

Håndtering af COVID-19: Plan for omstilling og gradvis øget aktivitet i Sundhedsvæsenet

Baggrund

Dette notat beskriver omstillingen i sundhedsvæsenet med henblik på en gradvis øget aktivitet af samtlige sundhedsindsatser på hele sundheds- og ældreområdet i Danmark under COVID-19. Ved samtlige sundhedsindsatser forstås både offentlige og private tilbud. Ved indsatser forstås aktiviteter forbundet med undersøgelse, diagnostik, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme hos alle aktører, både offentlige og private. Notatet er rettet mod alle aktører i sundhedsvæsenet, dvs. hospitalsvæsenet, kommuner og praksissektor i såvel offentligt som privat regi, som tidligere beskrevet i *Håndtering af COVID-19: Beskrivelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet under COVID-19*¹.

Planlægningshorisonten for en omstilling med en gradvis øget aktivitet i sundhedsvæsenet er frem til en revurdering medio maj. Sundhedsstyrelsen vil informere om ophævelse af rammerne, når dette er relevant.

Dette notat skal ses i relation til den tilsigtede nedlukning af sundhedsvæsenet som beskrevet i *Notat om reduktion af hospitalsaktivitet i forbindelse med COVID-19*² af 13. marts, *Håndtering af COVID-19: Prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi* af 22. marts og *Håndtering af COVID-19: Beskrivelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet under COVID-19*, senest revideret 1. april

Dette notat erstatter *Håndtering af COVID-19: Beskrivelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet under COVID-19*.

¹ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Beskrivelse-af-kritiske-funktioner/Beskrivelse-af-kritiske-funktioner-i-sundhedsvaesenet-under-COVID-19.ashx?la=da&hash=72EC4548E55D3E5625F89F172AF4A118C15C2020>

² <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Hospitalskapacitet/Notat-om-reduktion-af-hospitalsaktivitet-ifm-med-COVID-19.ashx?la=da&hash=C2EF7016267E5DF9250BD0568276A6792775A73E>

Status på omstilling af sundhedsvæsenet under epidemien frem til nu

Den tilsigtede omstilling af sundhedsvæsenet baseret på udenlandske prognoser bestod af flere elementer. Først og fremmest en massiv opbremsning i sygehusvæsenets vanlige aktiviteter for at sikre tilstrækkelig kapacitet til at håndtere en epidemi med COVID-19, der ud fra de italienske data så ud til at kunne få katastrofale konsekvenser ikke mindst på intensivområdet. Ikke mindst aktiviteten inden for det kirurgiske og anæstesiologiske område blev kraftigt reduceret, da der fra disse områder blev rekrutteret personale, der skulle oplæres, så de kunne fungere på intensivområdet under epidemien. Derudover blev foretaget en række smittereducerende tiltag både i samfundet i form af anbefalinger om bl.a. skærpet fokus på hygiejne, at holde afstand til mennesker, man ikke var i husstand med mv. og i sundhedsvæsenet i form af bl.a. ændrede konsultationsformer. Skærpede budskaber har været rettet til borgere i risikogrupper for svær sygdom med COVID-19, ud fra et særligt hensyn om at reducere smitterisiko. Endelig kan anføres Regeringens udmelding d. 11. marts, hvor personale, der foretager ikke-kritiske funktioner, blev hjemsendt.

Dertil kommer en utilsigtet nedgang i aktiviteten i sundhedsvæsenet siden epidemiens begyndelse i Danmark, som menes forårsaget af en kombination af de generelle anbefalinger om adfærdsregulering, og en generel bekymring i befolkningen for smitte i sundhedsvæsenet, hvad enten det er hos egen læge eller på sygehusene. Som følge af anbefalingerne om bedre hygiejne ses dog omvendt et fald i øvrige smitsomme sygdomme fx influenza, som ikke har belastet sundhedsvæsenet i samme grad som tidligere år. Færre er fx blevet indlagt på sygehus med influenza, hvilket giver plads til andre aktiviteter.

På flere områder ses et bekymrende fald i aktiviteten siden niveauet forud for epidemiens begyndelse i Danmark. På hjerteområdet drejer det sig om både akutte og planlagte undersøgelser, fx hjerte-CT-scanning og ballonudvidelse eller indsættelse af udvidende metalnet i kranspulsårerne ved åreforkalkning. Antallet af disse procedurer er faldet med ca. 35%. Tilsvarende ses en markant reduktion af borgere, der henvender sig til egen læge med symptomer, der kunne være kræft, hvilket har medført en halvering i antallet af patienter, der henvises i pakkeforløb for kræft. Der har ikke været en planlagt reduktion i aktiviteten på kræftområdet fra sygehusenes side.

Konkret betyder det, at borgere, der har symptomer, som fx forstoppelse, appetitløshed og væggtab, langvarig hoste mv. ikke går til deres egen læge i samme omfang som før epidemien. Dermed får også færre borgere vurderet og udredt deres symptomer, og det kan betyde, at fx kræftsygdom ikke opdages i rette tid. Dette er bekymrende, da symptomerne eventuelt kan udvikle sig, og at eventuel kræftsygdom opdages på et senere tidspunkt, hvor sygdommen kan være mere udviklet og have spredt sig. Dette kan resultere i, at behandlingsmulighederne er begrænsede. Samlet set kan det således betyde øget sygelighed og dødelighed for den enkelte og i befolkningen.

Patienter med psykisk sygdom henvises heller ikke i samme omfang til de psykiatriske afdelinger og akuttilbud på sygehus, også her til dels fordi de ikke henvender sig til deres praktiserende læge. Derudover er en del ambulante aktiviteter lukket ned, og belægningen på de psykiatriske afdelinger er lavere end normalt, hvilket tyder på, at der også er et fald i antallet af patienter, der henvender sig i de psykiatriske akutmodtagelser. Samlet ses således et fald på 60% i henvisninger til psykiatrien. Også dette er bekymrende, da personer med fx angst eller let depression kan få forværring af deres symptomer i et omfang, så de udvikler fx svær depression og eventuelt selvmordstanker.

Sundstyrelsen vurderer, at det er en folkesundhedsmæssig bekymrende tendens, særligt hvis det strækker sig over længere tid, at borgerne utilsigtet ikke henvender sig til egen læge og derfor eventuelt heller ikke henvises til udredning i sygehusregi i vanligt omfang, kombineret med en tilsigtet nedlukning af visse aktiviteter i sygehusregi.

Ændret prognose

Planlægningen af det regionale sundhedsvæsen har indtil nu været baseret på italienske data, og forberedelserne var derfor rettet mod et scenarie i Danmark, hvor vi skulle undgå katastrofale konsekvenser i sundhedsvæsenet i form af manglende kapacitet til at håndtere de mange indlæggelseskrævende patienter, ikke mindst indlæggelser i intensivt regi. I dette scenarie skulle vi over en relativ kort periode håndtere et meget stort ekstra antal patienter med COVID-19 på sygehusene, og i lyset af dette var det nødvendigt, at mange funktioner og aktiviteter i det regionale sundhedsvæsen blev lukket ned eller udsat for at sikre den fornødne kapacitet til at håndtere patienter med COVID-19.

Vi har nu forladt den prognose og det scenarie til fordel for en ny prognose for epidemiens videre udvikling baseret på danske tal. Den nye prognose for epidemien fra Statens Serum Institut er med udgangspunkt i den kontrollerede genåbning, som regeringen udmeldte d. 6. april 2020. Prognosen viser, at COVID-19 epidemien i Danmark vil have et længerevarende forløb med et betydeligt lavere toppunkt for epidemien end hidtil antaget. Dette har store konsekvenser for planlægningen af sundhedsvæsenet.

Under et længerevarende epidemiforløb må det forventes, at det danske sundhedsvæsen i højere grad både skal tage sig af patienter med COVID-19 og af patienter med andre sygdomme og tilstande, der også kan kræve intensiv behandling. Det handler fortsat om udredning og behandling på fx kræft- og hjerteområdet, men det handler også om patienter i psykiatrien og mange andre sygdomsområder, hvor det kan have potentielt store konsekvenser for sygelighed og dødelighed, hvis patienterne under en langvarig epidemi ikke behandles. Det betyder, at der nu skal iværksættes en ny omstilling af sundhedsvæsenet med en gradvis øget aktivitet sideløbende med håndtering af patienter med COVID-19.

For regionerne betyder det en ny opgave, hvor de skal planlægge med, at der over en længere periode (måneder) vil være behov for en fast øget kapacitet til at håndtere patienter med COVID-19. Dette gælder både i forhold til fast sengekapacitet med mulighed for isolation og ikke mindst fast intensiv kapacitet i form af fysiske stuer med respiratorer, der skal være fast etableret og til rådighed. Dertil kommer behovet for et personaleberedskab, der hurtigt kan omstilles til intensivområdet, selvom dette personale også for en stor dels vedkommende vil have opgaver på det kirurgiske og anæstesiologiske område.

Der er således behov for at sikre en balance mellem at sikre tilstrækkelig kapacitet til at ambulantly udredning, testning og behandling af patienter med COVID-19, samtidig med at der skal være ressourcer til at kunne behandle andre patienter i sygehusvæsenet. Denne balance er særlig vigtig i en situation, hvor forventningen er en mere langstrakt epidemikurve, og det vil over en længere periode også gøre det vanskeligt at overholde udrednings- og behandlingsretten.

For kommuner betyder det en omstilling til gradvis øget aktivitet frem mod normalt niveau, dog fortsat med øget mulighed at bistå sygehusene med at aftage patienter, der udskrives til bl.a. kommunale akutfunktioner. Aktiviteter inden for almen genoptræning, hjemmepleje mv skal tilsvarende gradvist øges.

For almen praksis og speciallægepraksis betyder det en omstilling i form af øget aktivitet med fastholdelse af smittereducerende tiltag og nye konsultationsformer, og fortsat uden at skulle håndtere patienter med øvre luftvejssymptomer. Tilsvarende vil gælde for øvrige aktører i den resterende del af primærsektoren, hvor en omstilling med en gradvis øget aktivitet vil ske efterfølgende.

Samlet set har vi forladt og skal omstille sundhedsvæsenet fra et katastrofalt epidemiscenarie med COVID-19 med en forventet meget høj udrednings- og behandlingsintensitet på sygehuse over et par uger, der forventedes at foregå i ugerne efter påske. For at imødekomme dette blev der planlagt en meget hård opbremsning i sygehusaktiviteterne, hvor sundhedsvæsenets vanlige aktiviteter blev 'sat på hold' for at koncentrere indsatsen om COVID-19 på en kort horisont. Derefter var forventningen en tilbagevenden til almindelig aktivitet.

Det nye scenarie er et forløb, hvor vi efter alt at dømme skal håndtere COVID-19 i sundhedsvæsenet over en længere tidshorisont sideløbende med, at vi også i øget omfang skal kunne behandle patienter for andre tilstande. Det skal vi gøre under hensyn til fortsat at reducere smitterisiko, men også nødvendigvis for at sikre, at den enkelte borgers sundhedstilstand og befolkningens folkesundhed ikke forværres. Derudover er det afgørende, at der sker en omstilling med en gradvis øget aktivitet således, at der ikke udvikler sig en stor behandlingsspekkel i det regionale sundhedsvæsen, der vil få langvarig betydning.

Kritiske funktioner

I lyset af en ny prognose og en epidemi med et mere langvarigt forløb er der behov for at præcisere, hvad der betragtes som en kritisk funktion. Dette dels for at tage højde for den utilsigtede nedgang i aktiviteten som følge af færre henvisninger, dels for at tage hensyn til tidsfaktoren i en langvarig epidemi, hvor udsættelse af behandling over en længere tidshorisont er problematisk både for den enkelte og for folkesundheden. Således vil mange tilstande ikke kunne udskydes over længere tid.

En kritisk funktion må ikke ligestilles med en 'akut' eller livskritisk' funktion. Mange funktioner i sundhedsvæsenet er kritiske i forhold til at styrke, opretholde eller hindre forværring af den enkelte borgers sundhed, funktionsniveau, livskvalitet eller arbejdsevne. Fx er det kritisk at få opereret sit slidte knæ eller sin grå stær, at blive udredt for sin spiseforstyrrelse eller få behandlet sin type 2 sukkersyge, at blive genoptrænet i kommunen efter en lang indlæggelse, især hvis man er ældre, eller få behandlet sit alkoholmisbrug. Det er ikke nødvendigvis akutte eller livskritiske tilstande – men behandles de ikke over en længere tidshorisont, får man ikke en bedre sundhed, et styrket helbred, et god livskvalitet, en evne til arbejde eller blot at kunne klare sig i eget hjem. Dette øger risikoen for, at de forværres i en grad, så de bliver akutte, livskritiske, kroniske eller fx fører til invalidering og/eller arbejdsløshed med nedsat livskvalitet til følge.

Kritiske funktioner er således al aktivitet omkring både undersøgelse, behandling, genoptræning, pleje, forebyggelse mv. forbundet med de konkrete tilstande. Nedlukning af kritiske

funktioner skal derfor kun prioriteres ved et nødvendigt behov for at have kapacitet til varetagelsen af et forøget patientvolumen med COVID-19, eller hvor fortsat nedlukning skønnes nødvendig for at reducere smitterisikoen. Over en længere tidshorisont kan nedlukning af kritiske funktioner få stor negativ betydning for både den enkelte borger og for folkesundheden.

Funktioner, der ikke er rettet mod at styrke, opretholde eller hindre forværring af et konkret individs sundhed, funktionsniveau, livskvalitet eller arbejdsevne, skal fortsat ikke prioriteres ud fra et hensyn om at reducere sociale kontakter og derved mindske risikoen for smittespredning i samfundet. Det drejer sig fx om kosmetiske operationer, hvor der ikke ligger et egentligt helbredsproblem til grund.

Omstilling og gradvis øget aktivitet på sygehusene

Intensivområdet

Sundhedsstyrelsen udgav d. 22. marts 2020 rapporten *Håndtering af COVID-19: Prognose og kapacitet for intensiv terapi*. Rapporten indeholdt Sundhedsstyrelsens første prognose for behov og kapacitet for intensive sengepladser i forbindelse med den første bølge af COVID-19. Den første prognose var baseret på modeller med fremskrivninger af den kinesiske og italienske epidemiudvikling, som var oversat til danske forhold. Den nye prognose baseret på danske tal skal fremadrettet danne grundlag for en justeret planlægning.

En epidemibølge med et mere langvarigt forløb foreløbigt frem mod sommer, og en samtidig gradvis genoptagelse af mere normal aktivitet i sundhedsvæsenet, vil have stor betydning for planlægningen af intensiv kapaciteten på landets sygehuse. Der skal således etableres en fast ekstra intensiv kapacitet til håndtering af patienter med COVID-19 i flere måneder og det medfører en række planlægningsmæssige overvejelser og prioriteringer i forhold til fysisk etablering og personale.

I forhold til respiratorkapaciteten vil der, jf. notatet af 22. marts, være 433 faste intensivpladser med respiratorer til rådighed på sygehusene. Disse vil så vidt muligt skulle anvendes til patienter, der er kritisk syge af andre årsager end COVID-19. Derudover vil man skulle opbygge en fast øget kapacitet til patienter med COVID-19.

Ved en øget aktivitet af primært kirurgiske aktiviteter, vil en del af det ekstra personale, der er rekrutteret og opkvalificeret til intensivområdet i øjeblikket, gå tilbage til andre opgaver på fx anæstesiaafdelinger og opvågningsafdelinger. En del af dette personale indgår dog i et vist omfang allerede nu som en del af det faste personale på intensivområdet. Fremadrettet vil der fortsat være behov for personale i beredskab i en periode over flere måneder til at kunne bistå på intensivområdet, såfremt epidemien udvikler sig og behovet for en opjustering af intensivområdet er nødvendigt. Det faste personale kan forventeligt kun anvendes i et vist udvidet omfang, ligesom det kan være svært at fastholde eksternt rekrutteret personale, eksempelvis pensionerede intensivsygeplejersker, over en længere tidshorisont.

Afhængig af graden af åbning af samfundet kan der blive behov for, at der etableres en fast kapacitet på op til 300 ekstra faste intensive pladser med respiratorer, som er dedikeret til patienter med COVID-19. De vil dels bestå af den ekstra kapacitet af respiratorer fra lager, fra ny-indkøb mv., men det vil formentlig også være nødvendigt at anvende dele af den eksisterende kapacitet til patienter med COVID-19. Den konkrete vurdering og planlægning heraf skal ske i samarbejde med regionerne og deres sygehuse.

Planlagt (elektiv) kirurgi

Den planlagte kirurgi vil blive påvirket af, hvorledes planlægningen af intensivområdet foretages. Én af forudsætningerne er, at operationsstuerne generelt set, herunder operationsstuer og afsnit til dagkirurgi, friholdes fra at blive etableret som faste intensivpladser, og at der er respiratorer/anæstesiapparater til rådighed for operationer.

Selv med fuldt disponible operationsstuer vil aktiviteten afhænge af, hvor meget personale, der er til rådighed for operationsgang og opvågningsafsnit. Det er forventningen, at kritiske operationer såsom hjerte- og kræftoperationer fortsat vil kunne varetages inden for gældende rammer, men også at der eksempelvis vil være behov for at udskyde planlagte operationer fx knæoperationer, hofteoperationer mv., som kun vil kunne foretages i et vist omfang jf. den ovenfor beskrevne model.

Balancen er således i hvor stort omfang, intensivområdet også fremadrettet vil få behov for at trække personaleressourcer væk fra vanlige opgaver i anæstesiaafdelingerne. På både kort og lang sigt vil den planlagte kirurgi således være under forudsætning af den samlede planlægning af materiel og personaleressourcer til de ekstra faste intensivpladser.

Almindelig sengekapacitet

En langstrakt epidemi vil også få betydning for planlægningen af den almene sengekapacitet, som tilsvarende skal etableres i udvidet omfang og så vidt muligt i fysiske rammer, der ikke optager plads fra den nødvendige behandling af patienter med andre sygdomme og tilstande. De anvendte personaleressourcer kommer primært fra det samlede intern medicinske område, men da specialiseringsgraden sammenlignet med intensivpersonale er lavere, er personalereserven hér større.

Det vurderes, at der skal etableres en fast sengekapacitet på op til 800 ekstra senge, som er dedikeret til patienter med COVID-19. Også her vil den konkrete vurdering og planlægning ske i samarbejde med regionerne og deres sygehuse.

Ambulant aktivitet

Den ambulante aktivitet, herunder visitation og forundersøgelser, skal gradvist øges, også selvom fx operationer ikke umiddelbart lader sig gennemføre. Derved kan det sikres, at henviste patienter visiteres og udredes for deres symptomer, og at der foretages en lægefaglig vurdering af, hvorvidt patienten skal prioriteres til fx operation eller kan afvente. Innovative tiltag som fx telefon- og videokonsultation fastholdes.

Personaleressourcerne på det ambulante område er i vist omfang aktuelt flyttet til bl.a. udredningsenheder for COVID-19, hvor der fortsat vil være behov for personale til udredning under epidemien. Dette skønnes dog ikke at udfordre muligheden for at prioritere den ambulante aktivitet, uanset område/speciale, i et større omfang, om end personaleressourcer også herfra kan indgå til den øgede faste almindelige sengekapacitet.

Såfremt der er perioder med nedsat ambulatorieaktivitet, skal der opretholdes akutfunktion, så patienter, der er tilknyttet et givent ambulatorium, kan kontakte ambulatoriet ved forværring af symptomer/tilstand. Eventuelt, og ikke mindst for risikogrupper, kan midlertidigt aftales opfølgning i andet regi, herunder almen praksis, speciallægepraksis eller eventuelt privathospital.

Omstilling og gradvis øget aktivitet i almen praksis og øvrige praksisfunktioner

Almen praksis, speciallægepraksis samt øvrige praksisfunktioner kan som udgangspunkt genoptage den vanlige aktivitet, dog fortsat med fokus på det overordnede hensyn om at minimere risiko for smittespredning. Visiteret adgang gør sig fortsat gældende, ligesom innovative tiltag som fx telefon- og videokonsultation, konsultation via Min Læge mv. fastholdes. Den primære konsultationsform skal være telefon- eller videokonsultation. Det er vigtigt, at henvisningspraksis til sygehusvæsenet normaliseres.

Patienter med øvre luftvejssymptomer, der kunne være COVID-19, skal fortsat ikke ses i almen praksis. Også hos andre patienter kan der opstå tvivl om smittestatus, ligesom patienter også kan møde uanmeldt op på trods af bestræbelserne på visiteret adgang. Ud fra et forsigtighedsprincip gives derfor mulighed for anvendelse af almindelige værnemidler, både til visse patientgrupper og til lægen selv. Dette præciseres i reviderede retningslinjer til almen praksis.

Der er en særlig opmærksomhed omkring aerosolproducerende procedurer (procedurer, hvor der dannes vandpartikler, der kan være smittefarlige, typisk fx hos tandlægen eller ved kikkertundersøgelser af mund/svælg). Til disse procedurer skal anvendes værnemidler jf. anbefalinger fra Statens Serums Institut³. Der er samtidig også et fokus på fortsat at reducere omfanget af disse procedurer, som kun bør foretages inden for praksisområdet, når det skønnes absolut nødvendigt, eksempelvis i forbindelse med udredning af mistanke om kræft.

Endeligt kan almen praksis og speciallægepraksis eventuelt bistå med kontrol af ambulante patienter fra hospitalerne, ikke mindst af patienter, der tilhører risikogrupper, hvis det samlet set skønnes mest optimalt for patienten. Tilsvarende vil almen praksis i det omfang, der er ledig kapacitet i praksis, kunne bistå kommunerne, der har opjusteret deres akutfunktioner med henblik på i øget omfang at kunne håndtere patienter udskrevet fra sygehuse.

Omstilling og gradvis øget aktivitet på privathospitaler

Private hospitaler i øget omfang kunne bidrage med en øget aktivitet. Dette baseres på en regional vurdering af hvilke områder, hvor der skønnes at være et særligt behov. Dette kan dels være ud fra et hensyn om at reducere smitterisiko til visse patientgrupper i og med, at patienter med COVID-19 slet ikke behandles på de private hospitaler, dels ved kapacitetsudfordringer på de offentlige sygehuse.

De private hospitaler kan bistå med diagnostiske undersøgelser fx kikkertundersøgelser og scanninger, samt operationer, typisk i fx skuldre, knæ, hofter og ryg mv. Også private hospitaler, der vanligt varetager planlagte hjerteundersøgelser og –kirurgi, vil kunne bidrage med aktivitet i udvidet omfang. Dette er dog under en forudsætning af, at der i den konkrete individuelle vurdering inddrages risikoen for komplikationer og efterfølgende behov for overflytning til offentligt sygehus.

³ <https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer/infektionshygiejniske-retningslinjer-for-covid-19>

Omstilling og gradvis øget aktivitet i kommuner

Den kontrollerede omstilling og den gradvise øget aktivitet i kommunernes sundhedsvæsen skal ligeledes ske under hensyntagen til varetagelse af kommunens kritiske funktioner, prioritering af folkesundheden og minimering af risikoen for smitteoverførsel.

Kommunerne vil fortsat spille en væsentlig rolle i forhold til at aflaste sygehusene med patienter, der kan færdigbehandles i kommunalt regi, typisk patienter, der vanligvis udskrives til en kommunal akutfunktion. Såfremt sygehusene presses kapacitetsmæssigt af flere indlæggelser, kan det komme på tale, at patienter udskrives 1-2 dage tidligere i deres sygdomsforløb. Også i kommuner kan personaleressourcerne flyttes rundt og visse tiltag kan nedprioriteres ud fra en hensyn til reduktion af smitterisiko, fx holdtræning, gruppeindsatser mv.

Kommunerne skal endvidere i øget omfang sikre den almene genoptræning, aktiviteter i hjemmeplejen samt sikre, at alkohol- og misbrugsbehandlingen prioriteres i øget omfang.

Principper for faglig prioritering i omstillingen af sundhedsvæsenet med gradvis øget aktivitet

Omstillingen af sundhedsvæsenet med en gradvis øget aktivitet bør baseres på følgende principper:

- Fortsat sikring af kapacitet til at håndtere epidemien med COVID-19, så katastrofale nedbrud af sundhedsvæsenet undgås
- Konkret lægefaglig prioritering ud fra en individuel vurdering
- Reduktion af smitterisiko skal fortsat prioriteres højt
- Innovative tiltag i sundhedsvæsenet skal fastholdes

Prioritering af kritiske funktioner på sygehusene og i andre dele af sundhedsvæsenet

Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes, prioriteres fortsat først. Det er forventningen, at alle regioner vil kunne fastholde varetagelsen af disse sygdomme/tilstande/behandlinger med en fast øget intensiv kapacitet som ovenfor anført. Det drejer sig fx om akutte kirurgiske tilstande, udredning og behandling af kræft, hjertesygdomme omfattet af maksimale ventetider, børnehjertekirurgi og alle aktiviteter inden for psykiatrien, jf. bilag.

Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes, prioriteres i det omfang, der er kapacitet og baseret på en konkret og individuel vurdering. Behandlinger på børn, hjerteprocedurer og behandling af multisyge prioriteres først.

Det vil i hver enkelt klinisk situation være et *konkret fagligt skøn (fra læge, tandlæge mv.)*, der ligger til grund for en vurdering af om en given behandling kan og skal gennemføres. I vurderingen vil fx indgå alvorligheden og sværhedsgraden af sygdommen/tilstanden, samt risikoen for at sygdommen forværres, hvis man ikke behandler, herunder om der er risiko for øget medicinforbrug som følge af dette. I vurderingen skal også indgå risikoen for, at sygdommen bliver kronisk, hvis den ikke behandles på en horisont over et par måneder og i hvilket omfang livskvaliteten og funktionsevnen er påvirket mv.

I forhold til kirurgiske behandlinger skal der være særligt fokus på at mindske postoperativt behandlingsbehov, herunder genindlæggelse ved komplikationer. Samtidigt skal de patienter, hvor der er *en vis risiko* for sygdomsprogression inden for en tidshorisont på nogle få måneder, konkretiseret ved *en vis risiko* for at der skal foretages akut eller sub-akut operation frem

for planlagt operation pga. symptomforværring (fx smerteforværring), organpåvirkning mv., prioriteres. Endeligt skal tages særligt skærpet hensyn til patienter i risikogrupper grundet risiko for øget sygelighed og dødelighed i forbindelse med infektion med COVID-19.

Også i kommunalt regi skal prioritering i tråd med ovenstående altid bero på en konkret faglig vurdering af konsekvenser for den enkelte borger. Vurderingen skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov samt fysiske, psykiske og kognitive ressourcer. I vurderingen skal ligeledes indgå i hvor høj grad borgeren har ressourcer at trække på i omgivelserne, herunder pårørende.

Reduktion af smitterisiko

Der skal fortsat være bredt fokus på at undgå smittespredning i sundhedsvæsenet, således både fastholdelse af sociale regler og adfærdsregulering, indretning af lokaler, færre fremmødetider, ændrede konsultationsformer mv. Men også særlige forholdsregler omkring visse procedurer, som kræver særlige omstændigheder pga. øget smitteeksponering. Reduktion af smitterisiko skal således fortsat prioriteres som anført i *Håndtering af COVID-19: Beskrivelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet under COVID-19*⁴.

Under en kontrolleret åbning af samfundet bredere set, forventes smittetrykket at stige, hvorfor der skal iværksættes *yderligere tiltag* med henblik på at reducere smitterisiko. Det kan være øget brug af værnemidler ud fra et forsigtighedsprincip, fx ved usikkerhed om patientens smitestatus fx ved fortsatte symptomer men negativ test for COVID-19, eller hvis patienter ikke forstår anvisninger om smittereducerende tiltag eller ikke kan udtrykke symptomer fx ved kognitiv svækkelse.

Det kan også være styrket smitteforebyggelse ved en udvidet testning af personalet, såvel PCR som antistof-testning, når muligheden for dette foreligger. Tilsvarende kan man overveje at teste patienter fx i sygehusregi forud for operationer eller andre procedurer.

Ovenstående er ikke mindst relevant for områder og funktioner, der er særligt udsatte i forhold til øget risiko for smittespredning. Det drejer sig væsentligst om aerosolproducerende procedurer, hvor smittespredningen via vandpartikler, giver en øget risiko for smitte til såvel personale og andre patienter. Det drejer sig væsentligst om aktiviteter inden for tandplejen, inden for øre-næse-hals-området, hvor der er særlig skærpet opmærksomhed omkring anvendelse af værnemidler og skærpet opmærksomhed på omfang af aktiviteter.

Under en omstilling med en gradvis øget aktivitet, vil såvel aktiviteten som smittespredningen i sundhedsvæsenet blive monitoreret.

Innovative tiltag i sundhedsvæsenet

I regioner, kommuner og praksissektor er iværksat en lang række innovative tiltag både i relation til udredning og behandling af patienter med COVID-19 og til patienter med andre sygdomme og tilstande, fx konsultationer med egen læge vha. app'en Min Læge, udvidet brug af telemedicinske løsninger til patienter med fx hjertesvigt og ikke mindst en generel udbredt anvendelse af telefon- og videokonsultation, hvor det skønnes muligt.

⁴ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Beskrivelse-af-kritiske-funktioner/Beskrivelse-af-kritiske-funktioner-i-sundhedsvaesenet-under-COVID-19.ashx?la=da&hash=72EC4548E55D3E5625F89F172AF4A118C15C2020>

Sundhedsstyrelsen bifalder disse tiltag, som bør fastholdes ikke kun under epidemien men også på en længere horisont, idet de i mange henseender også tilgodeser andre udfordringer i sundhedsvæsenet og folkesundheden bredt set. Disse udfordringer er behandling over større geografiske afstande, fx lægemangel i yderområder, eller behandling i hjemmet, fx til ældre, immobile og sårbare grupper, herunder psykiatriske patienter. De nye innovative tiltag af forskellig karakter bidrager således også til et optimeret tværregionalt og -sektorielt samarbejde og opgaveløsning.

Plan for omstilling af sundhedsvæsenet med gradvis øget aktivitet

En gradvis øget aktivitet i sundhedsvæsenet med varetagelsen af kritiske funktioner som defineret kan nu iværksættes og bør revurderes senest medio maj 2020.

Omstillingen med en øget aktivitet i almen praksis og speciallægepraksis er ved at blive implementeret og hermed også en normal henvisningspraksis til sygehusregi med et forventet antal øget henvisninger til udredning. Dette er ledsaget af kommunikationsindsats til befolkningen om vigtigheden af at søge læge ved symptomer eller ved bekymring over helbredet. Fokus er at sikre, at borgerne henvender sig med symptomer, behandles i primærsektoren eller eventuelt henvises til udredning i sygehusregi. Aktiviteten i sygehusregi øges i takt hermed, så der er den fornødne kapacitet til visitation og udredning, og der sker en gradvis øgning af den ambulante aktivitet i øvrigt.

Regionerne er i gang med at etablere den faste intensivkapacitet efter den nye prognose, herunder både fysisk placering af senge og materiel til rådighed, samt lægge plan for hvordan personaleressourcerne kan fordeles mellem henholdsvis øget fast intensivkapacitet og planlagt kirurgi, hvorfra personaleberedskab til intensivområdet også skal tænkes ind. Regionerne er endvidere i gang med at etablere den faste almindelige sengekapacitet.

Sundhedsstyrelsen er endvidere i dialog med regionerne om, hvornår kapaciteten til faste intensivpladser i det nødvendige omfang er på plads, herunder en plan for anvendelse af respiratorer og personale, set i forhold til planlægning af omfang af planlagt kirurgi. Regionerne vil efterfølgende kunne etablere omfanget af planlagt kirurgi, hvorefter den første gradvise aktivitetsforøgelse af den planlagte kirurgi kan påbegyndes.

Omfanget af planlagt kirurgi skal nødvendigvis justeres i forhold til belægningen af patienter på intensivområdet, både af patienter med COVID-19 og andre patienter. Afhængigt af epidemiens forløb, herunder hvorledes den udvikler sig i de enkelte regioner, vil der være en vis forskel på sygehusenes mulighed for gradvist at øge aktiviteten. Således vil ikke alle hospitaler kunne varetage det samme, heller på samme tid. Den enkelte region og sygehusene tilpasser den planlagte kirurgi i forhold til behovet på intensivområdet, herunder samarbejder på tværs, også tværregionalt.

Aflysninger af planlagte operationer kan komme på tale afhængigt af behovet for at trække på personale i beredskab til intensivområdet. Private hospitaler kan inddrages til at varetage diagnostiske undersøgelser og planlagt kirurgi inden for de områder, de i forvejen har opbygget kapacitet til.

Omstillingen og den gradvise øgning af aktiviteten i den resterende praksissektor sker tidsmæssigt forskudt fra den gradvis øget aktivitet i almen praksis og speciallægepraksis. Også

her er det under forudsætning af smittebegrænsende tiltag, ændrede konsultationsformer i det omfang, det lader sig gøre og evt. omlagte procedurer, så smitterisiko reduceres, hvis de skal kunne foretages. Visse funktioner vil fortsat ikke skulle varetages ud fra et hensyn om at reducere smitterisiko, fx kosmetiske behandlinger. Kommuner øger tilsvarende deres aktivitet, men fastholder beredskab for eventuelt behov for at opjustere antallet af akutfunktioner.

Risici og opmærksomhedspunkter

Særligt fokus skal være på ulighed i sundhed og udsatte og sårbare grupper. Det omfatter psykiatriske patienter med somatisk sam-sygelighed (ko-morbiditet), patienter med dobbeltdiagnoser, dvs. både psykiatrisk sygdom og misbrug, og resourcesvage patienter generelt set.

Grundet aktivitetsreduktionen i sygehusregi frem til nu kræver de diagnostisk uafklarede patienter en særlig opmærksomhed. Det kan være patienter, som er set af egen læge, men hvor patienten endnu ikke er henvist til sygehusregi, eller ny-henviste patienter, som endnu ikke er visiteret eller indkaldt til udredning i sygehusregi. En sidste gruppe er de patienter, der har afholdt sig fra at gå til læge pga. bekymring for smitte med COVID-19. Det er derfor vigtigt, at der foretages og planlægges med visitation og eventuel udredning i vanligt omfang af alle henviste patienter, ligesom primærsektoren også opfordres til at henvise til sygehusregi, hvis nødvendigt.

Sundhedsstyrelsen har fokus på, at alle indsatser i psykiatrien opretholdes i videst mulige omfang, under hensyn til at også indlagte psykiatriske patienter får COVID-19, hvilket kan kræve ekstra ressourcer i psykiatrien til dette. Frigørelse af personaleressourcer fra psykiatrien til håndtering af COVID-19 skal derfor også kun forekomme i begrænset omfang, og da oplagt kun ved behov for frigørelse af personale med intensiv eller anæstesiologisk erfaring. Håndtering af COVID-19 må ikke belaste sengekapaciteten i psykiatrien fraset til indlagte psykiatriske patienter, der får COVID-19 i mild grad. Ambulant behandling genoptages tilsvarende i normalt omfang eventuelt i andre konsultationsformer og med smittereducerende tiltag. I kommunalt regi skal alkohol- og misbrugsbehandling gennemføres i vanligt omfang.

Overvågning af epidemien fremadrettet

I lyset af en gradvis kontrolleret genåbning af samfundet vil der være behov for en intensiv overvågning af udviklingen af epidemien. Der vil være brug for at få viden om, hvis der sker en pludselig hurtig smittespredning, da det uundgåeligt vil have store konsekvenser for belastningen af sygehusene, herunder intensivkapaciteten. Det vil i forbindelse med en gradvis genåbning af samfundet således ikke være tilstrækkeligt udelukkende at følge antal indlæggelser og antal bekræftede tilfælde af COVID-19, da der fx typisk går 14 dage fra man bliver smittet, til der er behov for intensiv kapacitet.

Bilag. Principper for faglig prioritering af indsatser i omstillingen af sundhedsvæsenet med gradvis øget aktivitet

Under en omstilling med gradvis øget aktivitet i sundhedsvæsenet skal der være fokus på behandlinger, der ikke kan udsættes på en langvarig horisont, uden at det indvirker på sygelighed og potentielt også dødelighed. Det vil i hver enkelt klinisk situation være et *konkret lægefagligt skøn*, der ligger til grund for beslutning om behandling.

I vurderingen kan fx indgå

- alvorligheden og sværhedsgraden af sygdommen/tilstanden,
- risikoen for at sygdommen forværres, hvis man ikke behandler, herunder om der er risiko for øget medicinforbrug som følge af dette,
- risikoen for, at sygdommen bliver kronisk, hvis den ikke behandles på en horisont over et par måneder
- påvirkning livskvaliteten
- påvirkning af funktions- og/eller erhvervsevne
- behandlingsbehov efter kirurgi, herunder genindlæggelse ved komplikationer
- multisygdom hos patienten

Eksempler – skal ikke ansues kategorisk:

Kvinde med ufrivillig vandladning, i et erhverv med tunge løft, som betyder, hun 'lækker' ved alle løft, bør behandles, da hun udover at have dårlig livskvalitet og hygiejnemæssige problemer, også har påvirket erhvervsevne. Dette i kontrast til kvinde med gener ved nys eller grin og behov for hyppige skift af indlæg i undertøj.

Ældre mand med problematisk vandladning, gentagne tilfælde af manglende vandladnings-evne og eventuelt også gentagne blærebetændelser, bør behandles. Dette i kontrast til ældre mand med vandladning flere gange om natten og problemer med søvn, men uden andre gener, og klarer sig med middagslur om dagen.

Enlig ældre patient med astma og betydelige smerter fra slidt hofte, tiltagende forbrug af smertestillende og problemer med at klare sig i hjemmet, bør behandles, da funktionsevnen er betydeligt nedsat i en grad, så evnen til at klare sig selv i hjemmet er påvirket, og risikoen for at udvikle en kronisk tilstand er overhængende ikke mindst i forhold til brug af smertestillende medicin. Dette i kontrast til anden patient, også med slidt hofte, klarer sig på stabil dosis smertestillende, bor med ægtefælle og kan overkomme dagligdagen sammen med hjælp fra kommunen til rengøring.

Kvinde med kontakt-eksem på hænder i mild til moderat grad, udløst af anvendelse af latex-handsker fra sit erhverv, hvor der også er hyppige håndvask – erhvervsevnen er påvirket i betydelig grad – bør behandles. Dette i kontrast til person med kontakteksem udløst af cremer eller parfume, hvor adfærdsændring kan sætte generne i bero.

Patient med tendens til hjertekramper af moderat grad, som dog altid svinder af sig selv, udtalt angst for hjertesmerter og har sparsom kontakt til pårørende, isolerer sig i hjemmet, tør ikke foretage sig noget fysisk, hyppige indlæggelser med angstanfald men ikke ustabile hjertekramper eller blodprop i hjertet, bør behandles. Dette i kontrast til patient med moderat grad af stabile hjertekramper, som altid optræder ved bestemte aktiviteter, og som patienter kender og undgår, og er i øvrigt ikke generet i sit sociale liv.

Listen er vejledende, ikke udtømmende og dækker ikke enhver klinisk indikation.

Eksempler på funktioner, der generelt skal udsættes ud fra et hensyn om at reducere smitterisiko

Sundhedsvæsen	Funktioner, der generelt skal udsættes
Offentlig og private sygehuse/hospitaler og speciallægepraksis	Kosmetiske behandlinger, Fjernelse af tatoveringer, Sterilisation Operation af "stritører", Behandling af karsprængninger mv
Kommunale tilbud på sundheds- og ældreområdet	Etablering af mødregrupper og gruppebaseret rådgivning ved sundhedsplejerske Forebyggende og sundhedsfremmende <u>gruppeindsatser</u> såsom rygestopkurser og motionstilbud, alkoholrådgivning og stressforløb – medmindre det kan etableres over video eller telefon
Offentlig og privat tandpleje	Kosmetiske tandbehandlinger
Øvrige praksissektor	Sundhedsfremmende gruppeindsatser til gravide og børn såsom fødselsforberedelse, barselsgymnastik, babytræning Sundhedsfremmende tiltag hos fx apotekerne, rejsevaccinationer

Eksempler på indsatser, der som udgangspunkt skal varetages, og indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes

Vedr. offentlige og private sygehuse/hospitaler samt speciallægepraksis

	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Gynækologi og obstetrik	Udredning og behandling af kræft Planlagte kejsersnit Aborter før og efter 12. uge Behandling for skader efter fødsel fx på endetarmens lukkemuskulatur	Behandling af godartede sygdomme herunder nedsunken livmoder og ufrivillig vandladning Behandling af kraftige menstruationsblødninger
Karkirurgi	Akut kirurgi herunder ved kritisk åreforkalkning, blodprop-løsende behandling (trombolyse), ballonudvidelse eller by-pass og operation for truende karsprængning af de store kar mv. Anlæggelse af kar-adgang ved akut dialyse behov	Behandling af åreknude Planlagte operationer af udposninger på pulsårerne
Kirurgi	Behandling af kræftsygdomme Børnekirurgi	Planlagt kirurgi herunder operationer ved galdestenssygdom, tilbagelægning af stomi, operationer på tyktarm på godartet baggrund, brok, fedmekirurgi mv
Neurokirurgi	Kræftudredning og -behandling Behandling af umiddelbart livs- og førlighedstruende tilstande	Funktionel neurokirurgi Behandling af slidgigt i nakke- og ryg uden akut behandlingsindikation

	Infektionskirurgi	Planlagt kar-kirurgi i hjernen
Ortopædisk kirurgi	Operationer for behandlingskrævende knoglebrud herunder brud omkring proteser Tumorer i bløddele, knogler mv (sarkomer) og infektionskirurgi herunder ved mistanke om infektion omkring protese Rygoperationer ved rodpåvirkning med svær parese og/eller manglende kontrol af blære og endetarmsmuskel	Operationer for godartede tilstande såsom fedtknuder, springfinger, nedgroede negle, hammer-tæer mv. Planlagte operationer med indsættelse af hofte eller knæproteser e.l. Kikkertundersøgelser
Øre-næse-hals	Tilstande såsom byld, vedvarende næseblødning, infektioner og luftvejstruende tilstande Behandling for kræfttilstande Dræn i mellemøret, hvor udsættelse vil forværre barnets sproglige udvikling, samt efter konkret vurdering anlæggelse af dræn hos børn med vedvarende mellemørebetændelse og høreudsættelse med eller uden samtidige sprogproblemer	Nye forundersøgelser vedr. tilstande, som patienten har levet med længe og som ikke er helbredstruende, fx næseskillevæg og kronisk bihulebetændelse. Procedurer, hvor patient og læge er i tæt kontakt, og hvor behandlingsprocedurer afstedkommer udtalt dannelse af aerosoler udsættes hvis muligt Udredning og behandling af høreudsættelse
Plastikkirurgi	Kræftrettet onkologisk plastikkirurgi, herunder primær rekonstruktion i forbindelse med onkologisk brystkirurgi Behandling af sår herunder brandsår og større erhvervede eller traumatiske sår	Kønsskiftekirurgi Rekonstruktioner Følger efter fedmekirurgi Medfødte misdannelser (skal særligt vurderes på individniveau i forhold om udsættelse har indflydelse på muligt behandlingsresultat og funktionsniveau) Korrektion af ansigtsslammelse
Tand-mund-kæbekirurgi	Behandling af brud i ansigtsskelet Behandling af infektiøse tilstande Rekonstruktiv kirurgi i direkte relation til kræftkirurgi Medvirken i samarbejde omkring behandling af kræftlidelser i mund- og kæbe-region	Kirurgisk behandling af snorken og søvnapnø. Korrektion af medfødte og erhvervede kæbemisdannelser og defekter i kraniesammen voksningen (skal i forhold til de medfødte tilstande særligt vurderes på individniveau i forhold til om udsættelse har indflydelse på muligt behandlingsresultat)
Kirurgi på brystkasse, hjerte og lunger (thoraxkirurgi)	Kræftbehandling Infektionsbehandling Sammenklappe lunge Traumebehandling Stent-behandling, ballonudvidelse eller by-pass ved påvist venstre hovedstammesygdom i hjertet, dokumenteret ustabil angina pectoris (hjertekramper) eller angina pectoris umiddelbart efter akut blodprop i hjertet Børnehjertekirurgi	Planlagte operationer herunder behandling af 'store lunger' ved fx kronisk obstruktiv lungesygdom og hjerteklapoperation Planlagt stent-behandling, ballonudvidelse eller by-pass ved stabil åreforkalkning i hjertet og Operation på kronisk forkalket hovedkranspulsårer i brysthulen
Nyre- og urinvejskirurgi (urologi)	Kræftudredning og behandling Kontrolkikkertundersøgelse af blæren efter kræft Aflastning af nyrerne med kateter, hvis der er afløbshindring for urin eller infektion i urinvejene	Indgreb for godartede tilstande herunder sterilisation, vandbrøk, godartet forstørret prostata, forhudsfor snævring Kontrolkikkertundersøgelser i blæren efter celleforandringer
Billeddiagnostiske invasive undersøgelser (undersøgelser vha.	Behandlinger af kræfttilstande Diagnostik og behandling af livstruende tilstande	Behandlinger af godartede tilstande

snit, stik eller instrumentering af kanaler i kroppen, fx kar)		
Kardiologiske invasive undersøgelser (undersøgelser ved instrumentering af karbanen)	Behandling af åreforkalkning (KAG, PCI) ved påvist venstre hovedstammesygdom i hjertet, dokumenteret ustabil angina pectoris (hjertekramper) eller angina pectoris umiddelbart efter blodprop i hjertet	Behandling af åreforkalkning (KAG) ved stabil angina pectoris (hjertekramper) Planlagt anlæggelse af pacemaker
Kikkertundersøgelser af kroppens hulrum (endoskopier)	Kikkertundersøgelse som led i udredning for kræftsygdom Kikkertundersøgelse af galdeveje ved tilstand med gulsot, hvor kræft ikke kan udelukkes Kikkertundersøgelse af ende- og tyktarm ved blødning eller mistanke om kræft Kikkertundersøgelse af spiserør, mavesæk og tolvfingertarm eller af tyktarm hos patienter med forsnævring og behov for gentagne udvidelser	Anlæggelse af ernæringssonde gennem huden ind i mavesækken, såfremt ernæring kan klares midlertidigt på anden vis Kikkertundersøgelse af spiserør, mavesæk og tolvfingertarm eller af tyktarm på indikation sure opstød, mavesmerter eller forstoppelse uden alarm symptomer
Transplantationskirurgi	Transplantationer af vitale organer fra afdød donor	Transplantationer fra levende donor samt alle transplantationer af ikke vitale organer såsom hornhinde
Øjensygdomme	Grøn stær (ny-diagnosticerede eller dårligt regulerede patienter) Aldersbetinget degeneration af øjet, hvor der er risiko for blødning Pludseligt opstået dobbeltsyn, pludseligt opstået synstab, smertende, lyssky øjne Diabetespatienter med øjensymptomer i form af slør eller formforvrængninger Forebyggelse af skelen hos børn ("dovne øjne")	Diabeteskontrol hos patienter med velkendt, ukompliceret forløb Aldersbetinget degeneration af øjet, hvor der er ikke er risiko for blødning Betændelse af øjenlågsranden/øjenirritation (våde/tørre øjne). Forundersøgelse og operation af grå stær
Hudsygdomme	Mistanke om modermærkekræft, hudkræft, fnat, akut eller forværret eksem, psoriasis eller anden inflammatorisk hudsygdom, utilstrækkelig kontrol af hudlidelse hos patienter i medicinsk behandling Lysbehandling og behandling af sår	Fjernelse af forandringer uden mistænke om kræft, årskontroller af solskader, mild acne, udredning for kontakteksem, behandling af fodvorter, behandling af svedige hænder/fødder, behandling af uønsket hårvækst Kontroller af iværksatte behandlinger vedr. eksem, psoriasis, nældefeber, acne og andre lette hudsygdomme, hvor patienten ikke har forværing af symptomer
Psykiatri	Alle aktiviteter	

Vedr. almen praksis

	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Almen praksis	<p>Opfølgning af patienter med kroniske sygdomme</p> <p>Håndtering af akutte og nyopståede sygdomme mv. fx mindre skader, blærebetændelse, akutte psykiatriske problemstillinger</p> <p>Graviditetsundersøgelser, børnevaccinationer og –undersøgelser</p> <p>Livmoderhalskræftscreening</p> <p>Midlertidig opfølgning af patienter fra sygehusambulatorier, hvor den planlagte opfølgning i ambulatoriet ikke kan udskydes</p> <p>Lægefaglig opfølgning i forhold til udskrevne patienter på kommunale akutpladser, midlertidige pladser eller på plejehjem fx i form af daglig stuegangslignende funktion</p> <p>Attester, der udarbejdes i relation til sociale og arbejdsmæssige forhold, kørekortattester og helbredsattester i forbindelse med forsikringstegning</p> <p>Almen sundhedsfremme såsom rådgivning om ryggestop eller vægttab</p>	

Vedr. offentlig og privat tandpleje

	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Offentlig og privat tandpleje	<p>Behandlingskrævende traumer i tænder og mund, udtalt smerte, infektion herunder rodbetændelse, svære og/eller symptomgivende 'huller i tænderne', svære tilfælde af parodontose med infektion</p> <p>Skader eller løsning af faste og aftagelige proteser og fyldninger</p> <p>Skader eller løsning af fast eller aftageligt tandreguleringsapparat ved igangværende behandlinger</p> <p>Tandbehandlinger, hvor udsættelse kan influere væsentligt på det endelige behandlingsresultat</p> <p>Opstart af ny tandreguleringsbehandling, der er særlig tidskritisk i forhold til barnets vækst</p>	<p>Behandling og kontrol af mindre alvorlig tandsygdom, herunder mindre og ikke-symptomgivende 'huller i tænderne', tandkødsbetændelse og mildere former af parodontose (under forudsætning af særlige skærpede omstændigheder og tilrettede procedurer uden bl.a. anvendelse af ultralyd for at mindske smitterisiko)</p>

	Kontrol af igangværende tandreguleringsbehandling	
--	---	--

Vedr. kommunale tilbud på sundheds- og ældreområdet

	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Kommunale tilbud på sundheds- og ældreområdet	<p>Udførelse af lægens ordinationer ved hjemmesygeplejen</p> <p>Forebyggende hjemmebesøg ved hjemmeplejen – optimalt som telefon- eller videokonsultation</p> <p>Oplæring i at varetage opgaver, fx injektioner, sårpleje og pleje af stomi</p> <p>Indsatser inden for pleje- og omsorg på plejehjem og –centre, og i hjemmeplejen</p> <p>Besøg i barnets første leveår ved sundhedsplejerske</p> <p>Genoptræning efter Sundhedslovens § 140 og rehabilitering, hvor manglende indsats kan medføre uoprettelig funktionsevnesættelse, fx efter erhvervet hjerneskade</p> <p>Sundhedsindsatser på botilbud og misbrugscentre mv.</p> <p>Alkohol og stofmisbrugsbehandling</p>	<p>Rådgivning og vejledning om forebyggelse, ernæring og sundhed ved hjemmesygeplejen</p> <p>Forebyggende og sundhedsfremmende gruppeindsatser såsom rygestopkurser og motionstilbud, alkoholrådgivning og stressforløb, hvis det kan planlægges over video telefon</p> <p>Enkeltindivid-orienteret forebyggende og sundhedsfremmende indsatser såsom rygestopkurser, motionstilbud, alkoholrådgivning og stressforløb</p> <p>Skoleundersøgelser</p> <p>Genoptræning og rehabilitering, hvor kortvarig udsættelse ikke vil medføre funktionstab og/eller forværring af kronisk sygdom, fx vedligeholdende træning</p>

Vedr. øvrige praksissektorer, herunder fysioterapeuter, fodterapeuter, osteopater, psykologer, diætister, optikere, høreapparatsklinikker m.fl.

	Indsatser, der som udgangspunkt skal tilbydes	Indsatser, der ud fra en konkret faglig vurdering, skal tilbydes
Fysioterapeuter Kiropraktorer Osteopater	<p>Akutte smertetilstande betinget af smerter i nakke/hoved og bevægeapparatet med betydeligt påvirket funktionsevne, herunder bækkensløsning</p> <p>Igangværende behandlingsforløb, hvor udsættelse vil medføre forværret behandlingsresultat, herunder varigt eller længevarende funktionsevnetab</p>	<p>Nye forundersøgelser og igangværende behandling af tilstande, som patienten har levet med længe og som ikke er helbredstruende, fx behandlinger af kronisk træthed, koncentrationsbesvær mv.</p>
Fodterapeuter	<p>Fodterapi ved risiko for sår eller infektion, fx diabetiske fodsår eller nedgroet negl</p>	<p>Almen fodpleje, herunder behandling af hård hud</p>
Diætister	<p>Sygdomsrelateret diætist behandling, fx ny-diagnosticeret diabetes, glutenallergi eller spiseforstyrrelser</p>	<p>Kostvejledning for normalvægtige raske</p>

Optikere	Synsundersøgelse, hvor arbejdsevne og – funktion er truet eller med henblik på at erstatte ødelagte/bortkomne briller	Synsundersøgelse med henblik på rutine-opfølgning eller nye briller
Høreapparatklinikker	Justering/reparation af eksisterende høreapparater, hvor funktionsniveau eller arbejdsevne er truet	Udredning og behandling af hørenedsættelse
Private tilbud om misbrugsbehandling	Tilbud vedr. alkohol- og misbrugsbehandling	
Psykologer	Alle konsultationer – optimalt som telefon- eller videokonsultationer	
Øvrige		Rejsevaccinationer