

Høringssvar fra KL vedr. Sundhedsstyrelsens faglige ramme for etablering af nærhospitaler

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstyrelsens faglige ramme for etablering af nærhospitaler.

Generelle bemærkninger

KL bakker op om, at der er tale om en ramme, så regioner og kommuner lokalt kan tage stilling til, hvordan den konkrete udformning af nærhospitaler skal ske. Oplægget beskriver hvilke "bør"- og "kan"-funktioner nærhospitalerne bør/kan have, hvilket er et fint udgangspunkt for en lokal dialog.

KL er bekymret over, at den nuværende arbejdskraftsudfordring ikke fylder mere i oplægget. Etablering af nærhospitaler kan risikere at forværre arbejdsmarkedssituationen i især yderområder, da den tilgængelige arbejdskraft skal dække flere lokationer. Det bør skrives tydeligere ind at sundhedsvæsenet har massive rekrutteringsproblemer (bl.a. i kapitel 3) og der bør tages højde for det i anbefalingerne, bl.a. i kapitel 7 om kompetencer.

KL finder i forlængelse heraf, at investering i og udvikling af virtuelle løsninger, der giver adgang til sundhedsvæsenet på distancen (både regionalt og kommunalt) burde fylde endnu mere, både i beskrivelsen af den faglige ramme og i andelen af midler, der afsættes hertil.

KL er også bekymret over, at der ikke er afsat midler til drift af nærhospitaler.

KL anbefaler, at oplægget slankes, så det mere kortfattet beskriver udfordringer og overordnede visioner. Kapitel 1, 3 og 4 bør reduceres betragteligt.

KL finder, at oplægget tydeligere bør sætte retning for, hvilke faktorer, der er vigtigst i forhold til geografisk placering af nærhospitaler. Det vil bidrage til en forventningsafstemning lokalt i forhold til den forestående ansøgningsproces. Det berøres kort i afsnit 4.3, men vil være ønskeligt, at der tages stilling til vigtigheden af de forskellige faktorer, som er oplyst på side 21.

KL ønsker endvidere, at oplægget forholder sig mere til eksisterende lovgivningsmæssige og strukturelle rammer, som i mange tilfælde besværliggør eller umuliggør, at kommuner og regioner kan agere, som der lægges op til. Det gælder bl.a. fælles ledelse, fælles drift og delestillinger, jf. længere nede.

KL efterspørger endeligt, at oplægget forholder sig til, hvad forskellen på et nærhospital og et sundhedshus er. Flere eksisterende tværsektorielle sundhedshuse har mange af de funktioner, som bør være i et nærhospital og har derudover også regionale skadeklinikker/akutklinikker mv. Muligheden for en lokal skade/akutklinik efterspørges af flere kommuner og oplægget bør derfor ikke så kategorisk udelukke den mulighed (s. 26 og 29).

Dato: 29. august 2022

Sags ID: SAG-2020-05435
Dok. ID: 3245222

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 8

KL's yderligere væsentligste input og bemærkninger er beskrevet temaopdelt neden for. Til sidst er oplyst en række tekstmæssige bemærkninger, som ønskes justeret.

Nærhed

KL bakker op om intentionen om at skabe mere nærhed til sundhedsvæsenet for borgere, som i dag har langt til et akutsygehus. Fysisk nærhed har betydning for, i hvilket omfang især sårbare borgere faktisk tager imod behandling og anvender sundhedsvæsenet, jf. side 12.

KL ser dog en risiko for, at etablering af nærhospitaler kan betyde, at eksisterende decentrale sygehusstilbud lukkes eller reduceres, hvorved nogle borgere godt nok får kortere afstand til de pågældende hospitalsfunktioner, mens andre, og i værste fald flere borgere, får længere afstand. Det bør stå eksplicit at de funktioner, som placeres på nærhospitalerne også fortsat skal findes på akuthospitalet. I det hele taget forholder oplægget sig ikke i nævneværdig grad til, hvad etablering af nærhospitalers betyder for resten af sundhedsvæsenet. Det vil være relevant at adressere dette, idet nærhospitaler helst ikke skulle betyde suboptimering i forhold til resten af sundhedsvæsenet.

KL gør opmærksom på, at rigtig mange kommuner allerede i dag har decentrale tilbud på matrikler, der ligger tæt på der hvor borgerne bor og færdes. Det kommunale sundhedsvæsen er altså ikke i dag ret mange steder samlet på én matrikel. Kommunerne har organiseret sig sådan, bl.a. fordi erfaringen er, at sårbare borgere bedre nås lokalt, og at borgerne ikke nødvendigvis tager ind til kommunens hovedby for at træne eller gå til rygestop.

En eventuel samling af kommunale funktioner i et nærhospital vil – også selv om det sker inden for kommunegrænsen – mange steder betyde en *centralisering* af tilbud, som i mange tilfælde ikke vil være hensigtsmæssig, fordi tilbuddene vil blive mindre tilgængelige for sårbare borgere. Dette hensyn bør spille en langt større rolle i oplægget, bl.a. i afsnit 6.4.2 om kommunale indsatser, og det bør fastholdes at alle kommunale indsatser er "kan".

Det nævnes, bl.a. på side 19 og 37, at nærhospitalerne ikke må betyde en uddynding af personaleressourcer på akuthospitalerne, men der er ikke anvisninger til, hvordan det er praktisk muligt, når hospitalet skal drives for de samme driftsmidler på flere matrikler. Det er bekymrende, især i forhold til arbejdsmarkedssituationen i udkantsområder, hvor nærhospitaler formentlig især vil være relevante. Ligeledes bør der ikke ske en uddynding af personaleressourcer på nærhospitalet, hvis der fx er travlhed på akuthospitalet. Dette peger igen på, at virtuelle løsninger burde fylde mere i oplægget, om end der også med virtuelle løsninger vil følge driftsudgifter.

Governance, sundhedsklynger og sundhedsaftaler

Sundhedsklyngerne skal også skabe sammenhængende patientforløb, hvilket kunne afspejles tydeligere i det faglige oplæg. Nærhospitalerne er ét af flere steder, hvor sammenhængende patientforløb kan udspille sig.

Etablering af nærhospitaler er et oplagt emne, som regioner, kommuner og almen praksis kan drøfte i sundhedsklyngerne og evt. også i Sundhedssamarbejdsudvalget. KL finder det vigtigt, at drøftelsen tages i sammenhæng

Dato: 29. august 2022

Sags ID: SAG-2020-05435
Dok. ID: 3245222

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 8

med en *generel drøftelse* af kapaciteten på tværs af sundhedsklyngen, hvilket fremgår på side 15, men desværre drukner i andre lange beskrivelser.

KL ser sundhedsklyngerne og Sundhedssamarbejdsudvalgene, som *den strukturelle ramme for tværsektorielt samarbejde*, mens sundhedsaftalerne *fastsætter målsætninger og rammer for samarbejdet*. Dette bør afspejles i oplægget, men gerne samles ét sted. I oplægget nævnes sundhedsklyngernes og sundhedsaftalernes rolle bl.a. på side 6, 8, 14, 15 og 46 og sundhedsaftalerne spiller efter KL's opfattelse en uforholdsmæssig stor rolle i lyset af, at de først skal indgås på ny, efter Sundhedsstyrelsens faglige ramme forventes bragt i anvendelse. På sigt kan det være relevant at den næste generation af sundhedsaftaler berører emnet nærhospitaler, men i så fald skal de betragtes som ét element i den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet.

Imidlertid vil det i sidste ende være myndighederne, dvs. regionsråd og kommunalbestyrelse, som er ansvarlige at samarbejde i et nærhospital, og de vil hver især have ansvaret for, at nærhospitalet passer ind i hhv. hospitalsplan og den kommunale planlægning. Dette forhold er stort set fraværende i oplægget, og kommunalbestyrelsens rolle nævnes slet ikke. Det bør fremgå tydeligere i bl.a. afsnit 1.2 på side 6 og frem.

Synergi og fælles ledelse mv.

Oplægget indeholder store ambitioner om synergi mellem de forskellige sektors tilbud i nærhospitalerne. Megen erfaring viser imidlertid, at sammenhæng og synergi ikke automatisk opstår, når tilbud findes under samme tag. Det kræver en indsats, og der er i oplægget beskrevet *anbefalinger* hertil, bl.a. i afsnit 5.1.2 Samarbejde på side 24. Sådanne tiltag er typisk ressourcerekrævende og fragår patientbehandlingen, hvis ikke der tilføres ekstra ressourcer, især i opstartsperioden. Det kræver, at kommuner og regioner foretager en prioritering af nærhospitalet på bekostning af noget andet, hvilket bør fremgå i sammenhæng med anbefalingen. KL gør igen opmærksom på, at der ikke er afsat driftsmidler til nærhospitaler.

Oplægget *anbefaler* endvidere i afsnit 5.1.1 Ledelse på side 23, at der etableres fælles ledelse af nærhospitalet – også med henblik på at understøtte sammenhængende patientforløb. KL er enig i, at det naturligvis er muligt at etablere en fælles styregruppe for et nærhospital eller et andet projekt.

Henset til de gældende regler ønsker KL en juridisk afdækning og beskrivelse af, hvorledes kommunerne og regionerne lovligt kan have fælles beslutningskompetence, i fællesskab administrere bygninger og vedligehold, indkøbe fælles udstyr, ansætte fælles personale mv. som det er beskrevet i oplægget. KL har ikke kendskab til at lovgivningen skulle tillade, at der på nuværende tidspunkt kan skabes en enhed med fælles økonomi og ledelse og henviser i øvrigt til Sundhedsministeriets notat "Afrapportering fra arbejdsgruppe om afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb – Samdrift (fælles finansiering og fælles ledelse)", hvori der er beskrevet en række forhold, som forudsættes afklaret.

I afsnit 5.1.3 Kompetencer på s 24-25 fremgår *anbefalinger* til kompetencer og kompetenceudvikling. KL gør igen opmærksom på, at der ikke er afsat

Dato: 29. august 2022

Sags ID: SAG-2020-05435
Dok. ID: 3245222

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 8

midler til drift eller kompetenceudvikling i forbindelse med etablering af nærhospitalet og at nogle nærhospitalet formentlig vil komme til at ligge i nogle af de geografiske områder med de største arbejdsmarkedsudfordringer.

Andre steder i oplægget nævnes delestillinger som en oplagt mulighed for at skabe sammenhæng. Der er behov for en afklaring af arbejdsgiveransvaret for de medarbejdere, der arbejder på et nærhospital, så der er klarhed over fx overenskomstforhold og ansvarsfordeling i øvrigt.

KL finder, at der mangler væsentlige oplysninger i afsnit 1.2.3 Samdrift af nærhospitalet på s 8-9. Det bør fremgå eksplicit, at myndighedsansvaret ikke kan overdrages mellem kommuner og regioner. Det fremgår korrekt, at det er muligt at sundhedspersoner fra region og kommune overlader opgaver vedrørende faktisk forvaltningsvirksomhed til andre, forudsat der er en aftale herom og at kompetencerne er til stede. Imidlertid bør det også indskrives, at det i aftalen skal være klart, hvem der bærer ansvaret, herunder det lægelige ansvar for patienten, samt at kommunerne ikke må varetage opgaverne vederlagsfrit, jf. Sundhedsministeriets notat "Afrapportering fra arbejdsgruppe om afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb – Samdrift (fælles finansiering og fælles ledelse)", hvor der står: "*Indgår kommuner i integrerede samarbejder med en region om fx varetagelse af faktisk forvaltningsvirksomhed, må kommunerne altså ikke varetage sygehusopgaver vederlagsfrit, idet kommunerne så indirekte ville yde tilskud til regionerne*".

Kvalitet og adgang til læger

Det fremgår flere gange i oplægget, at kvaliteten i indsatser skal fastholdes på samme niveau som på hhv. akuthospitalet og i kommunen. Flere steder sættes et implicit lighedstegn mellem adgang til en læge og høj kvalitet. KL finder det afgørende for patientbehandlingen, at lægeadgangen er der, når det er relevant – også for det kommunale personale, som gerne både via akuthospitalet, nærhospitalet og almen praksis skulle have let adgang til lægefaglig sparring vedr. patienterne. Imidlertid er kvalitet meget mere end det. Patienternes oplevelser, effekter på livskvalitet, effektivitet bør også inddrages, ligesom det bør betragtes som en kvalitet, hvis flere borgere i nærhospitalet faktisk modtager behandling i højere grad end før.

Data, digitalisering og teknologi

Behovet for velfungerende virtuelle løsninger og adgang til patientens data på tværs af sektorer er generelt i sundhedsvæsenet og uafhængigt af etableringen af nærhospitalet. Der bør i oplægget skelnes mellem hvad der skal løses på nærhospitalet og hvad der skal løses på nationalt niveau.

KL foreslår, at potentialet ved fx telemedicin beskrives mere tydeligt i oplægget. Telemedicin kan være med til at sikre en skånsom behandling i eller tæt på borgerens hjem i stedet for mange og stressende indlæggelser og kontroller. Det er en bedre udnyttelse af specialisterressourcer på sygehuse og kan binde specialisterressourcer sammen med hjemme(syge)plejen i kommunerne. Med gode virtuelle løsninger kan man flytte behandling og opfølgning til borgerens tætte nærmiljø fx en kommunal klinik eller helt hjem.

Dato: 29. august 2022

Sags ID: SAG-2020-05435
Dok. ID: 3245222

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 8

KL finder, at gode virtuelle løsninger skal komme alle borgere til gavn, ikke kun de borgere, der tilfældigvis bor nærmere et nærhospital end et akuthospital. Samtidig skal vi bygge på de initiativer, der allerede er i gang. KL foreslår derfor, at midler ud over delrammen på 500 mio. kr. kan anvendes til teknologi, it mv. og at delrammen desuden "frigøres" fra nærhospitalsmatrikerne, idet midlerne på den måde kan komme langt flere borgere til gode.

KL gør slutteligt opmærksom på, at når telemedicin skal anvendes som et reelt alternativ til traditionel sygehusbehandling, så skal der findes en national løsning på, at gevinster og udgifter falder skævt mellem regioner og kommuner.

Fokus på psykiatri

KL påskønner oplæggets fokus på psykiatrien og bakker op om, at nærhospitalet både kan indeholde regionale funktioner til borgere med psykiske lidelser og somatisk sygdom. Dette med henblik på at skabe sammenhæng for patienterne, som ofte må gå til behandling på forskellige sygehuse alt efter om de får behandling for deres psykiske eller somatiske sygdomme. Samtidig er det vigtigt, at psykiatriske funktioner i nærhospitalet etableres så det organisatorisk giver mening i forhold til de eksisterende funktioner i den ambulante regionale psykiatri. KL mener dog, at oplægget kunne tegne en mere tydelig sammenhæng mellem psykiatrien og somatikken. KL finder det endvidere problematisk, at der flere gange, bl.a. på side 32-33 lægges op til at implementere anbefalinger fra 10-årsplanen for psykiatri uden at 10-årsplanen er hverken politisk vedtaget eller finansieret.

Fælleskommunale løsninger

KL har noteret sig, at oplægget som udgangspunkt ser beliggenhedskommunen have tilbud i nærhospitalet. Det giver god mening, idet nærhed jo har stor betydning for borgernes brug af tilbuddene, jf. ovenfor.

Omvendt udfordrer det ønsket om sammenhængende patientforløb under ét tag, at det alene er beliggenhedskommunens borgere, som kan modtage de kommunale tilbud i nærhospitalet. Dette gælder dog også i forhold til praktiserende læger i nærhospitalet, som sjældent vil have alle nærhospitalets patienter i deres praksis. Endelig udfordres ønsket også af, at nærhospitalets (regionale) funktioner næppe vil have åbent hver dag.

Oplægget åbner for, at andre kommuners borgere kan benytte beliggenhedskommunens tilbud i nærhospitalet. Det vil i praksis betyde, at den kommune, som har tilbud placeret i nærhospitalet, kommer til at betale for andre kommuners borgers brug af tilbuddene. Det skyldes at der med få undtagelser ikke er hjemmel til mellemkommunal refusion på sundhedslovsydelse. For regionerne er dette problem ikke relevant og i det lys kunne det foreslås, at borgere fra andre regioner kan benytte nærhospitalet. På den måde opnås der nærhed og fleksibilitet for borgerne i relation til sygehuse.

Tværkommunale samarbejder/tilbud nævnes også flere steder som en mulighed, bl.a. for patientgrupper med lille volumen. KL gør opmærksom på, at ønsket om volumen i indsatserne altid skal holdes op imod nærhed for borgerne, især for de borgere, som på grund af sundhedsmæssige eller sociale udfordringer har vanskeligt ved at rejse til et nærhospital.

Dato: 29. august 2022

Sags ID: SAG-2020-05435
Dok. ID: 3245222

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 8

Omstilling af behandling og samspillet med en kvalitetsplan

KL tager til efterretning, at det ikke inden for den afsatte tid har været muligt at nytænke konkrete patientforløb, hvilket, hvis det skal give mening, også må forventes at række ud over den nye struktur "nærhospitalet".

KL har noteret sig, at det faglige oplæg ikke for alvor bevæger sig ud over, at *de samme opgaver* kan organiseres anderledes i samspil mellem nærhospitalets parter. Såfremt selve udførelsen af *de samme opgaver* flyttes mellem regioner og kommuner er det helt afgørende, at der indgås klare aftaler om, bl.a. behandlingsansvar, kompetencer, og at økonomien følger med. Det ansvar er med oplægget lagt ud til regioner og kommuner.

Hvis sundhedsvæsenet for alvor skal omstilles, så det kan agere i en fremtid med flere ældre og en fortsat stor arbejdsmarkedsudfordring, så finder KL også, at der skal ses på *hvilke opgaver*, der skal løses hvordan i sundhedsvæsenet. Nogle borgere skal måske have en helt anden indsats end de får i dag. Det fremgår i det faglige oplæg, at opgaver ikke bare skal flyttes 1:1, men at dette omvendt er nødvendigt, når nærhospitalernes skal drives uden ekstra driftsmidler.

KL forventer, at en reel omlægning af behandlingen af borgere med kronisk sygdom vil være en central del af arbejdet med den kommende kvalitetsplan. Her bør der på nationalt niveau tages stilling til spørgsmål som hvilken behandling forskellige patienter skal tilbydes, hvem der har behandlingsansvaret, hvilken adgang til kompetencer der er, hvordan omlægningens påvirkning af sektorernes økonomi løses mv.

Tekstnære bemærkninger

- KL lægger vægt på, at *hele* sundhedsvæsenet står overfor en omstilling, ikke kun det primære sundhedsvæsen, som det står på side 4.
- På side 6 fremgår, at regionerne kan overveje at udarbejde forløbsbeskrivelser for nærhospitalet. Dette bør naturligvis foregå i samarbejde med kommunerne, såfremt målet er sammenhængende forløb.
- På side 7 bør det fremgå, at regionerne udarbejder praksisplaner for almen praksis i samarbejde med kommunerne.
- Side 6-8: Det forekommer skævt, at detaljeringerne er meget forskellige i afsnittene om regionale og kommunale funktioner.
- Side 11: Det bør fremgå eksplicit at ambitionen om at udvide kapaciteten i almen praksis bør ledsages af en omstilling, hvor ting forandres og gøres anderledes i almen praksis end i dag. Udvidelsen skal ikke alene imødegå demografien.
- Side 13: KL deler ikke opfattelsen af, at der er "manglende tværfagligt og sektorielt samarbejde". Det kunne være langt bedre, men der er mange mennesker i sundhedsvæsenet, som hver dag arbejder på at fremme det.
- Side 13: Fremhæv gerne, at de kortere indlæggelser stiller krav både fagligt og økonomisk til det primære sundhedsvæsen.
- Side 14: "Skærmtræning" er i oplægget blevet oversat til "træning i at anvende skærm". Det beror på en misforståelse. Skærmtræning er virtuel træning, hvor en borger træner efter et program eller sammen med en terapeut via en virtuel opkobling. Dette anvendes i mange kommuner.
- Side 14: Der er etableret 22 sundhedsklynger, ikke 21.
- Side 15: Digitale løsninger skal afstemmes og udvælges mellem alle parter.

Dato: 29. august 2022

Sags ID: SAG-2020-05435
Dok. ID: 3245222

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 8

- Side 17: ad 1) Nærhospitalerne indgår i det samlede *sundhedsvæsen*, ikke *sygehusvæsen*.
- Side 18: Det fremhæves at kommune er forskellige, hvilket er korrekt. Kommunerne oplever også at sygehusene er meget forskellige i forhold til tilbud og ressourcer, og at de har meget forskellige rammevilkår for at etablere nærhospitaler.
- Side 21 Det fremstår som om at et kommunalt team kan have behandlingsansvaret for en borger. Det vil altid være en læge, der har behandlingsansvaret, men et kommunalt team kan udføre behandling på delegation fra en læge.
- Side 24 om kompetencer: I sætningen (...) ”større selvstændigt ansvar”... anbefaler KL at man skriver et ”større ansvar”. Selvstændigt leder tanker på selvstændigt virksomhedsområde i den kontekst det er skrevet i og skal jo ikke været kravet til alle opgaver, der skal løses. Medarbejderne kan godt tage ansvar, uden det selvstændige virksomhedsområde, som ikke er aktuelt endnu. Går igen i princip 6 på side 38.
- Side 26: Eksemplet med patienten med kronisk sygdom er måske mindre velvalgt, da det forudsætter at der er en diætist fra praksissektoren til stede i sundhedshuset. Anvend hellere et eksempel, hvor der er samarbejde mellem regionale og kommunale funktioner. Sundhedsstyrelsen anbefaler at *ernæringsindsatser* indgår i kommunernes forebyggelsestilbud.
- Side 26-27: Det nævnes flere gange, at nærhospitaler skal understøtte udredning og behandling i det nære sundhedsvæsen. Kommunerne ønsker at nærhospitalerne også understøtter pleje, rehabilitering mv. i den kommunale del af det primære sundhedsvæsen.
- Side 28: Udvælgelse af patientforløb. Udover de kriterier som er nævnt, så er der også noget med geografisk afstand, der i sig selv kan give mening ifht patientgrupper, fx ældre og børn. Også selvom der ikke er et tværsektorielt element.
- Side 29: Der nævnes vægttabstilbud sammen med rygestoptilbud. KL henleder opmærksomheden til at der vedr. svær overvægt fortsat mangler en afklaring af hvordan ansvaret er fordelt mellem region, kommune og almen praksis. Med fordel kunne vægttabstilbud erstattes med fx *fysisk træning* eller *ernæringsindsats*, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.
- Side 30: Der står at visse af de kommunale indsatser ikke er diagnose-specifikke. KL finder formuleringen uhensigtsmæssigt, idet det lyder som om at hovedparten af de kommunale tilbud burde være diagnosespecifikke, hvilket fx *ikke* er anbefalingen i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom
- Side 33: Den palliative behandling, der i dag udøves af kommunale sygeplejersker og foregår i borgerens eget hjem, bør ikke flyttes til nærhospitaler. Det giver derimod god mening at give lettere adgang til specialiseret palliativ behandling tættere på borgeren ved at tilbyde indsatser, der nu foregår ambulantly på sygehusene, i nærhospitalerne. Det er også positivt at tænke i mere samarbejde og en større grad af videndeling og sparring, der giver de kommunale sygeplejersker bedre forudsætninger for at udøve palliative indsatser.
- Side 34: KL foreslår at der under sundhedsfremmende og forebyggende tilbud alene nævnes de elementer, som indgår i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Dvs. de første fem indsatser. Tilbud relateret til overvægt, seksuel sundhed og mental sundhed kan være relevante, hvis kommunen har valgt at udbyde

Dato: 29. august 2022

Sags ID: SAG-2020-05435
Dok. ID: 3245222

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 8

- disse indsatser, men når de står sammen med de andre, så fremstår det som en anbefaling.
- Side 34. Det kan evt. nævnes at listen i afsnit 6.4.2. ikke nødvendigvis er udtømmende.
 - Side 34. Det forekommer underligt at funktionerne i afsnit 6.4.3 (som både er sygehusfunktioner og kommunale funktioner) ikke er indarbejdet i afsnittene forinden 6.4.1 og 6.4.2.
 - S. 37-38: Kommunerne er fraværende i flere principper på trods af, at det ville være relevante at nævne, bl.a. punkt 3 og 4.
 - Side 40-41. De fremhævede eksempler er alle eksempler på, hvad man kan med ansættelse samme sted. Når tanken med nærhospitaler er at fremme det tværsektorielle arbejde, kunne det være fint med et par eksempler på, hvad man kan i en kommune med delegation fra fx en læge på sygehus, naturligvis når rammerne er aftalt ift. behandlingsansvar, økonomi mv. Det kunne fx være IV-behandling i eget hjem.
 - Side 42-43: Den kommunale sundhedsklinik kunne nævnes, så der ikke alene fokuseres på eget hjem.
 - Side 44-45: Sundhed på tværs kunne med fordel nævnes som eksempel. Herudover kunne der være mere fokus på lovgivning og andre udfordringer omkring deling af data, fx indgåelse af databehandleraftaler mellem sektorerne. Ligeledes ønsker KL at staten bidrager til en meget mere klar information om mulighederne for datadeling.
 - Side 46-47: Opfølgning og evaluering. KL foreslår at der i opfølgningen ikke alene ses på nærhospitalerne, men også på hvordan de påvirker den resterende decentrale kapacitet samt kapacitet i kommunerne og på akut-hospitalerne. KL finder, at man bør genoverveje metoden, hvorved Sundhedsstyrelsen kan følge nærhospitalernes udvikling. Et krav om at nærhospitaler skal være et selvstændigt fokusområde i Sundhedssamarbejdsudvalgenes slutstatus for sundhedsaftalerne, vurderes ikke nødvendigvis hensigtsmæssigt. Sundhedsstyrelsen opfordres til at beskrive mere eksplicit, hvad formålet med styrelsens opfølgning er. Metoden bør tilpasses derefter. KL gør opmærksom på at Sundhedskoordinationsudvalgene er nedlagt og erstattet med Sundhedssamarbejdsudvalg.
 - Bilag 4 generelt: KL undrer sig over hvorfor lige netop disse, men ikke andre af kommunernes opgaver på sundhedsområdet er nævnt, fx er rusmiddelbehandling og (social)tandpleje ikke nævnt.
 - Bilag 4: Forebyggelse: KL kunne godt tænke sig en forebyggelsesdefinition, som er mindre ensidigt fokuseret på tilbud og i højere grad inkluderer et strukturelt perspektiv. Følgende bør slettes *"tilbyde udbyggende, synlige og tilgængelige sundhedstilbud"* og erstattes med *"skabe sunde rammer for borgernes liv"*.
 - Bilag 4: Sundhedspleje: Det kommer meget til at lyde som at sundhedsplejen kun er inde over i de tidlige leveår. De er også inde i dagtilbud og følger barnet gennem skolegangen.

KL tager slutteligt forbehold for senere politisk godkendelse af høringsvaret og for de økonomiske konsekvenser af forslaget om at etablere nærhospitaler ud fra den faglige ramme.

Med venlig hilsen
Hanne Agerbak, kontorchef i KL's Center for sundheds- og socialpolitik

Dato: 29. august 2022

Sags ID: SAG-2020-05435
Dok. ID: 3245222

E-mail: FRBE@kl.dk
Direkte: 3370 3154

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 8