel udfordring med lang afstand for nogle patienter til de almindelige sygehusstilbud.

### **3.1.3. Manglende tværfagligt og –sektorielt samarbejde og anvendelse af kompetencer**

Det tværsektorielle samarbejde har udviklet sig betydeligt i en årrække, men der er fortsat udfordringer med at sikre samarbejde på tværs af specialer i sygehuset samt tværsektorielt og tværfagligt, så et sammenhængende patientforløb understøttes. Der er således behov for øget samarbejde på tværs af regioner, kommuner og praksisområdet, ligesom der er behov for mere sammenhæng i patientforløbet på tværs af fysiske og psykiske sygdomme.

Som beskrevet ovenfor er der allerede sket en omstilling af behandling og pleje for nogle udvalgte patientgrupper, så flere indsatser nu foregår uden for sygehusene, fx behandling i almen praksis af patienter med KOL eller diabetes samt fortsat behandling og pleje af patienter i den kommunale sygepleje og hjemmepleje. I det primære sundhedsvæsen

har kommunerne også i stigende grad udvidet og udviklet deres opgavevaretagelse på sundhedsområdet, så de i dag varetager flere og mere komplekse opgaver end tidligere. Kommunerne har de senere år bl.a. arbejdet med etablering af akutfunktioner samt forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for patienter med kroniske sygdomme. I takt med den udvidede opgavevaretagelse har kommunerne også fået større behov for at kunne samarbejde tættere med sygehuse og almen praksis.

Der afprøves modeller for udgående funktioner fra sygehusene til patienter i hjemmet, ligesom telemedicinske og virtuelle løsninger løbende tages i brug. Nogle af disse modeller afprøves af regioner, nogle af kommuner og nogle i fællesskab. For at understøtte en omstilling til det primære sundhedsvæsen er der fortsat behov for, at sygehusene i højere grad vender sig udad mod resten af sundhedsvæsenet og arbejder med modeller for sygehusbehandling tættere på patientens nærmiljø i samarbejde med kommunerne og almen praksis. Desuden er der behov for, at sygehusvæsenet forpligter sig til at understøtte behandlingen i det primære sundhedsvæsen med specialiseret lægefaglig rådgivning og tager behandlingsansvar når relevant, fx efter udskrivelse fra sygehuset.

Samtidig sker der en løbende omlægning til flere digitale arbejdsgange i flere igangværende og kommende samarbejder på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. Både regioner, kommuner og praksissektor har gennem længere tid arbejdet med og udviklet flere digitale indsatser, fx virtuelle konsultationer med praktiserende læge, træning i at anvende skærm og skærmbesøg i den kommunale sygepleje samt udvidet brug af telemedicinske løsninger til patienter med fx hjertesvigt. Covid-19-pandemien satte skub i udviklingen og der blev iværksat en lang række tiltag både i relation til udredning og behandling af patienter med covid-19 og til patienter med andre sygdomme og tilstande. Disse tiltag kan bl.a. være med til at danne grundlag for udviklingen fremadrettet, idet telemedicin gør det muligt for flere forskellige faggrupper at levere udvalgte sundhedsydelser over afstand uafhængig af geografien.

Sundhedsaftalerne<sup>13</sup> udgør i dag den overordnede struktur for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. Der er desuden nyligt vedtaget et lovforslag om oprettelsen af 21 sundhedsklynger, som træder i kraft d. 1. juli 2022<sup>14</sup>. Jf. den politiske aftale er formålet med dette initiativ at etablere en forpligtende og formaliseret 'sundhedsklynge' omkring hvert af de 21 akutsygehuse, hvor sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehusets optageområde vil være repræsenteret. Hensigten med de formaliserede sundhedsklynger er, at der tages et fælles ansvar for samarbejdet om populationens sundheds- og behandlingsbehov i optageområdet, herunder at styrke sammenhæng og bedre udrednings-, behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med såvel fysiske som psykiske sygdomme, og som har forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Desuden skal

<sup>13</sup> Fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

<sup>14</sup> Lovforslag nr. L 191, Folketinget 2021-22, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) (ft.dk)

sundhedsklyngerne være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen.

De formaliserede sundhedsklynger vil bl.a. være med til at danne et fundament for organiseringen og samarbejdsstrukturen omkring nærhospitaler, ligesom de vil kunne skabe et grundlag for at drøfte øvrige tiltag, der skal bidrage til at sikre sammenhæng på tværs af sektorerne. I sundhedsklyngerne drøftes således den samlede kapacitet i optageområdet, hvor nærhospitalerne sammen med akutsygehuset udgør en af flere strukturer. Kapacitet og befolkningsgrundlag for de enkelte kommuners indsatser og for tværkommunale samarbejder vil kunne indgå i disse drøftelser.

Det er midlertidig forsat en væsentlig udfordring, at sundhedsvæsenets organisering udgør en barriere for samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder, herunder koordinering, videndeling samt udviklingen i anvendelsen af de forskellige fagligheder og hvordan de forskellige faggrupper kan have gavn af hinandens kompetencer og udvikles i samarbejdet.

### **3.2. Omstilling af sundhedsvæsenet og nærhospitalernes rolle heri**

I takt med at vi lever længere, vil stadig flere mennesker leve med sygdomme, som kræver løbende behandling, rehabilitering eller pleje i sundhedsvæsenet. Der er derfor behov for et nyt blik på opgavevaretagelsen for at kunne yde de indsatser, som patienterne har behov for. Det forudsætter en omstilling fra behandling på sygehus til sundhedsindsatser i kommuner og almen praksis.

En sådan omstilling indebærer tiltag, der skal sikre, at behandlingen i endnu højere grad kan foregå i patientens nærmiljø, enten på et nærhospital, i kommunen, almen praksis eller i eget hjem. Det forudsætter et styrket samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis og sammenhæng for patienterne på tværs af sundhedsvæsenet. Herunder skal det sikres, at de specialiserede kompetencer på sygehusene understøtter det primære sundhedsvæsen. Omstillingen fra indsatser på sygehus til indsatser i det primære sundhedsvæsen indebærer desuden et større fokus på kvalitet, krav, kompetencer mv. samt bedre brug og udvikling af digitale løsninger.

Denne omstilling af sundhedsvæsenet er igangsat med et større fokus på det primære sundhedsvæsen, kvalitetskrav til de kommunale sundhedsindsatser og nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene, der skal sikre et forpligtende samarbejde på tværs af sektorer og være drivende for omstillingen til et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen mv.

Etableringen af nærhospitaler er et af tiltagene, der skal bidrage til en omstilling af sundhedsvæsenet med fokus på at styrke kvaliteten i den nære sundhedsindsats. Nærhospitaler skal således integreres i det eksisterende sundhedsvæsen som en del af både sy-

gehusvæsenet og det primære sundhedsvæsen, hvor der samtidig tages højde for øvrige nye tiltag i forbindelse med sundhedsreformen, som beskrevet ovenfor. I nærhospitalerne forventes det, at opgaveløsningen bl.a. varetages på nye måder med en opretholdelse af kvaliteten.

Når nærhospitalerne indgår som en ny struktur i det samlede sundhedsvæsen, giver det mulighed for nytænkning af forløb, både i nærhospitalet og på akutsygehuset, herunder mulighed for at række ud enten fysisk eller vha. telemedicinske/virtuelle løsninger til såvel patient som til det primære sundhedsvæsen. Formålet med anvendelse af virtuelle og telemedicinske løsninger i nærhospitalerne og akutsygehuse er bl.a. at bidrage til at understøtte patienternes egenmestring og reducere deres behov for opfølgende besøg og indlæggelser. Samtidig kan udgående funktioner varetages fra nærhospitalerne og akutsygehuse til de patienter, der har størst behov for en indsats i hjemmet, med et samtidigt fokus på bedst anvendelse af de samlede personaleressourcer. Desuden samles flere funktioner fra såvel sygehus som kommuner ét sted, hvilket kan bidrage til synergi mellem indsatser og at patienterne får lettere adgang til de ofte samtidige indsatser.

Nærhospitalerne vil desuden bidrage til udviklingen af sundhedsvæsenet ved, at kompetencer fra akutsygehuse bliver lettere tilgængelige i det primære sundhedsvæsen tættere på både patienter og fagpersoner og kan bidrage med rådgivning mv. Kommunerne kan fx få bredere adgang, både fra akutsygehuset og nærhospitalerne, til lægefaglig og generel sundhedsfaglig understøttelse ved at samle kommunale, regionale og praksisfunktioner ét sted.

Nærhospitalerne kan således være med til at styrke det tværsektorielle samarbejde og det sammenhængende forløb for patienterne. Der bør derfor være opmærksomhed på, at det vil være u hensigtsmæssigt, hvis der med etableringen af nærhospitaler skabes uensartede strukturer i regionerne for det tværsektorielle samarbejde med kommunerne og praksissektor, hvilket både gælder i forhold til fysiske og psykiske sygdomme. Dette vil forårsage organisatoriske udfordringer samt skabe ulighed og uensartethed i det regionale serviceniveau for borgere i regionen. De nye strukturer, herunder nærhospitaler, der kan bidrage til at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre mere sammenhængende og koordinerede forløb, bør være regionsdækkende og gælde for alle patienter og ikke kun realiseres via nærhospitaler men også akutsygehuse.

Endvidere kan nærhospitalerne understøtte innovation og nytænkning i patientforløbene, hvor der er behov for behandling tættere på patienten. Desuden vil nogle patientgrupper kunne have særligt gavn af kortere fysisk afstand til behandlingsstedet, eksempelvis ældre mennesker, immobile og sårbare grupper, herunder patienter med psykisk sygdom.

I det følgende beskrives principper for etablering af nærhospitaler.



## 4. Principper for nærhospitaler

Med udgangspunkt i ovenstående udfordringer og den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet, bør etablering af nærhospitaler tage udgangspunkt i følgende principper:

- 1. Nærhospitaler er en ny struktur i sundhedsvæsenet**, men bygger på de foreløbige erfaringer fra de eksisterende tværsektorielle sundhedshuse. Derudover indgår nærhospitalerne også i de øvrige nye strukturer såsom sundhedsklynger og andre tiltag, der iværksættes for at styrke det tværsektorielle samarbejde og det primære sundhedsvæsen. Efterhånden som der opnås erfaringer med nærhospitalerne, kan der blive behov for at justere rammen og indholdet. Nærhospitalerne indgår således i det samlede sygehusvæsen.
- 2. Nærhospitaler indgår som en del af omstillingen af sundhedsvæsenet** blandt andet gennem en innovativ og ændret opgavevaretagelse af patientens forløb, så mere kan ske nært og tværsektorielt gennem øget mulighed for tæt samarbejde og gensidig sparring på tværs af de regionale og kommunale kompetencer. Der vil ikke være tale om en 1:1 flytning af sygehusfunktioner, idet opgavevaretagelsen nytænkes ift. kompetencer, fysisk eller virtuel tilstedeværelse og samarbejde, med fokus på hensigtsmæssig drift og ressourceudnyttelse.
- 3. Nærhospitalets sygehusfunktioner er koblet op på et akutsygehus.** Det regionale personale arbejder som udgangspunkt på tværs af akutsygehus og nærhospital. Hovedparten af personalet arbejder primært på akutsygehuset og bruger desuden en del af deres arbejdstid på indsatser i nærhospitalet enten fysisk eller virtuelt. Sygehusfunktionerne varetages på hovedfunktionsniveau i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning. Nærhospitalernes sygehusfunktioner kan følges gennem regionernes sygehusplanlægning.
- 4. Nærhospitalers funktioner og indsatser har samme kvalitet** svarende til det øvrige sundhedsvæsen og er koblet op på kvalitetsorganisationen i den sektor hvor myndighedsansvaret ligger. Patienterne vil således møde ensartet kvalitet i alle dele af forløbet, uanset om det foregår på nærhospitalet eller akutsygehuset. Nærhospitalerne kan skabe en mulighed for samarbejde og udvikling af kvaliteten i den sammenhængende indsats, hvor det er muligt i de enkelte patientforløb eller på afgrænsede områder.
- 5. Nærhospitaler skaber øget nærhed til sundhedstilbud** ved at placere sygehusfunktioner og kommunale indsatser i nærhospitalet, fysisk eller gennem virtuelle løsninger. Det er en generel udvikling i sundhedsvæsenet, at sundhedstilbud rykker tættere på borgerne, fysisk eller virtuelt, hvilket nærhospitalerne bidrager til at understøtte. Nærhospitaler rummer således tilstrækkelig digital understøttelse af indsatserne til at kunne bidrage til omstillingen af sundhedsvæsenet, hvor sygehusfunktioner, kommunale indsatser og indsatser på praksisområdet ydes på nye måder.

6. **Nærhospitalets geografiske placering skal bidrage til** at sikre indsatser i et område, hvor der er langt til et akutsygehus, hvilket skal balanceres ud fra, om der i området er et tilstrækkeligt befolkningsunderlag.
7. **Nærhospitalet faciliterer tværfagligt samarbejde.** Der gives mulighed for at rumme sundhedstilbud på tværs af sektorer under ét tag og dermed et tæt tværfagligt samarbejde enten fysisk i nærhospitalet eller vha. virtuelle løsninger. Nærhospitalet skal således bidrage til at etablere samarbejdsstrukturer, som bidrager til at skabe synergi mellem sygehusfunktionerne, kommunale indsatser, praksisområdet mv., hvilket understøtter sammenhængende forløb for patienterne.
8. **Nærhospitalet bidrager til at mindske ulighed i sundhed** ved at give kortere geografisk afstand og lettere adgang for patienter til nogle sygehusfunktioner, herunder til flere samtidige indsatser på samme sted via udgående eller digitale løsninger.
9. **Nærhospitalet tilbyder udelukkende planlagte (elektive) ikke-akutte ambulante ydelser** ud fra faste rammer for, hvad et nærhospital *bør* rumme og derudover hvad et nærhospital *kan* rumme, idet der også er muligheder for lokal tilpasning ud fra lokale hensyn. Der er ikke senge i et nærhospital.
10. **Nærhospitalet skaber mulighed for nyskabelse og innovation.** De giver mulighed for, at regioner og kommuner kan være nyskabende og innovative i forhold til indsatser, ressourcer, tværfaglige samarbejder, kompetencer mv. Kompetencer kan fx anvendes på nye måder og til ændret opgavevaretagelse, ligesom kompetencer kan anvendes både ved fysisk og virtuel tilstedeværelse. Der kan med fordel samles op på sådanne erfaringer efter en årrække med henblik på at sikre vidensdeling og spredning.

#### 4.1. Sundhedstilbud i nærhospitalet

Sundhedstilbuddet i nærhospitalet består af udvalgte sygehusfunktioner og dertil skal der etableres såvel kommunale indsatser som indsatser fra praksisområdet i nærhospitalet. Det aftales lokalt hvilke kommunale indsatser og aktører fra praksisområdet, der bør indgå i det enkelte nærhospital for at skabe sammenhæng til sygehusfunktionerne.

Som udgangspunkt vil det være beliggenhedskommunen, der etablerer tilbud i nærhospitalet med særligt fokus på at understøtte sammenhæng i forløb og indsatser på tværs af sektorer. Kommunerne er forskellige, hvad angår størrelse, geografi, kapacitet, befolknings- og ressourcemæssige forudsætninger samt erfaringer med forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser og det kan være hensigtsmæssigt, at kommunerne indgår et tværkommunalt samarbejde. Det kan fx være henvisning til indsatser i en samarbejdskommune eller et løbende samarbejde om faglig sparring, kvalitetssikring, kompetenceudvikling mv. Endvidere kan det være en fordel, at flere kommuner indgår i tværkommunale

samarbejder for at opnå tilstrækkelig volumen til at opretholde et tilbud<sup>15</sup>. I disse tilfælde kan eksisterende eller nyoprettede tværkommunale indsatser med fordel placeres i nærhospitalerne.

Endvidere bør andre kommuners borgere også kunne benytte nærhospitalet, hvis det ligger på grænsen til en anden kommune og det giver mere nærhed for patienten. Etablering af tværkommunale tilbud i nærhospitaler skal ske efter lokal dialog mellem de pågældende kommuner/regioner, og desuden bør der være opmærksomhed på, at der vil være en række juridiske og økonomiske udfordringer forbundet dermed, herunder at der ikke er mellemkommunal refusion på sundhedsydelse. Der er imidlertid nogle konkrete erfaringer, fx fra det tværkommunale 9-kommune samarbejde i Region Hovedstaden, hvor der kan indhentes inspiration.

Der er potentiale i, at almen praksis indgår som styrket samarbejdspart i det samlede sundhedsvæsen samt, at speciallægepraksis i højere grad kan yde specialespecifik rådgivning til almen praksis. Det vil derfor være en fordel, hvis almen praksis og udvalgte speciallægepraksis også indgår i nærhospitalerne, hvilket kan medvirke til, at disse aktører, gennem styrkede samarbejdsstrukturer, får lettere adgang til diagnostik, specialistrådgivning mv. og dermed i højere grad kan varetage en koordinerende rolle og beholde behandlingsansvaret for en del af indsatserne. Det vil forudsætte et ledelsesmæssigt fokus at få etableret sådanne samarbejdsstrukturer.

I et nærhospital bør der således etableres sundhedstilbud, hvor sundhedspersoner på tværs af sektorer varetager indsatser enten ved fysisk tilstedeværelse i nærhospitalet eller via digitale eller udgående løsninger, som bidrager til at skabe nærhed for patienterne.

Nærhospitalerne vil varetage planlagt ambulante, udredning, behandling og rehabilitering på hovedfunktionsniveau i dag- og aften tid af både fysiske og psykiske sygdomme for visse patientforløb eller dele af disse. Nærhospitalerne har ikke sengepladser eller døgnbemandede funktioner ud fra et kvalitets-, ressource- og driftsmæssigt hensyn, ligesom der ikke må ske udtynding af personaleresourcer på akutsygehuset. Det er midlertidigt vigtigt at personalet i nærhospitalerne også varetager funktioner på akutsygehuset for at opnå, at der er den samme kvalitet i opgavevaretagelsen begge steder.

Der vil ikke være tale om udflytninger af udvalgte sygehusfunktioner én til én fra sygehus til nærhospital. Nærhospitalerne giver mulighed for en ændret tilrettelæggelse af forløb og opgavevaretagelse, der fx indebærer et øget tværfagligt samarbejde. Det betyder fx, at der ikke udelukkende flyttes ambulante kontroller fra akutsygehus til nærhospital, men at det skal overvejes, hvordan det konkrete tilbud skal tilrettelægges, hvilke kompetencer der skal anvendes, herunder ændret opgavevaretagelse, behov for understøttelse fra specialistkompetencer mv. Det kan fx være sygeplejersker, der varetager nye opgaver med supervision fra læge på akutsygehuset, se uddybet eksempel i kapitel 7. Nærhospi-

<sup>15</sup> Sundhedsstyrelsen, 2016: Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

taler bør således være et af tiltagene, der er med til at understøtte samarbejde og sammenhæng om indsats på tværs af sektorgrænser samt mulighed for at se på tilrettelæggelse og varetagelse af ydelser i patientforløbene på en ny måde. Samplacering kan således være med til at skabe koordination og sammenhæng i forløbene. Som en del af praksissektoren, kan apoteker også indtænkes i samplaceringen som en væsentlig samarbejdspart i det primære sundhedsvæsen.

Nærhospitaler varetager som udgangspunkt henviste patienter. Der vil desuden være mulighed for at indplacere funktioner såsom rådgivning og forebyggelse, der kan være åbne. Afhængig af hvilket tilbud, der er tale om regionalt eller kommunalt, vil henvisning og visitation følge vanlig organisering via eksempelvis den centrale visitationsenhed på akutsygehuset, visitation i det enkelte speciale og den kommunale visitationsenhed. I det konkrete patientforløb vil visitator vurdere, om et forløb i nærhospitalet er relevant for den enkelte patient. På sigt bør det vurderes, om fælles visitation for udvalgte patientgrupper kan understøtte kvalitet og sammenhæng uden øget brug af personaleressourcer. Der kan derfor med fordel afprøves fælles løsninger i form af fælles visitation med henblik på at understøtte og videreudvikle det tværsektorielle samarbejde og understøtte sammenhæng på tværs af patientforløbene.

## 4.2. Kvalitet i nærhospitalernes sundhedstilbud

Det er et afgørende princip, at nærhospitalernes sygehusfunktioner, kommunale sundhedsindsatser mv. har samme høje kvalitet i behandlingen som på akutsygehusene, i kommunerne mv. I forhold til sygehusfunktionerne er det en afgørende forudsætning for nærhospitalerne, at de er koblet op til akutsygehusene for at sikre kvaliteten i indsatsen i de tilbudte sygehusfunktioner/-ydelser. Det er desuden en forudsætning for den sammenhængende indsats, at der er et velfungerende samarbejde mellem akutsygehus, beliggenhedskommunen og evt. andre nært beliggende kommuner samt almen praksis i forhold til behandlingsansvar, kompetenceudvikling og kapacitet. Et styrket samarbejde på tværs af nærhospital, kommune og akutsygehus kan bidrage til at højne kvaliteten i patienternes forløb.

Sygehusfunktionerne i nærhospitalet kobles således op på et akutsygehus af hensyn til kvalitet og bemanning med henblik på at sikre optimal ressourceanvendelse. Akutsygehuset beholder behandlingsansvaret for sygehusfunktionerne i patientforløbene og hvor indsatsen sker inden for rammerne af akutsygehusets vanlige praksis mht. dokumentation, kvalitetsudvikling, forskning osv. De kommunale sundhedstilbud kobles til beliggenhedskommunen eller flere kommuner, hvis der indgår tværkommunale tilbud. Nuværende og fremadrettede gældende nationale krav og anbefalinger vil understøtte ensartet kvalitet på tværs af nærhospitalernes kommunale sundhedsindsatser. For både sygehusfunktioner og kommunale indsatser gælder det, at de er koblet op på kvalitetsorganisationen i den sektor, hvor myndighedsansvaret ligger.

Samtidig rækker nærhospitalets aktører ud mod og samarbejder med hinanden, både om de sundhedstilbud, der er etableret på den fysiske matrikel og om lokale sundhedstilbud i kommuner, almen praksis og øvrige sundhedstilbud i primærsektoren og det regionale sundhedsvæsen, der er placeret fysisk uden for nærhospitalet.

Da nærhospitaler modtager patienter både fra almen praksis og speciallægepraksis samt patienter fra sygehusafdelinger, er der behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har behandlingsansvaret for patienten. Ansvarsfordelingen i forhold til behandling af patienter anbefales at følge den ansvarsfordeling, der gælder i øvrigt, og skal som ovenfor nævnt aftales lokalt. Det er således væsentligt for patientsikkerheden, at opgaverne i nærhospitalet varetages inden for klare rammer og med en klar ansvarsplacering. Der må ikke være tvivl om, hvilken læge (praksislæge eller sygehus) eller hvilket sygehus- eller kommunalt team, der har behandlingsansvaret for den konkrete patient i den konkrete situation. Det betyder, at personalet i nærhospitalet skal have mulighed for at kunne tage kontakt hurtigt til den rette læge eller team ved behov for lægefaglig sparring, så patienter sikres behandling af høj kvalitet.

### 4.3. Geografisk og fysisk placering af nærhospitaler

Med henblik på at få det fulde udbytte af nærhospitalerne lægges en række faktorer til grund for den konkrete placering. *Nogle af følgende faktorer* bør således være tilstede i de områder, hvor der etableres et nærhospital:

- mange patienter har stor geografisk afstand og/eller der er en vanskelig infrastruktur til sygehuse og øvrige sundhedstilbud
- et tilstrækkeligt patientvolumen til at kunne opretholde funktioner og indsatser i nærhospitalet og en demografisk udvikling, der fx peger på en fremtidig tilvækst og behov for funktionerne/indsatser. Dette bør anskueliggøres i forbindelse med ansøgninger til nærhospitalspuljen
- lokalbefolkningens sundhedsprofil tilsiger, at der bør være et særligt fokus på at højne sundheden gennem nære sundhedstilbud
- områder, hvor nærhospitalet evt. kan bidrage til at imødegå udfordringer i sundhedsvæsenet, såsom at understøtte tiltrækkelig lægedækning i almen praksis og andre praksisydere. Nærhospitalerne kan understøtte tværfaglige miljøer, som evt. kan tiltrække praktiserende læger og andre praktiserende sundhedspersoner.

Nærhospitaler kan f.eks. etableres i eksisterende bygninger (fx nedlagte sygehuse, nuværende sundhedshuse o.l.).

## 5. Forudsætninger for sammenhængende forløb i nærhospitaler

Den faglige ramme for nærhospitaler bygger bl.a. på de nuværende tværsektorielle sundhedshuses erfaringer med at tilbyde visse ambulante sygehusfunktioner målrettet specifikke patientgrupper og samtidige udvalgte kommunale indsatser. Ligeledes er der erfaring med at tilbyde visse tværgående sygehusfunktioner, fx diagnostiske undersøgelser, som benyttes til mange patientgrupper og ordineres af såvel almen praksis som af sygehusenes sundhedsfaglige personale.

Imidlertid er der flere sundhedshuse, hvor man ikke får det optimale ud af, at funktioner og indsatser er placeret på samme matrikel i forhold til at skabe tværsektorielt og tværfagligt samarbejde om patientforløbene, hvilket blandt andet kan skyldes lovgivning og praktiske omstændigheder. Se afsnit 1.4 for barrierer og muligheder for samdrift af nærhospitaler. Sygehusfunktionerne, de kommunale indsatser og almen praksis-indsatser fungerer ofte siloopdelte, selvom de forskellige tilbud og indsatser i patientforløbene varetages under samme tag. Det medfører, at der ofte, trods samlokalisering, sker et vidensstab i patientforløb på tværs af specialer og sektorer, hvor de forskellige aktører har behov for fælles opdateret faglig viden, både generel viden om større målgruppers karakteristika og behov samt specifik viden vedr. de konkrete patientforløb.

Nærhospitalerne skal bidrage til at skabe sammenhæng i patientforløbene på tværs af sektorer og almen praksis ved at fremme vidensdeling, koordinering og de rette tilbud af høj kvalitet i patientforløbene. Det er væsentligt med fokus på sammenhængen mellem konkrete regionale og kommunale funktioner samt andre aktører, som placeres i et nærhospital, så patienterne kan opleve mere sammenhængende forløb.

Det er væsentligt, at viden om den enkelte borger, og de indsatser som borgeren tilbydes koordineres rettidigt. I nærhospitalerne bør der skabes rammer for, at aktørerne kan vidensdele hensigtsmæssigt.

En forudsætning for sammenhængende forløb er, at aktørerne har regelmæssig dialog, fælles planer mv. Hvis det ikke er muligt at mødes fysisk, kan det med fordel ske vha. virtuelle løsninger, som kan gøre det lettere med regelmæssig kontakt og dialog. En indsats kræver ikke nødvendigvis fysisk tilstedeværelse i nærhospitalet af hverken borgeren eller den sundhedsfaglige person, men kan fx være telemedicinsk behandling eller -opfølgning. Indsatsen skal tilrettelægges, så den faglige kvalitet sikres. Desuden kan der skabes sammenhæng i samarbejdet vha. virtuelle kommunikationsredskaber, hvilket bør vægtes med henblik på at opnå den bedst mulige udnyttelse af personaleresourcer og tidsforbrug.

Der bør etableres teknologiske og virtuelle muligheder i nærhospitalet. Eksempelvis mulighed for at afholde tværsektorielle virtuelle konferencer med akutsygehuset eller

øvrige aktører, fx med almen praksis, kommuner og det øvrige praksisområde, med henblik på samarbejde og sparring om konkrete problemstillinger, patienter mv. Praksisområdet kan på den måde samarbejde direkte med en ambulant sygehusfunktion eller det kommunale personale i nærhospitalet.

Ved planlægning af et nærhospital er et væsentligt formål at fremme det tværsektorielle samarbejde om sygehusfunktioner og kommunale indsatser for udvalgte patientgrupper og derigennem bevare og fremme kvaliteten i indsatserne, skabe synergi i samarbejdet, understøtte fælles opdateret sundhedsfaglig viden samt koordinering af de enkelte patientforløb. Derved skabes der også mulighed for at opnå en helhedsorienteret vurdering af patientens behov på tværs af funktioner og indsatser.

Ved planlægningen af et nærhospital bør der iværksættes tiltag, som understøtter samarbejdet på tværs af funktionerne med henblik på at opnå kvalitet i indsatsen og et koordineret og sammenhængende forløb for patienterne.

Det anbefales, at iværksætte nedenstående tiltag i forbindelse med etableringen af et nærhospital.

## 5.1. Tiltag til at understøtte samarbejde

### 5.1.1. Ledelse

Den nationale ramme for etablering af nærhospitaler bør forankres og tilpasses lokalt, hvilket kræver ledelsesmæssig opbakning. Ledelsen af og i et nærhospital er væsentlig i forhold til at skabe de rette rammer for samarbejdet og driften af nærhospitalet.

- Der bør være fælles ledelse af nærhospitalet, hvor region og kommune har fælles beslutningskompetence. Dette kan struktureres på forskellig vis, fx ved nedsættelse af en styregruppe med tværsektoriel repræsentation på direktør og chefniveau og i gruppen af medarbejdere, der varetager den daglige drift. Ledelsen bør have bredt kendskab til sundhedsvæsenet og opmærksomhed på tværfagligheden i nærhospitalet. Den fælles ledelse bør således have ansvar for:
  - at understøtte samarbejdet mellem aktørerne, som kan medvirke til at sikre sammenhængende forløb for patientgrupperne
  - at administrere nærhospitalet, herunder den daglige og fremadrettede vedligeholdelse
  - at skabe rammer, der levner mulighed for innovative løsninger på tværs af sektorerne
  - at understøtte fælles udstyr, herunder indkøb, brug og personale til betjening af udstyr og bookingsystem samt understøtte fælles oplæring.



### 5.1.2. Samarbejde

Det er en væsentlig forudsætning for sammenhængende forløb i et nærhospital, at der er ledelsesmæssigt fokus på, at der ikke blot sker en sam-lokalisation af funktioner i nærhospitalerne, men at der skabes rammer for et reelt og forpligtende tværsektorielt samarbejde på tværs af aktørerne. Dette bør gøres fra starten af etableringen af nærhospitalet, også såfremt der bygges videre på nuværende organiseringer, hvor der aktuelt ikke er etableret samarbejde på tværs.

- Der bør skabes forpligtende rammer for det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet mellem sygehusenes specialer mv. i form af samarbejdsaftaler o.l.
- Der bør dedikeres medarbejderressourcer med fokus på at opbygge samarbejdet om de konkrete patientforløb og koordinere på tværs af nærhospitalets aktører.
- Der bør skabes strukturer for samarbejdet, som kan understøtte de fælles patientforløb, fx i form af:
  - fælles samarbejdsfora til planlægning af tværsektorielle indsatser for specifikke grupper af borgere
  - fastlagte tværfaglige konferencer til drøftelse af fælles patienter med særlige problemer
  - tværsektorielle teams, hvor personalet samarbejder om fælles daglig varetagelse af forløb
  - rammer (tid og rum) for, at det tværsektorielle samarbejde kan udvikle sig, også på et uformelt plan.

### 5.1.3. Kompetencer

Sundhedsfaglige medarbejdere i nærhospitalerne bør have de rette kompetencer for at kunne varetage nærhospitalets funktioner med høj kvalitet. Der kan blive behov for kompetenceudvikling af nogle af de fagpersoner, som involveres i varetagelsen af funktionerne.

- Der bør sikres de rette og tilstrækkelige kompetencer i nærhospitalerne ift. varetagelse af de konkrete funktioner i nærhospitalet. Ved nytænkning af patientforløb i nærhospitalerne bør der arbejdes med en bedre udnyttelse af personalets kompetencer, hvilket kan betyde større selvstændigt ansvar og nye arbejdsopgaver mv. for nogle faggrupper. For at undgå kvalitetstab i den forbindelse, bør der etableres klare rammer for supervision
- Der bør sikres muligheder for kompetenceudvikling bl.a. gennem relationsopbyggende aktiviteter, hvilket fx kan opnås gennem:
  - Samarbejdet om de fælles forløb, forankret i tværsektorielle teams, samarbejdsfora mv., hvor medarbejderne lærer af hinandens kompetencer
  - Ansættelse af medarbejdere, der har kendskab til begge sektorer, fx i delte stillinger på tværs af sektorerne eller erfaring med den anden sektor fra tidligere stillinger



- Tværsektorielle rotations-/udlånsordninger, dvs. udlån af medarbejdere på tværs af sektorerne i perioder, med henblik på læring og øget kendskab til hinandens opgaver
- Fælles tværsektoriel undervisning.

#### 5.1.4. Virtuelle løsninger

Det er væsentligt at sammenhængende forløb for patienterne og samarbejdet på tværs af nærhospitalets aktører understøttes også ved brug af virtuelle løsninger.

- Der bør skabes sammenhæng for patienterne også vha. virtuelle løsninger til konsultationer, telemedicin mv.
- Der bør etableres mulighed for anvendelse af virtuelle løsninger, herunder virtuelle kommunikationsredskaber, der muliggør rådgivning og samarbejde på tværs af specialer, faggrupper, sektorer og matrikler.
  - Der bør skabes virtuelle løsninger og adgang til patientens data på tværs af sektorer, der muliggør, at aktørerne kan vidensdele hensigtsmæssigt.

#### 5.1.5. Udstyr

Udredning, behandling og opfølgning på sygehusfunktioner samt indsatser i det primære sundhedsvæsen forudsætter det rette udstyr.

- Udstyr til undersøgelser skal understøtte de funktioner og indsatser, der varetages i nærhospitalet med henblik på at sikre samme kvalitet i opgavevaretagelsen som på akutsygehus og i det primære sundhedsvæsen
- Udstyr, der benyttes på tværs af sektorer, kan være med til at understøtte vidensdeling og kvalitet ved f.eks. udførelse af en undersøgelse eller varetagelse af en behandling
- Udstyr, der giver mulighed for, at data leveres direkte til elektroniske journalsystemer og giver mulighed for deling af resultater og sammenhæng

## 6. Målgrupper, funktioner og indsatser

Mange sygdomme medfører behov for behandling på akutsygehus under indlæggelse eller ambulat. Desuden er der ofte behov for kommunale indsatser, fx rehabilitering, sundhedsfremme, forebyggelse eller indsatser i hjemmet samt kontakt til almen praksis.

Flere grupper af patienter med et stort patientvolumen og som har gentagne sygehus-kontakter, har behov for, at afstanden til sygehusfunktioner på hovedfunktionsniveau, tilhørende kommunale indsatser samt behandling i almen praksis er så kort som muligt for at skabe hensigtsmæssige patientforløb. Derfor har denne faglige ramme for nærhospitalet særligt fokus på, at disse patientgrupper kan få indsatser i nærhospitalet, under forudsætning af, at kvaliteten forbliver den samme. Et eksempel på tværsektorielt samarbejde kan være en gravid, der i nærhospitalet kan blive undersøgt hos jordemoder og se sin sundhedsplejerske under og efter graviditet. Et andet eksempel kan være patienten med en kronisk sygdom, som kan få fx ernæringsindsatser hos en diætist, eller indsatser fra et sygeplejeambulatorium i nærhospitalet.

Nærhospitalet vil rumme nære sammenhængende sundhedstilbud ud fra faste principper og rammer for, hvilke patientgrupper der kan have forløb i et nærhospital. Desuden hvilke funktioner og indsatser et nærhospital *bør* eller *kan* rumme, idet der også er muligheder for lokal tilpasning ud fra lokale hensyn. Dette beskrives i det følgende.

### 6.1. Funktioner og indsatser i nærhospitalet

Sygehusfunktioner i nærhospitalet vil være udvalgte funktioner på hovedfunktionsniveau med et tilstrækkeligt patientunderlag. Der vil som udgangspunkt ikke være specialiserede funktioner og det vil ikke være en forudsætning, at der altid er lægefaglige kompetencer på matriklen. Der planlægges ikke med akutte, intensiv- eller døgnfunktioner i nærhospitalet. Ved akut forværring af sygdom skal patienterne behandles på akutsygehuset, hvilket der bør være klare aftaler for håndteringen af mellem nærhospitalet og akutsygehuset, mens fx visse former for udredning, diagnostik, behandling, opfølgning og kontrol kan varetages i nærhospitalet.

Det enkelte nærhospital skal således indeholde dele af patientforløb, som vanligvis ville blive varetaget på akutsygehuset. De kobles op på det nærmeste akutsygehus som de centrale ambulante funktioner, der tilrettelægges som led i den regionale sundhedsplanlægning under hensyntagen til de tilgængelige personaleresourcer, vejledninger og med samme kvalitet som på akutsygehuset. Nærhospitalet skal blandt andet rumme funktioner, som understøtter udredning og diagnostik i det primære sundhedsvæsen.

Der vil ikke være tale om en 1:1 flytning af sygehusfunktioner, kommunale indsatser mv., idet opgavevaretagelsen kan nytænkes ift. kompetencer, fysisk eller virtuel tilstedeværelse og samarbejde, med fokus på hensigtsmæssig drift og ressourceudnyttelse.

Dette må afhænge af de konkrete sygehusfunktioner, kommunale indsatser, patientvolumen og personaleressourcer ift. det enkelte nærhospital og akutsygehus. Det afgørende er, at kvaliteten er uændret i forhold til den kvalitet, der tilbydes på akutsygehusene og det samme gælder for indsatser fra kommunerne og almen praksis. Nærhospitaler kan således sammen med det øvrige regionale og kommunale sundhedsvæsen, herunder almen praksis, være med til at understøtte udviklingen af den digitale patientvaretagelse og -inddragelse.

Nærhospitalerne skal rumme funktioner, som også understøtter udredning og diagnostik i det primære sundhedsvæsen.

Udgående funktioner fra sygehus til en patients hjem eller andet opholdssted kan enten ske fra akutsygehuset eller fra nærhospitalet. Tilbud om udgående indsats til en patient bør altid vurderes nøje ud fra patientens sygdom, behov og -ressourcer samt ud fra de tilgængelige personaleressourcer, idet fysisk udgående funktioner generelt kræver en del personaleressourcer. Det bør i de konkrete patientforløb overvejes, om telemedicin kan være et alternativ til en fysisk udgående indsats fra enten et akutsygehuset eller nærhospital.

Der bør i planlægningen af et nærhospital være fokus på at skabe sammenhæng, så elektive ambulante sygehusfunktioner og kommunale indsatser i patientgruppers samlede forløb kan ydes i nærhospitalet. Nogle kommuner har et så lille volumen inden for visse patientgrupper, at tværkommunale samarbejder om specifikke tilbud kan være en fordel mhp. at opnå et større volumen og herigennem kvalitet i indsats og kompetencer. Det bør derfor overvejes, om nærhospitalet med fordel kan være ramme for et tværkommunalt tilbud. Der skal desuden være fokus på at skabe samarbejde med almen praksis og det øvrige praksisområde, uanset om disse aktører er placeret i eller uden for nærhospitalet.

Nedenfor beskrives anbefalinger til sygehusfunktioner i nærhospitaler. Der er dels anbefalinger til tværgående sygehusfunktioner, som bør kunne tilbydes på tværs af patientgrupper, og dels sygehusfunktioner målrettet specifikke patientgrupper med behov for ambulante sygehusindsatser. Der er desuden anbefalinger til det udstyr, som er nødvendigt for varetagelsen af funktionerne og som anvendes bredt ift. et stort antal forskellige sygdomme. Kompetencer til varetagelse af funktionerne beskrives i kapitel 5. Der skal samtidig etableres kommunale indsatser i nærhospitalerne, som kan skabe synergi med sygehusfunktionerne i de tværsektorielle patientforløb. Der er også anbefalinger nedenfor til disse kommunale indsatser.

## 6.2. Tværgående sygehusfunktioner og udstyr

De tværgående sygehusfunktioner, som anbefales varetaget i nærhospitaler som decentrale ambulante funktioner fra akutsygehuse, er udvalgt på baggrund af, at de anvendes både på sygehuse og af almen praksis til et stort antal patienter på tværs af mange sygdomme.

### 6.2.1. Tværgående sygehusfunktioner

Det anbefales, at der i alle nærhospitaler **bør** være følgende tværgående sygehusfunktioner med det tilhørende nødvendige udstyr:

- Røntgen
- Blodprøvetagning og diverse urinalyser
- EKG

Desuden **kan** følgende tværgående funktioner med fordel varetages i nærhospitaler, afhængigt af patientgrupper og -volumen ift. det enkelte nærhospital samt en vurdering af de nødvendige personaleressourcer:

- CT
- UL

### 6.2.2. Udstyr

Det anbefales desuden, at alle nærhospitaler bør have udstyr, som anvendes bredt til et stort antal forskellige patienter:

- IT-udstyr til at understøtte de daglige funktioner, samarbejde, vidensdeling, koordinering og telemedicin
- Udstyr til måling af vitale parametre herunder puls, blodtryk og iltmætning
- Vægte
- POC-apparat til måling af blodsukker
- Udstyr til visse mikrobiologiske undersøgelser
- Udstyr til træning, f.eks. stopure, træningsmåtter og træningscykler
- Hjertestarter og rubens ballon

Listen er ikke udtømmende, da der løbende vil komme ændringer i behov, fx på grund af den teknologiske udvikling. Listen er derfor dynamisk.

## 6.3. Udvælgelse af patientforløb til nærhospitalerne

Udgangspunktet for udvælgelse af patientforløb, der kan varetages i nærhospitaler, er, at de tilhørende ambulante, ikke-akutte sygehusfunktioner og kommunale indsatser med fordel kan varetages samlet i nærhospitaler, og at nærhospitaler kan optimere patientforløbene ved at facilitere følgende på tværs af specialer, faggrupper og sektorer:

- samarbejde
- vidensdeling
- kompetenceudvikling
- rette behandlingstilbud og indsatser til rette tid
- koordinering af behandlingstilbud og indsatser.

Derigennem forbedres den sundhedsfaglige kvalitet i den enkelte sektor og på tværs af sektorer, herunder almen praksis. Hvilket samtidig kan bidrage til at skabe synergi mellem indsatserne i patientforløbet og optimere patienternes livskvalitet. For nogle patienter kan det desuden bidrage til, at de kan og vil tage imod de forskellige tilbud.

På denne baggrund er der følgende overordnede principper for udvælgelse af patientforløb i nærhospitaler:

- Patienter med en eller flere hyppigt forekommende kroniske sygdomme, fysiske og/eller psykiske, og til tider langvarige forløb, med behov for ambulante og ikke akutte sygehusydelse på hovedfunktionsniveau, herunder ambulante udredning, behandling og opfølgning. I udgangspunktet skal der ikke varetages specialfunktioner i nærhospitalerne, med mindre det sker som del af en udefunktion, hvilket skal være beskrevet i forbindelse med godkendelse af specialfunktionen. Indsatserne skal varetages med relevante kompetencer. Det vil være hensigtsmæssigt at etablere delforløb for disse patienter i nærhospitalerne, hvis det ikke er nødvendigt med mange forskellige ressourcer (fx flere forskellige specialer, meget forskelligt apparatur mv), som i stedet kan give anledning til at samle indsatsen på fx akutsygehuse
- Patientgrupper, der i deres forløb hyppigt har behov for kommunale indsatser, såsom rehabilitering, genoptræning/træning, forebyggelsesindsatser og /eller sygeplejefaglige indsatser, og desuden vil have gavn af, at der er sammenhæng mellem de regionale og kommunale tilbud i deres patientforløb
- Patienter, der af forskellige årsager ikke har ressourcer til at deltage i et forløb på hovedfunktionsniveau på et akutsygehus, fx på grund af lang afstand og manglende fysisk og/eller psykisk overskud, baseret på systematiske individuelle vurderinger af behov. Samtidig skal det vurderes sundhedsfagligt, om indsatsen kan varetages i et nærhospital, uden at det påvirker kvaliteten eller giver udfordringer i forhold til de personalemæssige ressourcer
- Patientgrupper med længere forløb og /eller undersøgelser og indsatser med begrænset kompleksitet, fx gravide kvinder, som ofte har behov for forskellige sundhedstilbud og derfor kan have gavn af, at disse tilbud er samlet i et nærhospital
- Patienter, der har behov for et forebyggende tilbud, fx rygestop- eller vægttabstilbud, for at opnå en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd, øget mental sundhed og trivsel eller reduceret sygdomsrisiko samt patienter, der fx venter på behandling (fx operation) og har behov for forebyggende tilbud

- Patienter med behov for et mindre og ukompliceret kirurgisk indgreb, der kan undersøges og behandles i et nærhospital (funktioner svarende til speciallægepraksis), og som bl.a. ikke vil forudsætte andet end lokalanæstesi.

De patientgrupper, som anbefales i det følgende, tager udgangspunkt i ovennævnte principper. For disse patientgrupper er der udpeget sygehusfunktioner, som altid **bør** varetages i et nærhospital og samtidige kommunale indsatser, der med fordel **kan** tilbydes i nærhospitalet til fremme af det samlede patientforløb. Endvidere kan nærhospitaler med fordel også huse praksissektor og civilsamfund

Desuden er der eksempler på sygehusfunktioner, som **kan** varetages i et nærhospital.

Sygehusfunktionerne beskrives i 6.4.1 og de kommunale indsatser i afsnit 6.4.2. Visse af de kommunale indsatser er ikke diagnosespecifikke og beskrives derfor samlet.

#### 6.4. Udvalgte sygehusfunktioner og kommunale indsatser

En stor del af de konkrete patientforløb i nærhospitalerne vil være relateret til kronisk sygdom. Der er typisk tale om langvarige forløb med behov for flere indsatser fra såvel sygehus, kommune og almen praksis. Nedenfor er beskrevet anbefalinger til sygehusfunktioner, som alle nærhospitaler bør varetage. Desuden er der eksempler på sygehusfunktioner, som kan varetages i det enkelte nærhospital afhængigt af nærhospitalets optageområde hvad angår geografi og patientpopulation samt de tilgængelige personaleressourcer. I forbindelse med planlægningen af nærhospitalet bør de eksisterende telemedicinske løsninger inddrages.

Ved planlægning af nærhospitalet bør der være fokus på, at der til de sygehusfunktioner, som bør og kan varetages fysisk i nærhospitalet, også forefindes det nødvendige udstyr på matriklen. Der bør ikke være forskel på kvaliteten i den behandling, som patienterne modtager i hhv. nærhospitalet og akutsygehuset og der bør derfor være det samme udstyr begge steder.

Nedenfor er der anbefalinger til sygehusfunktioner og kommunale indsatser til udvalgte patientgrupper med kroniske sygdomme. Derudover anbefales sygehusfunktioner og kommunale indsatser ift. andre målgruppers forløb, som også med fordel kan varetages i nærhospitaler. I forhold til funktioner og indsatser som kan varetages, er der ikke tale om en udtømmende liste.

### 6.4.1. Sygehusfunktioner til udvalgte patientgrupper med fysiske og psykiske sygdomme

- **Lungesygdomme** dækker en bred gruppe af sygdomme. Nogle patientgrupper med lungesygdomme udgør en stor andel af patienter på landsplan og har samtidig mindre komplicerede problemstillinger, hvoraf nogle bør eller kan varetage i nærhospitaler:
  - Patientgrupper med KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), hvor det ambulante behandlingsansvar i den enkelte region efter aftale ligger i sygehusregi. Hele eller dele af disse patientgruppers ambulante forløb **bør** varetages i nærhospitalerne. Der bør i planlægningen af forløbene være fokus på sammenhæng til de igangværende telemedicinske indsatser i lokalområderne.
  - Patienter med astma, der er henvist fra almen praksis, men ikke vurderes at have svær astma (som varetages på regionsfunktionsniveau). Hele eller dele af deres ambulante forløb **kan** varetages i nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for en sygehusindsats. Der bør i planlægningen være fokus på sammenhængen til de igangværende telemedicinske indsatser.
- **Hjerte-karsygdomme** dækker over en bred gruppe af sygdomme, hvoraf visse vil kunne varetages i nærhospitaler:
  - Patienter med inkompenaseret hjertesygdom og hypertension. Hele eller dele af de ambulante forløb **bør** varetages i nærhospitalerne, for så vidt patienterne har behov for en ambulant sygehusindsats og sygehusfunktionen kan varetages på hovedfunktionsniveau uden en intensiv indsats. Der bør i planlægningen være fokus på sammenhæng til de igangværende telemedicinske indsatser i lokalområdet
  - Patienter med hjerterytmeforstyrrelser. Hele eller dele af de ambulante forløb **kan** varetages på nærhospitalerne, for så vidt patienterne har behov for en ambulant sygehusindsats og funktionen kan varetages på hovedfunktionsniveau uden en intensiv indsats. Der bør i planlægningen være fokus på sammenhængen til de igangværende telemedicinske indsatser i lokalområdet.
- **Muskel-skeletsygdomme** dækker over en bred gruppe af sygdomme, hvoraf visse vil kunne varetages i nærhospitaler:
  - Udvalgte inflammatoriske led- og bindevævssygdomme på hovedfunktionsniveau med begrænset kompleksitet **kan** tilbydes ambulant behandling og kontrol i nærhospitalet
  - Kroniske rygpatienter på hovedfunktionsniveau med behov for tværfagligt samarbejde **kan** tilbydes ambulant behandling og kontrol i nærhospitalet.
- **Funktionelle lidelser**

- Patienter med funktionelle lidelser, der kan varetages på hovedfunktionsniveau. Hele eller dele af forløbet **kan** varetages på nærhospitaler, for så vidt patienten har behov for en ambulant sygehusindsats.
- **Endokrine sygdomme**
  - Patienter med type 1-diabetes og type 2-diabetes samt visse stofskiftesygdomme. Hele eller dele af de ambulante forløb på hovedfunktionsniveau **bør** varetages på nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for en ambulant sygehusindsats på hovedfunktionsniveau
  - Patienter med osteoporose. Dele af disse forløb **bør** varetages på nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for ambulante sygehusindsatser og ikke kan varetages med medicinsk behandling i almen praksis. Dexa-skanning kan varetages på akutsygehuset, men behandling og anden kontrol **bør** foregå på nærhospitalet
  - Behandling af patienter med fedme og overvægt **kan** i dele af ambulante forløb varetages i nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for ambulante sygehusindsatser. Etablering af en sådan funktion i nærhospitalet vil bl.a. afhænge af optageområdets sygdomsprofil.
- **Psykiske sygdomme** dækker over en bred gruppe af sygdomme. For visse patientgrupper **kan** dele af det ambulante forløb varetages på et nærhospital. Der skal i planlægningen tages hensyn til, at funktionen skal etableres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien<sup>16</sup> og understøtte de faglige anbefalinger heri.
  - Voksne patienter med moderat til svære psykiske sygdomme, som visiteres til gruppebehandling i regi af pakkeforløb i den ambulante psykiatri. De ambulante gruppeforløb **kan** i visse tilfælde varetages i nærhospitaler, for så vidt patientpopulationen og geografiske forhold tilsiger, at det er hensigtsmæssigt at etablere denne funktion i nærhospitalet
  - Voksne patienter med svære psykiske sygdomme med behov for en ambulant indsats. Ambulante forløb, som på nuværende tidspunkt varetages i lokalpsykiatrien/distriktspsykiatrien, **kan** fremadrettet varetages på nærhospitaler, for så vidt det vurderes hensigtsmæssigt at omplacere hele eller dele af lokalpsykiatrien/distriktspsykiatrien til nærhospitalet
  - Børn og unge med moderat til svære psykiske sygdomme med funktionsnedsættelser og særlige behov, som gør det vanskeligt at følge den ambulante behandling på sygehuset. Dele af den ambulante behandling **kan** varetages i nærhospitaler, for så vidt det drejer sig om børn og unge som har behov for en ambulant sygehusindsats på hovedfunktionsniveau
  - I Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien anbefales det, at der opbygges et lettilgængeligt kommunalt tilbud med én indgang til børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske symptomer, herunder at der etableres systematisk tværsektorielt samarbejde og lettere adgang til

<sup>16</sup> [10AARS PSYK-PLAN 260122 LOW.ashx \(sst.dk\)](#)



psykiatrifaglige kompetencer. Der **kan** i nærhospitaler etableres en rådgivende/visiterende ambulant udgående børne- og ungdomspsykiatrisk funktion på hovedfunktionsniveau, for så vidt at denne funktion understøtter og er i overensstemmelse med anbefalingerne i det faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien.

- **Multisygdom**

- Da flere sygdomme ofte forekommer hos den samme patient og det dermed vil være hensigtsmæssigt med flere af de ovenfor anbefalede sygehusfunktioner i nærhospitaler, **bør** der være fokus på samarbejde på tværs af specialerne enten fysisk eller virtuelt, så den samlede indsats i nærhospitalet er sammenhængende for patienten. I det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og nærhospital/akutsygehuset kan det være en fordel at rådgive patienten vedr. polyfarmaci
- Da mange patienter med psykiske sygdomme også har samtidige fysiske sygdomme, vil der ofte være behov for flere samtidige ambulante sygehusindsatser, og der **bør** være fokus på samarbejdet på tværs af de involverede specialer, så den samlede indsats i nærhospitalet er sammenhængende for patienten.

- **Generelt for livstruende kroniske sygdomme**

- Palliativ ambulant behandling af patienter med livstruende kroniske sygdomme, der har behov for understøttende og symptomlindrende behandling, **bør** kunne tilbydes forløb i nærhospitaler. Der bør etableres samarbejde med aktører på det palliative område uden for nærhospitalerne, herunder kommuner, almen praksis og hospice.

#### 6.4.2. Kommunale indsatser, oftest relateret til kronisk sygdom

Patienter med kroniske sygdomme har også behov for kommunale indsatser. Ved etablering af nærhospitaler **bør** der være fokus på sammenhæng mellem sygehusfunktioner og kommunale indsatser, fx sygdomsspecifikke rehabiliteringsforløb eller rehabilitering/forebyggelsestilbud på tværs af brede kroniske sygdomme såsom sygdomsmestring, tobaksafvænnelse, fysisk træning, ernæringsindsatser, forbyggende samtaler om alkohol mv. Patientgrupperne ovenfor er karakteriseret ved ofte at have behov for både sygehusfunktioner og kommunale indsatser, hvor nærhospitalerne kan facilitere sammenhæng, samarbejde og vidensdeling tværfagligt og tværsektorielt i patientforløbene. Der bør fx for patientgrupperne med kroniske sygdomme skabes sammenhængende forløb og synergi mellem sygehusfunktionerne og de kommunale indsatser, så hele eller dele af deres ambulante forløb kan tilbydes i nærhospitalerne. Dette kan understøttes ved et stærkere samarbejde om patienternes forløb, tilgængelighed for patienterne og sparring på tværs af sektorer og faggrænser. Dette forventes samtidigt at bidrage til kompetenceløft på tværs af sektorerne. Visse sammenhænge mellem sygehusfunktioner og kommunale indsatser bør skabes fysisk ved tilstedeværelse i nærhospitalerne og andre ved telemedicinske løsninger.

Beliggenhedskommunen, og evt. andre medansøgende kommuner, **bør** etablere kommunale indsatser i nærhospitaler. Afhængigt af de lokale forhold og de tilstedeværende sygehusfunktioner kan flere af nedenstående kommunale indsatser<sup>17</sup> være relevante og bidrage til sammenhængende forløb:

- Forebyggelse og sundhedsfremmende tilbud fx:
  - Tobaksafvænning
  - Forebyggende samtaler om alkohol
  - Ernæringsindsatser
  - Sygdomsmestring
  - Fysisk træning
  - Indsatser ift. overvægt og seksuel sundhed
  - Indsatser ift. mental sundhed
- Sygdomsspecifikke eller brede rehabiliteringsforløb, genoptræning og træning
- Misbrugsbehandling
- Udvalgte indsatser fra hjemmeplejen og sygepleje. Ift kommunal sygepleje, så leverer kommuner ofte en del af indsatsen i sygeplejeklinikker, ligesom både sygepleje og hjemmepleje fx kan have et distriktskontor på nærhospitalet
- Telemedicinske indsatser.

#### 6.4.3. Øvrige sygehusfunktioner

- **Svangreomsorg**
  - Svangreomsorg i forbindelse med ukomplicerede graviditeter, herunder graviditetsundersøgelser og fødselsforberedelse samt evt. efterforløb, **bør** varetages i nærhospitaler. Hælbloodprøven med screening af nyfødte for en lang række medfødte sygdomme, herunder PKU, bør dog fortsat varetages på akutsygehuset, så det sikres, at undersøgelsen kan foregå inden for det nødvendige tidsvindue efter fødslen.
  - Kommunale indsatser relateret til svangreomsorg  
For at give et sammenhængende forløb for den gravide og de kommende nye forældre **kan** visse dele af sundhedsplejen også varetages i nærhospitalet.
- **Ortopædkirurgi/kirurgi**
  - Mindre og ukompliceret kirurgi med lokal anæstesi, relevante kontroller af f.eks. bensår, kontrol efter kirurgi for artrose samt visse frakturkontroller **kan** foregå i nærhospitaler.
  - Relevante kommunale indsatser

<sup>17</sup> Nogle kommunale indsatser er yderligere beskrevet i bilag 4.

De kommunale indsatser, som **kan** etableres i nærhospitaler og dermed bidrage til sammenhængende forløb i forbindelse med ortopædkirurgi/kirurgi, er blandt andet:

- Rehabilitering, genoptræning og træning
- Sygepleje, fx sårbehandling.

- **Andre funktioner og indsatser**

- Der er desuden sygehusfunktioner på andre sygdoms- og indsatsområder, fx opfølgende indsatser, skanninger og behandlinger på hovedfunktionsniveau på demensområdet eller kræftområdet, fx kemoterapi, som kan varetages i nærhospitalerne.
- Relevante kommunale indsatser
  - Afhængig af hvilke sygehusfunktioner indenfor "flere brede sygdoms- og indsatsområder", der indgår i nærhospitalet, må det vurderes lokalt, hvilke kommunale indsatser der kan være relevante.

HØRINGSUDKAST

## 7. Kompetencer

### 7.1. Fleksibel og ændret brug af kompetencer

Sundheds- og plejepersonalet er en vigtig ressource i sundhedsvæsenet. Der vil i fremtiden blive flere mennesker, der lever med kroniske sygdomme og psykiske lidelser. Samtidig bliver der færre mennesker i den arbejdsdygtige alder, som kan bidrage med den nødvendige arbejdskraft. Selvom der bliver uddannet mere sundhedspersonale, ses der allerede nu udfordringer med rekruttering og fastholdelse.

Regeringen har på baggrund heraf nedsat en kommission for robusthed i sundhedsvæsenet<sup>18</sup>, som skal komme med anbefalinger til løsninger på de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet, som den demografiske udvikling medfører i forhold til personaleressourcer og -kapacitet.

Der er således brug for en overordnet vurdering af tilrettelæggelsen og involveringen af forskellige sundhedsfaglige ressourcer og kompetencer i varetagelsen af de enkelte patientgruppers forløb på tværs af sektorer og i de enkelte sektorer. Kvaliteten i en indsats og sammenhæng i et patientforløb afhænger ikke alene af sundhedspersoners grunduddannelse/videreuddannelse, kompetencer og erfaring, men også en vurdering af hvordan de forskellige sundhedsfaglige kompetencer og –erfaringer benyttes og bedst kommer i spil ved varetagelsen af de enkelte patientgruppers forløb på tværs af sektorer og i de enkelte sektorer. Samtidig bør der være en vurdering af, i forhold til den enkelte ydelse i et patientforløb, om en sundhedsperson skal være fysisk tilstede på nærhospitalet og akutsygehuset eller om ydelsen kan ske digitalt uden kvalitetsforringelse.

Dette vil samlet betyde, at patientforløb tilrettelægges på nye måder, uanset om det foregår i akutsygehusene, på nærhospitalerne eller i kommunerne. Det kræver således et blik på såvel nærhospital som på akutsygehuset, kommune og almen praksis, så den samme indsats leveres med den samme kvalitet, sammenhæng og koordinering, uanset om patienten er tilknyttet nærhospital eller akutsygehus.

### 7.2. Kvalitet, samarbejde og organisering

Alle nærhospitaler vil for sygehusfunktionerne være koblet op til et akutsygehus for at sikre samme høje kvalitet, erfaring og kompetencer. Ligesom de kommunale sundhedstilbud kobles til beliggenhedskommunen eller flere kommuner, hvis der indgår tværkommunale tilbud. Alle parter i nærhospitalet er koblet op på kvalitetsorganisationen i den sektor, hvor myndighedsansvaret ligger.

<sup>18</sup> <https://sum.dk/Media/637919315718884394/Kommissorium%20for%20Robusthedskommission.pdf>

Således beholder akutsygehuset behandlingsansvaret for sygehusfunktionerne i patientforløbene, hvor indsatsen sker inden for rammerne af akutsygehuset. Samtidig skal det sikres, at der ikke sker en udtynding af bemanning på akutsygehuset. Personalet kan arbejde forskellige dage på hhv. akutsygehuset og nærhospitalet, og dermed sikres ens kvalitet uanset matrikel for den pågældende funktion. Nogle af de sundhedsfaglige personer, der varetager funktioner/indsatser på nærhospitalet kan være ansat i delestillinger fra såvel akutsygehuset som fra kommunen. Dette vil dog kræve en afklaring af ansvarsfordeling og ledelsesniveau, samt et behov for en vurdering af, at myndighedsansvaret ikke ændres.

Et væsentligt element i nærhospitaler er samarbejde på tværs af specialer, sektorer og almen praksis samt brug og deling af viden og erfaring, hvilket forventes at bidrage til synergi og til, at funktionerne kan løftes med høj kvalitet. Nærhospitalerne forventes at understøtte tværsektoriel kompetenceudvikling. Der vil være behov for samarbejde med akutsygehuset og de faggrupper og/ eller specialer, som er tilstede på akutsygehuset. Dette kan også ske via telemedicinske konferencer – f.eks. fra farmaceuter, farmakonomer, socialrådgivere, speciallæger fra andre specialer eller eget speciale, som kan blive inddraget i forløbene på nærhospitalet efter individuelt behov.

Idet ikke alle faggrupper er tilstede på nærhospitalet vil det kræve en vurdering af, at det sundhedsfaglige personale, der fysisk er på nærhospitalet har en bred erfaring, erfaring med at arbejde tværfagligt og tværsektorielt, samt kan arbejde selvstændigt. Der kan med fordel udarbejdes kompetenceprofiler for de funktioner og indsatser, der varetages.

Fysisk tilstedeværelse på nærhospitalet vil primært bestå af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, bioanalytikere, fysio- og ergoterapeuter, diætister og jordemødre. Der forventes ikke, at der for speciallæger sker 1:1 udflytning fra akutsygehuset, men også her en vurdering af, hvilke lægelige opgaver der kan ske digitalt.

Kompetencer uden for nærhospitalet vil være involveret i patientforløbene bl.a. ved at rådgive og delegerer opgaver til sundhedspersoner i nærhospitalet eller ved at indgå i samarbejde om telemedicinsk behandling o.l.

### 7.3. Principper for kompetencer på nærhospitaler

På baggrund af ovenstående behov for at vurdere anvendelsen af kompetencer, er der følgende principper for anvendelse af sundhedsfaglige personer i nærhospitaler:

1. Sundhedspersoner, der skal varetage sygehusfunktioner på nærhospitalet, skal arbejde inden for de faglige kompetencer og færdigheder, som deres grund- /videreuddannelse giver ret til. Derudover bør det vurderes, om visse opgaver kan udføres på delegeret ordination under hensyn til sikkerhed og kvalitet.

2. Personalet bør være ansat på hhv. akutsygehuset og kommunen, men også have funktion på nærhospitalet for herved at bidrage til kvalitet, uanset hvor patienten har sit forløb.
3. Anvendelsen af personaleressourcer på nærhospitaler må ikke udtynde personaleressourcer på akuthospitalet. Personalet kan fx arbejde forskellige dage på akuthospital og nærhospital.
4. Nærhospitaler bør sammen med akutsygehuset bidrage til en mere fleksibel og innovativ anvendelse af kompetencer og ressourcer.
5. Fagpersoners viden og kompetencer kan både anvendes fysisk og virtuelt. Der forventes således ikke en 1 til 1 udflytning af speciallæger fra akutsygehuset til nærhospitalet, men virtuel og digital understøttelse skal bidrage til, at speciallægers og andre faggruppers viden og erfaring inddrages i patientforløbene på nærhospitalet.
6. Sundhedspersonalet, der er fysisk tilstede på nærhospitalet skal ud over de relevante kompetencer have bred sundhedsfaglig erfaring inden for det område, som de varetager. Derudover være i stand til at handle selvstændigt, hvor situationen kræver det.
7. Samarbejde er et væsentligt element i nærhospitaler, hvorfor samarbejdskompetencer er væsentlige.
8. Nærhospitaler bør understøtte tværsektoriel kompetenceudvikling.
9. Der kan med fordel udarbejdes kompetenceprofiler for de funktioner og indsatser, der varetages i nærhospitaler.

#### 7.4. Kompetencer i nærhospitaler

**Følgende kompetencer relateret til sygehusfunktioner i nærhospitalerne bør være tilstede, såfremt indsatsen, der kræver kompetencerne, er på nærhospitalet:**

- Sygeplejersker, specialsygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter og socialrådgivere, der kan varetage funktioner selvstændigt på delegeret ordination og dermed bør have særlige kompetencer og erfaring inden for det kliniske sygeplejefelt, som de varetager. Samtidig skal de have en bred viden, således at de kan reagere på forløb, der kræver inddragelse af anden viden og faggrupper
- Bioanalytikere til blodprøvetagning, EKG, mulig håndtering af point of care udstyr samt prøveforsendelser
- Radiografer til de billeddiagnostiske funktioner

- Jordemødre til svangreomsorg
- Speciallæger fra akutsygehuset med den viden og de kompetencer, som er nødvendig til de funktioner, der varetages - speciallægeviden og inddragelse kan ske enten fysisk på nærhospitalet eller via telemedicin
- Øvrige sundhedsfaglige og terapeutfaglige kompetencer må i øvrigt afhænge af de sygehusfunktioner, som planlægges til at blive varetaget i nærhospitalet
- Psykologer og specialpsykologer
- Derudover vil der være sundhedspersonale, som vil blive inddraget digitalt. Kompetencer må her være på niveau med det, der i øvrigt kræves i sygehusvæsenet.

Praksisområdet er overenskomstreguleret og de nuværende overenskomster udgør således rammen for mulig inddragelse af nogle af ovennævnte kompetencer og skal derfor indtænkes.

**Følgende kompetencer relateret til kommunale indsatser bør være tilstede, såfremt indsatsen, der kræver kompetencerne, er til stede:**

Kompetencer inden for forebyggelse:

- For kompetencer hos kommunalt personale følges aktuelle anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom<sup>19</sup>. Herudover henvises til diagnosespecifikke forløbsprogrammer for kompetencer inden for en given sygdom.

Kompetencer inden for genoptræning:

- Indsatserne kan varetages af få faggrupper, primært ergoterapeuter og fysioterapeuter samt andet personale med kompetencer svarende til grunduddannelse samt eventuel relevant efteruddannelse. Fagpersonerne kan udføre relevante faglige indsatser til flere patientgrupper på baggrund af generelle kompetencer inden for fagområdet. Der kan være behov for særlige kompetencer inden for det givne område.
- For yderligere anbefalinger til specifikke kompetencer til den ydelse, der tilbydes, henvises til relevante målgruppespecifikke patientforløbsbeskrivelser.

Kompetencer inden for andre indsatser:

- Sygeplejerske
- Sundhedsplejersker
- Øvrige kommunale ansattes kompetencer må i øvrigt afhænge af de indsatser som planlægges i nærhospitalet.

<sup>19</sup> Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, SST 2016

**For funktioner, som kan være tilstede**

Til disse funktioner vil de nødvendige kompetencer afhænge af, hvilke funktioner, der planlægges med lokalt. Eksempler fremgår nedenfor:

- Patientforeninger - det vil, for at skabe synergi, være en fordel, at de stiller tilbud og rådgivning til rådighed.
- Almen praksis og Speciallægepraksis med speciallæge(r), sundhedsfagligt – og/eller fagligt personale
- Apoteker med farmakonomer og farmaceuter
- Andre praksis aktører må afhænge af, hvilke krav til kompetencer og uddannelse, der eksisterer til disse.

**Boks 1: Eksempler på opgaveoverdragelse fra en faggruppe til en anden**

*Eksempel fra et hjerteambulatorium med opgaveoverdragelse fra speciallæge til erfarne sygeplejerske:*

Flere sygeplejersker i kardiologiske ambulatorier er i dag uddannet i at foretage EKKO (Transthorakal EKKO – ultralydsundersøgelse af hjertet) til udvalgte sygdomme på delegeret ordination. EKKO undersøgelsen kan optages. Speciallægen i kardiologi godkender og evt. beskriver undersøgelsen. Ved problemer i forbindelse med undersøgelsen kan der konfereres med en speciallæge, som er fysisk eller virtuelt tilstede.

*Eksempler fra et lungeambulatorium med opgaveoverdragelse fra speciallæge til erfarne sygeplejerske:*

Erfarne sygeplejersker i lungeambulatorier varetager på delegeret ordination visse kontroller af KOL patienter. Således kan sygeplejersker foretage visse kontroller med tilhørende undersøgelser hos patienter, der har langtidsilt i hjemmet. Ved vurdering af behov for iltændring kan de konferere (fysisk eller virtuelt) med en speciallæge i lunge-sygdomme. Desuden vurderer erfarne sygeplejersker om patienter med KOL, som ringer til et lungeambulatorium med problemer har behov for undersøgelser og om en speciallæge skal inddrages.

*Eksempel fra et ambulatorium med opgaveoverdragelse fra sygeplejerske til farmakonom:*

Patienten har fået ordineret noget sygehusudleveret medicin i et ambulatorium af en læge. Der er ansat en farmakonom til at dispensere medicinen. Dette har tidligere været en sygeplejerske opgave. Sygeplejersken udleverer medicinen.

*Eksempel fra radiologi*



Røntgen af visse knogler kan beskrives af en radiograf og en speciallæge i radiologi kan inddrages virtuelt eller fysisk ved behov

HØRINGSUDKAST

## 8. Digital understøttelse

Digitale løsninger og moderne udstyr er væsentlige i den omstilling, som er nødvendig for at bidrage til en høj kvalitet, sammenhæng, koordinering og vidensdeling i et fremtidigt bæredygtigt sundhedsvæsen. Nærhospitalerne kan sammen med akutsygehuset, kommuner og almen praksis være med til at implementere og udbrede andre og nye måder at levere sundhedsydelse på. Dette kræver bl.a. digital udvikling og tæt samarbejde i sygehusvæsenet, på tværs af sundhedsvæsenets sektorer og almen praksis. De digitale muligheder giver også mulighed for en vurdering af en anden benyttelse af de begrænsede personaleresourcer. Således er de rette digitale løsninger et væsentligt bidrag til at danne grundlaget for arbejdet med det fremtidige arbejde omkring sammenhæng, koordinering, vidensdeling og kvalitet i sundhedsvæsenet.

Teknologi kan også i nogle tilfælde give sundhedspersonalet mulighed for en mere fleksibel planlægning af aktiviteter i arbejdsdagen, uafhængigt om personalet er på nærhospitalet, akutsygehuset, kommunen eller i almen praksis. Bl.a. kan møder mellem patienter og personale foregå virtuelt, hvilket kan spare tid for både personale og patient, i særdeleshed for det udkørende personale.

Digitale løsninger skal skabe sammenhæng mellem sektorer i tilknytning til nærhospitalernes opgaveløsning. Det danske sundhedsvæsen er generelt langt i udvikling og anvendelse af data og digitale løsninger. Der er imidlertid også en række forudsætninger, som skal adresseres ift. at understøtte og udvikle samarbejdet på tværs af regioner, kommuner og almen praksis og nærhospitalernes kapacitet til at give borgerne lettere adgang til nære og sammenhængende patientforløb med samme høje kvalitet.

Fælles digitale løsninger og deling af data på tværs af regioner, kommuner og almen praksis er en væsentlig løftestang og forudsætning for at realisere nærhospitalernes bidrag til omstillingen til et mere sammenhængende sundhedsvæsen med koordinering og vidensdeling af indsatser i patientforløbet til støtte af kvalitet og til glæde og tryk for patienten.

### 8.1. Apparatur og udstyr på nærhospitalerne

Moderne og nyt apparatur og udstyr er en forudsætning for, at nærhospitalerne kan levere behandling og diagnostik af høj kvalitet med en effektiv udnyttelse af medarbejdernes tid. Fx kan måleudstyr med overførsel af data til patientens elektroniske journal spare medarbejderes tid.

Derfor anbefales det, at der i forbindelse med etablering af nærhospitalerne vurderes, om der er behov for at investere i nyt apparatur og udstyr som kan bidrage til en effektiv opgaveløsning af høj kvalitet på nærhospitalerne og reducere risiko for fejl (se afsnit 6.2.1 og 6.2.2).

## 8.2. Behandling i eget hjem gennem digitale løsninger

Et væsentligt formål ved nærhospitalerne er at bringe sundhedsydelse tættere på borgeren, og med sundhedsreformen blev det aftalt, at nærhospitalerne skal bidrage til visionen om øget brug af hjemmebehandling ved at forbedre muligheden for at tilbyde borgere virtuelle konsultationer og andre digitale løsninger.

Behandling hjemme kan ske gennem brug af telemedicinske løsninger, som defineres som sundhedsydelser, der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved patienten og den sundhedsprofessionelle, der leverer ydelsen, gøres uafhængige af et fysisk møde. Det dækker således over forskellige teknologier såsom videokonsultationer, hjemmemålinger og patientrapporterede oplysninger jf. boks 2.

Brug af telemedicinske løsninger kan gøre sundhedsvæsenet mere tilgængeligt og effektivt samt lettere for borgeren at interagere med. Det kan fx være løsninger, der gør enten borgeren selv eller fx en sygeplejerske i stand til at monitorere borgerens tilstand fra borgerens eget hjem eller tage prøver og dele resultaterne med sundhedspersonale på et sygehus uden at skulle køre til sygehuset. Således kan disse løsninger både finde anvendelse på selve nærhospitalerne, akutsygehusene og i borgernes eget hjem. Det er i den forbindelse relevant at sikre, at sundhedsvæsenet møder den enkelte patient, hvor de er, og på en måde som giver mening for dem og hvis det er gennem digitale løsninger, skal det være løsninger efter borgerens kompetencer og adgangsmuligheder.

Som led i etableringen af nærhospitalerne anbefales det, at det vurderes og planlægges, hvilke af nærhospitalernes funktioner og opgaver, der med fordel kan understøttes gennem brug af telemedicinske løsninger som hjemmemonitorering og patientrapporterede oplysninger. Det vil dels indebære en investering i udstyr, infrastruktur og it-løsninger på nærhospitalerne til at understøtte telemedicinske sundhedsydelser som fx videokonferencedyr eller udstyr til at overvåge hjemmemålinger. Dels vil det indebære en investering i nyt udstyr som skal bruges af *borgerne hjemme* fx hjemmemåleapparater. Vurderingen af, hvor der kan bruges telemedicinske løsninger skal tage højde for eksisterende sundhedsfaglige anbefalinger til brug af telemedicin og eksisterende udbredelsesprojekter.

Ved benyttelse af digitale løsninger til monitorering, behandling og andre indsatser til patienterne i eget hjem bør der således samtidig være en afklaring af hvornår, i hvilke tidsrum og hvem der har ansvaret i den enkelte sektor og almen praksis for at vurdere, behandle og kontakte patienten ved f.eks. tegn på forværring eller behov for ændring af behandling. I den forlængelse er det et opmærksomhedspunkt i udbredelsen af telemedicinske løsninger, at det indebærer en omfordeling af gevinster og udgifter på tværs af sektorer. Derfor har Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner i forbindelse med økonomiaftalerne for 2023 aftalt at undersøge rammevilkårene for anvendelse af telemedicin, herunder mulige økonomiske konsekvenser af den opgaveflytning, som telemedicin medfører.

## Boks 2: Eksempler på telemedicinske løsninger, den kan anvendes på nærhospitaler

*Videokonsultationer:* Videokonsultationer giver borgere i alle egne af Danmark mulighed for at få let og fleksibel digital adgang til sundhedsvæsenet. Videokonsultationer kan foregå både i borgerens eget hjem og på et nærhospital, fx ved virtuel inddragelse af læger fra et specialiseret sygehus i behandlingen.

*Telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering:* Telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering kan give fx borgere med kroniske sygdomme mulighed for at monitorere deres egen sundhedstilstand derhjemme ved fx at måle sit blodtryk, infektionstal eller vægt, mens sygeplejersken fra kommunen eller sygehuset kan gennemgå og vurdere resultaterne og kontakte borgeren ved tegn på forværring for at undersøge, om der er behov for yderligere behandling. Kommuner og regioner er ved at udvikle FUT (Fælles Udvikling af Telemedicin), der er en fælles telemedicinsk infrastruktur, og som er en forudsætning for udbredelse af de landsdækkende tilbud for telemedicinske tilbud til patienter med KOL og hjertesvigt.

*Patientrapporterede oplysninger (PRO) – digitale spørgeskemaer:* PRO-data er oplysninger om patientens selvvaluerede helbredstilstand, der indsamles i struktureret form via spørgeskemaer, som patienterne besvarer. PRO-data understøtter, at borgere i højere grad kan behandles hjemme, forbedret kommunikationen mellem patienten og sundhedspersonalet og kan bruges til at vurdere, hvornår der er brug for at se borgeren til en fysisk konsultation.

### 8.3. Sammenhæng på nærhospitalerne gennem øget datadeling

Deling af data på tværs af nærhospitalernes forskellige opgaver og funktioner er en forudsætning for, at der gennem nærhospitalerne skabes en større sammenhæng i patienternes forløb, og at medarbejderne på nærhospitalerne ikke bruger unødige ressourcer på at indhente oplysninger om patienterne.

Der er i dag en række muligheder for datadeling på tværs af sundhedsvæsenet gennem de digitale løsninger Sundhedsjournalen, Et Samlet Patientoverblik samt MedComs digitale meddelelser, se boks 3. Det anbefales, at der som del af etableringen af nærhospitalerne udbredes kendskab til de eksisterende juridiske og tekniske muligheder for at dele data på tværs af sektorerne og de funktioner, der er repræsenteret i nærhospitalerne.

Med den politiske aftale om sundhedsreformen og den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2022-2025 indgået mellem regeringen, KL og Danske Regioner er der afsat midler til videreudvikling og modernisering af de digitale løsninger til datadeling, så endnu flere oplysninger kan deles mellem sektorer. Etableringen af nærhospitalerne aktualiserer videreudvikling af løsningerne med henblik på at styrke understøttelsen af øget sammenhæng gennem et tæt samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets sektorer og deling af rele-

vante oplysninger om patienten, og derfor anbefales det, at der i videreudviklingen af løsningerne vil blive taget højde for de behov for datadeling, som der opstår med etablering af nærhospitalerne.

Som en del af sundhedsreform og i den efterfølgende udmøntningsaftale med KL og Danske Regioner er der aftalt et arbejde for afdækning af barrierer for, at flere relevante oplysninger kan deles på tværs af kommuner, regioner og almen praksis, særligt på tværs af forskellige lovgivninger som servicelov og sundhedslov. I dette barrierearbejde vil der blive adresseret barrierer for datadeling, som særligt opleves relevant for nærhospitalerne.

### Boks 3: Eksempler på løsninger til datadeling mellem sundhedsfaglige

*MedCom meddelelser:* Overdragelse af patientansvaret i forbindelse med sektorovergange mellem praksissektor, kommuner og sygehuse sker gennem forsendelse af digitale MedCom beskeder som fx epikriser, korrespondancemeddelelser og henvisninger.

*Sundhedsjournalen:* I sundhedsjournalen på sundhed.dk kan sundhedsfaglige medarbejdere slå op og se forskellige sundhedsoplysninger om den pågældende borger, som de har i aktuel behandling, herunder journalnotater fra offentlige hospitaler, medicinkortet, laboratoriesvar og vaccinationer. *Et samlet patientoverblik:* Der udvikles en digital infrastruktur, som skal dele centrale informationer om patienternes forløb i det it-system, som de sundhedsfaglige benytter til deres opgaver. I løbet af 2022 og 2023 lanceres der en fælles aftaleoversigt for borgere på tværs af regioner, kommuner, praktiserende læger og speciallæger og med sundhedsreformen er der afsat midler til at dele patienters planer, herunder indsatser, mål og diagnoser.

## 8.4. Rammevilkår og incitamenter

Det er en forudsætning for ibrugtagningen af ovenstående digitale løsninger, at de rette rammevilkår og incitamenter er på plads, herunder bl.a. sammenhængende, fælles it- og datainfrastruktur, og at sundhedspersonalet på både nærhospitalerne og i resten af sundhedsvæsenet undervises i de digitale løsninger og besidder den nødvendige viden i rette brug af de digitale løsninger.

## 9. Opfølgning og evaluering

Etableringen af nærhospitaller og samarbejdet i og med disse vil være et udviklingsområde over de næste mange år, hvorfor der er behov for at opsamle erfaringer blandt andet med henblik på at sikre kvalitet, vidensdeling og vidensspredning. Samtidig er der løbende behov for, ud fra indsamlede erfaringer, at lære og at tilpasse indsatsen. Der vil derfor ligeledes være behov for at opdatere anbefalingerne på baggrund af erfaringer.

Nærhospitallerne er en ny struktur i sundhedsvæsenet og en del af en større omstilling. Der er derfor behov for at følge udviklingen fra nationalt hold. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der iværksættes en national evaluering af etableringen af nærhospitaller, herunder hvordan nærhospitallerne bidrager til udviklingen i det primære sundhedsvæsen.

Endvidere bør der foretages en evaluering af, hvorvidt tildelte ansøgere fra nærhospitalspuljen efterfølgende lever op til de opstillede kriterier og til deres egne ansøgningspunkter.

Herudover anbefaler Sundhedsstyrelsen at følge udviklingen inden for de gældende strukturer på sundhedsområdet jf. nedenfor. Sundhedsstyrelsen har desuden stort fokus på omstillingen af det primære sundhedsvæsen og opfølgning derpå i relevante fora.

### **Sundhedsklynger<sup>20</sup>**

Det er regionens og kommunens ansvar løbende at vurdere nærhospitallerne ud fra det lokale behov, herunder fx varetagelse af nye målgrupper og så vidt muligt tilpasse nærhospitalernes kapacitet herefter. Det anbefales, at denne drøftelse sker i tæt samarbejde mellem kommune, region og almen praksis fx i regi af sundhedsklyngerne. Sundhedsklyngerne skal endvidere være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen, hvorfor klyngerne vil danne et fundament for organiseringen og samarbejdsstrukturen omkring nærhospitaller.

### **Sundhedsaftaler<sup>21</sup>**

Regioner og kommuner er forpligtet til at indgå sundhedsaftaler, der i dag danner den politiske ramme for tværsektorielt samarbejde<sup>22</sup>. Sundhedsaftalerne kan med fordel ligeledes anvendes som en overordnet ramme for samarbejdet i nærhospitallerne. Almen praksis er også en væsentlig aktør og skal indtænkes i nytænkningen af patientforløbene og det forpligtende tværsektorielle samarbejde. I Sundhedsaftalen opstiller hver region og tilhørende kommuner fælles, forpligtende målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet, som bliver fastlagt med udgangspunkt i de nationale mål for sundhedsvæsenet. Sundhedsaftalerne giver også mulighed for, at regioner og kommuner kan lave aftaler for udvikling og afprøvning af nye modeller for samarbejde, og Sundhedsstyrelsen anbefaler

<sup>20</sup> Lovforslag nr. L 191, Folketinget 2021-22, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) (ft.dk)

<sup>21</sup> Fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

nærhospitaler som et af de fokusområder, der udvælges i sundhedsaftalen. Sundhedsstyrelsen skal godkende sundhedsaftalerne ligesom sundhedskoordinationsudvalgene skal indsende slutstatus til Sundhedsstyrelsen senest et halvt år før sundhedsaftalernes udløb. På den måde kan Sundhedsstyrelsen via sundhedsaftalerne følge nærhospitalernes udvikling.

### **Sundhedsplaner**

Regionerne skal hver fjerde år udarbejde en sundhedsplan, der omfatter det regionale sundhedsvæsen samt planer om forebyggelse og fremme af sundheden. Planen skal også gøre rede for, hvordan samarbejdet med kommunerne, almen praksis og speciallæger er tilrettelagt. Ifølge sundhedsloven skal regionerne indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen til sundhedsplanerne, før de vedtages i regionsrådene. Sygehusfunktionerne, der varetages på Nærhospitalet bør således fremgå af den enkelte regions sygehusplan og regionen skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning, hvorfor Sundhedsplanerne ligeledes er en måde, hvorpå udviklingen af sygehusfunktioner i nærhospitalerne kan følges.

### **Monitorering**

Nærhospitalerne vil på lige fod med akutsygehusene og i nogle tilfælde kommuner og almen praksis skulle levere patientdata til de udvalgte kvalitetsdatabaser. Regionernes kliniske kvalitetsdatabaser (RKKP) kan inden for udvalgte områder bidrage til udvikling af indsatsernes kvalitet, så patienter og borgere kan få udredning, behandling, pleje og rehabilitering af høj og ensartet kvalitet, uanset hvor i landet de bor, og i hvilken sektor indsatsen foregår. Nærhospitaler skal leve op til samme kvalitet som akutsygehusene ved at følge relevante nationale kliniske sundhedsfaglige vejledninger.

## Bilagsfortegnelse

- Bilag 1: Kommissorium for følgegruppen
- Bilag 2: Følgegruppens medlemmer
- Bilag 3: Begrebsafklaring
- Bilag 4: Kommunale indsatser

HØRINGSUDKAST



# Bilag 1: Kommissorium for følgegruppen

## Kommissorium for følgegruppe vedr. kvalificering af fagligt oplæg til etablering af nærhospitaler

Regeringen har med udspillene Sundhedsreformen – Gør Danmark sundere og Tættere på II – sundhed, uddannelse og lokal udvikling præsenteret et forslag om etablering af op til 20 nærhospitaler. Af udspillene fremgår det, at formålet med nærhospitaler er at bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne i områder, hvor der er langt til det nærmeste akutsygehus, uden at gå på kompromis med kvaliteten. Samplacering af sygehusfunktioner, kommunale indsatser og evt. praksisaktører på samme sted kan desuden fremme tværsektorielt samarbejde og dermed bidrage til bedre sammenhæng for borgerne. Endelig fremgår det, at indsatserne i nærhospitalerne udvikles løbende, så det fulde potenti-ale ved nære sammenhængende tilbud kommer borgerne til gavn.

Sundhedsstyrelsen nedsætter en følgegruppe, som har til formål at rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af et etableringsoplæg for nærhospitaler.

Sundhedsstyrelsen har i foråret 2021 udarbejdet en skitse til et fagligt oplæg, som bidrog til en indledende faglig konkretisering af det politiske ønske om etablering af nærhospita-ler. Skitsen til det faglige oplæg vil være udgangspunkt for følgegruppens arbejde, som skal uddybe anbefalinger til målgrupper, basale sygehusfunktioner, der forventes som minimum at være i et nærhospital og i det omfang det er muligt faglige kompetencer og udstyr (apparaturer, IT-løsninger mv.), som er relevant herfor.

Desuden beskrives øvrige funktioner og så vidt muligt tilhørende faglige kompetencer og udstyr, der, afhængigt af lokale forhold, kan være relevante for nærhospitaler. Det gælder sygehusfunktioner, kommunale sundhedsindsatser og tilbud i praksissektoren. Desuden beskrives det på overordnet plan, hvordan nærhospitaler kan indgå i sammenhæng med den øvrige udvikling i sundhedsvæsenet, herunder i forhold til udviklingen i øvrigt om-kring ændret opgavevaretagelse i almen praksis og kommuner samt en national udbre-delse af telemedicin mv.

Følgegruppen skal ikke udarbejde egentlige beskrivelser af konkrete patient- og behand-lingsforløb i nærhospitalerne, herunder krav til kvaliteten i indsatserne, kompetencer og til samarbejde. Denne opgave ligger uden for etableringsoplæggets tids- og ressource-mæssige ramme.

Nærhospitalerne forventes etableret på baggrund af kommuner og regioners ansøgnin-ger til en nærhospitalspulje, som får en samlet ramme på op til 4 mia. kr. Puljen opslås forventeligt første gang i efteråret 2022 Sundhedsstyrelsens etableringsoplæg skal un-derstøtte udarbejdelsen af ansøgningsmaterialet til den kommende pulje og derigennem

beskrive rammer for organisering, funktioner og tilrettelæggelse af indsatser i nærhospitalerne.

### Følgegruppens opgaver

Følgegruppens opgave er at rådgive Sundhedsstyrelsen ift. en yderligere kvalificering af skitsen til det faglige oplæg til nærhospitaler, herunder drøfte og kommentere på rapportudkast i forhold til at:

- Uddybe de beskrevne målgrupper der kan have gavn af forløb i nærhospitaler og om muligt pege på, hvordan der kan arbejdes med en ændret opgavevaretagelse
- Uddybe de beskrevne funktioner, udstyr og kompetencer, der som minimum bør være i et nærhospital og øvrige funktioner, udstyr, kompetencer, der kan indgå i nærhospitaler.
- Uddybe nærhospitalers beskrevne organisering og indplacering i sundhedsvæsenet, herunder hvordan organiseringen kan understøtte optimal ressourceanvendelse.
- Rådgive om tværfaglige og organisatoriske konsekvenser af forskellige forslag og løsninger og derigennem bidrage til at forankre nærhospitaler ift. de strukturændringer, der vil komme regionalt og kommunalt, herunder i sundhedsklynger.
- Uddybe samarbejdet omkring og i nærhospitaler med udgangspunkt i eksisterende erfaringer med sam-placering af regionale og kommunale og/eller praksisfunktioner.
- Bidrage med overordnede input ift. digital understøttelse af sammenhæng og understøttelse af behandlingsforløb i nærhospitaler med bl.a. virtuelle løsninger.
- Bidrage med input til emner, der bør adresseres fremadrettet i arbejdet med at understøtte en omstilling i sundhedsvæsenet

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatet for følgegruppen og fremsender dagsorden og rapportudkast forud for møderne og beslutningsreferat efterfølgende.

### Følgegruppens sammensætning

Følgegruppen sammensættes med følgende repræsentation:

Organisation	Repræsentanter
Lægevidenskabelige selskaber	4 repræsentanter - bred repræsentation på tværs af somatik og psykiatri samt almen medicin
Danske Patienter	1 repræsentant
Regioner	5 repræsentanter - udpeges af Danske Regioner
Kommuner	5 repræsentanter - udpeges af KL

Danske Regioner	1 repræsentant
KL	1 repræsentant
Dansk Sygepleje Selskab	2 repræsentanter
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant
Dansk Selskab for Fysioterapi	1 repræsentant
Ergoterapeutforeningen	Udpeger 1 repræsentant fra relevant fagligt selskab
Dansk Psykolog Forening	1 repræsentant
Dansk Jordemoderfagligt Selskab	1 repræsentant
Fagligt selskab af kliniske diætister	1 repræsentant
Sundhedsdatastyrelsen	1 repræsentant
Sundhedsministeriet	1 repræsentant

Repræsentanterne fra KL/kommuner, Danske Regioner/regioner, forventes at repræsentere det organisatoriske ledelsesniveau i regioner og kommuner, der har erfaring med organisering af regionale eller kommunale indsatser samt tilrettelæggelse af sammenhængende forløb, herunder tværsektorielt samarbejde.

Sundhedsstyrelsen kan løbende inddrage supplerende ekspertise efter behov.

## Bilag 2: Følgegruppens medlemmer

Navn	Stilling	Arbejdssted
Anja Thoft Bach	Sundheds- og omsorgschef	Ringkøbing-Skjern Kommune
Anne Heide Jensen	Ledende ergoterapeut	Nykøbing F. Sygehus, Fysio- og Ergoterapeutisk afdeling
Charlotte Hosbond	Centerdirektør	Region Hovedstaden
Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk	Leder af sundhedsområdet	Ballerup Kommune, Center for voksne og Sundhed
Annette Wandel	Vicedirektør	Danske Patienter
Cecilia Lawson Vinje	Specialkonsulent	SUM, Kontoret for Borgernær Sundhed
Daniel Kjærgaard Simonsen	Kontorchef for Sundhedsplanlægning	Region Nordjylland
Jacob Stengaard Madsen	Direktør	Dansk Psykolog Forening
Dorthe Klith	Kontorchef for Sundhedsplanlægning	Region Midtjylland
Frederikke Beer	Chefkonsulent	KL
Githa Cajus	Uddannelsesleder	Dansk Jordemoderfagligt Selskab
Henrik R. Christensen	Direktør for social, sundhed og beskæftigelse	Morsø Kommune
Ida Byrge Sørensen	Centerchef	Guldborgsund Kommune
Kurt Æbelø	Afdelingschef for Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde	Region Syddanmark
Lars Henrik Larsen	Næstformand	Dansk Selskab for Fysioterapi
Naja Warrer Iversen	Vicedirektør	Danske Regioner
Peter Munch Jensen	Afdelingschef, Digitale løsninger	Sundhedsdatastyrelsen
Pia Ravnsbæk Bjærg	Sygeplejefaglig konsulent	Randers Kommune, Sundhed, kultur og omsorgsforvaltningen
Mette Touborg	Sygehusdirektør	Region Sjælland
Susanne Dahl	Ledende Sundhedsplejerske	FALS, Foreningen af Sundhedsledere

Jeanett Bauer	Stabslæge, ph.d., psykiatri	Region Hovedstadens Psykiatri
Christian B. Laursen	Klinisk professor, overlæge, ph.d., Lungemedicin	SDU
Jens Hillingsø	Ledende overlæge, Organkirurgi og Transplantation	Rigshospitalet
Stella Hansen	Direktør	Helsingør Kommune
Sille Christine Kloppenborg	Projektchef	Fredericia Kommune
Trine Klindt	Næstformand og redaktør	Fagligt Selskab af kliniske diætister
Tanja Malene Popp	Enhedschef, Primære sundhedsvæsen	Sundhedsstyrelsen
Line Riddersholm	Sektionsleder, Primære sundhedsvæsen	Sundhedsstyrelsen
Cecilie Iuul	Chefkonsulent, Primære sundhedsvæsen	Sundhedsstyrelsen
Susanne Vest	Overlæge, Sygehusplanlægning	Sundhedsstyrelsen
Anna Bachmann Boje	Chefkonsulent, Sygehusplanlægning	Sundhedsstyrelsen

## Bilag 3: Begrebsafklaring

I nedenstående gennemgås benyttede begreber i oplægget.

### **Nærhospital**

Sundhedsstyrelsen definerer et nærhospital som:

*”en institution, der både leverer ambulante sygehusfunktioner under lægeligt ansvar og udvalgte kommunale sundhedsindsatser og evt. indsatser på praksisområdet.”*

### **Sygehus**

Sundhedsstyrelsen definerer et sygehus som:

*”En institution som varetager behandling af sygdom og skade under lægeligt ansvar, og hvor der kan tilbydes indlæggelse”.*

### **Decentral ambulant funktion i et nærhospital**

Ambulant funktion på hovedfunktionsniveau, der varetages decentralt i nærhospitalet fra akutsygehuset.

### **Udefunktion**

Nogle sygehusfunktioner kan varetages som udefunktioner eller som udgående funktioner. Udefunktion er i ”Specialeplanlægning: Begreber-principper-krav” defineret i forhold til specialfunktioner, som Sundhedsstyrelsen ifølge sundhedsloven kan stille krav til, herunder til matrikelspecifik placering. I en udefunktion varetager et behandlerteam fra den matrikel, der varetager en specialfunktion, i begrænset omfang funktionen på en anden matrikel. Det kan fx være en ambulatoriefunktion, hvor behandlerteamet fra den matrikel, der er godkendt til at varetage af specialfunktioner, også varetager funktionen på anden matrikel.

### **Kommunal sundhedsindsats**

Sundhedsstyrelsen definerer en kommunal sundhedsindsats som:

*”En kommunal sundhedsindsats kan omfatte forebyggelse, opsporing, behandling, genoptræning, pleje, sygepleje, palliation og rehabilitering af nedsat funktionsevne eller risiko for nedsat funktionsevne. Indsatsen ydes typisk af sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen, enten på en kommunal adresse eller i borgerens eget hjem – fysisk eller virtuelt”*

### **Indsatser for almen praksis**

Almen praksis varetager forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og opfølgning for mange sygdomme og er patientens frie og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet. Almen praksis har samtidig funktionen med at visitere patienter videre til sygehuset samt overtage opfølgning af visse patientgrupper efter enten indlæggelse eller ambulant diagnostik og forløb. Almen praksis henviser endvidere til kommunale forebyggelsestilbud.

***Indsatser for speciallægepraksis***

Speciallægepraksis er den specialiserede del af praksissektoren. Speciallægepraksis varetager dele af funktioner på hovedfunktionsniveau i lokalmiljøet. Speciallægepraksis dækker over 14 specialer, som blandt andet praktiserende øjenlæger, øre-næse-halslæger og gynækologer. Der kræves for patienten henvisning fra almen praksis til speciallægepraksis – bortset for til øjenlægepraksis og øre-næse-halslægepraksis. Der varetages forebyggelse, diagnostik, behandling og opfølgning for de sygdomme, som ligger inden for det område som den enkelte speciallægepraksis varetager. Speciallægepraksis kan henvise til sygehuset, men sygehuset kan ikke henvise til speciallægepraksis til opfølgning.

Speciallægepraksis indgår som en integreret del af sundhedsvæsenet og i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb.

HØRINGSUDKAST

## Bilag 4: Kommunale indsatser

### **Forebyggelse**

Forebyggelse medvirker til at sikre flest mulige mennesker gode og sunde leveår. Derfor spiller tidlige, forebyggende indsatser en afgørende rolle inden for mange forskellige områder i det danske sundhedsvæsen. Kommunerne har det primære ansvar for borgerrettet forebyggelse i Danmark. Kommunerne skal tilbyde udbyggende, synlige og tilgængelige sundhedstilbud og har ansvar for at række ud til borgere gennem deres egen indsats og gennem partnerskaber med lokale virksomheder, foreninger og frivillige.

Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' beskriver forebyggende kommunale tilbud til borgere med kroniske sygdomme.

Anbefalingerne er ikke sygdomsspecifikke, men omhandler kronisk sygdom generelt. Visse forebyggelsestilbud kan tilbydes raske borgere. Dette gælder især i relation til anbefalingerne om alkohol og rygeafvænning. Disse tilbud kan samtænkes med nærhospitalernes sygehusfunktioner for patientgrupper med kroniske sygdomme.

Desuden indeholder Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker anbefalinger til kommunernes brede forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, som ligeledes kan samtænkes med sygehusfunktionerne for nærhospitalernes patientgrupper. Der er forebyggelsespakker på 11 områder, herunder alkohol, tobak, misbrug, overvægt, madvaner/ernæring, mental sundhed, seksuel sundhed mv.

### **Genoptræning**

Formålet med genoptræning er, at borgeren opnår den bedst mulige funktionsevne eller i bedste fald samme funktionsevne som før, så patienten kan vende tilbage til sin hverdag på den bedst mulige måde.

Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter, dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til fx bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats, på linje med andre tilbud som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde borgerens funktionsevne.

Der findes forskellige niveauer af genoptræning, som bl.a. afhænger af patientens funktionsevne efter udskrivelse fra sygehuset. Det er kommunerne, der har ansvaret for at tilbyde den almene genoptræning og den specialiserede rehabilitering.

### **Kommunal sygepleje**

Formålet med den kommunale hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til borgere, der har behov for det. Hjemmesygepleje ydes til borgere i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet.



**Sundhedspleje**

Den kommunale sundhedspleje tilrettelægger forebyggende sundhedsydelser, som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Sundhedsplejen tilbyder graviditetsbesøg til alle gravide med særlige problemstillinger – herunder social sårbare og udsatte gravide. Herudover tilbyder sundhedsplejersken besøg efter fødslen og derefter tilsyn med barnets, mors og familiens trivsel.

HØRINGSUDKAST

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥ + ●

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Danske Regioners høringssvar vedr. lovforslag om forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker m.v.</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Høringssvar - Forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner mv.</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>16</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

Sundhedsministeriet

DANSKE  
REGIONER



23-08-2022

EMN-2022-01002

1569821

## Hørings svar vedr. lovforslag om forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker, udvidelse af jordemødres forbeholdte virksomhedsområde og fælles visitation til den kommunale hjemmesygepleje og akutfunktioner

Sundhedsministeriet har d. 7. juli 2022 sendt udkast til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven og lov om lægemidler i høring.

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive høringssvar, men vil indledningsvist påpege det meget u hensigtsmæssige i at lægge høringsperioden hen over sommerferien.

Høringssvaret er fremsendt med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse på møde den 29. september 2022.

### Forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker

Danske Regioner er helt enig i lovforslagets intention om at understøtte mulighederne for en effektiv og fleksibel anvendelse af medarbejdernes kompetencer. Det er afgørende – ikke mindst i en situation med mangel på medarbejdere – at der sikres de bedst mulige rammer for opgaveløsningen i sundhedsvæsenet og på ældreområdet.

Danske Regioner ser positivt på, at sygeplejersker med lovforslaget vil kunne udføre visse typer af opgaver selvstændigt. Forslaget vil have særlig betydning i kommunerne, hvor der ikke er samme adgang til umiddelbart at konferere om opgaverne med en læge som der er på sygehusene. De nye muligheder kan anvendes i samspil med reglerne om delegation og medhjælp, som er en grundlæggende og velfungerende del af opgaveløsningen på sygehusene. Danske Regioner forudsætter, at de nye regler vil give mulighed for at delegere opgaver, som indgår i sygeplejerskernes forbeholdte virksomhedsområder, til andre faggrupper. Det er afgørende, at den stedlige ledelse har de nødvendige rammer for at tilrettelægge opgaveløsningen mest hensigtsmæssigt ud fra bl.a. lokale forhold.

Det er Danske Regioners vurdering, at der er behov for at præcisere lovforslaget i forhold til dets nuværende form, så det fremstår tydeligt, hvordan

DANSKE REGIONER  
DAMPFÆRGEVEJ 22  
2100 KØBENHAVN Ø  
+45 35 29 81 00  
REGIONER@REGIONER.DK  
REGIONER.DK

ansvarsfordelingen vil være ved indførelse af forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker.

Endelig nødvendiggør de muligheder for selvstændig opgavevaretagelse, som lovforslaget lægger op til, at sygeplejerskeuddannelsen fremadrettet sikrer, at sygeplejersker tilegner sig den nødvendige viden, kompetencer og færdigheder til at varetage opgaverne inden for det forbeholdte virksomhedsområde. Det er vurderingen, at dette vil kræve ændringer i indholdet af uddannelsen.

### **Fælles visitation til den kommunale hjemmesygepleje og akutfunktioner**

Danske Regioner finder det også positivt, at lovforslaget giver kommunerne større mulighed for at samarbejde på tværs af kommunegrænser inden for hjemmesygepleje og de kommunale akutfunktioner. Tværkommunal opgaveløsning vil i nogle kommuner være en vigtig forudsætning for kvalitet i opgaveløsningen og dermed understøtte omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen. Mulighed for visitation på tværs af kommunegrænser kan understøtte, at alle borgere, uanset bopæl, kan blive tilbudt et koordineret og sammenhængende forløb på tværs af sektorer og faggrænser.

### **Specialsygeplejersker**

Som Sundhedsministeriet også udtrykker det i intentionerne med lovforslaget, må der arbejdes på at sikre fleksible rammer for arbejdstilrettelæggelsen i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Det er en forudsætning for, at der kan sikres den nødvendige kapacitet og kvalitet i opgaveløsningen fremadrettet. Specialuddannelserne for sygeplejersker er vigtige for opgaveløsningen på de pågældende områder. Men det er uklart, hvordan forslaget om forbeholdte virksomhedsområder, knyttet til specialuddannelserne, skal kunne bidrage til den ønskede fleksibilitet i anvendelsen af de samlede kompetencer hos medarbejderne i sundhedsvæsenet. Der er tværtimod en nærliggende bekymring for, at det kan medvirke til at skabe flaskehalse, og yderligere rekrutteringsudfordringer, når bestemte opgavefelter i udgangspunktet reserveres for relativt snævert afgrænsede grupper af medarbejdere. Danske Regioner kan på den baggrund ikke støtte forslaget om forbeholdt virksomhed i relation til specialuddannelserne.

Det er givet, at der af hensyn til kvaliteten til enhver tid er opgavefelter, som kræver, at sundhedsvæsenet råder over medarbejdere med specialiserede kompetencer. Det sikres i dag gennem adgang til den nødvendige kompetenceudvikling, det være sig specialuddannelse, efteruddannelse, praktisk træning mv. Det er ledelsens opgave at sikre, at opgaven matches med de nødvendige kompetencer. Det kan til sammenligning oplyses, at der ikke er forbeholdte virksomhedsområder knyttet til f.eks. speciallæger og specialtandlæger.

Det foreslås i lovforslaget videre, at sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte regler om, at visse specialsygeplejersker skal have ret til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler. Det fremstår ikke entydigt, hvem der har ansvaret i den forbindelse, idet det anføres, at driftsherre (eller afd. ledelse) har det endelige ansvar for at sikre, at rette kompetencer er til stede. Dette minder om den aktuelle situation, hvor sygeplejersker har delegeret ordinationsret, og hvor det er den delegerende, der har dette ansvar. Der må således skelnes meget klart mellem ansvar ved delegation og ved selvstændig ordinationsret, som der lægges op til i denne lovændring. Danske Regioner anbefaler, at der også her sker en præcisering af ansvar i lovforslaget.

### **Udvidelse af jordemødres forbeholdte virksomhedsområde**

Danske Regioner ser positivt på, at jordemødrenes forbeholdte virksomhedsområde fastsættes i loven og finder, at de foreslåede områder afspejler praksis i dag.

### **Afsluttende bemærkninger**

Afslutningsvis vil Danske Regioner gentage sin opbakning til intentionerne om at sikre gode og fleksible rammer for at tilrettelægge arbejdet i sundhedsvæsenet med den bedst mulige anvendelse af medarbejdernes kompetencer. Det er nødvendigt i arbejdet med også i fremtiden at sikre et godt sundhedsvæsen for borgerne.

Danske Regioner deltager gerne i videre dialog om behov for præciseringer og om den mere praktiske betydning af det nye regelsæt for arbejdstilrettelæggelsen.

Venlig hilsen



Anders Kühnau  
Formand



Stephanie Lose  
Næstformand

## Bilag: Faglige og tekniske bemærkninger

Danske Regioner har i forbindelse med behandlingen af høringsvaret også modtaget faglige og tekniske bemærkninger fra regionerne. Disse fremgår nedenfor.

### *Vedr. forslag til forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker*

- Der foreslås en præcisering af § 54 stk. 5 vedrørende orientering til patientens læge, således at det enten i lovbemærkningerne eller i bekendtgørelse/vejledning beskrives, i hvilke situationer patientens egen læge skal orienteres, samt hvordan orientering til egen læge eller behandlende læge skal foretages, herunder tidshorisont. En sådan præcisering vil gøre det forbeholdte virksomhedsområde lettere omsætteligt til klinisk praksis og tydeliggøre forskellen mellem delegerede og selvstændigt udførte opgaver.
- Lovforslaget indebærer, at sygeplejersker tillægges et virksomhedsområde med ret til selvstændigt at ordinere visse lægemidler. En selvstændig ordinationsret kræver viden om den samlede medicinering i forhold til interaktioner, bivirkninger, kontraindikationer mv., når et nyt lægemiddel ordineres. Den løbende sikkerhedsopdatering, som læger får fra styrelser mv., skal sikres tilgængeligt af sygeplejersker.
- Børneafdelinger har bemærket, at sygeplejersker ikke bør kunne ordinere medicin mod børneorm, da behandling risikerer at blive insufficient. I givet fald skal det udelukkende være den korte standardkur med lægemidlet vermox og ikke andre præparater.
- Det bør præciseres, hvad "*anlæggelse af katetre igennem urinrøret*" indebærer. Kan sygeplejersker med autorisation herefter selvstændigt, og på eget initiativ, anlægge katetre igennem urinrøret, eller indebærer ændringen, at sygeplejersker selvstændigt må udføre denne procedure efter ordination fra lægen? Anlæggelse af et urinvejskateter er grundlæggende sygepleje, men præciseres virksomhedsområdet til, at sygeplejersken har ordinationsret til kateteranlæggelse, bør det sikres, at sygeplejersken under sygeplejerskeuddannelsen har lært indikation, kontraindikation og infektionsrisiko for både korttidsbehandling og langtidsbehandling med et urinvejskateter samt indikation for engangskateterisation og den korrekte procedure for kateteranlæggelse. Dette bør sikres på sygeplejerskeuddannelsen, hvis sygeplejersker efter endt uddannelse skal kunne varetage dette selvstændigt. Indførelse af et kateter i urinrøret er forbundet med stor risiko for urinvejsinfektion (UVI) og udvikling af sepsis samt funktionsnedsættelse af blære-funktionen, hvis ikke behandlingen stoppes, når indikationen ikke længere er til stede. Det bør ligeledes præciseres, på hvilke patienter/borgere urinvejskatetre må anlægges. En sygeplejerske skal være uddannet til at anlægge urinvejskatetre på både mænd og kvinder, således at gamle normer om, at sygeplejersker ikke må anlægge katetre, hvis borgeren/patienten har en cancersygdom, ikke må anlægge kateter på mænd generelt, eller på mænd med forstørret prostata,

aflives. Dette er bl.a. en af årsagerne til, at nogle borgere for nuværende indlægges akut til kateteranlæggelse eller kateterskift, fordi hjemmesygeplejen har en forståelse af, at de ikke må varetage opgaven. Yderligere kunne det overvejes at tilføje ”skyl med NaCl på urinvejskateter” som en del af virksomhedsområdet og som en kompetence, der skal læres i forbindelse med kateteranlæggelse på sygeplejerskeuddannelsen.

- Det bemærkes, at en del af det foreslåede virksomhedsområde er en del af bioanalytikernes fagområde og uddannelse, hvor bioanalytikere løser opgaverne på lægelig delegation. Bliver vene- og kappilær prøvetagning en del af sygeplejerskens virksomhedsområde, bør det af hensyn til kvalitet overvejes at tilpasse sygeplejerskeuddannelsen.

#### *Vedr. jordemødres opdaterede virksomhedsområde*

- Fra det oprindelige cirkulære om jordemødres virksomhedsområde mangler det at blive overført, at jordemoderen kan udtage prøver på barnet. Dette er relevant ikke mindst i forhold til den omfattende praksis med blodsuktermåling på nyfødte samt hælblodprøve på barnet 48-72 timer efter fødslen. At udtage blodprøve på barnet er en naturlig del af jordemoderens praksis og nuværende virksomhedsområde.

#### *Vedr. forslag om forbeholdt virksomhedsområde til specialsygeplejersker*

- Det bemærkes, at der på side 31 står, at de tre sygeplejefaglige specialer (anæstesi, intensiv og sundhedspleje) menes at være de mest veldefinerede ”roller” i sundhedsvæsnet. Der bør stå mest veldefinerede sygeplejefaglige ”specialer” i sundhedsvæsnet og ikke ”roller”.
- På side 31 fremgår, at: ”Det er hensigten, at bemyndigelsen vil blive anvendt til at fastsætte regler om, at sundhedsplejersker skal kunne forestå børnevaccinationer efter vaccinationsprogrammet og foretage PKU-test og hørescreeninger.” Der har været flere tværfaglige- og sektorielle arbejdsgrupper i regi af Sundhedsstyrelsen, som har fastlagt placeringen af de to neonatale screeningsundersøgelser i regionalt regi. Som det er formuleret, går lovforslaget imod Sundhedsstyrelsens og Statens Serum Instituts anbefalinger, som i november 2021 kom med en redegørelse over screeningsundersøgelserne. Der henvises i øvrigt til kapitel 13 i de netop reviderede ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (SST, 2021).



<b>Bilag Titel:</b>	<b>Høringssvar over lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Høringssvar - Lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>17</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

Til Sundhedsministeriet

DANSKE  
REGIONER



22-08-2022

EMN-2022-01026

1569641

Morten Wiese

## Høringssvar – Lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop

Sundhedsministeriet har anmodet Danske Regioner om bemærkninger til lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop. Danske Regioner fremsender samlet høringssvar på vegne af de fem regioner. Derudover har Region Syddanmark sendt særskilt høringssvar direkte til Sundhedsministeriet.

Høringssvaret er fremsendt med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse ved næste møde den 29. september 2022.

Danske Regioner bakker overordnet op om lovforslagets hensigt om at understøtte borgernes selvbestemmelse over eget liv. Danske Regioner har dog en række væsentlige bekymringer og bemærkninger til lovforslagets konkrete udformning. Se også de uddybende bemærkninger i bilag til høringssvaret.

### Formål og instrukser

Et ønske om fravalg af genoplivning stiller sundhedspersonalet i en række svære situationer med både faglig og etisk usikkerhed. Særligt for medarbejdere på det præhospitale område er det helt afgørende, at der til ændringen i lovgivningen medfølger en tydelig instruks, som ikke giver anledning til tvivlsspørgsmål i akutte situationer samt sikrer de sundhedsfaglige for eventuelt strafansvar ved manglende efterlevelse af en borgers registrering i en akut situation.

Det er centralt for Danske Regioner, at der ved ny lovgivning gøres en indsats for, at der ikke opstår en "behandlingstøven" eller tvivl hos sundhedsfaglige eller befolkningen om det rigtige i altid at træde til og starte genoplivningsforsøg. Retten til hurtig og kvalificeret genoplivning må ikke påvirkes eller formindskes ved introduktionen af retten til fravalg.

DANSKE REGIONER  
DAMPFÆRGEVEJ 22  
2100 KØBENHAVN Ø  
+45 35 29 81 00  
REGIONER@REGIONER.DK  
REGIONER.DK

### **Registerets relation til allerede eksisterende former for fravalg**

Danske Regioner finder det problematisk, at denne tilføjelse til lovgivningen på flere punkter ikke ser ud til at være tænkt sammen med den eksisterende lovgivning, når der udvikles et centralt register med integration til de dagligt anvendte fagsystemer, der ikke omfatter alle typer af beslutninger om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling, herunder livstestamente, behandlingstestamente, lægeligt fravalg af genoplivning og borgerens fravalg i en aktuel sygdomssituation.

Danske Regioner ønsker, at de allerede eksisterende muligheder for fravalg sammentænkes med lovforslaget, da patientsikkerheden for den enkelte borger kan blive påvirket, hvis informationerne er spredt over forskellige kilder og registre. Der bør etableres ét centralt register til de forskellige muligheder for fravalg.

### **Borges rettigheder – herunder midlertidig fortrydelse af fravalg**

Danske Regioner ønsker en præcisering af borgerens rettigheder i forbindelse med fravalg af genoplivning. Herunder situationer, hvor:

- pårørende ønsker genoplivning af en borger, der har registeret fravalg
- en eventuel livsnødvendig intensiv behandling skal håndteres efter en succesfuld genoplivning af en borger, der har registeret fravalg af genoplivning
- der skal ske en teknisk og organisatorisk håndtering af midlertidig tilbagekaldelse af fravalg i komplekse behandlingssituationer.

### **Målgruppen for lovforslaget**

Danske Regioner mener, at det bør tydeliggøres yderligere, hvem der er den konkrete målgruppe for lovforslaget, samt hvorvidt en borger er habil i forbindelse med sin registrering af ønsket om fravalg af genoplivning.

Danske Regioner ønsker at gøre opmærksom på, at lovforslagets aldersgrænse på 60 år ikke er baseret på en faglig vurdering af et menneskes chancer for at komme sig efter et hjertestop. Et raskt menneske på 60 år vil under de rette omstændigheder have gode chancer for at komme tilbage til en fin funktion og kunne klare sig selv efter hjertestop.

### **Den tekniske it-løsning**

Danske Regioner ønsker at gøre opmærksom på en række tekniske udfordringer som lovforslaget medfører for den regionale implementering. Særligt tre forhold:

- tilbagekaldelse af fravalg og det følgende behov for tidstro data i de regionale systemer
- udfordringer ved manuelle opslag i registret i akutte situationer

- alle sundhedspersoner skal have disse oplysninger tilgængeligt, når loven træder i kraft. Det betyder, at der skal laves en bred "big bang" implementering i hele sundhedsvæsenet.

### **Ikrafttrædelsestidspunkt**

Loven planlægges at træde i kraft den 1. december 2024. Danske Regioner gør opmærksom på, at udviklings- og implementeringsarbejdet for så store og komplekse integrationer vil kræve minimum 18 måneder. Det betyder, at regionernes implementering er dybt afhængig af, at det centrale register og endelige snitfladebeskrivelser forelægges regionerne senest april 2023, for at fristen den 1. december 2024 kan efterleves.

### **Økonomiske konsekvenser**

Danske Regioner forventer, at der vil være betydelige økonomiske konsekvenser som følge af lovændringen, der på ingen måde kan dækkes af de 15 mio. kr., der er afsat. Sagen ønskes derfor medtaget på Lov- og Cirkulæreprogrammet med henblik på forhandling af lovforslagets konsekvenser for regionernes økonomi, jfr. Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007.

Venlig hilsen



Anders Kühnau  
Formand



Stephanie Lose  
Næstformand

## Bilag

### **Instrukser, vejledning og kommunikation**

Det er i lovforslaget beskrevet, at pligten til at følge en borgers ønske om fravalg af genoplivning forudsætter, at borgeren kan identificeres med sikkerhed. Afståelse fra genoplivning på et forkert grundlag vil være fatalt. Kun i 65-75% af alle 112-opkald til AMK-vagtcentralerne er det muligt at få oplysninger om cpr.nr. umiddelbart. Dette gælder især ved hjertestop, da borgeren ikke selv er i stand til at give oplysningen, samtidig med, at tiden bruges på behandling af borgeren frem for identificering. I de tilfælde, hvor cpr.nr. oplyses, opstår der efterfølgende et spørgsmål om validering, og hvordan denne opnås korrekt.

Danske Regioner gør derfor opmærksom på, at det for en stor del af de 112-opkald der modtages vedr. hjertestop bør forventes, at det jf. ovenstående ikke vil være muligt at efterleve borgerens registrerede fravalg. Det er således afgørende for Danske Regioner, at udfordringerne mht. korrekt validering af cpr.nr. ved 112-opkald tydeliggøres i vejledningen.

Danske Regioner ønsker derudover en præcisering af, hvordan sundhedspersonalet skal agere optimalt og i praksis ved 112-opkald vedr. formodet hjertestop. Chancen for overlevelse falder 10% per minut fra kollaps til defibrillering iværksættes. Derfor er tidlig hjertestop-erkendelse vigtig, for hurtigst muligt at guide i hjerte-lungeredning (HLR) og evt. frembringelse af nærmeste hjertestarter (AED) (enten guidet over telefonen eller via Hjerteløberordningen).

### **Registrets relation til allerede eksisterende former for fravalg**

Registrets manglende relation til eksisterende former for fravalg øger kompleksiteten på et område, hvor kommunikationen på tværs af sektorer i forvejen er udfordret af, at alle oplysninger om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling ikke er samlet ét sted. Det på trods af, at der kunne argumenteres for, at denne type af beslutninger har karakter af stamdataoplysninger, der har en grundlæggende betydning for behandlingen af en borger.

- Vedr. behandlingstestamenter og livstestamenter: I afsnit 2.1.1.1 om behandlingstestamenter og livstestamenter er forskellen på de 2 typer af selvbestemmelse ikke nævnt, idet et livstestamente alene er vejledende for en sundhedsperson mens et behandlingstestamente er bindende evt. under forudsætning af de pårørendes accept. Desuden må testamenterne alene tilgås, når borgeren vurderes at være varigt inhabil, hvilket betyder, at der ofte vil skulle foretages opslag i en akut situation. Det er i forvejen svært for sundhedspersoner at navigere i, at der er 2 typer af testamenter og nu vil kompleksiteten blive øget yderligere, hvis en borger kan træffe en ny type af beslutning, der fremgår et helt andet sted og har andre

regler for opslag.

- Vedr. et lægeligt fravalg af genoplivning: I afsnit 2.1.3 er de eksisterende regler i vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg opridset. I forhold til undtagelse 3 om en behandlingsansvarlig læges fravalg i forbindelse med en aktuel sygdomssituation, så er bl.a. pligten til journalføring og til at videregive en beslutning til andre sektorer samt revurdere en beslutning beskrevet. I disse sammenhænge er det svært at opnå en sikker overlevering til alle relevante parter grundet de mange forskellige journalsystemer i sundhedsvæsenet. Det er også svært at være sikker på, at en beslutning fortsat er gyldig og ikke er blevet revurderet, hvis der er gået noget tid siden beslutningen blev truffet, når der ikke er ét samlet sted, hvor alle sektorer kan genfinde en beslutning. Derfor findes det problematisk, at disse udfordringer ikke er søgt løst i tilknytning til, at der oprettes et centralt register, hvor de over 60-åriges beslutning vil fremgå. Dermed bliver det mere komplekst at holde styr på, hvad der gælder for den enkelte borger.
- Vedr. borgerens fravalg i en aktuel sygdomssituation: I afsnit 2.1.3 er undtagelse 4 om en borgers fravalg af genoplivning i forbindelse med en aktuel sygdomssituation også angivet samt at lægen skal vurdere patientens habilitet og videregive en sådan beslutning til andre sektorer mv. Igen øges kompleksiteten ved, at disse beslutninger fortsat skal findes i journalerne og videregives manuelt på tværs af sektorer i stedet for at blive en del af et centralt register. Det øger også kompleksiteten, at regelsættet er forskelligt for borgere over og under 60 år.

### **Borges rettighed til at fravalg efterleves**

Lovforslaget om af efterleve et fravalg af genoplivning gælder udelukkende for sundhedspersonale med autorisation eller sundhedspersonale, som handler på delegation. I hospitalsregi er der behov for, at information om fravalg af genoplivning kan videregives til andre end autoriserede sundhedspersoner, f.eks. personale, som indgår i transport af patienter, og som også skal kunne handle efter fravalget. Dette kan også gælde for pædagogisk personale på bosteder og lignende.

Alt personale med patientkontakt bør kunne handle på baggrund af fravalget uanset om fravalget er taget med baggrund i nuværende [vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg \(retsinformation.dk\)](#) eller i det kommende afsnit af Sundhedsloven.

Danske Regioner mener lovforslaget bør indeholde en præcisering af tilfælde, hvor pårørende til en patient med hjertestop ringer 1-1-2, og hvor det viser sig, at patienten har fravalgt genoplivning. Det opleves ofte, at pårørende på trods af patientens eget valg ønsker akuthjælp, når et hjertestop indtræder. Det skal i lovforslaget tydeliggøres, at det er patientens eget fravalg af genoplivning der prioriteres.

Mange af de patienter som succesfuldt genoplives (evt. trods eget ønske) har ofte behov for efterfølgende intensivt indlæggelsesforløb. Derfor forventer Danske Regioner, at forslaget juridisk vil tydeliggøre forventningerne til behandlingen og de sundhedsprofessionelles ageren de første dage efter indlæggelsen, såfremt den genoplivede viser sig at have tilmeldt sig registret, men efter hjertestoppet er inhabil/bevidstløs og ikke vil overleve, hvis intensiv behandling fortsættes.

I situationer hvor en patient i et aktuelt behandlingsforløb overfor en sundhedsperson tilkendegiver, at vedkommende ønsker at tilbagekalde sit fravalg i den specifikke behandlingssituation, ser Danske Regioner en risiko for fejl og misforståelser, hvis aftalen stadig fremgår af registeret, men ikke er gældende i det aktuelle behandlingsforløb. Lovforslaget fordrer, at sundhedspersonen informerer alle de involverede sundhedspersoner i det aktuelle behandlingsforløb om patientens beslutning og dette kan skabe uklare situationer, hvis fravalget fortsat fremgår af registeret.

Lovforslaget lægger op til, at borgerens valg skal være digitalt. Det er vigtigt, at der tages højde for, at ikke alle ældre borgere (60+) kan anvende digitale løsninger. Det er derfor nødvendigt, at der beskrives en fremgangsmåde, så "ikke-digitale" borgere også kan fravælge genoplivning.

Ligeledes kan afmelding fra registret blive omstændigt for "ikke-digitale" borgere, da lovforslaget stiller krav om, at dette skal ske digitalt eller via blanket.

### **Målgruppen for lovforslaget**

Det bør f.eks. beskrives, hvordan det sikres, at en borger er habil i forbindelse med sin registrering af ønsket om fravalg af genoplivning. Det vil f.eks. være svært at vurdere om en patient med bipolar lidelse, der i enten en manisk eller depressiv fase har registreret et fravalg af genoplivning, er fuldt ud habil på registreringstidspunktet. Det bør ligeledes afklares, hvem der undersøger og sikrer habiliteten på registreringstidspunktet.

Det bør samtidig tydeligt fremgå af lovforslagets bemærkninger, at en sundhedsperson ikke vil kunne ifaldes strafansvar, hvis borgeren ved sin tilkendegivelse ikke har været habil og/eller forstået konsekvenserne af sin handling og på trods heraf alligevel har foretaget en tilkendegivelse om fravalg af genoplivning. Sundhedspersonen skal ikke i den akutte og aktuelle behandlingssituation foretage en vurdering heraf.

Danske Regioner ønsker at gøre opmærksom på, at lovforslagets aldersgrænse på 60 år ikke er baseret på en faglig vurdering af et menneskes chancer for at komme sig efter et hjertestop. Et rask menneske på 60 år vil

under de rette omstændigheder have gode chancer for at komme tilbage til en fin funktion og kunne klare sig selv efter hjertestop. Hvis formålet med loven er at sætte en aldersgrænse, hvor overlevelsen efter hjertestop er meget ringe, bør man lave en lægefaglig gennemgang af området og deraf fastsættelse af en acceptabel grænse.

### **Den tekniske it-løsning og understøttelse af lovforslaget**

- Sundhedsdatastyrelsen, som opretter det centrale register for registrering af forudgående fravalg af genoplivningsforsøg efter sundhedslovens § 25 a, stk. 1, skal være opmærksom på, hvorledes oplysningspligten varetages, jf. databeskyttelsesforordningens artikel 13-14, herunder om en af undtagelserne til oplysningspligten finder anvendelse (eksempelvis om patienterne i alle tilfælde er bekendt med, at der sker behandling af de relevante personoplysninger).
- Bemærkning til definitionen af habile borgere (s. 18)

*”Ved habile borgere forstås borgere, der er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret i konkrete situationer, og dermed borgere, der kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v. Det betyder også, at borgerrettigheden ikke gælder for borgere under værgemål, der omfatter personlige forhold.”*

Det er svært rent teknisk at udelukke de borgere, der er under værgemål og måske endnu sværere at udelukke borgere under værgemål, der omfatter personlige forhold.

- Vedr. tilbagetrækning af fravalg § 25 a., stk. 3  
Det bør overvejes, om det skal præciseres, at hvis en borger trækker sit fravalg af genoplivning tilbage, vil dette fravalg umiddelbart træde i kraft. Forskellen på ”undtagelse fra fravalget” (i konkrete situationer) samt ”tilbagetrækning af fravalg” bør også beskrives nærmere, herunder hvordan forskellen i disse ”straks-tilbagetrækninger” kan understøttes IT-mæssigt.
- Sammenhæng til eksisterende frabedelsesregler  
Lovforslaget tager ikke stilling til en situation, hvor borgeren er dækket af frabedelsesregler for sundhedsoplysninger. Som det er nu, er det fx muligt at registrere et Livs- og behandlingstestamente, men frabede sig sundhedspersoners adgang til data (deling fra den nationale infrastruktur til de lokale fagsystemer). I sådanne situationer skal sundhedspersoner (med behandlerrelation) lave et værdispring for at kunne tilgå dem direkte på sundhed.dk, da oplysningerne ikke vil blive vist i det lokale fagsystem. Danske Regioner vil derfor gøre



opmærksom på de udfordringer der kan være hvis der er foretaget privatmarkering af fravalg og sundhedspersonalet derfor i praksis kan have vanskeligt med at følge borgerens ønske i de lokale fagsystemer.

- Afklaring vedr. udenlandske EU/EØS borgere  
Af lovforslaget fremgår det, at borgerne forventes at kunne registrere deres fravalg af genoplivning ved at logge ind ved brug EU/EØS-lande løsning, eID, som f.eks. det danske NemID. Det er vigtigt at få afklaret, hvad regionerne forventes at stille op med de udenlandske EU/EØS borgere, som i f.eks. Sundhedsplatformen typisk vil blive kendt via et såkaldt erstatnings-cpr, men som i det kommende register forventes at blive registreret via et andet ID end erstatnings-cpr. Det skal afklares, hvordan denne sammenhæng sikres, og hvem der er forpligtiget til at sikre denne sammenhæng.
- Integration til fagsystemer  
Danske Regionerne forstår lovforslaget sådan, at der lægges op til, at al registrering i registret skal udføres af borgeren selv direkte i registret via eID (fx NemID), og at integrationen til regionernes og kommunernes systemer skal være en en-vejs integration, dvs. at EPJ og EOJ skal kunne give et opdateret billede af borgerens valg vedrørende genoplivning ved hjertestop. Danske Regioner opfordrer til, at dette præciseres, så der ikke er nogen forventning om en to-vejs integration a la FMK. Dette særligt med tanke på de vide rammer, som Sundhedsministeriet får med §25 b stk. 2.
- Tilgængelighed af information for præhospitale funktioner  
Det er vigtigt at påtænke en "åben" løsning, således integrationen til de lokale systemer kan genbruges til at hente anden relevant data, herunder f.eks. information om livs- og behandlingstestamente. Oplysninger fra registret skal kunne fremkomme automatisk i de præhospitale systemer. Manuel fremsøgning og opslag i et eller flere registre er uforenelig med de præhospitale opgavers natur.

#### **Øvrige kommentarer, herunder tekstnære bemærkninger**

I høringsbrevet står:

*Dette gælder f.eks. personale på AMK-vagtcentraler, ambulancereddere, sygehuspersonale, sundheds- og plejepersonale i kommuner og praktiserende læger.*

Her skal tilføjes Regioner.

Dette er vigtigt, da der ellers vil være tvivl om, hvorvidt aftalen gælder på de regionale bosteder og institutioner.

I Udkast til lovforslag, s. 3 står:

*At understøtte en værdig afslutning på livet handler bl.a. om at respektere den enkelte borgers livssyn og personlige ønsker, herunder borgerens eventuelle ønske om at sige nej tak til at blive forsøgt genoplivet på et tidspunkt, hvor hjertet holder op med at slå, og hvor livet og genoplivningsforsøg opleves som uværdigt.*

Dette er modstridende med, at borgeren, med det nye lovforslag, skal have mulighed for at fravælge genoplivningsforsøg uafhængigt af helbredstilstanden og der er derfor ikke grundlag i lovforslaget at der skal foretages vurdering af helbredstilstand eller værdighed på den anden side af genoplivning.

I udkast om lovforslag, s. 5. står:

*... ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke...*

*Samtykket forudsættes at være et resultat af en tovejskommunikation mellem patient og sundhedsperson.*

Danske Regioner vil bede om en præcisering af hvorvidt den skriftlige registrering i registeret vil kunne foretages af borgere, uden forudgående samtale med en sundhedsperson?

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Høringssvar - forslag til lov om ændring af lov om offentlighed i forvaltningen</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Høringssvar - Lovforslag om ændring af offentlighedsloven mv.</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>18</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

Justitsministeriet

jm@jm.dk

DANSKE  
REGIONER



24-08-2022

EMN-2022-00945

1571112

Janne Simonsen

## Høringssvar vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af lov om offentlighed i forvaltningen, forvaltningsloven og forældelsesloven (Styrket beskyttelse af offentligt ansatte i sager m aktindsigt m.v.) - j.nr. 2021-7610-0012

Justitsministeriet har ved brev af 7. juli 2022 anmodet Danske Regioner om bemærkninger til udkast til forslag til lov om ændring af lov om offentlighed i forvaltningen, forvaltningsloven og forældelsesloven (Styrket beskyttelse af offentligt ansatte i sager m aktindsigt m.v.)

Danske Regioner har den 18. august 2022 fået en udsættelse af fristen til den 24. august 2022.

Høringssvaret er fremsendt med forbehold for Danske Regioners bestyrelses godkendelse på møde den 29. september 2022.

Danske Regioner har anmodet om bidrag fra regionerne til brug for et samlet høringssvar og har modtaget høringssvar fra nogle regioner. Danske Regioner har på baggrund heraf følgende bemærkninger:

Regionerne kan støtte lovforslaget, som tilgodeser behovet for at beskytte medarbejdere - navnlig på hospitalerne - i forbindelse med sager om aktindsigt. Dette skal særligt ses i lyset af den generelle samfundsmæssige udvikling med øget digitalisering og udbredelse af sociale medier, hvor der opleves et øget behov for at sikre medarbejdernes tryghed på arbejde og i fritiden.

Lovforslaget ses endvidere at være i tråd med de seneste ændringer, som er foretaget på journalføringsområdet inden for sundhedsvæsenet, hvorefter der nu gives mulighed for, at en sundhedsperson kan identificere sig på anden vis end ved navn i patientjournalen, hvis det sker entydigt, jfr. bekendtgørelse

DANSKE REGIONER  
DAMPFÆRGEVEJ 22  
2100 KØBENHAVN Ø  
+45 35 29 81 00  
REGIONER@REGIONER.DK  
REGIONER.DK

nr. 1225 af 8. juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. Ligeledes indeholder reglerne om logning af anvendelser af personoplysninger i elektroniske patientjournaler nu mulighed for under visse omstændigheder at undlade at give adgang til sundhedspersoners navne, jf. bekendtgørelse nr. 200 af 7. februar 2022 om pligt til at registrere logoplysninger og indsigt i logoplysninger.

Venlig hilsen



Anders Kühnau

Formand, Danske Regioner



Stephanie Lose

Næstformand, Danske Regioner

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Danske Regioners hørings svar over lov om ansættelsesbeviser j.nr. 2021-9687</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Hørings svar - Lov om ansættelsesbeviser</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>19</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

Beskæftigelsesministeriet

DANSKE  
REGIONER



09-09-2022

EMN-2022-01032

1572872

Malene Vestergaard

Sørensen

Beskæftigelsesministeriet har den 15. august 2022 sendt udkast til forslag til lov om ansættelsesbeviser og visse arbejdsvilkår i høring med frist for afgivelse af høringssvar den 12. september 2022.

Lovforslaget skal implementere EU-direktivet om gennemsigtige og forudsigelige arbejdsvilkår fra 2019.

Det bemærkes indledningsvist, at området for ansættelsesbeviser og arbejdsvilkår er reguleret i aftale mellem RLTN og Forhandlingsfællesskabet i efter den gældende lov om ansættelsesbeviser. Og det er positivt, at der med lovforslaget lægges op til, at der fortsat skal ske aftaleimplementering frem for direkte lovregulering. Det er vigtigt i forhold til at kunne understøtte den danske aftalemodel i en situation med EU-regulering.

De aftalte bestemmelser på området sikrer generelt medarbejdere bedre vilkår, end bestemmelserne i lovgivningen. Lovforslaget giver dog anledning til en række bemærkninger, som er centrale i forhold til at kunne implementere dem efterfølgende via en aftale.

Det foreslås i § 1, stk. 1, at loven skal finde anvendelse på alle lønmodtagere med forudbestemt eller faktisk arbejdstid på tre timer ugentligt i en referenceperiode på fire på hinanden følgende uger. Dvs. at flere lønmodtagere sikres minimumsrettighederne i form af de oplysninger og vilkår ved ansættelse der følger af loven, herunder om løn, ferie og arbejdssted mv.

I forhold til gældende lov, hvor timegrænsen er otte timer ugentligt, og hensigten er, at ansættelsen skal vare mindst en måned, vil der være tale om en udvidelse af personkredsen, der er omfattet af loven, og som derfor skal have et ansættelsesbevis. Dette har i udgangspunktet ikke nogen konsekvenser

DANSKE REGIONER  
DAMPFÆRGEVEJ 22  
2100 KØBENHAVN Ø  
+45 35 29 81 00  
REGIONER@REGIONER.DK  
REGIONER.DK

på det regionale område, da medarbejdere med færre end otte timer ugentligt også som udgangspunkt får ansættelsesbeviser med de relevante oplysninger.

Der er dog usikkerhed om bestemmelserne for så vidt angår tilkaldevikarer.

Danske Regioner lægger vægt på, at regionernes mulighed for at anvende tilkaldevikarer uden mødepligt ikke begrænses med forslaget. Derfor bør det præciseres, at forslaget ikke omfatter tilkaldevikarer uden pligt til at give møde.

Der er forskel på, om en vikar har mødepligt eller kan afslå at møde frem. I en situation med mangel på arbejdskraft, og der er medarbejdere, der gerne stiller sig til rådighed, når det passer ind i deres hverdag, bør der ikke ske lovgivningsmæssige hindringer herfor. Danske Regioner mener, at en tilkaldevikar, som ikke har mødepligt, er at betragte som lønmodtager ved arbejdstids start.

Danske Regioner vil dog understrege, at regionerne generelt foretrækker at kunne ansætte medarbejdere med et fast timeantal, så der både for medarbejdere og arbejdsgiver en sikkerhed for, hvad der kan planlægges efter.

Lovens bestemmelser om mindsterettigheder forventes som følge af aftale og de kollektive overenskomster mellem parterne på området i vidt omfang ikke at få virkning på det regionale arbejdsmarked, der, jf. det ovenfor anførte, indeholder en række af de rettigheder og vilkår, som lønmodtagere skal informeres om.

Det bemærkes dog, at det fremgår af lovforslagets § 6, at en prøvetid ikke kan vare længere end 6 måneder. Det er efter Danske Regioners opfattelse ikke foreneligt med nyansættelse på tjenestemandsvilkår, hvor prøvetiden er op til to år. Tilsvarende bør der være opmærksomhed på samspillet med tjenestemandreglerne for så vidt angår bibeskæftigelse.

Til forslagens § 10, hvorefter en lønmodtager kan anmode om en ansættelsesform med mere forudsigelige og trygge arbejdsvilkår, bør det præciseres, hvorledes bestemmelsen håndteres i samspil med opslagsbekendtgørelsen, der tilsiger eksternt opslag og at stillinger på det offentlige arbejdsmarked skal besættes med den bedst kvalificerede.

Direktivets bestemmelser om beskyttelse fremgår af forslagens § 15, hvorefter lønmodtagere er beskyttet mod ugunstig behandling, herunder afskedigelse, og at overtrædelse kan udløse en godtgørelse.



Danske Regioner noterer sig, at det af bemærkningerne fremgår, at der ikke ved siden af en godtgørelse efter den bestemmelse, kan opnås godtgørelse for usaglig afskedigelse efter anden lovgivning.

Endelig tager Danske Regioner forbehold for de økonomiske konsekvenser af loven, afhængig af hvordan de konkrete bestemmelser konkretiseres.

Høringssvaret afgives med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse ved møde den 29. september 2022.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau  
Formand



Stephanie Lose  
Næstformand

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Fælles forståelse om brug af privat kapacitet i afvikling af ven... (D2354629)</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Generelle orienteringer</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>21</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

## Fælles forståelse om brug af privat sygehuskapacitet i afvikling af behandlingsefterslæbet

Regeringen og Danske Regioner indgik i 11. februar 2022 en aftale om at afvikle behandlingsefterslæbet og normalisere ventetiderne i sundhedsvæsenet. Med aftalen er regeringen og Danske Regioner enige om, at det er en fælles ambition, at efterslæbet afvikles i løbet af 2022. Samtidig er parterne opmærksomme på, at der kan være særlige omstændigheder eller forhold på enkelte områder og specialer. Herunder områder hvor de private ikke har tilbud eller områder hvor de private ikke må udføre undersøgelser og behandling.

Regionerne har anvendt den private kapacitet i et ekstraordinært omfang til at afvikle behandlinger under Covid-19. Sammenlignes antallet af henvisninger til privathospitaler i 2019 med 2021 ses en stigning på godt 25 pct.

Regionerne vil fortsat sikre, at den private kapacitet anvendes i videst muligt omfang til at afhjælpe pukkelafviklingen. Regeringen, Danske Regioner og Sundhed Danmark er enige om, at det er centralt, at der tilstræbes og foregår dialog om, at der er balance i anvendelsen af den samlede arbejdsstyrke for sundhedsvæsenet. På denne baggrund vil parterne følge udviklingen i antallet af læger og sygeplejersker ansat hos de private hospitaler og klinikker, som Danske Regioner har aftale med. Udviklingen følges via eksisterende registre.

Danske Regioner og Sundhed Danmark har et godt samarbejde om anvendelsen af den private kapacitet. Parterne er enige om at styrke samarbejdet om bedst mulig anvendelse af den private kapacitet. Det indebærer bl.a. en stærk lokal dialog mellem de enkelte regioner og de private sygehuse, med fokus på at matche evt. ledig privat kapacitet med de behov, regionen har.

Den private kapacitetsanvendelse i form af henviste patienter til private, indgår i den løbende opfølgning på status for afviklingen af behandlingsefterslæbet.