



SUNDHEDSSTYRELSEN

2020

# Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats

Planlægningsgrundlag for de  
kommende 10 år



# Indhold

●	<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
●	<b>Samlet oversigt over anbefalinger</b> .....	<b>6</b>
1	<b>Introduktion</b> .....	<b>15</b>
	1.1 Formål .....	15
	1.2 Lovgivning .....	16
	1.3 Proces for arbejdet .....	18
	1.4 Læsevejledning .....	19
2	<b>Baggrund</b> .....	<b>21</b>
	2.1 Udviklingen i den akutte sundhedsindsats .....	22
3	<b>Viden og status</b> .....	<b>31</b>
	3.1 Vidensgrundlag .....	31
	3.2 Aktivitet og data .....	43
	3.3 Opsamling vedrørende viden og status .....	57
4	<b>Patientforløbet i dag</b> .....	<b>61</b>
	4.1 Borgerrettet visitation til de akutte sundhedstilbud .....	61
	4.2 Visitation mellem sundhedsprofessionelle.....	64
	4.3 Akutte sundhedstilbud uden for sygehus .....	65
	4.4 Akutte sundhedstilbud på sygehuset .....	71
5	<b>Udfordringer og muligheder i den akutte sundhedsindsats</b> .....	<b>75</b>
	5.1 Nye behov i den akutte sundhedsindsats .....	75
	5.2 Temaer for fremtidig tilrettelæggelse af den akutte sundhedsindsats .....	78
6	<b>Sammenhængende og enstrengt visitation</b> .....	<b>81</b>
	6.1 Status og udfordringer .....	81
	6.2 Muligheder og anbefalinger .....	82
7	<b>Kvalitet og sammenhæng i patientforløbet</b> .....	<b>91</b>
	7.1 Status og udfordringer .....	91
	7.2 Muligheder og anbefalinger .....	92

<b>8</b>	<b>Vidensdeling.....</b>	<b>115</b>
	8.1 Status og udfordringer .....	115
	8.2 Muligheder og anbefalinger .....	116
<b>9</b>	<b>Forskning og udvikling.....</b>	<b>121</b>
	9.1 Status og udfordringer .....	121
	9.2 Muligheder og anbefalinger.....	123
<b>10</b>	<b>Implementering og opfølgning.....</b>	<b>127</b>
	10.1 Implementering af anbefalingerne .....	127
	10.2 Opfølgning på anbefalingerne .....	127
<b>11</b>	<b>Ordlister.....</b>	<b>129</b>
	<b>Referencelister.....</b>	<b>140</b>

# Forord

Akut opstået sygdom eller skade kræver hurtig og let tilgængelig hjælp fra sundhedspersoner med de rette kompetencer. Hvem der yder hjælpen vil være afhængig af situationen og behovet, og det kan både være relevant med indsatser i det primære sundhedsvæsen, fx det kommunale akutteam, eller vagtlægen, den præhospitale indsats, fx ambulanceberedskab, eller på sygehus, fx akutmodtagelsen. For den, der oplever akut sygdom, er det vigtigt, at det er let at forstå, hvem man skal kontakte, og at hjælpen er hurtig, lettilgængelig og velkoordineret.

De nye akutanbefalinger har derfor som noget nyt fokus på den samlede akutte indsats, uanset om indsatsen leveres i det primære sundhedsvæsen eller sygehusvæsenet, eller om der er tale om en akut psykiatrisk eller somatisk sygdom eller begge dele. Den akutte indsats skal hænge sammen, både fagligt, organisatorisk og, vigtigst af alt, for patienten.

Hvor de tidligere anbefalinger alene fokuserede på sygehuset og den præhospitale indsats, sætter de nye anbefalinger rammen om den samlede indsats. I de kommende år vil indsatsen i det primære sundhedsvæsen få en langt mere fremtrædende rolle, og der vil være behov for et øget samarbejde og en større grad af integration på tværs af sundhedsvæsenets aktører. De nye anbefalinger markerer starten herpå.

I 2007 udgav Sundhedsstyrelsen de første anbefalinger for den akutte sundhedsindsats i somatikken, der i 2009 blev efterfulgt af anbefalinger for psykiatrien. Anbefalinger der fik en meget stor og rammesættende betydning for udviklingen af sygehusvæsenet. Anbefalingerne kom umiddelbart efter strukturreformen og blev starten på en reduktion i antallet af sygehuse og en samling af mange behandlinger på færre steder med det formål at øge kvaliteten. Desuden kom speciallægen i front i den akutte modtagelse på sygehuset.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og 2009 er langt hen ad vejen blevet implementeret og med succes. I samme periode er der samtidig sket store ændringer i sundhedsvæsenet, og tiden er en anden i dag. De store sygehusbyggerier er ved at stå færdige, den præhospitale indsats er udbygget, og på sygehuset er der kommet et akutmedicinsk speciale, som blandt andet sammen med den kommende specialsygeplejerske i akutsygepleje kommer til at spille en kernerolle i akutmodtagelsen. Samtidig er den kommunale sygepleje blevet styrket; blandt andet med kommunale akutfunktioner. Alt dét skal bringes i spil, og det skal de nye anbefalinger bidrage til.

Formålet med de nye anbefalinger er derfor, at sætte rammen for den akutte behandling fremover, således at patienter også i fremtiden oplever, at de får den nødvendige hjælp, når de har akut behov, og at de får en høj og ensartet kvalitet, uanset hvor i landet de bor. De nye anbefalinger erstatter anbefalingerne fra 2007 og 2009, og de tager både højde for udviklingen i befolkningen og i sundhedsvæsenet, og peger på, hvordan vi kan videreudvikle det gode og solide akuttillbud i Danmark. Anbefalingerne er udarbejdet med et 10 års perspektiv, hvilket betyder, at ikke alle anbefalinger vil kunne implementeres i morgen eller næste år.

Det har været et omfattende arbejde at udarbejde de nye anbefalinger, og der har været en lang række aktører fra både regioner, kommuner, faglige selskaber, patientorganisationer og interesseorganisationer, som har bidraget og været involveret i arbejdet med at finde de bedste bud og løsninger på den fremtidige akutte sundhedsindsats i Danmark. Sundhedsstyrelsen vil gerne rette en stor tak til alle, som har bidraget. Også en tak til de aktører, som i forbindelse med at rapporten blev sendt i høring, har sendt grundige høringssvar. Det er tydeligt, at der også ude i sundhedsvæsenet er store ambitioner for den akutte sundhedsindsats, og vi har i Sundhedsstyrelsen fundet anledning til enkelte ændringer på baggrund af høringssvarene.

Med anbefalingerne lægges trædestenene til de kommende års planlægning af den akutte sundhedsindsats, så vi i Danmark bliver ved med at have en akut sundhedsindsats af højeste faglige kvalitet med lighed for alle. I Sundhedsstyrelsen ser vi frem til at følge området i de kommende år i samarbejde med aktørerne i sundhedsvæsenet, så borgeren i Danmark fortsat sikres den bedste akutte sundhedsindsats.

Sundhedsstyrelsen, oktober 2020



Helene B. Probst  
Konstitueret vicedirektør, Sundhedsstyrelsen

# Samlet oversigt over anbefalinger

Nedenfor fremgår samtlige anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats.

## 1 **Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation**

At den borgerrettede telefoniske visitation ved akut opstået sygdom og skade, som i dag er organiseret i lægevagtsordninger/regionale akuttelefoner, kommunale funktioner og AMK-vagtcentraler, styrkes ved en større grad af samarbejde og kendskab til hinandens tilbud samt ved eventuel samlokalisering i fælles visitations- og vagtcentraler. Disse kan samle både 112-opkald vedrørende akutte livstruende tilstande og 113-opkald vedrørende øvrige henvendelser på sundhedsområdet (aktuelt opkald til lægevagt/Akuttelefonen 1813 mm.). Hvis opgaven vedrørende 113-opkald ikke samlokaliseres med den øvrige borgerrettede visitation, vil det være hensigtsmæssigt, at de i stedet placeres sammen med akutklinikker. Der kan også ses på, om samlokalisering og samorganisering kan bidrage til øget samarbejde også i relation til nogle kommunale funktioner, hvor de enkelte aktører og myndigheder bevarer opgaver fastlagt i love, aftaler m.v., men indgår i tæt samarbejde i fastlagte rammer.

## 2 **Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation**

At samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer styrkes, således at borgeren får rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik, sub-akut ambulansetid på sygehus eller indlæggelse. Rammerne for samarbejdet kan for eksempel styrkes gennem et meget tættere og mere formaliseret samarbejde mellem den sundhedsfaglige visitation med udgangspunkt i regionernes AMK-vagtcentraler, akutmodtagelsen, sygehusvisitation, og kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, med faste samarbejdsaftaler om smidig visitation på tværs af sektorer og etablering af fælles faglige undervisningstilbud. Potentialer i samlokalisering af visitationsenheder bør afprøves.

## 3 **Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom**

At visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer m.v., herunder også patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Nationalt bør der udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud, som samtidigt sikrer, at der for særlige patientgrupper, situationer m.v. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse. Der kan med fordel etableres et tæt samarbejde mellem den akutte indsats i regionerne og den psykosociale indsats i kommunerne eksempelvis via sundhedsaftalerne.

#### 4 **Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation**

At den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid vedrørende somatisk og psykisk sygdom, der ikke er livstruende og tidskritisk, med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som både omfatter speciallæger i almen medicin, eller speciallæger med tilsvarende kompetencer, samt sygeplejersker med relevant erfaring og kompetencer.

#### 5 **Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen**

At AMK-vagtcentralernes borgerrettede telefoniske visitation ved tidskriske tilstande varetages af sundhedsfaglige visitatorer med særlige kompetencer, og med mulighed for lægefagligt backup fra speciallæger med relevante kompetencer. Derudover skal AMK-vagtcentralen i relevant omfang have umiddelbar adgang til speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats (præhospital akutlæge) der kan varetage operativ ledelse og koordinering ved større hændelser.

#### 6 **Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer**

At kommunen ved akut forværring af sygdom eller funktionsniveau hos borgere, der modtager kommunal sygepleje, inddrager særlige sygeplejekompetencer fra eksempelvis akutfunktioner før eventuel kontakt til andre dele af den borgerrettede visitation. Herunder til vurdering af, om der er tale om problemstillinger, som kan håndteres af sygeplejen inden for allerede fastlagt behandlingsplan og til kvalificering af den sygeplejefaglige vurdering af borgerens tilstand før videre kontakt.

#### 7 **Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation**

At den borgerrettede telefoniske visitation tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i forhold til at sikre tilgængelighed og ressourceanvendelse, herunder ved afprøvning af mulighed for at angive særligt behov ("akutknop") med henblik på prioriteret adgang.

#### 8 **Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker**

At lægebemandede almen medicinske konsultationer, som i vagttid varetager akut opstået og forværret sygdom samt mindre skader m.v., som ved telefonvisitation vurderes ikke at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til en indsats næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium, i fremtiden bør benævnes 'akutklinik'. Sygeplejebemandede behandlingssteder som udelukkende varetager behandling af visiterede småskader uden lægelig tilstedeværelse bør benævnes 'skadeklinik'. Betegnelsen 'skadestue' bør forlades, da den kan skabe uklarhed om tilbud og kompetenceniveau.

#### 9 **Kompetencer og lokalisering af akutklinikker**

At behandlingen på akutklinikker varetages af speciallæger i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer i samarbejde med sygeplejersker, gerne med uddannelse inden for det akutmedicinske område, og andre relevante faggrupper med særlig kompetence. Ved inddragelse af øvrige speciallæger til varetagelse af almen medicinske konsultationstilbud i vagttid, herunder til skader, særlige patientgrupper som børn m.v., skal dette være velbegrundet, og ske under hensyntagen til den mest hensigtsmæssige opgavevaretagelse og ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen. For at sikre tæt samarbejde med mulighed for deling af udstyr, kompetencer og ressourcer, og for hurtig og let videre visitation, kan akutklinikker med fordel placeres på akutsygehuse samlokaliseret med akutmodtagelser. Modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrengt ledelse m.v. bør udvikles og afprøves. For akutklinikker, der placeres uden for

akutsygehuse af hensyn til for eksempel geografisk bredde i tilbud, bør der sikres faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning dertil ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling.

#### **10 Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid**

At samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og de almen medicinske tilbud i vagttid styrkes og udvikles, herunder muligheden for at der indgås nærmere aftaler om samarbejdet i relation til eksempelvis sygebesøg.

#### **11 Disponering af præhospital akutlæge**

At der for patienter med tidskritiske tilstande, herunder hjertestop, hovedtraume og andre svære traumer, sikres hurtig adgang til præhospital behandling, visitation og triage ved præhospital akutlæge. Den præhospital akutlæge kan disponeres til skadested med akutlægebil eller med akutlægehelikopter, der regionalt bør planlægges på baggrund af nationale faglige principper som blandt andet tager hensyn til geografi, trafikforhold, befolkningstæthed, sygdoms- og skademønstre, samt biler og helikopteres indbyrdes placering.

#### **12 Anvendelsen af akutlægehelikopter**

At akutlægehelikopterne fortsat prioriteres til tidskritiske tilstande og skader, men fremover også kan bruges i udvalgte tilfælde ved akutte og sub-akutte overflytninger mellem sygehuse til kritisk syge patienter, der har behov for behandling på højere specialiseringsniveau, og hvor tidsfaktoren er vigtig.

#### **13 Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem**

At uddannelserne til ambulancebehandler på sigt evalueres med fokus på opnåede kompetencer, rekruttering, fastholdelse, karriereudviklingsmuligheder m.v. Evalueringen bør perspektiveres i forhold til både den faglige og teknologiske udvikling på det præhospital område og den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, herunder paramedicineres muligheder for videre karriereforløb i sundhedsvæsenet. Som opfølgning på evalueringen bør Sundhedsstyrelsen sammen med relevante myndigheder og aktører drøfte behov og muligheder for at styrke paramedicinerens rolle, herunder undersøge, hvordan man kan sikre udvikling og løft af kompetence. I den forbindelse bør det vurderes, om der på sigt skal ske justeringer i uddannelsen, herunder yderligere styrkelse af efter- og videreuddannelsen til paramediciner.

#### **14 Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom**

At regionerne i vagttid etablerer rådgivende og evt. udgående funktioner med særlige sundhedsfaglige kompetencer i forhold til akut indsats til patienter med psykisk sygdom i risiko for akut indlæggelse eller tvangsindlæggelse med henblik på at styrke en tidlig og tilgængelig indsats.

#### **15 Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner**

At der på tværs af landet sikres fortsat udvikling af den kommunale sygepleje i forhold til at indgå i samarbejdet omkring den akutte patients forløb. Erfaringer med implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017 skal vurderes med henblik på en opdatering af anbefalingerne, herunder i forhold til om der skal etableres bindende krav fx således, at alle kommuner skal kunne tilbyde indsatser i kommunale akutfunktioner ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at etablere kommunale akutfunctio-



ner. Derudover bør det sundhedsfaglige tilbud i de kommunale akutfunktioner på sigt også kunne omfatte andre problemstillinger end de rent somatiske, og der bør sikres samarbejde med den kommunale psykosociale indsats, ligesom der bør sikres ensartet mulighed for lægefaglig rådgivning til alle kommuner. Det vil desuden være hensigtsmæssigt at se på, hvordan den samlede kommunale sygepleje kan rustes i varetagelsen af den komplekse sygepleje for dermed at give kommunerne bedre muligheder for at agere i den akutte sundhedsindsats.

### 16 Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud

At samarbejdsformer mellem regionale akuttilbud og den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner opbygges og udvikles, eksempelvis på baggrund af læring fra erfaringerne med fremskudt kommunal visitation på akutsygehuset, tværsektoriel kompetenceudvikling, fælles retningslinjer og kommunikationsveje mellem regionale og præhospitale organisationer og den kommunale sygepleje. Samt at der sikres klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten.

### 17 Akutsygehusets opgaver

At et akutsygehus som varetager **både somatik og psykiatri** døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner.

At et **somatisk akutsygehus** døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af somatisk skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret somatisk sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner

At et **psykiatrisk akutsygehus** døgnet rundt skal kunne modtage alle patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom samt patienter med psykisk belastning, der kræver akut intervention.

Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør kun modtages på sygehusmatrikler med børne- og ungdomspsykiatri.

At alle akutsygehuse skal:

- kunne sikre umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau for alle akutte patienter. For psykiatriske akutsygehuse skal umiddelbar diagnostik og behandling varetages af relevante lægelige kompetencer
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar udredning og diagnostik, at iværksætte og behandle intensivt og til at udføre livreddende og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse og samarbejde:
  - fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
  - til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuset og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor

- fra akutmodtagelse til kommunalt tilbud
- mellem henholdsvis psykiatrisk akutmodtagelse og de psykiatriske specialer og somatisk akutmodtagelse og somatiske specialer i øvrigt
- tilbyde den specielle pleje og behandling, der skal ydes til ældre og skrøbelige patienter i form af eksempelvis rolige omgivelser og kendskab til ældres ændrede klinik og behov i forbindelse med behandling.

### **18** **Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000**

At akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, fortsat skal planlægges ud fra et befolkningsunderlag på 200.000 - 400.000 borgere for så vidt angår hovedfunktionsniveau. På baggrund af faglige, driftsmæssige og geografiske forhold kan det være hensigtsmæssigt at planlægge akutte hovedfunktioner med et større befolkningsunderlag end 400.000. For udvalgte grupper af patienter med akut opstået sygdom eller skade med en vis kompleksitet, sjældenhed og særlige krav til kompetencer og ressourcer skal funktioner på akutsygehuse planlægges ud fra et større befolkningsunderlag, som fastlægges i Sundhedsstyrelsens specialeplan.

### **19** **Befolkningsunderlag under 200.000**

At hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og fagligt hensigtsmæssigt at kunne modtage patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade til sygehusbehandling, kan akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, undtagelsesvist planlægges med befolkningsunderlag mindre end 200.000. Disse mindre akutsygehuse med særlige geografi forventes ikke at have fuld bredde i kompetencer og vagtberedskaber, og skal derfor indgå i et fastlagt samarbejde med et eller flere større akutsygehuse med henblik på at sikre optimal præhospital visitation samt understøttelse af varetagelsen af akutfunktioner.

### **20** **Krav til traumesygehuse**

At traumesygehuse skal kunne modtage alle typer af akut opstået somatisk sygdom og skade, også tilstande hvor kompleksitet, sjældenhed, kompetencer, ressourcer m.v. tilsi- ger behandling på højt specialiseret niveau, fraset enkelte funktioner der i henhold til den gældende specialeplan er samlet ét eller få steder i landet som eksempelvis replanta- tion af afrevne fingre, børnehjertekirurgi, trykkammerbehandling m.v. Da terminologien omkring traumefunktioner er uklar, og der kan være behov for præcisering af krav til kompetencer og robusthed, skal relevante specialevejledninger revideres.

### **21** **Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling**

At modtagelse til sygehusbehandling af patienter med skader, eller med akut opstå- et eller forværret sygdom, både psykisk og somatisk, skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, for eksempel fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selv- mordsforsøg, seksuelle overgreb m.v. kan selvvisitation være hensigtsmæssigt, og der bør foreligge klare retningslinjer og patientinformation eksempelvis for brug af jordemoder- telefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v.

## 22 Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus

At alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehuset. Dog kan det for udvalgte patientgrupper, for eksempel kvinder i fødsel, præhospitalt diagnosticeret akut koronarsygdom, eller indlæggelse med tvang i henhold til psykiatriloven, være relevant med modtagelse direkte på specialafsnit, og der bør foreligge klare procedurer samt relevant patientinformation fx for brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. I akutmodtagelsen bør der sikres omgivelser, som tager hensyn til forskellige typer patienters behov, herunder eksempelvis børn og ældre medicinske patienter. Specialsygehuse kan dog i begrænset omfang varetage behandling af akut opstået sygdom og skade. Se også anbefaling 23.

## 23 Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse

At patienter med medicinske sygdomme i et vist omfang kan modtages akut på specialsygehuse, dog kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner fx patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb. Der kan herudover i mindre omfang modtages visiterede akutte medicinske patienter med nyopstået sygdom, dog aldrig såfremt det drejer sig om børn eller ved mistanke om sygdom, der er defineret som en specialfunktion fx mistanke om meningitis, sepsis mv. Såfremt der modtages akutte patienter på specialsygehus, skal der være adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for assistance fra speciallæge i anæstesiologi umiddelbart. Derudover skal der foreligge klare visitationsretningslinjer og en fast samarbejdsaftale med et akutsygehus.

## 24 Krav til assistance i akutmodtagelsen

At der i den fælles akutmodtagelse på et somatisk akutsygehus eller et akutsygehus, der varetager både somatik og psykiatri, altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæge med særlige kompetencer og erfaringer i vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med skade samt akut opstået eller forværret sygdom. Disse kompetencer opfyldes af det nye speciale i akutmedicin, og af andre speciallæger med relevant erfaring og kompetencer. I den fælles akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mfl., samt sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte patienter, der på sigt opfyldes af ny specialuddannelse i akutsygepleje. Såfremt der er tale om en somatisk akutmodtagelse, skal der derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den psykiatriske akutmodtagelse.

Krav til assistance på akutsygehuset er beskrevet i anbefaling 26, 27 og 28.

## 25 Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

At der hvor det ikke er geografisk muligt at samlokalisere somatik og psykiatri, på den psykiatriske akutmodtagelse skal sikres assistance umiddelbart af relevante lægelige kompetencer til at sikre vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med psykisk sygdom, som kræver akut intervention, samt akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Det skal derudover være mulighed for at få assistance inden for kort tid af speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri.

I den psykiatriske akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mfl., samt sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte psykiatriske patienter. Der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den somatiske akutmodtagelse.

#### **26** Krav til assistance på somatisk akutsygehus

At der på **akutsygehuset med somatiske funktioner** altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de ni specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. Ved modtagelse af børn bør der være mulighed for assistance fra plejepersonale uddannet til at varetage børns behov. Der skal være mulighed for assistance inden for kort tid fra intern medicin: kardiologi; såfremt akutsygehuse med særlig geografi, ikke har mulighed for dette, skal der etableres formaliseret samarbejde med andet akutsygehus omkring telemedicinsk løsning, hvormed der sikres mulighed for direkte kontakt til speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid. Som udgangspunkt skal der også være assistance umiddelbart af speciallæger i ortopædisk kirurgi, men lokalt kan der afviges herfra efter konkret vurdering af omfang og tyngde af skader, akutmedicinsk tilstedeværelse og kompetencer m.v., således at der er mulighed for assistance inden for kort tid. Skrøbelige ældre udgør en væsentlig andel af patienterne og kræver en særlig indsats og forløb. Det bør derfor tilstræbes, at der er adgang til tværfaglig geriatrisk ekspertise i dagtid alle ugens dage.

#### **27** Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri

At der på **akutsygehuset med både somatiske og psykiatriske funktioner og med fælles akutmodtagelse** udover ovennævnte skal etableres faste aftaler for samarbejdet mellem akutmedicin og psykiatriske specialer, og det skal være muligt at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

#### **28** Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus

At der på **akutsygehuset med psykiatriske funktioner** skal være mulighed for at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

#### **29** Flow på akutsygehuset

At arbejdet på akutsygehuset døgnet rundt skal være tilrettelagt således, at der er tilstrækkelige kompetencer til faglig ledelse af patientflowet i akutmodtagelsen og på hele akutsygehuset, således at der sikres systematik i visitation og den bedst mulige udnyttelse af kapaciteten både i og uden for sygehus. Lokalt skal der ledelsesmæssigt sikres relevante aftaler om vagtberedskab og adgang til tilkald, disponering af sengekapacitet, udskrivning m.v.

#### **30** Adgang til centrale patientoplysninger på tværs

At administrative, tekniske og organisatoriske forhold fortsat udvikles således, at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, med inspiration fra gode erfaringer med FMK og Et Samlet Patientoverblik.

**31 Sammenhæng mellem dokumentationssystemer**

At der sikres større sammenhæng mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, så væsentlige informationer udveksles, herunder også elektronisk billeddokumentation.

**32 Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer**

At anvendelsen og kvaliteten af data styrkes på tværs af sektorer, herunder også kommuner og almen praksis, samt at relevante kvalitetsdatabaser udvikles og styrkes med henblik på at sikre national kvalitetsudvikling i det sammenhængende patientforløb.

**33 Styrket udvikling og implementering af nye teknologier**

At udvikling og implementering af nye teknologier styrkes i alle led i den akutte indsats. Herunder styrkelse af videnscentre, forsknings- og innovationsmiljøer, ved etablering af netværk på tværs af land og sektorer, samt ved hurtig vurdering og implementering af teknologiske løsninger, der kan øge kvaliteten.



# 1

# Introduktion

## 1.1 Formål

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2007 anbefalinger for den akutte sundhedsindsats i somatikken, og i 2009 fulgte anbefalinger for psykiatrien. Anbefalingerne har det seneste årti sat rammer og retning for udviklingen af den akutte indsats, både på sygehus og præhospitalt, i en periode, hvor struktur og opgavevaretagelse i sundhedsvæsenet i Danmark er blevet grundlæggende ændret.

Sundhedsvæsenet har udviklet sig løbende, og det har befolkningens behov og forventninger til indsatsen også. Samtidig er der nye teknologiske muligheder, og betydningen heraf vil blive tydeligere i de kommende år. Sundhedsvæsenet er i dag et andet sted, hvor bl.a. nye sygehusbyggerier, en revideret specialeplan og en ny faglig kompetence i akutmedicineren vil spille en central rolle i den fremtidige akutte sundhedsindsats. Der er desuden en stigende kompleksitet i opgaverne i det primære sundhedsvæsen med et generelt øget krav til kompetencer og sammenhæng, samtidig med at kommunerne har opgraderet indsatsen med blandt andet akutfunktioner i den kommunale sygepleje. På den baggrund finder Sundhedsstyrelsen, at det er nødvendigt på ny at gennemgå sundhedsindsatsen ved akut sygdom og skade i sin helhed på tværs af hele sundhedsvæsenet for at sikre et grundlag for den fortsatte udvikling i de kommende ti år.

På en lang række punkter er Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og 2009 blevet implementeret, og sigtet med den sidste strukturreform er ved at være på plads. De næste år vil fokus være på at forløse det fulde potentiale i de nye sygehusbyggerier og akutmodtagelser, hvor akutmedicinske speciallæger og specialsygeplejersker over de kommende år vil indtage centrale roller. På tværs af sygehuse, det primære sundhedsvæsen og den præhospitale indsats bliver det væsentligt at holde fokus på at skabe en langt bedre sammenhæng på tværs af de forskellige indsatser på det akutte område.

For at sætte rammer og retning for den videre udvikling af sundhedstilbud ved akut opstået sygdom og skade i Danmark har Sundhedsstyrelsen i denne rapport gjort status på området og præsenterer på den baggrund en række nye anbefalinger. I modsætning til anbefalingerne fra 2007 og 2009 retter de nye anbefalinger sig både mod det primære sundhedsvæsen, de præhospitale indsatser, det regionale sygehusvæsens ambulante og stationære tilbud og mod både somatik og psykiatri. Anbefalinger har således et tværfagligt og tværsektorielt sigte og peger på indsatser, der går på tværs af hele patientforløbet. Medmindre andet fremgår, vedrører anbefalingerne patienter med både somatiske og psykiske sygdomme.

Hensigten med de nye anbefalinger er at tegne et perspektiv for de næste ti års udvikling på området. Noget vil kunne implementeres umiddelbart, mens andet vil ske trinvist i løbet af det næste årti. Anbefalingerne tager udgangspunkt i den nuværende lovbestemte opgavevaretagelse mellem regioner, kommuner, praksissektor og andre aktører, og har således ikke sigte på en grundlæggende ændret opgavevaretagelse. Der vil dog i de kommende år være behov

for at justere opgavevaretagelsen hvilket blandt andet skyldes ændrede behov i befolkningen, således at opgaverne løses mest hensigtsmæssigt både i forhold til befolkningens behov, hensigtsmæssig brug af både økonomiske og faglige ressourcer, og således at potentialet i det samlede sundhedsvæsen udnyttes bedst muligt. Med anbefalingerne her pålægges der ikke nye opgaver. Det anerkendes samtidigt, at der for både regioner og kommuner kan være forskellige rammevilkår i forhold til tilrettelæggelsen af den akutte sundhedsindsats.

Formålet med anbefalingerne er at opstille forudsætninger, krav og anbefalinger, der inden for de nuværende rammer i sundhedsvæsenet i det kommende årti skal bidrage til, at alle patienter med behov for en akut sundhedsindsats oplever en høj og ensartet kvalitet uanset geografi, at der opleves sammenhæng i sundhedstilbuddene på tværs af faglighed og sektorgrænser, samt at alle patienter ved behov oplever at få rette tilbud til rette tid på rette sted af rette kompetence. I arbejdet har Sundhedsstyrelsen samtidigt fundet det hensigtsmæssigt at sikre en mere klar og fælles terminologi, og der er derfor udarbejdet en ordliste over centrale begreber på området til at understøtte anbefalingerne. Ordlisten findes sidst i rapporten.

Anbefalingerne er målrettet sundhedsprofessionelle, planlæggere og beslutningstagere, og erstatter de tidligere anbefalinger fra 2007 og 2009. Nærværende anbefalinger er ikke udtømmende og vil i relevant omfang blive fulgt op af blandt andet præciseringer af Sundhedsstyrelsens specialevejledninger, kompetencekrav til sundhedspersonale og øvrige specifikke anbefalinger for faglig organisering og indsats.

## 1.2 Lovgivning

Nedenfor beskrives relevant lovgivning i relation til den akutte sundhedsindsats.

Af sundhedslovens § 2 fremgår det, at man skal sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse samt opfylde behovet for blandt andet let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Det fremgår af sundhedslovens § 79, stk. 1, at regionsrådet er ansvarlig for at yde sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen (1). Det fremgår endvidere af sundhedslovens § 80, stk. 1, at regionsrådet yder akut behandling til personer, som ikke har bopæl her i landet, men som midlertidigt opholder sig i regionen, jf. § 8, ved sit eller ved andre regioners sygehusvæsen.

I relation til den akutte sundhedsindsats følger det af sundhedslovens § 57, at regionerne er forpligtet til at tilvejebringe og sikre tilbud hos praktiserende sundhedspersoner, herunder alment praktiserende læger (1). Af § 6, stk. 4 i Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge, og om behandling hos læge i praksissektoren fremgår det, at for personer omfattet af sikringsgruppe 1 stiller regionerne en vagtordning til rådighed, der varetager lægebetjeningen uden for lægens sædvanlige konsultationstid (lægevagtsordningen). Af sundhedslovens § 57, stk. 2 fremgår det desuden, at regionerne har ansvaret for at sikre, at borgerne kan modtage sygebesøg i hjemmet. Rammerne for levering af ydelser i de fire regionale lægevagtsordninger aftales i overenskomst om almen praksis, der indgås mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) (2). Region Hovedstaden har hjemtaget vagtlægeordningen og tilbyder med Akuttelefonen 1813 udkørende lægebesøg, sygehusbaserede akutklinikker/lægevagtsklinikker m.v., som varetages som en del af regionens generelle ansvar, jf. sundhedslovens kapitel 16.



Regioner og kommuner er efter sundhedslovens kapitel 62 samt § 3, stk. 1 i bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler forpligtet til at indgå sundhedsaftaler og at indhente Sundhedsstyrelsens godkendelse heraf, jf. § 6, stk. 1 (3).

Kommunerne er ansvarlige for en række opgaver på sundhedsområdet. Nogle opgaver er rettet mod forebyggelse, og andre opgaver er målrettet borgere, der allerede er syge, og hvor målet er at forbedre livet med en kronisk sygdom eller at komme sig efter en alvorlig sygdom. Opgaverne spænder derfor fra den borgerrettede over den patientrettede forebyggelse til genoptræning og rehabilitering. Opgaverne omfatter blandt andet tilbud om hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen, herunder i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, forebyggelse og sundhedsfremme, sundhedspleje, tandpleje, alkoholbehandling, medicinsk stofmisbrugsbehandling, genoptræning, vederlagsfri fysioterapi mm. Kommunerne har også efter serviceloven en række forpligtelser over for borgerne, herunder eksempelvis ansvar for at tilbyde personlig og praktisk hjælp, jf. servicelovens § 83 og tilbyde genoptræning og vedligeholdelsestræning, jf. servicelovens § 86 (4). Kommunale indsats til mennesker med psykisk sygdom ydes også ofte efter serviceloven. I 2017 udstedte Sundhedsstyrelsen "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen" med krav og anbefalinger til kommunale akutfunktioner, der sætter rammen for varetagelsen af særlige sygeplejeindsatser i kommunen (5). Såfremt kommunerne har etableret en kommunal akutfunktion, skal de således leve op til disse kvalitetsstandarder for at kunne anvende betegnelsen "kommunal akutfunktion".

I relation til den akutte sundhedsindsats for mennesker med psykisk sygdom finder lov om anvendelse af tvang i psykiatrien anvendelse for patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, og for borgere der skal tvangsindlægges (6). For tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile patienter, der er fyldt 15 år, og som varigt mangler evnen til at give informeret samtykke til behandling, gælder lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile (7).

Organisering af ambulancetjenesten og uddannelse af ambulancepersonalet sker efter reglerne i bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v. (8). Regionerne er selvstændigt ansvarlige for at planlægge, dimensionere og drive den præhospitale indsats, og derudover regulerer bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet delvist det præhospitale område ved at definere responstid (9).

Hertil kommer, at det af § 27, stk. 7, nr. 4 i bekendtgørelsen om tandpleje fremgår, at regioner og kommuner blandt andet har til opgave at sikre, at der etableres vagtordninger i det geografiske område, regionen dækker, til ydelse af fornøden tandlægehjælp uden for sædvanlig behandlingstid (10).

Alle regioner skal i henhold til sundhedslovens § 206, stk. 2 indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mv. Regioner og kommuner er desuden forpligtet til at indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen til deres sundhedsberedskabsplaner i medfør af sundhedslovens § 210, stk. 2 og § 7, stk. 4 og § 11, stk. 4 i bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet (9).

Sundhedsstyrelsen er øverste sundhedsfaglige myndighed og har i medfør af sundhedslovens § 212, stk. 1, til opgave at rådgive Sundheds- og Ældreministeriet med den centrale forvaltning af sundhedsmæssige anliggender og sundheds- og ældreministeren med den centrale

forvaltning af social- og plejefaglige indsatser på ældreområdet. Sundhedsstyrelsen er i sundhedslovens § 214 tillagt en vis vejledningskompetence. Som beskrevet ovenfor har Sundhedsstyrelsen en rådgivningsforpligtelse over for regionerne ved udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mv., ligesom Sundhedsstyrelsen skal yde rådgivning til regioner og kommuner forud for behandling af forslag til sundhedsberedskabsplaner. I henhold til sundhedslovens § 207-209 har Sundhedsstyrelsen endvidere beføjelser i forhold til specialeplanlægning, hvor Sundhedsstyrelsen har den lovgivningsmæssige kompetence til at oprette og nedlægge specialfunktioner samt til at tildele og fratage godkendelser af varetagelsen af specialefunktioner, herunder i relation til akutte patienter (1). Endelig er den nuværende organisering af landets akutsygehuse og akutmodtagelser ligesom den præhospitale indsats baseret på anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen fra 2007 og 2009 (11,12).

### 1.3 Proces for arbejdet

Udarbejdelsen af anbefalingerne har været tilrettelagt med udgangspunkt i et fokus på sammenhæng, kvalitet og effektivitet set fra patientens perspektiv. Anbefalingerne er blevet til på baggrund af en række analyser af de eksisterende sundhedstilbud på området og efter rådgivning fra en lang række aktører i sundhedsvæsenet.

Med henblik på rådgivning omkring den samlede akutte sundhedsindsats har der været nedsat en tværgående følgegruppe samt en tværgående faglig arbejdsgruppe med repræsentation fra myndigheds- og administrativt niveau, fagrepræsentanter og patientrepræsentanter. De har bistået styrelsen i arbejdet med at se på tværs af den samlede akutte sundhedsindsats, særligt med henblik på at vurdere, hvordan der sikres sammenhæng i tilbuddene set fra såvel et patientperspektiv som et fagligt og ressourcemæssigt perspektiv. For kommissorier og deltagerlister se bilag 1-4 i bilagsrapporten. Dertil kommer, at arbejdet med anbefalingerne løbende er blevet drøftet dels bilateralt med en række interessenter på området, dels blandt andet i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning og i den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning.

I processen har der særligt været fokus på fem centrale områder af den akutte sundhedsindsats: den præhospitale indsats, akutmodtagelse og akutsygehuset, den akutte almen medicinske sundhedsindsats i vagttid, samarbejdet med kommuner ved akut sygdom samt akutindsatsen hos patienter med psykisk sygdom. De fire første områder er udvalgt, da de organisatorisk udgør hver sit område af den akutte sundhedsindsats i dag. Den akutte indsats for patienter med psykisk sygdom er desuden udvalgt, da området i dag ofte er organiseret særskilt fra somatikken, blandt andet med adskilt visitation og særlige snitflader til eksempelvis de psykosociale indsatser i kommunerne, og da området ikke i de tidligere anbefalinger blev set i sammenhæng med somatikken. En styrket indsats for denne patientgruppe skal desuden bidrage til at dæmme op for den ulighed, der i dag er et vilkår for patienter med psykisk sygdom, og som har store konsekvenser for sygelighed og dødelighed. Anbefalingerne

adresserer de fem områder samlet, men hvor der gælder særlige forhold for psykiatriområdet, vil dette blive præciseret.

Som led i arbejdet afholdt Sundhedsstyrelsen den 3. december 2018 i København en national konference om den akutte sundhedsindsats.

Anbefalingerne blev drøftet ved et afsluttende møde i den tværgående faglige arbejdsgruppe den 27. august 2019. Anbefalingerne blev herefter sendt i offentlig høring den 1. november 2019 med frist for høringssvar den 6. januar 2020. Af høringssvarene fremgik det blandt andet, at det på tværs af sundhedsvæsenets aktører hilses velkomment med opdaterede anbefalinger for den akutte sundhedsindsats, der tager højde for det samlede patientforløb. Der var generel opbakning til anbefalingerne, mens der samtidig blandt andet også blev peget på, at anbefalingerne i høringssudkastet kunne have været mere ambitiøse i forhold til at stille krav til alle aktører i den akutte sundhedsindsats.

## 1.4 Læsevejledning

Rapporten er opbygget således, at kapitel 2-3 beskriver grundlaget for anbefalingerne ved et historisk oprids i kapitel 2 og en beskrivelse af viden og aktivitet på området i kapitel 3. Dernæst beskrives den aktuelle organisering af den akutte sundhedsindsats i kapitel 4.

Med afsæt i de foregående kapitler beskrives i kapitel 5 de udfordringer og muligheder for den akutte sundhedsindsats, der ligger til grund for de konkrete anbefalinger, der kommer i kapitel 6-9.

I kapitel 6-9 beskrives status og udfordringer samt muligheder og anbefalinger i relation til en sammenhængende og enstrenget visitation (kapitel 6), kvalitet og sammenhæng i patientforløbet (kapitel 7), vidensdeling (kapitel 8) samt forskning og udvikling (kapitel 9).

Afslutningsvist beskrives implementering og opfølgning i kapitel 10.

Rapporten afsluttes med en ordliste med centrale begreber, der fremadrettet vil blive anvendt i den akutte sundhedsindsats.



# 2

## Baggrund

Anbefalingerne vedrører sundhedsindsatsen ved akut opstået sygdom og skade, dvs. den sundhedsindsats, der tilbydes ved akut opstået sygdom, ved akut forværring af eksisterende (kendt) sygdom, ved akut skade eller ved mistanke herom.

*Akut* forstås i denne sammenhæng som pludseligt opstået. Akut sygdom er således sygdom, der er opstået eller forværret pludseligt, og som ofte har tydelige og hurtigt indsættende symptomer. Symptomer på akut sygdom kan dog også hos nogle grupper patienter som ældre medicinske patienter vise sig som eksempelvis almen uro, forvirring og diffuse smerter og altså ikke som tydelige og hurtigt indsættende symptomer.

Akut opstået sygdom eller skade kan variere i sværhedsgrad. I nogle tilfælde vil akut sygdom være umiddelbart livstruende og således kræve handling med det samme, mens akut sygdom i andre tilfælde vil kræve handling inden for nærmeste fremtid, da sygdommen ellers vil forværres. Karakteren af den akut opståede sygdom har således betydning for den indsats, der er behov for. Opgaverne og det faglige indhold i den akutte sundhedsindsats spænder derfor bredt og er afhængig af den aktuelle problemstilling, som kan være af mere eller mindre alvorlig, kompleks eller tidskritisk karakter. Den indsats, der er behov for ved akut opstået sygdom eller skade, varierer derfor også både i forhold til det faglige setup, krav til organisering, udstyr mv. Anvendelsen af begrebet akut har således væsentlig forskellig betydning og er blandt andet afhængig af, om det anvendes i forbindelse med tilbud i region eller kommune. Hvor der eksempelvis i regionen er behov for et døgn dækket akut vagtberedskab, der kan reagere inden for få minutter, og der skal være mulighed for indlæggelse, vil der i den kommunale sygepleje typisk være behov for sygepleje, der, afhængig af den konkrete situation og patientens samlede tilstand, vil kunne ydes inden for få timer eller næste dag og ofte i borgerens eget hjem.

Anbefalingerne har et bredt sigte og omfatter derfor alle relevante sundhedsfaglige indsatser ved både somatiske og psykiske sygdomme, tilstande og skader, mens primære forebyggelsesindsatser og socialfaglige indsatser ikke er omfattet.

Indsatser relateret til forebyggelse er afgørende, og kan i visse tilfælde medvirke til at det undgås, at en borger får brug for en akut sundhedsindsats eller opfølgning efter eventuel indlæggelse. Både i forhold til kommunernes generelle ansvar for at sikre forebyggelse og sundhedsfremme, jf. sundhedslovens §119, men også i forhold til eksempelvis indsatser til den ældre medicinske patient i den kommunale sygepleje og hjemmepleje og patienter med psykisk sygdom, hvor organisering, kompetencer og muligheden for at få lægefaglig rådgivning og sparring kan bidrage til at forebygge, at en patient får akut behov for hjælp. Det er forventningen, at anbefalingerne vil bidrage til et styrket sammenhængende forløb og opkvalificering i forhold til akut sygdom, der i sig selv også vil styrke det faglige fokus på forværring forud for egentlig akut sygdom samt den faglige håndtering af opfølgning efter indlæggelse. Det primære fokus for nærværende anbefalinger er dog den sundhedsindsats, der er relevant, når patienten har egentlig brug for en akut sundhedsindsats, og Sundhedsstyrelsen beskriver ikke perspektiverne i forhold til forebyggelse yderligere, men vil henvise til tidligere anbefalinger på

området; blandt andet tidligere faglige bidrag såsom Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til national handlingsplan 2016-2019 (13) og Styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser - fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling (14).

## 2.1 Udviklingen i den akutte sundhedsindsats

Med den politiske aftale fra 2006, der var grundlaget for strukturreformen, blev det forudsat, at Sundhedsstyrelsen som noget af det første skulle gennemgå akutområdet. Sundhedsstyrelsen udsendte derfor i 2007 en række anbefalinger vedrørende den akutte sundhedsindsats for somatiske patienter (12). Da anbefalingerne ikke omhandlede den akutte indsats til patienter med psykisk sygdom, fulgte i 2009 anbefalinger for akutindsatsen i psykiatrien (11).

Anbefalingerne satte rammer og retning for en række væsentlige ændringer i tilrettelæggelsen af den akutte sundhedsindsats. Nedenfor beskrives baggrunden for og indholdet af anbefalingerne, samt hvilken udvikling der har været siden.

### Baggrund og indhold af anbefalingerne

Allerede i 1990'erne var der et stigende fokus på faglig kvalitet og specialisering, som op til strukturreformen i 2007 betød et større nationalt fokus – både fagligt og politisk – på specialisering og centralisering af sygehusedelser med udgangspunkt i et princip omkring ”kvalitet frem for nærhed”. Organiseringen i sundhedsvæsenet ændredes løbende, sundhedsvæsenet blev i stigende grad specialiseret, og der var begyndende overvejelser om at undersøge den optimale størrelse for specialafdelinger. Med det såkaldte Kirurgiprojekt i 1990'erne og overvejelser omkring ”funktionsbærende enheder” blev der sat fokus på befolkningsunderlagets betydning for varetagelsen af bestemte sygehusfunktioner.

Siden kommunalreformen i 1970'erne har den praktiserende læge indtaget en nøglerolle i det danske sundhedsvæsen med fri og lige adgang til en selvvalgt og fast læge og som den primære visitator til resten af sundhedsvæsenet, herunder også til akutte sundhedstilbud. Almen medicin blev etableret som speciale i 1993, og almen praksis har løbende organisatorisk været styret ud fra en aftalemodel, hvor offentlige parter i overenskomstaftale med de Praktiserende Lægers Organisation (PLO) laver en aftale med speciallægerne i almen medicin, der giver dem ansvaret for, at alle borgere har mulighed for at få lægehjælp døgnet rundt. De nuværende lægevagtsordninger blev etableret i 1992 i forlængelse af Landsoverenskomsten mellem PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Med strukturreformen i 2007 fik de fem nye regioner sundhedsområdet som deres hovedopgave, og kommunerne fik nye opgaver på sundhedsområdet. Det blev lovpligtigt for regioner og kommuner at indgå sundhedsaftaler, og kommunerne begyndte at indrette sig organisatorisk og fagligt i forhold til den nye rolle i det primære sundhedsvæsen, hvor kommunerne skulle varetage flere og mere komplekse opgaver.

Sundhedsstyrelsen fik beføjelser i sundhedsloven til at definere og placere specialfunktioner, ligesom regionerne blev forpligtet til at indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen vedrørende udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mm. Samtidig blev der med økonomiaftalerne fra 2008 og 2009 og kvalitetsreformen afsat midler til investering i nyt sygehusbyggeri, der skulle udmøntes via Kvalitetsfundsarbejdet på baggrund af indstilling fra regeringens ekspertpanel vedrørende sygehusinvesteringer.

De nydannede regioner gik i gang med en udviklings- og centraliseringsproces, der blev udarbejdet sygehusplaner, og i de efterfølgende år blev der investeret historisk stort i sygehusbyggeri og -apparatur, der fortsat pågår.

Som optakt til en gennemgang af samtlige specialer og fastlæggelse af den første specialeplan med baggrund i det politiske mandat fra 2006 og nye lovhjemler, startede Sundhedsstyrelsen med at se på tilrettelæggelsen af det akutte beredskab med udgangspunkt i principperne for specialeplanlægning. Dette set i lyset af at store ændringer her formentligt ville få konsekvenser for gennemgangen af de fleste andre specialer samt for de fysiske rammer.

I tiden før Sundhedsstyrelsen udsendte anbefalinger i 2007 og 2009, blev uvisiterede akutte patienter modtaget på et stort antal somatiske og psykiatriske sygehuse i Danmark. På flere af sygehuse var der mere end én akutmodtagelse, og mange akutte patienter blev ikke indlagt via akutmodtagelse, men modtaget direkte på anden sygehusafdeling. Adgangen til skadestuer var i mange amter uvisiteret, og udredning og behandling af den akutte patient blev ofte varetaget af relativt nyuddannede læger, mens den præhospitale indsats primært handlede om, at håndtere en sikker transport af patienter. Størrelse, bemanning og specialisering af landets akutsygehuse var meget forskelligartet.

Centralt i de nye anbefalinger var:

- At al henvendelse til sygehusvæsenet med akut somatisk sygdom og skade skulle være visiteret.
- At alle akutte patienter på sygehuset skulle modtages det samme sted på fælles akutmodtagelser.
- At der blev sat krav til hvilke lægefaglige specialer, der skulle være repræsenteret på den fælles akutmodtagelse, ligesom det blev præciseret, at der skulle være en speciallæge i tilstedeværelsesvagt inden for udvalgte specialer; "speciallægen i front".
- At organiseringen af de fælles akutmodtagelser skulle baseres på et befolkningsunderlag på 200.000 - 400.000 borgere.

I det følgende udfoldes kort hovedpointerne i anbefalingerne fra 2007 og 2009.

Anbefalingerne satte rammen for, at visitationen skulle være entydig og enstrengt, visitationen skulle foretages på baggrund af fælles visitationsretningslinjer, og visitationen skulle varetages via 112-opkald til vagtcentralen eller af læger eller sygeplejersker under lægeligt ansvar i almen praksis. Det blev endvidere anbefalet at etablere konkret sammenhæng og samarbejde mellem alarmcentral, vagtcentral, præhospitale indsatsordninger, almen praksis, de fælles akutmodtagelser (FAM) og akut medicinsk koordinationscenter (AMK) (12).

For patienter med psykisk sygdom blev det med anbefalingerne i 2009 anbefalet, at der skulle være let tilgængelighed til døgnåbne akutte psykiatriske tilbud, og det var op til lokal planlægning, om der blev etableret åbne eller visiterede akutte psykiatriske modtagelser. Der blev lagt vægt på, at der skulle foreligge klare, aftalte visitationsretningslinjer (11).

Anbefalingerne vedrørende visitation blev fulgt op i 2012, hvor regeringens akutudvalg gentog anbefalingerne og supplerede med at anbefale, at visitation bør foregå telefonisk (15).

Anbefalingerne fra 2007 fastlagde rammerne for de fælles akutmodtagelser i forhold til befolkningsunderlaget, visiteret adgang, én fælles akutmodtagelse, fremmødekrav til lægefaglige specialer, diagnostiske faciliteter mv. Sundhedsstyrelsen anbefalede samtidigt, at de eksisterende fire traumecentre blev bibeholdt, idet de havde forskellige spidskompetencer, omend det blev vurderet, at befolkningsunderlaget kun tilsagde et til to traumecentre.

Hvor særlige forhold som store afstande gjorde sig gældende, blev det anbefalet, at der kunne oprettes nære tilbud, eksempelvis i form af skadeklinikker betjent af læger og/eller sygeplejersker under lægeligt ansvar, hvor patienter med mindre eller ukomplicerede skader kunne behandles (12).

I 2009 blev det anbefalet, at også de tidligere psykiatriske skadestuer skulle samles baseret på samme befolkningsunderlag som på det somatiske område, mens det for børne- og ungdomspsykiatri blev anbefalet at opretholde et befolkningsunderlag på 0,5-1,0 mio. borgere. Der blev peget på øget tilgængelighed i tilbud, krav til vagtforhold og personale, herunder bedre muligheder for at få speciallæger med i vagt, styrket samarbejde med det somatiske sundhedsvæsen, nære akutte tilbud i kommuner og almen praksis samt samarbejde med politi, ambulancetjeneste m.fl. (11).

I 2013 blev anbefalingerne vedrørende psykiatrien fulgt op af en national afrapportering (16), der blandt andet anbefalede udbredelse af kommunale sociale akuttilbud, udbredelse af opsøgende og udgående teams i den regionale psykiatri og afprøvning af ambulante akutteams. I 2018 anbefalede Sundhedsstyrelsen endvidere, at regionerne skulle implementere et fast og systematisk samarbejde mellem de psykiatriske akutmodtagelser og de somatiske akutmodtagelser omkring akutte patienter med multisygdom (14).

På det præhospitalt område fokuserede anbefalingerne på områder vedrørende kompetencer og sundhedsfaglig opkvalificering, sundhedsfaglig visitation, national disponeringsvejledning, dokumentation samt etablering af en landsdækkende akutlægehelikopterordning med disponering af en fast AMK.

Det var forventningen, at anbefalingerne ville give anledning til omfattende fysiske ændringer og samling af funktioner, samt at det ville tage fem til ti år at implementere. Det blev forudsat, at kravene måtte modificeres for akutsygehuse med særlig geografi.

For en samlet oversigt over tidligere anbefalinger henvises til bilag 5 i bilagsrapporten.

### Udvikling siden anbefalingerne

I det forgange årti siden anbefalingerne har den akutte sundhedsindsats tillige med det øvrige sundhedsvæsen ændret sig markant.

Antallet af akutsygehuse i landet er blevet reduceret, der er sket en omfattende specialisering og centralisering af sygehusvæsenet, og der er etableret fælles akutmodtagelser. Der er indført visiteret adgang til akutmodtagelserne, men kun for de somatiske akutte patienter, mens visitationen af patienter med psykisk sygdom varierer på tværs af landet.

Sundhedsstyrelsen har med specialeplanlægningen igennem årene været med til at definere de forskellige akutsygehuse gennem placering af specialfunktioner relateret til den akutte patient og fastlagt rammerne for en lang række akutte sygehusfunktioner, både på hoved- og



specialfunktionsniveau, som for eksempel fødeområdet, traumer, patienter med blodprop i hjerte- eller hjernekar, patienter med sepsis m.v. En gennemgang af regionernes sundhedsplaner og krav til den akutte sundhedsindsats jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan viser blandt andet, at der i relation til den akutte sundhedsindsats for 31 specialers vedkommende er defineret krav omkring den akutte sundhedsindsats, hvoraf der inden for fem lægefaglige specialer er krav om umiddelbar tilstedeværelse på hovedfunktionsniveau<sup>1</sup>.

Regionerne har organiseret sig med speciallæger i akutmodtagelserne, omend det varierer mellem de lægefaglige specialer, hvorvidt det reelt er lykkedes at leve op til fremmødekravene, herunder på både somatiske og psykiatriske akutmodtagelser. Særligt vedrørende de psykiatriske akutmodtagelser er der stor variation i både bemanning og tilstedeværelse af kompetencer over døgnet og ugedage mellem de forskellige psykiatriske akutmodtagelser.

I forlængelse af fortsatte drøftelser om lægefaglige kompetencer i akutmodtagelserne, og en diskussion af om et nyt lægefagligt speciale i akutmedicin ville kunne øge kvaliteten og effektiviteten i akutmodtagelserne, blev der i 2017 truffet beslutning om oprettelse af et nyt lægefagligt speciale i akutmedicin, der skal implementeres over de kommende år (17,18). Beslutningen om det nye speciale blev truffet på baggrund af en indstilling fra Sundhedsstyrelsen, der vægtede fordele og ulemper i forhold til etablering af det nye speciale, hvor følgende hensyn blandt andet talte for oprettelse af specialet:

- At akutmodtagelsen kunne sikre fastlagt rekruttering af yngre læger, og yngre læger lettere ville kunne se en karrierevej i akutmedicin.
- At der ville blive øget prestige for læger i akutmedicin og bedre grundlag for forskning og udvikling på området.
- At der ville blive sat fokus på den akutte patient og kerneydelsen i akutmodtagelsen, herunder fokus på triage og flow, så effektiviteten øges. Etablering af et speciale ville bidrage til at sikre optimale sektorovergange, og for nogle patienter ville det kunne give færre kontakter, mindre ventetid og færre indlæggelser.
- At der var gode erfaringer internationalt, og etablering af specialet ville give mulighed for automatisk anerkendelse af udenlandske speciallæger i akutmedicin, og danske speciallæger i akutmedicin ville kunne anerkendes i udlandet.

Omvendt beskrev Sundhedsstyrelsen også udfordringer ved etablering af specialet, herunder at det tager tid og vil kræve ressourcer at implementere, at en generalist i akutmedicin skal have særlige samarbejdskompetencer og kende til egne begrænsninger, så andre specialers kompetencer bliver udnyttet, og at koblingen til og samarbejdet med andre specialer skulle afklares, herunder placering af ansvar for patienten og afledte effekter på dimensioneringen af andre specialer.

I Sundhedsstyrelsens vurdering af oprettelsen af et speciale i akutmedicin fra 2017 beskrives blandt andet kravene til en speciallæge i akutmedicin, hvilket giver et indblik i karakteren af de opgaver, der varetages i en akutmodtagelse (17). En speciallæge i akutmedicin indgår som bagvagt i en akutmodtagelse og skal selvstændigt kunne håndtere alle aspekter af:

---

<sup>1</sup> Med umiddelbar tilstedeværelse forstås, at lægen kan være fysisk tilstede hos patienten inden for få minutter fra tilkald. Se også ordlisten for beskrivelse af forskellige fremmødekrav.

- Tidlig vurdering af alle typer patienter, inklusiv skadepatienter.
- Iværksættelse af umiddelbar behandling, både af ustabile og stabile patienter.
- Lægefaglig forløbsledelse inklusiv fokus på sikkert flow og optimal fordeling af ressourcer i vagten.
- Supervision af yngre læger, både fra akutmodtagelsen og andre specialer.
- Overdragelse af behandlingsansvar til andre specialer.
- Beredskabsledelse og operativ ledelse i situationer med ekstraordinært pres på akutmodtagelsens/sygehusets ressourcer.

I indstillingen vedrørende oprettelsen af specialer vurderede Sundhedsstyrelsen, at speciallæger i akutmedicin skulle være specialister i den akutte og afklarende fase af et sygehuskrævede sygdomsforløb, og at de skulle samarbejde tæt med sygehusets øvrige speciallæger og med sundhedsvæsenet uden for sygehusene. En forudsætning for at et nyt speciale i akutmedicin kunne højne kvaliteten i akutmodtagelserne, både i forhold til effektivitet, behandlingskvalitet og patienttilfredshed, var, at alle specialer samarbejder om opgaven (18).

Udviklingen af den akutte sundhedsindsats er yderligere blevet konsolideret med de statslige Kvalitetsfondsmidler og regionale anlægsinvesteringer i forhold til en bygningsmæssig fornyelse af sygehusene med stor fokus på det akutte område. Byggerierne forventes afsluttet omkring 2025.

Den præhospitale indsats er blevet udbygget og opkvalificeret med blandt andet styrkelse af sundhedsfaglig behandling, sundhedsfaglig visitation og forbedret kommunikation og organisering. Større nationale forandringer på det præhospitale område omfatter indførelse af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald, indførelse af en national visitationsretningslinje for 112-opkald (Dansk Indeks for Akuthjælp), en national akutlægeheliporterordning samt en national præhospital elektronisk patientjournal. Således drives det præhospitale område på baggrund af flere fælles nationale procedurer. På mere specialiserede områder har regionerne organiseret sig forskelligt med hensyn til kompetencer og ressourcer. Det drejer sig for eksempel om etablering af specialiserede udrykningskøretøjer såsom sociolance (med socialfaglige medarbejdere), babylance (neonatalt transportteam) og psykiatrisk akuttjeneste (med udkørende psykiater). Det drejer sig yderligere om varierende brug af præhospitalt personale såsom præhospitale akutlæger og ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere).

Der har i perioden også været fokus på at udvikle samarbejdet mellem lægevagten og de øvrige akutte sundhedstilbud, og i 2014 etablerede Region Hovedstaden en ny organisering med en omlægning af lægevagten til visitation via Akuttefonen 1813, og konsultationer på akutklinikker og akutmodtagelser på sygehusene.

Også den kommunale indsats på sundhedsområdet er siden kommunalreformen blevet udbygget og udviklet. Fra 2007 til 2018 er antallet af årsværk for kommunalt ansatte sygeplejersker steget med 35 pct. Tilsvarende er der i samme periode sket en stigning i antallet af årsværk for social- og sundhedsassistenter med 70 pct. Der er i dag således mere end 50.000 autoriserede sundhedspersoner ansat i kommunerne. Hertil kommer 30.000 social- og sundhedshjælpere i ældreplejen.

I 2017 kom Sundhedsstyrelsen endvidere med krav og anbefalinger til de kommunale akutfunktioner, herunder til tilrettelæggelse, målgruppe, indsatser, kompetencer og uddannelse,

udstyr, kvalitetssikring samt anbefalinger til samarbejdet med sygehuse og praktiserende læger (5). Formålet med kvalitetsstandarderne er at understøtte den ensartethøj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet og at understøtte kommunens samarbejde med sygehuse og almen praksis blandt andet om et entydigt lægefagligt behandlingsansvar. De kommunale akutfunktioner etableres som et tilbud til patienter, der ikke har behov for en sygehusindlæggelse, men som har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov, der ikke kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje (5). I 2018 godkendte Sundhedsstyrelsen rammerne for en ny specialsygeplejerskeuddannelse, som sigter på at styrke kompetencerne i den borgernære sygepleje.

I boks 1 nedenfor opridses en række af indsatserne på området.

## Boks 1

### Historisk oversigt over indsatser i relation til den akutte sundhedsindsats

- 1998: I løbet af 1990'erne så man med kirurgiprojektet på strukturen for varetagelse af kirurgiske funktioner, og i 1998 anbefalede Sundhedsstyrelsen en struktur med funktionsbærende kirurgiske enheder med et befolkningsunderlag på 200.000 – 250.000, som skulle varetage basiskirurgien.
- 2007: Strukturreformen træder i kraft med etablering af fem regioner og 98 kommuner. Med sundhedsloven kommer der ny opgavefordeling på sundhedsområdet, herunder nye opgaver til kommunerne, og Sundhedsstyrelsen får beføjelser i forhold til specialeplanlægning.
- 2007: Sundhedsstyrelsen udsender anbefalinger for den akutte sundhedsindsats i "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" inklusiv bilag; blandt andet landsdækkende helikopterordning.
- 2007: Samme år etablerer regeringen en kvalitetsfond med henblik på at investere i moderne og effektiv sygehusstruktur.
- 2008: Praksiskommissionen udkommer med en rapport vedrørende visioner for almen praksis.
- 2009: Sundhedsstyrelsen følger op på anbefalingerne for den akutte indsats i somatikken med anbefalinger for den akutte sundhedsindsats i psykiatrien i "Den akutte indsats i psykiatrien - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen".
- 2009: Sundhedsstyrelsen beskriver "Kvaliteten i den danske lægevagtsordning".
- 2009: Regeringen nedsætter Udvalg om det præhospitale akutberedskab (Akutudvalget).
- 2010: Sundhedsstyrelsen udkommer med den første specialeplan, der beskriver og placerer specialfunktioner inden for 35 lægefaglige specialer og et tandlægespeciale.

- 2010: Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab) udkommer med en statusrapport med fokus på kortlægning af akutberedskabet, 112-opkald samt vagtlægeordningen.
- 2012: Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab) udkommer med en rapport, der blandt andet anbefaler at anvende telefonisk visitation til den akutte sundhedsindsats.
- 2012: I økonomiaftalen 2013 indgår krav om, at regionerne frem mod foråret 2014 skal indføre visiteret adgang til landets akutmodtagelser.
- 2013: Regeringens udvalg om psykiatri udkommer med rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser".
- 2014: Den landsdækkende akutlægehelikopterordning træder i kraft med tre døgnbemandede akutlægehelikoptere.
- 2014: Første evaluering af landets akutmodtagelser udkommer i et samarbejde mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner i "Faglig gennemgang af akutmodtagelserne".
- 2014: Sundhedsstyrelsen udkommer med rapporten "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje".
- 2015: Databasen for Akutte Hospitalskontakter etableres i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP.
- 2016: I økonomiaftalen 2017 er der blandt andet fokus på datadrevet kvalitetsudvikling i akutmodtagelserne.
- 2016: Regeringen afsætter midler til en handlingsplan for den ældre medicinske patient i perioden 2016-2019, hvor der blandt andet er fokus på en tidlig indsats.
- 2016: Anden evaluering af landets akutmodtagelser udkommer i et samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner i "De danske akutmodtagelser – status 2016".
- 2017: I økonomiaftalen 2018 besluttet det, at anbefalingerne fra 2007 skal opdateres, herunder belysning af de fælles akutmodtagelser.
- 2017: Sundhedsstyrelsen udkommer med en revideret specialeplan.
- 2017: Det besluttet at oprette et lægefagligt speciale i akutmedicin baseret på Sundhedsstyrelsens "Vurdering af et speciale i akutmedicin".
- 2017: Rigsrevisionen udkommer med "Beretning om Region Hovedstadens akuttelefon 1813".

- 2017: Regeringens lægedækningsudvalg udkommer med rapporten "Lægedækning i hele Danmark".
- 2017: Sundhedsstyrelsen offentliggør krav og anbefalinger til kommunale akutfunktioner beskrevet i rapporten "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner" med afsæt i udmøntning af handlingsplanen for en styrket indsats for den ældre medicinske patient.
- 2017: Afrapportering fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (Sundheds- og Ældreministeriet).
- 2018: Regeringen træffer beslutning om indførelsen af en fjerde akutlægehelikopter.
- 2018: Sundhedsstyrelsen opretter en ny specialuddannelse i borgernær sygepleje.
- 2018: I regeringens handlingsplan "Vi løfter i fællesskab – en samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025" afsættes midler til udbredelsen af regionale akutte psykiatriske udrykningstjenester.
- 2018: Satspuljen på sundhedsområdet 2019-2022 prioriterer udbredelsen af regionale akutte udrykningsteams i psykiatrien samt bedre samarbejde mellem politiet og sundhedssektoren.
- 2019: Sundhedsstyrelsen offentliggør anbefalinger for intensiv behandling til mennesker med svær psykisk lidelse.
- 2020: Sundhedsstyrelsen igangsætter arbejde med beskrivelse af en ny specialuddannelse i akutsygepleje.



# 3

## Viden og status

Med henblik på at præsentere et overblik over den viden og status for udviklingen af den akutte sundhedsindsats, der ligger til grund for vurderingen af udfordringer og muligheder på området, beskrives væsentlige erfaringer og evidens på området, hvorefter der redegøres for aktiviteten.

### 3.1 Vidensgrundlag

I arbejdet med de aktuelle anbefalinger er der blevet set på erfaringer og evidens på området. En række tidligere afdækninger er gennemgået, og der er desuden, som led i arbejdet med de nye anbefalinger, blevet udført en række nye analyser og gennemgange af den videnskabelige evidens. I det følgende gennemgås de væsentligste fund fra tidligere og nyere afdækninger inden for følgende områder:

- Visitation til den akutte sundhedsindsats
- Den præhospital indsats
- Den kommunale sygepleje
- Akutmodtagelser
- Akutsygehuse

#### Visitation til den akutte sundhedsindsats

I relation til det visiterende akutte sundhedsvæsen, herunder de regionale lægevagtsordninger og Akuttefonen 1813 i Region Hovedstaden, er der siden 2007 udarbejdet flere rapporter og undersøgelser, blandt andet:

- 2008: Afrapportering fra Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen (19)
- 2009: Sundhedsstyrelsens rapport om kvaliteten i den danske lægevagtsordning (20)
- 2012: Rapport om brug af sygeplejersker i lægevagten (21), anbefalinger fra Regeringens akutudvalg (15)
- 2014: COWI's Evaluering af enstrenget og visiteret akutsystem frem til 1. april 2014 (22)
- 2015: KORA's Evaluering af Enstrenget og Visiteret Akutsystem i Region Hovedstaden (23).

Rigsrevisionen har desuden i sin beretning 17/2016 fra maj 2017 sat fokus på Akuttefonen 1813 og de regionale lægevagtsordninger (24). Og endelig har Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, VIVE, i september 2018 udgivet en kortlægning af de regionale lægevagtsordninger og Region Hovedstadens akuttefon 1813 (25). De væsentligste pointer herfra beskrives i boks 2.

## Boks 2

### Kortlægning af de regionale lægevagtsordninger og Region Hovedstadens akuttefon 1813

- Kortlægningen er første forsøg på at udarbejde en større sammenlignelig beskrivelse af de fire lægevagtsordninger og Akuttefonen 1813. Kortlægningen giver et samlet overblik over ligheder og forskelle i ordningernes nuværende organisering, opgavevaretagelse, aktivitet og økonomi. Kortlægningen er deskriptiv og indeholder ikke faglige anbefalinger.
- Kortlægningen viser, at der er forskelle mellem ordningerne, ikke kun mellem de fire lægevagtsordninger og Akuttefonen 1813, men også de fire lægevagtsordninger imellem.
- Der er relativt store forskelle mellem de fire regioner med lægevagtsordninger på de praktiserende lægers deltagelse i og andel af produktion i vagten. Blandt andet er der forskel på, hvor stor en andel af de samlede antal vagtaktive læger, der udgøres af regionens praktiserende læger: fra 84 pct. i Region Midtjylland til 62 pct. i Region Sjælland.
- Der er store forskelle på anvendelsen af sygeplejersker og andre sundhedspersoner i de fem ordninger: I Region Midtjylland ses en væsentlig højere brug af sygeplejersker (22 pct. af det samlede gennemsnitlige ugentlige timetal) i forhold til de tre andre lægevagtsregioner, hvor Region Sjælland slet ikke anvender sygeplejersker eller andre faggrupper end læger. I Region Hovedstaden, hvor anvendelsen af personale kun kan opgøres for visitation og besøg, udgør sygeplejersker 59 pct. målt i antal timer. Ligeledes er der stor forskel på, hvilke opgaver sygeplejerskerne varetager i de enkelte ordninger, herunder blandt andet telefonisk visitation.
- Ingen af de fire regioner, som har opstillet servicemål for bevarelse af opkald, har til fulde opfyldt servicemålet i 2016. Region Midtjylland, Syddanmark og Sjælland ligger 5-10 procentpoint under servicemålet, akuttefonen i Region Sjælland har næsten opfyldt målet, mens Akuttefonen 1813 er henholdsvis 45 og 25 procentpoint fra sine to opstillede servicemål på dette område i 2016. Region Hovedstaden er således længst fra at opfylde servicemålene i egen region.
- Udviklingen i aktiviteten fra 2009-2016 viser, at antallet af besøg i hjemmet er faldet i alle regioner, og i Region Hovedstaden faldt antallet i 2013-2014 med 70 pct. efter etablering af Akuttefonen 1813. Antallet af konsultationer er derimod steget i alle fire lægevagtsregioner på nær Region Nordjylland, hvor antallet er faldet. Antallet af henvisninger fra Akuttefonen 1813 til ambulans kontakt i akutmodtagelse eller akutklinik er stort set uændret efter indførelse af Akuttefonen 1813. Antal telefonkonsultationer er steget i nogle regioner og faldet eller stagneret i andre efter indførelse af enstregig visitation til den fælles akutmodtagelse.
- Sammenligning af aktiviteten i 2016: I 2016 havde Region Sjælland det højeste antal telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere, mens Region Hovedstaden havde det laveste. Der var i 2016 desuden store regionale forskelle på antal besøg, hvor Region



Sjælland og Midtjylland havde flest besøg (53-54 besøg pr. 1.000 borgere), mens Hovedstaden havde det laveste antal (7 besøg pr. 1.000 borgere). For konsultationer havde Region Nordjylland det højeste antal, mens Midtjylland havde det laveste i 2016 (henholdsvis 211 og 157 pr. 1.000 borgere).

- Patientgrupper: Småbørn (0-4-årige) modtager flest telefonkonsultationer i alle regioner og flest vagtlægekonsultationer pr. 1.000 borgere. I Region Hovedstaden henvises der også flest småbørn pr. 1.000 borgere til behandlersporet sygdom i ambulant kontakt i akutmodtagelse eller akutklinik sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Det er imidlertid de ældste borgere ( $\geq 75$  år), som modtager flest besøg i alle regioner.
- Genhenvendelser: 15-28 pct. af alle telefonkonsultationer til regionens egne borgere er givet til patienter, der har fået mere end én telefonkonsultation inden for samme vagt.
- Der er relativt store forskelle i størrelsen af driftsomkostninger i de fire lægevagtsordninger i 2016. Region Midtjylland har de højeste, mens Sjælland har de laveste omkostninger (henholdsvis 41.000 og 16.000 kr. pr. 1.000 borgere). At Region Midtjylland har de højeste omkostninger kan formentlig tilskrives omkostninger forbundet med løn til sygeplejersker. Region Sjælland har lavere driftsomkostninger, men det kan formentlig tilskrives den måde, omkostningerne er opgjort på. De fire lægevagtsregioners omkostninger til honorarydelser adskiller sig til gengæld ikke.
- Region Hovedstadens omkostninger ved Akuttelefonen 1813's levering af telefonkonsultation og besøg udgør 66.000 kr. pr. 1.000 borgere. Det understreges, at omkostningerne i de fire vagtlægere regioner ikke kan sammenlignes med Region Hovedstadens driftsomkostninger ved Akuttelefonen 1813.

Vedrørende den almen medicinske telefonvisitation i vagttid er der udarbejdet enkelte rapporter, som undersøger og sammenligner brugen af henholdsvis læger og sygeplejersker i visitationen af patienter med akut opstået skade eller sygdom. I en rapport fra KORA konkluderes det, at det ikke kan bekræftes, at lægefaglig eller sygeplejefaglig uddannelsesbaggrund i sig selv er afgørende for kvaliteten ved telefonvisitation. Derimod peges der på vigtigheden af at sikre oplæring, uddannelse og støtte i telefonvisitationen (23). En anden rapport konkluderer, at der ikke er grundlag for at sige, at telefonvisitation varetaget af sygeplejersker er mindre sikker og har ringere kvalitet end lægebaseret visitation. Det skyldes, at der er mangel på dokumentation for sikkerheden og kvaliteten i lægers telefoniske visitation i lægevagtsordninger. Samtidig betones det i en rapport fra DSI, at telefonvisitation er forbundet med risici og usikkerhed, hvilket stiller særlige krav til visitatorens kompetencer (21). Senest har et forskningsprojekt fra Aarhus Universitet sammenlignet almenmedicinere, sygeplejersker og læger med forskellig faglig baggrund i telefonvisitationen i henholdsvis lægevagten i Region Midtjylland og Akuttelefonen 1813 i Region Hovedstaden i forhold til kvalitet, sikkerhed og effektivitet. På den baggrund konkluderes det, at kvaliteten i telefonvisitationen generelt er høj, men at der var klare forskelle afhængig af, hvem der foretog visitationen. Sikkerheden målt ud fra graden af undervisning og den overordnede sikkerhed synes at være ens hos både almenmedicinere og sygeplejersker. Sygeplejersker har længere samtaler og viderevisiterer i højere grad end

almenmedicinere, mens effektiviteten og kvaliteten vurderes at være mindst hos læger med anden faglig baggrund (26).

I relation til den akutte sundhedsindsats er tilgængelighed til almen praksis i dagtid relevant. I relation hertil er der blandt andet udarbejdet et par undersøgelser, der ser på tilgængeligheden. Dels en undersøgelse fra Region Hovedstaden i 2017 af den telefoniske kontakt til almen praksis, der undersøgte muligheden for telefonisk kontakt til almen praksis, herunder forløbet med at komme i kontakt med praksis, samt i hvilket omfang almen praksis overholder overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed (27). Undersøgelsen viser, at 97 pct. lever op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed og at der opnås personlig kontakt hver anden gang, der ringes til almen praksis (i alt 49 pct. af tilfældene). Undersøgelsen viser endvidere, at der til sammenligning med 2012 er flere, der lever op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed, mens det er blevet sværere at opnå direkte personlig kontakt (27). I en opgørelse fra Region Midtjylland i 2016 ses det, at 63 pct. af almen praksis har en akutlinje (særsomt telefonnummer fra kl. 8-16). Derudover blev der for 8 pct. ikke opnået kontakt inden for 10 minutter og den gennemsnitlige ventetid lå på små 2 minutter (28).

Regeringens akutudvalg pegede på potentialet i at forbedre kapaciteten i lægevagtsordningerne ved at inddrage sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale i opgaveløsningen, herunder opgaver relateret til telefonisk visitation (29). En øget kapacitet i den telefoniske visitation i vagttid er blandt andet relevant, fordi flere af de regionale lægevagtsordninger i dag har vanskeligt ved at få bemandede lægevagterne i vagttid.

### Den præhospitale indsats

I relation til det præhospitale område har der forskningsmæssigt særligt været fokuseret på de meget akutte tilstande såsom hjertestop uden for hospital, alvorlige traumer og slagtilfælde (apopleksi) og behandling af disse. I arbejdet med anbefalingerne for det præhospitale område har følgende rapporter blandt andet været med til at belyse området:

- Betydning af uddannelsesniveau for effekten af udvalgte dele af den præhospitale indsats – En systematisk litteraturgennemgang, Defactum, 2017 (30).
- Kortlægning af behov for flere akutbiler og akutlægebiler, Akutudvalget, 2012 (31).

I vurderingen af kompetencer i den præhospitale indsats ses der ved brug af akutlægenes sundhedsfaglige kompetencer en øget overlevelse efter visse akutte tilstande, når behandlingen sammenlignes med ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere) eller udenlandsk uddannede paramedicinere<sup>2</sup>. Det gælder for hjertestop uden for sygehus (evidens for højere overlevelse) og hovedtraume samt tilstande med sværere traumer mere generelt (positiv tendens i forhold til højere overlevelse) (30).

### Den kommunale sygepleje

I relation til kommunernes arbejde er der foruden anbefalingerne vedrørende kommunale akutfunktioner (5) taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til handlingsplanen for den ældre medicinske patient (13) samt den politiske aftale om handlingsplanen for

---

2 De danske ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere) er uddannet på et relativt lavere niveau end de udenlandske paramedicinere i studierne fra litteraturgennemgangen. De udenlandske paramedicinere var typisk uddannet på universitetsniveau med en bacheloruddannelse.

den ældre medicinske patient (32) og afrapporteringen fra udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (33) i forhold til samarbejdet om den akutte sundhedsindsats.

### Akutmodtagelser

Der er gennemført to nationale afrapporteringer vedrørende udviklingen af de somatiske akutmodtagelser på baggrund af 2007-anbefalingerne (34,35). Et tilbagevendende tema har været speciallægenes tilgængelighed i vagten og prioritering af opgaver vedrørende vurdering og behandling af patienter i den fælles akutmodtagelse i forhold til opgaver på stamafdelingen. Et andet tema har været, i hvor høj grad alle speciallæger har opdaterede kompetencer i forhold til det akutte arbejde, hvis det for eksempel er mange år siden, de som speciallæger har gået i vagt uden for deres grenspeciale, eller hvis vagtdeltagelse for den enkelte speciallæge kun forekommer relativt sjældent. I boks 3 nedenfor oplistes en række væsentlige fund fra de to nationale evalueringer.

### Boks 3

To landsdækkende evalueringer af ny sygehusstruktur på det akutte område

#### 2014: Faglig gennemgang af akutmodtagelserne. Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner 2014 (34)

- De somatiske akutmodtagelser har samlet set løftet kvaliteten i behandlingen af den akutte patient, og har på en række områder organiseret sig forskelligt og valgt forskellige løsninger.
- Alle somatiske akutsygehuse lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at konkrete lægefaglige specialer skal være repræsenteret på matriklen, men
- kun seks somatiske akutsygehuse lever fuldt op til anbefalinger om, at en række
- konkrete specialer skal være til stede på matriklen døgnet rundt.
- Servicemål og ventetider varierer på tværs af regioner og sygehuse. Der er mindre forskelle i de anvendte triagemodeller, og på alle somatiske akutsygehuse er der akutte patienter, der ud fra fagligt begrundede hensyn modtages på en stamafdeling uden om akutmodtagelsen. Det gælder særligt børn og akutte hjertepatienter.

#### 2016: De danske akutmodtagelser – status 2016. Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner 2016 (35)

- De somatiske akutmodtagelser er i en positiv udvikling, og regionerne følger op på anbefalingerne fra den faglige gennemgang fra 2014.
- Der arbejdes med at sikre ensartet høj kvalitet på tværs af akutsygehuse og regioner.
- De somatiske akutmodtagelser er fortsat et område i udvikling.

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, VIVE, udarbejdede til brug for arbejdet med de aktuelle anbefalinger i 2018 en kvalitativ undersøgelse af akutmodtagelserne: "Akutmodtagelserne i Danmark", som var baseret på interviews og spørgeskemaer (36). I rapporten peges der blandt andet på følgende forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser:

- Kompetencer, hvor de kliniske kompetencer hos speciallæger er væsentligst, men også kompetencer i ledelse af patientflow fremhæves. På sygeplejesiden fremhæves kompetencer i akut sygepleje samt specialiserede medicinske kompetencer i forhold til at passe akutmodtagelsens sengeafsnit.
- Let adgang til diagnostik både i dagtid og vagttid.
- Mulighed for viderehenvisning og løbende frigivelse af plads i akutmodtagelserne for at skabe flow.
- Tillid og ligeværdigt samarbejde og relationer mellem aktørerne i det samlede akutte forløb baseret på klare aftaler om arbejdsgange, behandlingsansvar og visitationsret samt kendskab til samarbejdspartnere.

Yderligere hovedpointer fra rapporten fremgår af boks 4.

## Boks 4

Hovedpointer fra rapport vedrørende akutmodtagelser, VIVE, 2018 (36)

**2018: Akutmodtagelserne i Danmark. Forudsætninger, udfordringer og fremtidige pejlemærker. VIVE, 2018 (36)**

På baggrund af undersøgelsen udpeges følgende som udviklingsspor og pejlemærker for de enkelte aktører:

- I **akutmodtagelserne** identificeres et fortsat behov for opmærksomhed på tilstedeværelsen af speciallægekompetencer, da det er et forhold, som bidrager både til kvalitet, kapacitetsudnyttelse og flow. Dernæst fremgår mulighederne for lokale organisatoriske tilpasninger, så akutmodtagelserne kan blive tilpasset til hospitalernes forskellige specialiseringsgrader, rekrutteringsudfordringer, patientgrundlag m.m.
- I **kommunerne** identificeres et behov for at sikre kapacitet og kompetencer til at modtage patienter både efter indlæggelser i akutmodtagelserne, og når de sendes direkte hjem fra akutmodtagelserne uden at blive indlagt. Desuden er det nødvendigt med kompetencer i kommunerne til at vurdere basale sygdomstegn, så borgere ikke sendes unødigt til akutmodtagelserne.
- I **den præhospital indsats** identificeres et potentiale i, at ambulanceredderne kan udføre diagnostiske undersøgelser i borgeres hjem og være i dialog med hospitalslæger, praktiserende læger eller vagtlæger, vedrørende om borgeren skal indlægges eller ej.

- I **vagtlægeordningen** identificeres et potentiale i at gøre de diagnostiske faciliteter tilgængelige, så man undgår unødige indlæggelser. Desuden kan tilstedeværelse af personale fra specialafdelingerne også være et tiltag, der potentielt kan bidrage til, at kvaliteten i henvisningerne forbedres, og at nogle henvisninger kan undgås.

På tværs af aktører udpeges følgende som væsentlige udviklingsspor og pejlemærker:

- **Kapacitetsudnyttelse og flow:** En af de væsentligste forudsætninger for velfungerende akutmodtagelser, men en forudsætning som akutmodtagelserne ikke kan sikre alene. Akutmodtagelserne er afhængige af, at der undgås unødige indlæggelser, og at det er muligt at sende patienter videre, dels hvis der ikke er behov for indlæggelse og dels efter indlæggelse.
- **Kommunikation og datadeling over sektorgrænser:** Der er behov for tidstro information om, hvor patienten befinder sig, og hvad status er på patientforløbet. De nuværende kommunikationssystemer understøtter ikke det hurtige flow på akutområdet, og der kan opstå uklarhed om, hvem der har ansvaret for patienten. Desuden efterspørges muligheden for at understøtte forskning på tværs af de involverede aktører, så der kan etableres en klarere forståelse af, hvilken betydning enkeltdele i patientforløbene har for eksempelvis kvalitet.

Modsat evalueringen af regionernes implementering af anbefalingerne fra 2007 vedrørende den akutte sundhedsindsats i somatikken, er anbefalingerne fra 2009 aldrig blevet evalueret. Til brug for arbejdet med aktuelle anbefalinger bad Sundhedsstyrelsen derfor i 2017-2018 regionerne om at beskrive status på området med særligt fokus på psykiatri. Generelt viser afdækningen, at der er variation i forhold til implementeringen af anbefalingerne fra 2009 mellem regionerne. Variationen er betinget af mange forhold, herunder spiller især den fysiske organisering og status på kvalitetsfundsbyggerierne ind, ligesom manglen på speciallæger påvirker implementeringen af anbefalingerne. Hovedfund fra statusopgørelserne fremgår af boks 5, hvori der også fremgår fund fra en senere spørgeskemaundersøgelse. Se næste afsnit.

### Akutsygehuse

Som led i det aktuelle arbejde med anbefalingerne har Sundhedsstyrelsen i begyndelsen af 2019 indsamlet oplysninger fra regionerne vedrørende akutte sygehus tilbud inden for både somatik og psykiatri (se bilag 6 og 7 i bilagsrapporten). Afdækningen var både kvantitativ og kvalitativ, og formålet var blandt andet at få belyst, hvorledes akutte sygehus tilbud var organiseret på tværs af regioner og somatik/psykiatri. De væsentligste fund herfra fremgår af boks 5.

## Boks 5

### Hovedfund fra spørgeskema vedrørende somatiske og psykiatriske akutsygehuse 2019 samt hovedfund fra regionernes statusopgørelse vedrørende den akutte psykiatriske sundhedsindsats 2017-2018

- Der er akutmodtagelser på i alt 32 sygehusmatrikler, heraf 22 med somatisk modtagelse og 21 med psykiatrisk modtagelse, og alle regioner har døgnåbne akutmodtagelser inden for både somatik og psykiatri.
- På fire af de 32 sygehusmatrikler er der en fælles modtagelse for både somatik og psykiatri, mens der på otte er tale om separate, men nærtliggende modtagelser.
- Alle fem regioner har inden for psykiatrien integreret børne- og ungemodtagelsen med voksenmodtagelsen på udvalgte matrikler.
- Den samlede stationære sengekapacitet på både somatiske og psykiatriske akutsygehuse forventes at være stabil frem mod 2025. Kapaciteten af senge i akutmodtagelserne forventes dog øget med 26 pct. frem mod 2025, men stigningen er alene for somatiske senge. Tilsvarende forventes kapaciteten af senge på somatiske intensivafdelinger at stige med 27 pct. frem mod 2025, og kapaciteten af operationslejer til indlagte patienter at stige med 10 pct. frem mod 2025 med en tilsvarende udvidelse af kapaciteten i vagttid.
- Der ses fortsat en stor variation på tværs af akutsygehuse i forhold til antallet af indgange for modtagelse af akutte patienter, hvor der fortsat er sygehuse med op til otte forskellige indgange ud over den fælles akutmodtagelse.
- Tre ud af fem regioner har ikke visitation til de psykiatriske akutmodtagelser, mens Region Nordjylland og Region Midtjylland har delvist visiteret adgang.
- Langt de fleste akutmodtagelser på tværs af både somatik og psykiatri er i dag organiseret som afdelinger/afsnit med egen ledelse, og en stor del også med egen fast stab af speciallæger.
- Der er stor variation i organiseringen i forhold til speciallæger i akutmodtagelsen, og variation i forhold til i hvilken grad billeddiagnostik ligger i selve akutmodtagelsen; for tre psykiatriske sygehuse gælder det, at der ikke er adgang til biokemi inden for to timer.
- Generelt har de psykiatriske akutsygehuse ikke speciallæger i tilstedeværelsesvagt uden for dagtid.

- Der arbejdes lokalt med aktiviteter og forsøgsprojekter, som blandt andet skal bibringe lokal viden om nedbringelse af genindlæggelser og muligheder for at flytte indsatsen for en del af de akutte situationer fra de psykiatriske akutmodtagelser og de stationære afdelinger over i den akutte ambulante indsats, herunder eksempelvis fast track, brugerstyrede senge, udgående funktioner såsom akutteams<sup>3</sup> eller F-ACT-teams<sup>4</sup>.

I forbindelse med arbejdet med de aktuelle anbefalinger har Sundhedsstyrelsen foretaget en litteraturgennemgang med fokus på at estimere det nødvendige befolkningsunderlag for varetagelse af akutte sygehusfunktioner, og for at efterprøve de skønsmæssigt fastsatte befolkningsunderlag, der blev beskrevet i anbefalingerne i 2007 og 2009. Disse var henholdsvis 200.000 - 400.000 for varetagelse af somatiske og psykiatriske akutmodtagelser og 500.000 - 1.000.000 for varetagelse af akut børne- og ungdomspsykiatri.

Gennemgangen tog udgangspunkt i tretten udvalgte akutte tilstande som hovedsagligt varetages på hovedfunktionsniveau. På grundlag af relevante grænseværdier for minimumsvolumen med kvalitetsspring og tilstandenes incidens i Danmark blev der estimeret et mindste befolkningsunderlag. Der er generelt tale om grove estimater, da der må tages forbehold for, at en række studier er foretaget i sundhedsvæsener, der ikke ligner det danske, og at der ikke er foretaget en omfattende og systematisk litteraturgennemgang. For en række studier er der desuden valgt kvalitetsindikatorer (for eksempel mortalitet under indlæggelse ved apopleksi), som ikke er de mest relevante i en dansk kontekst. Generelt er udfordringen ved at inddrage international litteratur på området, at Danmark på mange punkter er længere fremme end andre lande i forhold til systematisk samling af specialfunktioner på tværs af de lægefaglige specialer med udgangspunkt i et princip om at "øvelse gør mester".

Generelt bekræfter litteraturgennemgangen, at vi i Danmark har anvendt fagligt relevante befolkningsunderlag i planlægningen af akutte tilstande, der varetages på hovedfunktionsniveau, herunder det fastsatte minimum på 200.000. Det bemærkes desuden, at det for en række almindelige tilstande som for eksempel pneumoni og hoftenær fraktur synes forsvarligt, at disse varetages på små akutsygehuse med særlig geografi, mens en række andre tilstande som for eksempel sepsis, hjertesvigt og gastrointestinal blødning med fordel kan visiteres til større akutsygehuse.

Fundene er resumeret i boks 6. For metode og uddybende resultater se bilag 8 i bilagsrapporten.

---

3 Akutteams kan være målrettet patienter, som ikke i forvejen er tilknyttet distriktspsykiatri, OP/F-ACT-team eller ambulante behandlingstilbud i psykiatrien. De akutte teams samarbejder ofte tæt med akutmodtagelserne, som kan viderehenvise borgere til behandling i et akutteam som alternativ til indlæggelse, eller kortvarige intensive ambulante behandlingsforløb til patienter, der kortvarigt har været indlagt i en akutmodtagelse eller på et sengeafsnit, men som ikke er målgruppe for et længerevarende ambulante behandlingsforløb.

4 F-ACT-teams er en hollandsk model for organisering af ambulante teams kendetegnet ved en fleksibel behandlingsindsats, som er målrettet mennesker med svære psykiske sygdomme.

## Boks 6

### En litteraturgennemgang vedrørende befolkningsunderlag i relation til akutsygehuse

- For en række væsentlige akutte tilstande som sepsis, hjertesvigt, apopleksi, skizofreni, respirationssvigt og gastrointestinal blødning viser studierne en sammenhæng mellem et minimalt patientunderlag og kvalitet.
- For udvalgte tilstande som for eksempel pneumoni og hoftenær fraktur tyder studierne på, at der ikke nødvendigvis er en kvalitetsgevinst ved centralisering.
- For udvalgte tilstande som for eksempel gastrointestinal blødning kan der være grundlag for yderligere samling i forhold til at sikre robusthed i kompetencer, og man kan overveje at arbejde med et endnu større befolkningsunderlag.

Regionerne har desuden bidraget med oplysninger om både aktuelle og fremtidige befolkningsunderlag for varetagelse af ydelser på hovedfunktionsniveau på akutsygehuse, som angivet i nedenstående tabel 1. Ved fremskrivning til 2025, hvor alle nye akutsygehusbyggerier forventes afsluttet, ses det, at de tre nuværende små sygehuse med særlig geografi (Bornholms Hospital, Nykøbing Falster Sygehus og Aalborg Universitetshospital, Thisted) fortsat har befolkningsunderlag under den nedre grænse for Sundhedsstyrelsens generelle anbefaling på 200.000 borgere. Det ses samtidig også, at akutsygehuse som Regionshospital Nordjylland, Hjørring (somatik) samt Psykiatrisk Afdeling, Svendborg Sygehus og Odense Universitetshospital (psykiatri) også forventes at have befolkningsunderlag i underkanten af de 200.000. Af regionernes estimat fremgår det ligeledes, at der i 2025 vil være en række sygehuse med et befolkningsunderlag, der er større end 400.000. Sundhedsstyrelsen bemærker, at der i relation til somatikken særligt er tale om sygehuse i Region Hovedstaden; Bispebjerg Hospital, Herlev-Gentofte Hospital, Herlev, Amager-Hvidovre Hospital, Hvidovre og Rigshospitalet samt Odense Universitetshospital i Region Syddanmark, mens det samme gælder for Psykiatrien - Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland.



Tabel 1

Befolkningsunderlag for akutsygehusenes varetagelse af hovedfunktionsydelser (antal borgere i tusind)

Akutsygehus	Befolkningsunderlag hovedfunktionsniveau*			
	2019 somatik	2019 psykiatri	2025 somatik	2025 psykiatri
Psykiatrisk Center Amager	0	255	0	293
Psykiatrisk Center Ballerup	0	362	0	374
Bispebjerg Hospital	461	461	490	490
Bornholms Hospital	39	39	40	40
Psykiatrisk Center Glostrup	0	325	0	347
Herlev Hospital	455	0	477	0
Hvidovre Hospital	551	0	601	0
Nordsjællands Hospital	324	378	332	378
Rigshospitalet*	468	0	488	0
Holbæk Sygehus	257	0	209	0
Sjællands Universitetshospital, Køge	184	0	278	0
Nykøbing F. Sygehus	149	0	155	0
Psykiatrien Roskilde	0	306	0	306
Slagelse Sygehus	248	296	212	296
Psykiatrien Vordingborg	0	232	0	232
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	230	230	230	230
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	220	0	220	0
Psykiatrisk afdeling Esbjerg	0	242	0	242
Sygehus Lillebælt, Kolding	312	0	322	0
Odense Universitetshospital	430	176	430	176
Psykiatrisk Afdeling Svendborg	0	126	0	126
Psykiatrisk Afdeling Vejle	0	275	0	275
Aarhus Universitetshospital	358	358	366	366
Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Herning	287	287	289	289
Regionshospitalet Horsens	221	221	232	232
Regionshospitalet Randers	225	225	232	232
Hospitalsenheden Midt, Regionshospitalet Viborg	236	236	241	241

Akutsygehus	Befolkningsunderlag hovedfunktionsniveau*			
	2019 somatik	2019 psykiatri	2025 somatik	2025 psykiatri
Aalborg Psykiatriske Sygehus	0	590	0	597
Aalborg Universitetshospital	323	0	333	0
Brønderslev Psykiatriske Sygehus	0	266	0	264
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	180	0	180	0
Aalborg Universitetshospital, Thisted	80	0	80	0
I alt ekskl. Rigshospitalet*	5.770	5.885	5.949	6.026

\*Rigshospitalet har ikke hovedfunktionsniveau på tværs af alle funktioner, men alene inden for udvalgte specialer. Hvis dette udelades passer de somatiske optageområder med de 5,7 mio. borgere i Danmark. I kolonnen vedrørende psykiatrien i 2019 skyldes det for høje befolkningstal, at befolkningstallene i rækkerne er rundet op.

*Kilde: Spørgeskemaundersøgelse foretaget af Sundhedsstyrelsen vedrørende somatiske og psykiatriske akutsygehuse 2019.*

I forbindelse med arbejdet med aktuelle anbefalinger har Sundhedsstyrelsen også fået udarbejdet et litteraturstudium over internationale erfaringer med fokus på den akutte patients forløb på sygehuset med fokus på trængsel, overfyldthed ("crowding") m.v. Heri peges der på en række tiltag, der kan gøres for at forebygge eller begrænse crowding. I boks 7 beskrives de væsentligste pointer herfra; se også bilag 9 i bilagsrapporten.

## Boks 7

### En litteraturoversigt over interventioner til at forebygge eller begrænse crowding

- Der er udtalt social ulighed i brugen af det akutte behandlingssystem. Det vurderes, at der med de rette politiske tiltag, sociale indsatser og lovgivning kan forebygges et stort antal akutte indlæggelser. Dette kræver, at der investeres i primærsektoren, herunder kommunale indsatser samt rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger og vagtlægeordninger.
- Internationalt er der gode erfaringer med at have en speciallæge med i planlægningen af patientforløbet allerede ved ankomst til sygehuset. En række specifikke opgaver kan desuden, i det rette setup, uddelegeres til for eksempel behandlersygeplejersker og triage-sygeplejersker.
- I nogle lande (England, Australien og New Zealand) er der indført et tidsmål for den akutte behandling, for eksempel krav om målopfyldelse på 95 pct. for maksimal opholdstid i akutmodtagelsen på 4 eller 6 timer. Fra disse lande lyder det, at der kan

forventes positiv effekt af et tidsmål, herunder i forhold til hurtigere afvikling af proces med mindsket kødannelse, men kun såfremt tidsmålet ikke bliver eneste kvalitetsmål for den akutte behandling og der ikke forlanges en målopfyldelse på 100 pct.

- Nogle særligt udsatte patientgrupper (den psykiatriske patient, den ældre/skrøbelig patient og børn) kan have gavn af personale med særlige kompetencer eller omgivelser, som er tilpasset deres behov, hvilket bør tænkes ind når akutmodtagelserne indrettes og bemandes.
- Efter initial udredning og behandling i akutmodtagelsen kan nogle patientgrupper med specifikke tilstande og forventet sygehusophold under 24 timer med fordel håndteres og afsluttes fra akutmodtagelsen. Hvis indtaget til disse særlige afsnit håndteres meget nøje, og observationer og interventioner følger specifikke protokoller, kan det have positiv effekt på både proces og outcome. I nogle lande er der desuden succes med at reducere både dødelighed og den samlede opholdstid på sygehuset for grupper af interne medicinske patienter ved at have et afsnit med dedikeret personale til at håndtere stabile, medicinske patienter med forventet ophold under 72 timer. Afsnittene bemandes af interne medicinere, som her kan varetage effektiv udredning og behandling af udvalgte medicinske patienter modtaget via akutmodtagelsen
- Internationalt beskrives store udfordringer med at få akutte patienter flyttet fra akutmodtagelsen til stamafsnit på grund af overbelægning på stamafdelingerne. Nogle eksperter identificerer dette som den største enkeltstående årsag til crowding. Der kan med fordel laves interventioner på akutsygehuset, så der opnås en fornuftig belægning på de afdelinger, der modtager akutte patienter fra akutmodtagelser, herunder tilpasning af bemanningen på akutsygehuset. Det er væsentligt, at der laves en samlet løsning for bemanning og belægning på hele akutsygehuset.

## 3.2 Aktivitet og data

I det følgende skitseres indledningsvist befolkningsudviklingen, dernæst aktiviteten i de fire lægevagtsordninger og Region Hovedstadens akutte telefon 1813 samt aktiviteten i den præhospitale indsats og til slut beskrives den akutte aktivitet på sygehuset for både somatik og psykiatri. Aktiviteten beskrives dels i forhold til udviklingen henover årene, dels i forhold til den aktuelle aktivitet i dag.

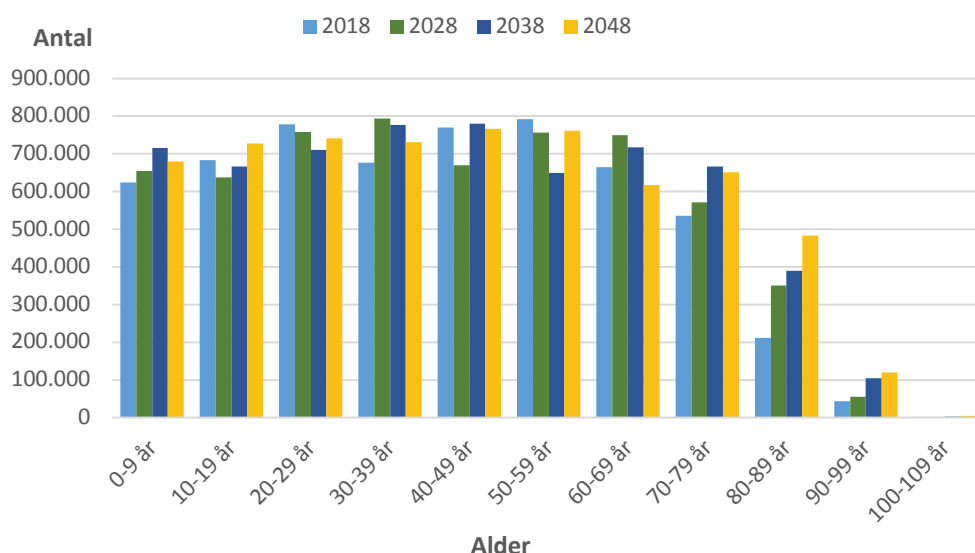
For at illustrere det samlede billede af aktiviteten i den akutte sundhedsindsats havde det været hensigtsmæssigt med en opgørelse også af aktiviteten i den kommunale sygepleje i relation til den akutte sundhedsindsats, men det har ikke været muligt at få systematisk opsamlede data til belysning af dette.

### Befolkningens udvikling

Aktiviteten og tilrettelæggelsen af den akutte sundhedsindsats hænger tæt sammen med udviklingen i befolkningens demografi og sygdomsmønstre, herunder alderssammensætning. Figur 1 illustrerer en befolkningsfremskrivning fra 2018 til 2048, hvoraf det fremgår, at

andelen af befolkningen mellem 20 og 69 år, svarende til de erhvervsaktive grupper, stort set er uændret, mens andelen af ældre stiger betydeligt (37). I 2018 udgør gruppen af 80-89-årige således 3,9 pct. af befolkningen, og i 2048 udgør den 7,6 pct. af befolkningen. Andelen af 90-99-årige udgør i 2018 0,8 pct. af befolkningen, og i 2048 1,9 pct. af befolkningen. Den demografiske udvikling de seneste årtier har betydet, at antallet af mennesker, der lever med mindst én kronisk sygdom, er steget. I alt 35,6 pct. af danskere over 16 år rapporterer at have en eller flere langvarige sygdomme eller helbredsproblemer. Andelen stiger med alderen, så der blandt 75+-årige er 51,4 pct. kvinder, som har en eller flere langvarige sygdomme, og 49,5 pct. mænd. Samtidig lever man længere, også med sygdomme, der tidligere ikke kunne behandles. Det gælder for eksempel inden for kræft- og hjertesygdomme. Derudover har der været en udvikling i sygdomsmønstret, hvor blandt andet antallet af patienter med psykisk sygdom er steget, ligesom samfundsudviklingen generelt betyder, at sygdomsforståelsen ændrer sig, og nye sygdomme opstår (37). Stigningen i antallet af ældre, der lever med en eller flere behandlingskrævende sygdomme, vil få betydning for aktiviteten i sundhedsvæsenet.

**Figur 1**  
Befolkningsfremskrivning 2018-2048

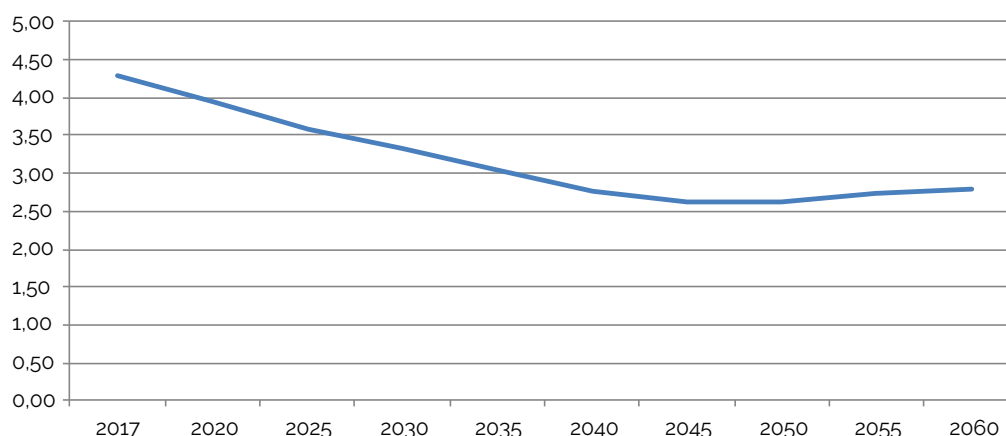


*Kilde: Danmarks Statistik, oktober 2020 (37).*

Ser man på det relative forhold mellem personer i de forskellige aldersgrupper ses det, at der kommer flere personer i aldersgruppen 70+ år sammenlignet med antallet af personer i aldersgruppen 25-69 år; den erhvervsaktive alder jf. figur 2. Det ses, at der i 2017 var ca. 4,5 personer i alderen 25-69 for hver person i alderen 70-109. Grafen viser, at forholdet imellem disse to falder, og at der i 2045 forventeligt kun vil være 2,5 personer i den erhvervsaktive alder for hver person i alderen 70-109 år. Forholdet mellem personer i den erhvervsaktive alder og antallet af personer uden for arbejdsmarkedet har betydning for anvendelsen af ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder planlægning i forhold til den akutte sundhedsindsats.

**Figur 2**

Forhold imellem antallet af personer i aldersgrupperne 25-69 år og 70+ år



Kilde: Danmarks Statistik register FRDK117

### Aktivitet i lægevagt og Akuttelefonen 1813

Udviklingen i aktiviteten i de fire regionale lægevagtsordninger samt i Region Hovedstadens akutorganisation med Akuttelefonen 1813 kan overordnet opdeles i tre områder: sygebesøg, konsultationer og telefonkonsultationer. Aktiviteten er opgjort for 8-års-perioden 2009 til og med 2016 og gengives fra en rapport udarbejdet af VIVE i 2018 (25).

Over perioden er antallet af sygebesøg faldet i alle regioner. I Region Hovedstaden ses et betydeligt fald på 70 pct. i 2013-2014 efter omlægningen i 2014. Antallet af konsultationer er derimod steget i alle fire lægevagtsregioner på nær Region Nordjylland, hvor antallet er faldet. Antallet af henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til ambulante kontakt i akutmodtagelse eller akutklinik er stort set uændret i perioden efter omlægningen i 2014 jf. tabel 3. Antallet af telefonkonsultationer er steget i nogle regioner og faldet i andre (25).

Af tabel 2 nedenfor fremgår aktiviteten i de regionale lægevagtsordninger og i Akuttelefonen 1813 i 2016, og af tabel 3 fremgår antallet af henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til ambulante kontakter.

**Tabel 2**

Aktivitet i regionale lægevagtsordninger og i Akuttelefonen 1813<sup>#</sup> til egne borgere<sup>##</sup> fordelt på kontaktype, opgørelsesmåde<sup>###</sup> og regioner, 2016 (25)

Kontakttype og opgørelsesmåde	Region				
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Det samlede antal telefonkonsultationer*	291.380	674.923	686.911	530.895	781.664
Telefonkonsultationer uden besøg/konsultation (antal)**	143.442	393.447	341.689	247.246	504.236
Telefonkonsultationer med besøg/konsultation (antal)***	147.938	281.476	345.222	196.315	277.428

Kontakttype og opgørelsesmåde	Region				
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Telefonkonsultationer i akuttelefonen i Region Sjælland (antal)	i.r.	i.r.	i.r.	87.334	i.r.
<b>Det samlede antal telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere</b>	<b>497</b>	<b>520</b>	<b>565</b>	<b>639</b>	<b>435</b>
Telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer (antal pr. 1.000 borgere)****	245	303	281	403	281
Telefonkonsultationer med besøg/konsultation (antal pr. 1.000 borgere)	252	217	284	236	155
<b>Det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer)</b>	<b>146.735</b>	<b>272.613</b>	<b>265.623</b>	<b>192.159</b>	<b>k.i.o.</b>
Besøg (antal) <sup>5</sup>	22.879	69.510	48.398	44.345	13.394
Konsultationer (antal) <sup>6</sup>	123.856	203.103	217.225	147.814	k.i.o.
<b>Det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer) pr. 1.000 borgere</b>	<b>250</b>	<b>210</b>	<b>219</b>	<b>231</b>	<b>k.i.o.</b>
Besøg (antal pr. 1.000 borgere)	39	54	40	53	7
Konsultationer (antal pr. 1.000 borgere)	211	157	179	178	k.i.o.
<b>Procentvise beregninger:</b>					
Andelen af telefonkonsultationer uden besøg/konsultation af det samlede antal telefonkonsultationer (%)	49	58	50	63	65

5 For lægevagten ydelseskode 0471 – for Akuttelefonen 1813 de besøg, der er gennemført og visiteret fra Akuttelefonen 1813.

6 For lægevagten ydelseskode 0101. I Region Nordjylland omfatter opgørelsen også ydelseskode 4471, som anvendes i forbindelse med første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder.

Kontakttype og opgørelsesmåde	Region				
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Andelen af besøg af det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer) (%)	16	25	18	23	k.i.o.
Andelen af fysiske kontakter (besøg og konsultationer) af det samlede antal visiterede fysiske kontakter (besøg og konsultationer) (%)	99	97	77	98	k.i.o.

**Anm.:** # Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage – for såvel vagtlægeordninger som Akuttelefonen 1813.

## Ved ydelser til egne borgere forstås de ydelser, en given region har givet til regionens egne borgere – ydelser, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner samt ydelser til udenlandske turister, indgår ikke.

### Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

**Region Nordjylland:** Personer uden oplysning om cpr indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (antallet vurderes at være begrænset).

**Region Syddanmark:** Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (gennemsnitligt 3,4 % af alle telefonkonsultationer, henholdsvis 1,0 % af alle besøg og 3,4 % af alle konsultationer). Fordeling på år og borgere i egen region og uden for egen region har ikke været mulig.

**Region Sjælland:** Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,4 % af alle telefonkonsultationer, 1,6 % af alle besøg og 0,4 % af alle konsultationer).

**Region Hovedstaden:** Der er ikke cpr og bopæl på alle telefonkonsultationer og besøg. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige telefonkonsultationer og besøg.

i.r.: Ikke relevant.

k.i.o.: Kan ikke oplyses, Akuttelefonen 1813 i Region Hovedstaden foretager ikke konsultationer.

**Note:** \* For lægevagten er det summen af telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 plus 0602). For Region Sjælland er det imidlertid summen af telefonkonsultationer i lægevagten (telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer og telefonkonsultationer med besøg/konsultation) og telefonkonsultationer i akuttelefonen i Region Sjælland. For Akuttelefonen 1813 er det summen af telefonhenvendelser (uanset type). Denne note er til brug for denne rapport blevet yderligere specificeret efter aftale med VIVE (oktober 2019).

\*\* For lægevagten ydelseskode 0501 – for Akuttelefonen 1813 de telefonhenvendelser, som er afsluttet til egenomsorg eller lægelig telefonkonsultation. I Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland ydelsesregistreres henvisninger til hospital også med ydelseskode 0501.

\*\*\* For lægevagten ydelseskode 0602 – for Akuttelefonen 1813 de telefonhenvendelser, der er visiteret til besøg eller henvist til ambulans kontakt i Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker. I Region Syddanmark ydelsesregistreres henvisninger til hospital også med ydelseskode 0602.

\*\*\*\* For Region Sjælland er det summen af lægevagten telefonkonsultationer uden besøg/konsultation og telefonkonsultationer hos akuttelefonen pr. 1.000 borgere. Antallet af telefonkonsultationer hos akuttelefonen er estimeret på basis af en procentvis fordeling for andelen af telefonkonsultationer til egne borgere versus alle telefonkonsultationer (udgør 95 %).

**Kilde:** VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecentret for Velfærd. Regionale lægevagter og Akuttelefonen 1813. En korlægning med fokus på organisering, aktivitet og økonomi. Tabel 6.5. København: 2018. Er baseret på regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

**Tabel 3**

**Antal henvisninger fra Akuttelefonen 1813<sup>#</sup> til ambulante kontakter i Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker (AMAK) fordelt på spor, opgørelsesmåde<sup>##</sup> og årstal, 2014-2016**

Opgørelsesmåde	År		
	2014	2015	2016
<b>Alle henvisninger til de tre spor</b>	<b>316.289</b>	<b>308.732</b>	<b>319.585</b>
Henvisninger til behandlerspor sygdom	162.964	157.271	165.984
Henvisninger til behandlerspor skade	99.558	101.444	103.899
Henvisninger til vurderingsspor	53.767	50.017	49.702
<b>Alle henvisninger af egne borgere</b>	<b>308.012</b>	<b>300.657</b>	<b>310.838</b>
Henvisninger af egne borgere til behandlerspor sygdom	158.699	153.158	161.441
Henvisninger af egne borgere til behandlerspor skade	96.952	98.790	101.055
Henvisninger af egne borgere til vurderingsspor	52.361	48.709	48.342
<b>Alle henvisninger af egne borgere pr. 1.000 borgere</b>	<b>175</b>	<b>169</b>	<b>173</b>
Henvisninger af egne borgere til behandlerspor sygdom pr. 1.000 borgere	90	86	90
Henvisninger af egne borgere til behandlerspor skade pr. 1.000 borgere	55	56	56
Henvisninger af egne borgere til vurderingsspor pr. 1.000 borgere	30	27	27

**Anm.:** <sup>#</sup> Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage. Der er foretaget en mindre justering af antallet af børn (0-12 år) efter udsendelse af den samlede rapport til alle regioner. Justeringen påvirker ikke det samlede antal henvisninger, idet børnene blot er flyttet fra vurderingsspor til behandlerspor/skade, hvilket er mere korrekt.

<sup>##</sup> Henvisninger af egne borgere omfatter kun de henvisninger, som Akuttelefonen 1813 har givet til regionens egne borgere. Der er ikke cpr og bopæl på alle kontakter. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige kontakter.

**Note:** \* Børnemodtagelsen Behandlerspor/sygdom for børn er kun åben i hverdage i tidsrummet kl. 16:00-23:00 og i weekenden i tidsrummet kl. 08:00-23:00. Det betyder, at alle børn med sygdom indlægges i tidsrummet kl. 23:00-08:00 (inkl. weekender og helligdage). Ifølge Region Hovedstadens opgørelser er i alt 8.115 af regionens egne børn i aldersgruppen 0-12 år blevet indlagt grundet børnemodtagelsens lukketid i behandlerspor/sygdom for børn. Denne note er til brug for denne rapport blevet yderligere specificeret efter aftale med VIVE (oktober 2019).

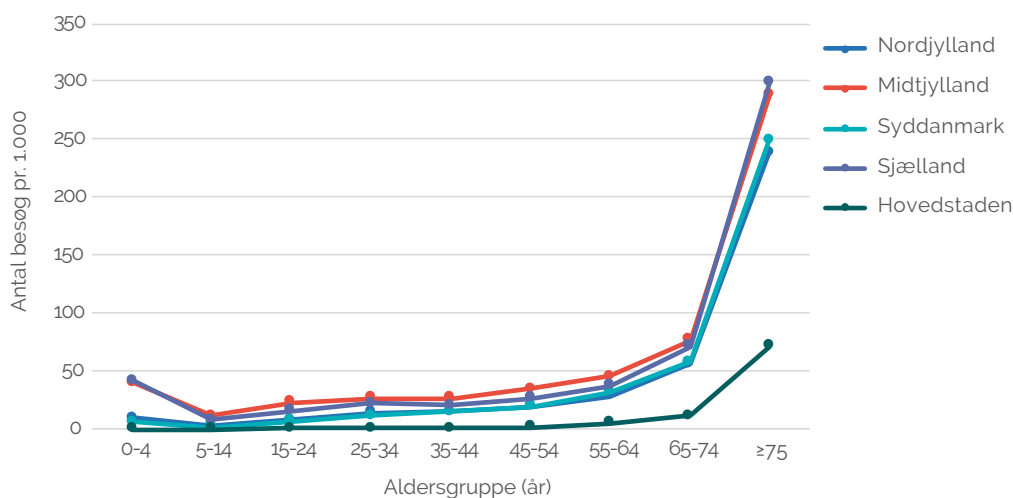
**Kilde:** Regionalt indberettet aktivitet baseret på udtræk fra Akuttelefonen 1813s it-system. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Aktiviteten i 2016 viser store regionale forskelle på antallet af sygebesøg i hjemmet, hvor Region Sjælland og Region Midtjylland havde flest besøg, mens Region Hovedstaden havde det laveste antal (henholdsvis 53,54 og 7 besøg pr. 1.000 borgere). I alle regioner er det især ældre borgere, som visiteres til sygebesøg jf. figur 3, og i alle regioner varetages sygebesøg af en speciallæge med almen medicinske eller tilsvarende kompetencer.



Figur 3

Aktivitet i vagttid<sup>#</sup> i regionale lægevagtsordninger og i Akuttelefonen 1813 opgjort for egne borgere<sup>##</sup> pr. 1.000 borgere opgjort for besøg, alder<sup>###</sup> og regioner, 2016 (25)



**Anm.:** # Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage for såvel vagtlægeordninger som Akuttelefonen 1813.

**##** Omfatter ydelser til borgere, som en given region har givet til regionens egne borgere. Ydelser, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner, samt ydelser til udenlandske turister indgår ikke. Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

**Region Nordjylland:** Personer uden oplysning om cpr indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (antallet vurderes at være begrænset).

**Region Syddanmark:** Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (gennemsnitligt 1,0 pct. af alle besøg). Fordeling på år og borgere i egen region og uden for egen region har ikke været mulig.

**Region Sjælland:** Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af ydelser til egne borgere (1,6 pct. af alle besøg).

**Region Hovedstaden:** Der er ikke cpr og bopæl på alle telefonkonsultationer og besøg. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsvis som for opgørelsen af de øvrige besøg.

**###** Der er ikke foretaget justering for de tilfælde, hvor alderen er ukendt. Afhængig af region er alder ukendt for 0,1-0,2 pct. af det oplyste antal besøg. I Region Midtjylland er der ingen tilfælde af manglende oplysning om alder.

**Note:** B. Besøg: For lægevagten ydelseskode 0471 – for Akuttelefonen 1813 de besøg, der er gennemført af Akuttelefonen 1813.

**Kilde:** VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecentret for Velfærd. Regionale lægevagter og Akuttelefonen 1813. En kortlægning med fokus på organisering, aktivitet og økonomi. Figur 6.2. B. København: 2018. Er baseret på regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

For konsultationer havde Region Nordjylland det højeste antal, mens Region Midtjylland havde det laveste i 2016 (henholdsvis 211 og 157 pr. 1.000 borgere). I 2016 havde Region Sjælland det højeste antal telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere, mens Region Hovedstaden havde det laveste. I alle regioner er det de 0-4 årige, der modtager flest telefonkonsultationer og konsultationer pr. 1000 borgere.

Børn under 4 år er altså den aldersgruppe, som tegner sig for den relativt største andel af aktiviteten i den telefoniske visitation i vagttid i 2016, mens ældre borgere over 75 år modtager næst flest telefonkonsultationer (VIVE, 2018) (25). Aldersfordelingen tegner et mønster, hvor småbørn og ældre får væsentligt flere ydelser per borger i vagttid sammenlignet med øvrige aldersgrupper. Børnene ses primært i vagtlægekonsultationer (ambulant kontakt i akutmod-

tagelse eller akutklinik i Region Hovedstaden), mens de ældre i højere grad ses ved sygebesøg. 15-28 pct. af alle telefonkonsultationer var i 2016 genhenvendelser, og 10-17 pct. af de borgere, der modtog en telefonkonsultation, havde efterfølgende en sygehuskontakt inden for det samme døgn.

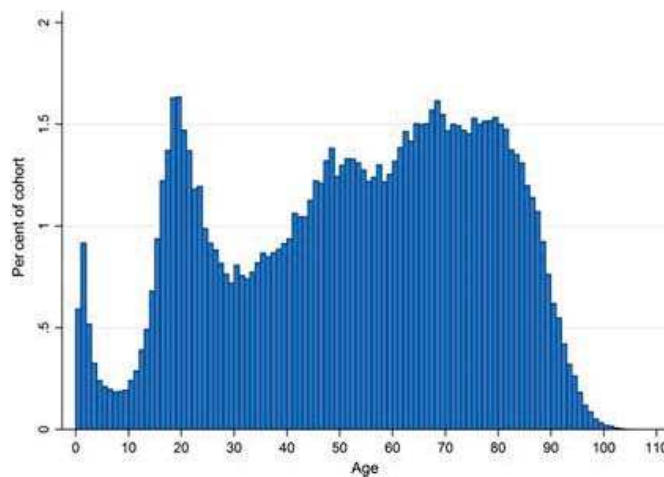
### Aktivitet i den præhospitale indsats

I den præhospitale indsats har alle regioner over en årrække oplevet en stigning i antallet af både 112-opkald og akutte ambulancekørsler (kørsel A<sup>7</sup> og kørsel B<sup>8</sup>). Stigningen i 112-opkald og akutte ambulancekørsler er ikke specifikt knyttet til en dansk kontekst, men er derimod et mønster, der genfindes i hele den vestlige verden. Derudover ses en øget aktivitet for visse supplerende beredskaber, såsom akutlægehelikopterne. Der kan være flere årsager til denne stigning, men flere studier peger på, at der ses et fald i antallet af kørsler på baggrund af tilskadekomst og en stigning på grund af akut forværring af kronisk sygdom samt uspecifikke diagnoser. Derudover ses det, at patienterne har flere kroniske sygdomme end tidligere (38).

Antallet af akutte kontakter til sundhedsvæsenet inden for forskellige aldersgrupper har været relativt konstant. Antallet er dog steget markant i aldersgruppen 60-70 år. Et dansk studie angiver, at det stigende antal 112-opkald med stigende alder måske kan hænge sammen med opblussen af kronisk sygdom (39).

En opgørelse fra Region Nordjylland viser, at lidt flere mænd end kvinder ringer 112 og får en ambulance, og at gennemsnitsalderen er 52,9 år jf. figur 4. Der er flest opkald om spædbørn (0-2 år), unge voksne (18-22 år) og ældre (65-87 år), og der er hyppigere kontakt til den præhospitale indsats med alderen (39).

**Figur 4**  
Aldersfordeling for patienter med sygehuskontakt efter 112-opkald og ambulancetransport (N=148 757) i 2007-2014 i Region Nordjylland.



**Kilde:** Christensen et al. 2016 (39).

7 Kørsel A anvendes ved livstruende eller mulig livstruende sygdom eller tilskadekomst for eksempel større traumer, hjertestop eller svære luftvejsproblemer. I mange situationer vil der også blive afsendt akutlægebil, akutlægehelikopter og/eller paramediciner. Beredskaberne kører med udrykning.

8 Kørsel B anvendes ved akut, men ikke livstruende sygdom eller tilskadekomst for eksempel smertetilstande, opblussen i kendt kronisk sygdom, brud på underekstremiteterne. Der vil typisk være tale om sygdom eller tilskadekomst, der er alvorlig og hastende, men uden en umiddelbar trussel mod liv eller førlighed.

## Aktivitet for den akutte patient på sygehuset i både somatik og psykiatri

Til brug for opgørelsen i det følgende har Sundhedsstyrelsen modtaget datatræk fra Sundhedsdatastyrelsen for den akutte sygehusaktivitet i 11-årsperioden 2007 til og med 2017<sup>9</sup>.

Tabel 4 viser en samlet opgørelse af antallet af akutte korte og lange forløb fordelt på henholdsvis akut eller planlagt kontakt samt somatik eller psykiatri i 2007 og 2017. Korte forløb omfatter sygehuskontakter af under 12 timers varighed, mens lange forløb omfatter kontakter, der samlet varer 12 timer eller mere. De korte forløb svarer til dels til det, der tidligere blev beskrevet som "ambulant behandling", mens de lange forløb til dels svarer til begrebet "sygehusindlæggelser", hvor indlæggelser på de enkelte afdelinger i et patientforløb er kædet sammen til én sygehusindlæggelse. For både korte og lange forløb opgøres opholdstid i timer, hvilket til dels ligner det tidligere begreb "sengedage".

På det akutte somatiske område er der sket en stigning i antallet af korte forløb. Hvis der tages højde for, at aktiviteten i lægevagten i Region Hovedstaden i løbet af perioden har været omlagt til sygehusaktivitet, synes aktiviteten dog over hele perioden at være rimelig stabil. For de lange forløb er der sket en lille tilbagegang i antallet af forløb, mens antallet af sengedage er faldet med knap 10 pct.

På det psykiatriske område ses der for de lange forløb en stigning fra 45.000 til 50.000 forløb svarende til godt 10 pct. i antallet af forløb og en mindre stigning i antallet af opholdstimer. I 2017 ses psykiatrien at udgøre 50.000 ud af i alt 634.000 forløb, svarende til 8 pct. af det samlede antal lange forløb og 22 pct. af antallet af opholdstimer. Set i forhold til befolkningsudviklingen 2007-2017 er der for somatik og psykiatri under ét sket et fald i antallet af korte forløb, såvel som lange forløb og opholdstimer.

**Tabel 4**  
Antal akutte somatiske og psykiatriske sygehusforløb i hele landet fordelt på aktivitetstype og kontaktmåde i 2007 og 2017.

	Korte forløb (< 12 timer)		Lange forløb (≥ 12 timer)			
	Antal forløb i tusind		Antal forløb i tusind		Opholdstimer i mio.	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017
Somatik	900	1.100*	600	584	87,3	80,1
Psykiatri	32	37	45	50	21,6	22,1
I alt	932	1.137*	645	634	108,8	102,1
I alt pr. 100.000 borgere	171	191	110	101	1,6	1,4

\*Heri vurderes at indgå op mod 200.000 konsultationer i akutmodtagelser og akutklinikker i Region Hovedstaden.

*Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, træk pr. 10. august 2018.*

Til sammenligning skete der på det planlagte område et fald i antallet af lange forløb fra 301.000 til 276.000 forløb fra 2007 til 2017. Samtidig er antallet af ambulante besøg steget fra

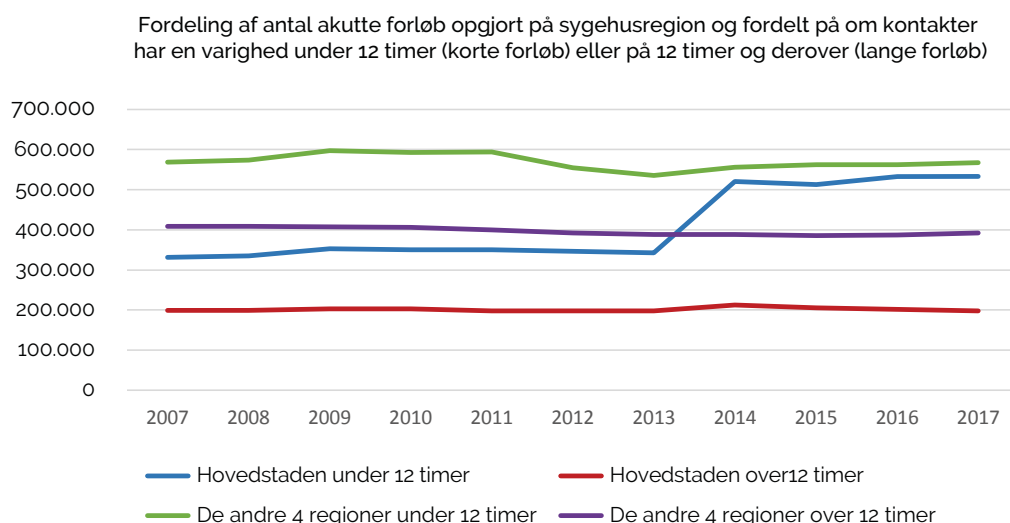
9 Der er indhentet aktivitetstal til og med 2017. På grund af implementeringen af LPR3 og de deraf følgende udfordringer med at få data fra Landspatientregistret samt den ekstraordinære aktivitet i sundhedsvæsenet i 2020 som følge af epidemien med COVID-19, er der ikke indhentet nyere aktivitetstal.

ca. 8 mio. til ca. 11 mio. fra 2007 til 2017. Groft sagt er den akutte aktivitet mere end dobbelt så stor som den planlagte aktivitet for de lange forløb, mens det for den ambulante aktivitet (korte forløb) er de planlagte besøg, der dominerer aktiviteten.

### Sygehusaktivitet fordelt på regioner

Figur 5 viser udviklingen i antal akutte patientforløb fra 2007 til 2017 opgjort for henholdsvis Region Hovedstaden og de fire øvrige regioner på det somatiske område. I Region Hovedstaden er der ikke er vagtlægekonsultationer, og Akuttefonen 1813 henviser til ambulante kontakter på sygehusenes akutmodtagelser og akutklinikker. Betydningen af Region Hovedstadens valg af organisering, fremgår tydeligt for de korte patientforløb, hvor antallet af forløb stiger stejlt i Region Hovedstaden fra 2013 til 2014 (hvor det enstrengede og visiterende akut-system blev indført) med ca. 200.000 korte forløb, mens antallet af korte forløb i det øvrige land er uændret. Stigningen i antallet af korte patientforløb på sygehusene i Region Hovedstaden som følge af Akuttefonen 1813 var forudset og planlagt (og modsvares af et endnu større fald i antallet af lægevagtskonsultationer, jf. afsnittet om Aktivitet i lægevagt og Akuttefonen 1813 ovenfor).

**Figur 5**  
Udviklingen i den akutte somatiske sygehusaktivitet i hele landet for 2007-2017 fordelt på aktivitetstype og regioner.



**Kilde:** Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, træk pr. 10. august 2018.

Figur 5 viser, at udviklingen i antallet af akutte lange patientforløb på det somatiske område har været konstant fra 2007 til 2017. Region Hovedstaden har således haft et uændret antal lange forløb (på trods af at befolkningen er vokset med 10 pct.), mens regionerne i resten af landet (hvor befolkningen samlet er vokset med godt 3 pct.) har haft lidt færre lange forløb. Samlet er antallet af akutte lange forløb næsten uændret, selvom befolkningsstørrelsen er vokset, og befolkningen er blevet ældre, hvilket må betyde, at akutte lange forløb i sygehusvæsenet i stigende grad er blevet omlagt til akutte korte forløb, hvis opholdstid er blevet længere.

Med hensyn til opholdstiderne er det gennemgående træk inden for den somatiske sygehusaktivitet uden for Region Hovedstaden, at den gennemsnitlige opholdstid for de korte forløb er øget, mens opholdstiderne for de lange forløb er faldende (se tabel 5). For så vidt angår de korte forløb er stigningen formentlig resultatet af flere faktorer, herunder at tidsregistrering-

gen for skadestuebesøg tidligere har været mangelfuld (og derfor er blevet registreret med en opholdstid på nul), at en del af de lange forløb er blevet til korte forløb efterhånden som opholdstiden er reduceret, og at der måske også er sket et skift i sammensætningen af de korte forløb fra skadestuebesøg til medicinske vurderinger. I Region Hovedstaden lader udviklingen i den gennemsnitlige opholdstid for de korte forløb sig ikke vurdere, da tallene også inkluderer de patienter, der tidligere kom i lægevagten. Det bemærkes desuden, at der på tværs af regionerne er forskel på demografi og sygdomsmønstre, som der skal tages forbehold for ved sammenligning.

Den gennemsnitlige opholdstid for de lange forløb, vurderet ud fra udviklingen uden for Region Hovedstaden, er reduceret med knap 16 pct. Når der yderligere tages højde for det mindskede antal lange forløb, er det samlede forbrug af opholdstimer reduceret med ca. 19 pct. i perioden 2007-2017 uden for hovedstaden. En gennemgang af tallene for opholdstid for lange forløb i Region Hovedstaden tyder på, at der er tekniske forklaringer på den tilsyneladende stigning i gennemsnitlig opholdstid for lange forløb på regionens sygehuse, men talmaterialet tillader ikke en nærmere undersøgelse af dette.

For psykiatrien (tabel 6) er der dels tale om en vækst i antallet af både korte og lange forløb, dels om en forskydning af aktiviteten mod størst vækst i aktiviteten uden for hovedstadsregionen. Antallet af opholdstimer er tilsvarende forskudt mod de fire øvrige regioner, og samlet er antallet af opholdstimer for de lange forløb øget. Befolkningen i Region Hovedstaden har stadig det største forbrug af lange forløb i forhold til indbyggertallet, men forskellen mellem hovedstaden og de øvrige fire regioner er reduceret fra 2007 til 2017. I 2017 var antallet af lange forløb pr. 1.000 borgere 0,8 uden for Region Hovedstaden og 1,0 inden for regionen.

**Tabel 5**  
Den akutte somatiske sygehusaktivitet i hele landet fordelt på aktivitetstype, gennemsnitlig opholdstid og regioner 2007 og 2017.

Region	Korte forløb (<12 timer)				Lange forløb (≥12 timer)					
	Antal forløb i tusind		Gns. opholdstid i timer		Antal forløb i tusind		Gns. opholdstid i timer		Samlet opholdstid i mio. timer	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017
Region Nordjylland	57	72	0,8	2,5	59	57	149	122	8,8	7,0
Region Midtjylland	172	149	1,5	3,0	126	126	139	110	17,5	13,8
Region Syddanmark	193	197	1,7	2,4	129	118	136	115	17,5	13,7
Region Sjælland	146	149	2,1	2,1	90	87	151	139	13,5	12,1
Region Hovedstaden	331	533	2,1	2,1	196	196	153	171	30,0	33,5
4 regioner*	569	567	1,5	2,6	403	388	142	120	57,3	46,5

Region	Korte forløb (<12 timer)				Lange forløb (≥12 timer)					
	Antal forløb i tusind		Gns. opholdstid i timer		Antal forløb i tusind		Gns. opholdstid i timer		Samlet opholdstid i mio. timer	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017
Hele landet	900	1.100	1,7	2,4	600	584	146	137	87,2	80,1

\* Samlet for de fire regioner uden for Region Hovedstaden.

*Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, træk pr. 10. august 2018.*

**Tabel 6**  
Den psykiatriske sygehusaktivitet i hele landet fordelt på aktivitetstype, gennemsnitlig opholdstid, samlet opholdstid (for lange forløb) og regioner 2007 og 2017.

Område	Korte forløb (<12 timer)				Lange forløb (≥12 timer)					
	Antal forløb i tusind		Gns. opholdstid i timer/patient		Antal forløb i tusind		Gns. opholdstid i timer/patient		Samlet opholdstid i mio. timer	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017
Region Nordjylland	1	3	3,6	2,8	3	4	596	495	1,8	1,9
Region Midtjylland	5	5	2,9	3,2	9	10	385	360	3,5	3,5
Region Syddanmark	6	8	2,1	2,5	9	11	441	353	4,2	4,0
Region Sjælland	4	7	2,5	2,4	6	7	416	590	2,7	4,2
Region Hovedstaden	16	14	2,0	2,9	17	18	554	472	9,4	8,4
4 regioner*	16	23	2,6	2,7	28	32	433	424	12,2	13,6
Hele landet	32	37	2,3	2,7	45	50	479	441	21,6	22,1

\* Samlet for de fire regioner uden for Region Hovedstaden.

*Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, træk pr. 10. august 2018.*

## Sygehusaktivitet fordelt på aldersgrupper

Udviklingen i sygehusaktiviteten fordelt på aldersgrupper fremgår af tabel 7, som viser, at borgere under 65 år har et faldende antal lange forløb på ca. 15 pct. og en uændret eller lidt stigende gennemsnitlig opholdstid. Udviklingen er omvendt for borgere på 65 år og derover, hvor de lange forløb stiger for både de 65-79-årige og dem på 80 år og derover.

For nærmere at belyse aktivitetsudviklingen i forhold til befolkningsudviklingen er data analyseret uden at inddrage Region Hovedstaden og dermed effekten af regionens omlægning (se tabel 8). Her finder man, at antallet af både korte og lange forløb i de fire regioner er faldet for borgere under 65 år, mens befolkningstallet er faldet eller stagneret.

**Tabel 7**

Den akutte somatiske sygehusaktivitet i hele landet fordelt på aktivitetstype, gennemsnitlig opholdstid og patienternes alder på tidspunkt for kontakt 2007 og 2017.

Alder	Korte forløb (<12 timer)				Lange forløb (≥12 timer)					
	Antal forløb i tusind		Gns. opholdstid i timer		Antal forløb i tusind		Gns. antal opholdstimer		Antal opholdstimer i alt i mio.	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017
0-17 år	272	329	1,6	1,9	106	86	90	90	9,5	7,7
18-64 år	522	587	1,7	2,3	269	231	121	128	32,6	29,5
65-79 år	68	125	2,2	3,2	128	157	193	165	24,6	25,8
≥80 år	38	59	2,3	3,5	97	111	211	153	20,5	17,0
I alt	900	1.100	1,7	2,4	600	584	146	137	87,3	80,1

*Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, træk pr. 10. august 2018.*

I tabel 8 ses der for de 65-79 årige en markant stigning i antallet af korte forløb, mens antallet af lange forløb stiger mindre end antallet af borgere i aldersgruppen. En nærliggende forklaring kan være, at lange forløb i en vis udtrækning erstattes af ambulante vurderinger i de somatiske akutmodtagelser.

I aldersgruppen på 80 år og derover ses både en kraftig stigning i antallet af korte forløb, samtidig med at antallet af lange forløb stiger parallelt med udviklingen i befolkningstallet. De store fødselsårgange fra 1940'erne passerer 80 år inden for de kommende ti år og øger antallet af borgere på 80 år og derover i forhold til i dag med knap 70 pct. Der er således behov for et særligt fokus på denne aldersgruppe. Antallet af opholdstimer i de lange forløb for den ældste aldersgruppe udgjorde 23 pct. af det samlede antal opholdstimer i 2017 i det somatiske sygehusvæsen uden for Region Hovedstaden.

Udviklingen fordelt på aldersgrupper på det psykiatriske område fremgår af tabel 9. Udviklingen er noget anderledes end på det somatiske område, da antallet af lange forløb har været stigende. Der er forholdsvis få både korte og lange forløb for de ældre aldersgrupper inden for psykiatrien, og intet tyder på en særlig udfordring i relation til alder. For eksempel udgør antallet af opholdstimer for borgere på 80 år og derover omkring 3 pct. af det samlede antal opholdstimer for lange forløb i psykiatrien.

**Tabel 8**  
**Antal borgere og den somatiske sygehusaktivitet i fire regioner uden for Region Hovedstaden fordelt på kontaktttype, opholdstid (for lange forløb) og alder 2007 og 2017.**

Alder	Antal borgere i tusind			Korte forløb (<12 timer)		
	Antal 2007	Antal 2017	Pct. udvikling	Antal i tusind		Pct. udvikling
				2007	2017	
0-17 år	868	802	-8,4	183	163	-11,0
18-64 år	2.342	2.345	+0,1	324	299	-7,5
65-79 år	446	618	+38,7	40	71	+78,1
≥80 år	157	183	+16,5	22	34	+54,1
I alt	3.813	3.948	+3,6	569	567	-0,2

Alder	Lange forløb (≥12 timer)					
	Antal i tusind		Pct. udvikling	Samlet opholdstid i mio. timer		Pct. udvikling
	2007	2017		2007	2017	
0-17 år	71	55	-22,6	6,3	4,6	-27,2
18-64 år	180	151	-16,4	21,7	15,7	-21,4
65-79 år	88	108	+22,1	16,6	15,6	-5,6
≥80 år	64	74	+16,8	12,7	10,5	-17,2
I alt	403	388	-3,8	57,3	46,5	-18,8

*Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, træk pr. 10. august 2018.*



Tabel 9

Den akutte psykiatriske aktivitet i hele landet fordelt på aktivitetstype, gennemsnitlig opholdstid, samlet opholdstid (for lange forløb) og patienternes alder på kontakttidspunktet 2007 og 2017.

Område	Korte forløb (<12 timer)				Lange forløb (≥12 timer)					
	Antal forløb i tusind		Gns. opholdstid i timer		Antal forløb i tusind		Gns. opholdstid i timer		Samlet opholdstid i mio. timer	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017
0-17 år	3	4	2,6	2,9	1	2	474	380	0,7	0,7
18-64 år	27	30	2,2	2,7	37	41	464	451	17,3	18,5
65-79 år	2	3	2,4	2,9	4	5	583	431	2,5	2,2
≥ 80 år	1	1	3,1	3,6	2	2	543	331	1,1	0,7
I alt	32	37	2,3	2,7	45	50	479	441	21,6	22,1

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, træk pr. 10. august 2018.

### 3.3 Opsamling vedrørende viden og status

Visitationen til den akutte sundhedsindsats er forskellig i de fem regioner i forhold til organisering, opgavevaretagelse, aktivitet og økonomi, og den er organiseret i lægevagtsordninger i fire regioner og i Region Hovedstaden med Akuttefonen 1813. Forskellen består blandt andet i graden af deltagelse fra speciallæger i almen medicin, anvendelsen af sygeplejersker og andre sundhedspersoner, herunder hvilke opgaver sygeplejerskerne varetager i de enkelte ordninger. Undersøgelser af kompetencer i visitationen med fokus på henholdsvis lægefaglige og sygeplejefaglige kompetencer, viser, at der ikke er grundlag for at sige, at telefonvisitation varetaget af sygeplejersker er mindre sikker og har ringere kvalitet, og senest har et forskningsprojekt konkluderet, at kvaliteten i telefonvisitationen generelt er høj, men at der var klare forskelle afhængig af, hvem der foretager visitationen samt at sikkerheden i visitationen synes at være ens hos både almenmedicinere og sygeplejersker. Undersøgelserne peger også på, at det generelt er vigtigt at sikre oplæring, uddannelse og støtte i telefonvisitationen, og at telefonvisitation endvidere er forbundet med risici og usikkerhed og stiller krav til visitators kompetencer.

Der er både flest telefonkonsultationer og flest vagtlægekonsultationer pr. 1.000 borgere vedrørende mindre børn (0-4 årige) i alle regioner, og i Region Hovedstaden henvises der flest småbørn pr. 1.000 borgere til behandlerens sygdom. Det er samtidig de ældste borgere (≥75 år), som modtager flest sygebesøg i alle regioner.

I forhold til den præhospitale indsats har der særligt været fokus på de meget akutte tilstande såsom hjertestop uden for sygehus, alvorlige traumer og slagtilfælde. I en vurdering af kompetencer ses der ved brug af præhospitale akutlægers sundhedsfaglige kompetencer en øget overlevelse efter visse akutte tilstande, når behandlingen sammenlignes med ambulancebehandler med særlig kompetence (paramedicinere).

Der er i dag akutmodtagelser på 32 sygehusmatrikler, heraf 22 med somatisk modtagelse og 21 med psykiatrisk modtagelse. På fire af de 32 sygehusmatrikler er der fælles modtagelse for somatik og psykiatri, og på otte er der separate men nærtliggende modtagelser.

De konkrete lægefaglige specialer er repræsenteret på akutmodtagelserne, men der er variation i forhold til, hvorvidt de er tilstede døgnet rundt. Regionerne har ligeledes organiseret sig forskelligt, herunder i forhold til om adgangen til akutmodtagelserne er visiteret, og om de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser er fælles eller adskilt. Der peges på, at det er en forudsætning for en velfungerende akutmodtagelse, at der er de rette kompetencer hos personalet, men også kompetencer i ledelse af patientflow, let adgang til diagnostik i dag- og vagttid, mulighed for viderehenvielse samt løbende frigivelse af plads i akutmodtagelserne med henblik på at sikre flow.

Den samlede stationære sengekapacitet på både somatiske og psykiatriske akutsygehuse forventes at være stabil frem mod 2025, hvilket dækker over, at sengekapaciteten på akutmodtagelserne forventes at stige med 26 pct. frem mod 2025, ligesom sengekapaciteten på intensiv afdelingerne forventes at stige med 27 pct. Der er stor variation i forhold til antallet af veje, den akutte patient kan komme ind på de forskellige akutsygehuse, hvor der fortsat er sygehuse med op til otte forskellige indgange, ud over den fælles akutmodtagelse. Der er derudover stor variation i organiseringen af speciallæger i akutmodtagelsen, og de psykiatriske akutsygehuse har generelt ikke speciallæge i tilstedeværelsesvagt uden for dagtid. Endvidere er der forskel på, om der er adgang til billeddiagnostik i selve akutmodtagelsen, og for tre psykiatriske akutsygehuse gælder det, at der ikke er adgang til biokemi inden for to timer.

Befolkningsunderlaget for akutsygehuse for de tre små sygehuse med særlig geografi (Bornholms Hospital, Nykøbing Falster Sygehus og Aalborg Universitetshospital, Thisted) har fortsat et befolkningsunderlag under den nedre grænse for Sundhedsstyrelsens generelle anbefaling, men også akutsygehuse som Regionshospital Nordjylland, Hjørring (somatic) samt Psykiatrisk Afdeling, Svendborg Sygehus og Odense Universitetshospital (psykiatri) forventes at have et befolkningsunderlag omkring den nedre grænse på 200.000. Samtidig er der en række sygehuse, særligt i Region Hovedstaden, der forventes at have et befolkningsunderlag større end 400.000 i 2025. En undersøgelse af det nødvendige befolkningsunderlag for akutsygehuse bekræfter i den sammenhæng, at anbefalingen fra 2007 og 2009 om et befolkningsunderlag på henholdsvis 200.000 - 400.000 for varetagelse af somatiske og psykiatriske akutmodtagelser, og 500.000 - 1.000.000 for varetagelse af akut børne- og ungdomspsykiatri er fagligt relevant. Det bemærkes desuden, at det for en række almindelige tilstande som for eksempel pneumoni og hoftenær fraktur synes forsvarligt, at disse varetages på små akutsygehuse med en særlig geografi, mens en række andre tilstande som for eksempel sepsis, hjertesvigt og gastrointestinal blødning med fordel kan visiteres til større akutsygehuse.

Aktiviteten på de enkelte akutsygehuse er høj. Der er sket en ændring i sammensætningen af akutte patienter, idet der er kommet flere ældre og flere med multisygdom.

Samtidig med at der ses en vækst i befolkningstallet og i både antallet og andelen af ældre, ses der en stigning i antallet af borgere over 65 år og derover i det somatiske sundhedsvæsen. Kommunerne oplever som følge heraf, at de har fået en markant øget aktivitet og øget kompleksitet i opgaver. Samtidig har der ikke været en stigning i det samlede antal af akutte forløb

i det somatiske sygehusvæsen. Stigningen for borgere på 65 år og derover på sygehusene har kunnet rummes inden for en uændret samlet aktivitet, fordi sygehusaktiviteten for borgere under 65 år er faldet.

Der er samtidig sket et fald i det samlede antal opholdstimer på sygehusene. Det skyldes formentlig, at forløb i stigende grad er blevet omlagt til korte forløb, og at en række korte akutte forløb samtidig kan være forebygget eller være blevet omlagt til ambulante aktivitet. Over hele perioden 2007-2017 ses der en meget betydelig stigning i antallet af planlagte ambulante besøg. Det kan også have været medvirkende, at der er indført visitation til akutmodtagelserne, hvorved en del akut aktivitet kan være blevet visiteret til anden aktivitet i ambulatorium, lægevagt m.v.

Udviklingen i antal forløb og opholdstimer blandt borgere på 80 år og derover følger ikke helt udviklingen i de andre aldersgrupper, og da gruppen samtidig er stigende og har et stort antal opholdstimer, bør den fremadrettet gives særlig opmærksomhed.

På det psykiatriske område er der sket en stigning i både de korte og lange forløb, mens antallet af opholdstimer er stort set uændret. Samtidig synes der at ske en tilnærmelse i antallet af forløb i forhold til befolkningstallet mellem Region Hovedstaden (der traditionelt har haft et meget stort antal forløb i forhold til befolkningstallet) og de fire regioner uden for hovedstaden.



DANSKE VASKERIER

DAN

# 4

## Patientforløbet i dag

Som grundlag for at læse anbefalingerne i nærværende rapport beskrives patientforløbet ved akut opstået sygdom og skade, som det ser ud i dag. Beskrivelsen er delt op i fire dele, hvoraf de to første omhandler adgangen til de akutte sundhedstilbud, mens de sidste to omhandler selve de akutte sundhedstilbud:

1. Den borgerrettede visitation, der handler om patientens indledende adgang til sundhedsvæsenet
2. Visitationen mellem sundhedsprofessionelle, der handler om den sundhedsfaglige vurdering, der foretages i visitationen af patienten, hvormed patienten bliver ført videre i sundhedsvæsenet
3. De akutte sundhedstilbud uden for sygehus
4. De akutte sundhedstilbud på sygehus.

### 4.1 Borgerrettet visitation til de akutte sundhedstilbud

Borgerens første møde med den akutte sundhedsindsats sker typisk i almen praksis i dagtid, i almen medicinsk visitation i vagttid, via Region Hovedstadens akuttelefon 1813 eller via 112-opkald til AMK-vagtcentral. Det første møde kan også ske via en kommunal funktion, som henvender sig på borgerens vegne; fx den kommunale sygepleje, både i hjemmeplejen og på plejecentre eller botilbud.

#### Muligheder for borgerrettet visitation til akutte sundhedstilbud:

- I dagtid ved henvendelse til almen praksis samt ved skader til Akuttefonen 1813 i Region Hovedstaden og til akuttelefonen i Region Sjælland.
- I vagttid via lægevagtstelefoner eller Akuttefonen 1813 i Region Hovedstaden eller Akuttefonen i Region Sjælland.
- Ved direkte henvendelse på psykiatrisk akutmodtagelse, fødegang m.v.
- Ved 112-opkald eller anden præhospital alarmering.
- Ved henvendelse til kommunal visitation til kommunal sygepleje, herunder akutfunktion samt kommunale psykosociale akuttilbud m.v.
- Ved henvendelse til øvrige sundhedsfaglige vagttelefoner såsom tandlægevagt m.fl.

### Praksissektor i dagtid

Alle med folkeregisteradresse i Danmark er som udgangspunkt tilknyttet almen praksis, som i dagtid varetager vurdering og behandling af mindre alvorlig akut opstået sygdom og skade, samt relevant visitation til det øvrige sundhedsvæsen. Der kan være undtagelser fra dette, som for eksempel i tilfælde hvor regionerne driver almen medicinsk lægeklinik, ved direkte henvendelse til tandlæge eller speciallægepraksis i øre-næse-hals- eller øjensygdomme, og evt. øvrige specialer for personer i sygesikringsgruppe 2. Udvalgte grupper som eksempelvis værnepligtige og asylansøgere kan være dækket af andre faste lægeordninger, mens turister og andre med midlertidigt ophold ikke er fast tilknyttet en almen praksis, men kan søge akut behandling ved både alment praktiserende læge, lægevagtstelefoner og sygehuse inden for gældende regler jf. sundhedsloven (1).

Den almen medicinske visitation er organiseret på baggrund af på hvilket tidspunkt af døgnet, patienten henvender sig.

I dagtid, som typisk er hverdage i tidsrummet fra kl. 8 til kl. 16, kan patienten kontakte sin praktiserende læge blandt andet ved telefonopkald eller ved fremmøde. En del læger vil desuden have udvidet åbningstid på udvalgte dage. Den praktiserende læge vil som regel have fastlagt telefontid hver dag og kan desuden have et fastlagt tidsrum, hvor man kan møde frem med akutte problemer uden tidsbestilling. Uden for lægens faste telefontid vil opkald i klinikens åbningstid typisk blive besvaret af en sygeplejerske eller sekretær, som på lægens delegation kan vurdere, om patienten bør rådgives om egenomsorg, tilbydes en tid hos egen læge samme dag eller senere, eller har brug for lægebesøg i eget hjem. I nogle tilfælde kan henvendelsen føre til kontakt til den kommunale akutfunktion, som kan hjælpe med vurdering. Andre gange kan det være patientens pårørende eller kommunalt personale, der henvender sig på patientens vegne.

### Telefonisk visitation i vagttid

I vagttiden, som er tiden uden for almindelig konsultationstid (typisk hverdage mellem kl. 8 og kl. 16), varetages den telefoniske visitation af lægevagtsordninger i fire regioner, mens den i Region Hovedstaden varetages af Akuttelefonen 1813. Region Sjælland har desuden en døgn-dækkende akuttelefon, som er bemandet af behandlersygeplejersker, og som varetager visitation af patienter med akut opståede mindre skader. Region Syddanmark har skadesvisitation i dagtid, der er bemandet med sygeplejersker med relevante erfaringer, på det samme telefonnummer som lægevagten har i vagttiden.

I vagttiden er de borgerrettede telefoniske visitationer i regionerne bemandet med forskellige sundhedsfaglige kompetencer. I fire regionale lægevagtsordninger varetages den telefoniske visitation af speciallæger i almen medicin og øvrige læger, herunder læger i hoveduddannelse til almen medicin, idet ingen regioner kan bemande fuldstændigt med speciallæger i almen medicin. I Region Sjælland varetager akuttelefonen, der er bemandet med sygeplejersker, visitation af mindre skader hele døgnet. I Region Hovedstaden varetages den borgerrettede telefoniske visitation ved akut opstået sygdom og skade via Akuttelefonen 1813, som er bemandet med både speciallæger i almen medicin og andre læger samt med sygeplejersker, som har mulighed for at rådføre sig med, eller stille borgeren om til, en læge.

I den telefoniske visitation kan patienterne rådgives om egenomsorg, rådgives om at henvende sig hos egen læge næste dag, henvises til vurdering og behandling i lægevagtskonsultation, et ambulært akuttilbud i regionen (eksempelvis skadeklinik, akutklinik, tandlægevagtordning m.v.), visiteres til sygebesøg i eget hjem eller indlægges på akutsygehus.

### 112-opkald hele døgnet

Ved behov for hjælp i akutte livstruende situationer kan borgere, pårørende, tilskuere, beredskab m.fl. ringe til alarmtelefonen 112, hvor sundhedsfaglige opkald omstilles til en af de fem regionale AMK-vagtcentraler. Fra AMK-vagtcentralen kan der disponeres præhospitale ressourcer såsom ambulancer, akutlægebiler, akutbiler og akutlægehelikopter, hvorfra det præhospitale personale kan foretage vurdering og initial stabilisering og behandling, yde rådgivning mens hjælpen er på vej, samt sikre transport af akut syge eller tilskadekomne til sygehus, eller evt. afslutning på stedet.

AMK-vagtcentralerne er bemandede med sundhedsfaglige visitatorer i form af sygeplejersker, ambulancebehandlere og ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere). De sundhedsfaglige visitatorer modtager 112-opkald og visiterer et respons på baggrund af en visitationsretningslinje (Dansk Indeks for Akuthjælp), der er fælles for hele landet. Der anvendes desuden en fælles national disponeringsvejledning for de fire akutlægehelikoptere.

AMK-vagtcentralen er ligeledes bemandede med speciallæger (AMK-læger), som enten er fysisk tilstede eller på tilkald. Disse læger fungerer som sundhedsfaglig backup til det øvrige præhospitale personale, ligesom både AMK-vagtcentralerne og de præhospitale ressourcer kan trække på kompetencer fra præhospitale akutlæger, som er speciallæger med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats og sædvanligvis er speciallæger i anæstesiologi.

Derudover bemandes AMK-vagtcentralen af tekniske disponenter med en logistisk baggrund, som foretager den tekniske disponering af de relevante præhospitale ressourcer i direkte kontakt med det præhospitale personale.

### Kommunal sygepleje

Hvis borgeren eller dennes pårørende selv henvender sig med behov for en akut kommunal sundhedsindsats, har kommunen visitationsretten og kan vælge at visitere til eller tildele relevante kommunale tilbud, herunder kommunal hjemmesygepleje. Det vil typisk omhandle tilbud efter serviceloven, men det kan også være tilbud efter sundhedsloven. I relation til den akutte sundhedsindsats vil den kommunale sygepleje blive tildelt efter forudgående lægelig henvisning.

Hjemmesygepleje efter sundhedsloven benævnes i det følgende kommunal sygepleje og omfatter også sygeplejefaglige tilbud i regi af kommunale akutfunktioner som udgående eller stationære tilbud.

## 4.2 Visitation mellem sundhedsprofessionelle

I den første primære og uvisiterede kontakt med borgeren sker der en sundhedsfaglig vurdering af hvorvidt, patienten skal tilbydes yderligere vurdering, behandling og observation i sundhedsvæsenet, typisk ved sygehus eller kommunal sygepleje. Denne visitation mellem sundhedsprofessionelle er organiseret i flere spor og på tværs af sektorer: praktiserende læge, lægevagt og akuttelefoner, præhospital virksomhed, sygehus og kommune.

### Visitation mellem sundhedsprofessionelle sker:

- Præhospitalt ved henvendelse direkte til AMK-vagtcentralen udenom eller via 112-nummeret med henblik på disponering af ambulance, akutbil, akutlægebil eller akutlægehelikopter samt ved direkte visitation til specialfunktioner på udvalgte sygehuse, eksempelvis akut koronarsyndrom og apopleksi.
- Via regional sygehusvisitation med henblik på sygehusbehandling, herunder indlæggelse eller sub-akut ambulat tid på relevant specialafdeling.
- Ved henvisning til kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, fra praktiserende læge, vagtlæge, sygehuslæge mv.

### Præhospital visitation

Læger i almen praksis, på sygebesøg, i lægevagtskonsultationer m.v. kan ved direkte kontakt til AMK-vagtcentralen udenom eller via 112-nummeret anmode om disponering af præhospitalt ressourcer såsom ambulancer, akutbil, akutlægebiler og akutlægehelikopter.

### Sygehusvisitation

Ved akut behov for sygehusbehandling kontakter indlæggende læge den regionale sygehusvisitation, der typisk er placeret ved det akutsygehus, patienten skal indlægges på eller som centrale visitationsenheder. Sygehusvisitationerne er bemandet med sundhedsfaglige visitatorer, som i samråd med indlæggende læge visiterer patienten til indlæggelse på relevant afdeling via akutmodtagelse. Sygehusvisitationerne kan være fysisk lokaliseret i tæt relation til sygehusenes akutmodtagelser, og som i Region Nordjylland være samlokalisert med AMK og den præhospitalt organisation.

Sygehusvisitationer vil i samarbejde med de forskellige specialafdelinger på sygehusene have fastlagt retningslinjer for visitationen af forskellige patientgrupper. Flere sygehusvisitationer har mulighed for at etablere konferencekald mellem indlæggende læge og bagvagt fra det involverede speciale.

Som alternativ til akut indlæggelse kan sygehusvisitationerne råde over et antal sub-akutte ambulante tider ved relevante specialafdelinger på regionale sygehuse.

For tidskritiske tilstande som akut koronarsyndrom og apopleksi vil der være fastlagt særlige retningslinjer for direkte visitation til specialfunktion uden om sygehusvisitationen. Kvinder i fødsel m.v. vil være selvvisiterende, dog som udgangspunkt efter forudgående telefonisk henvendelse til vagthavende jordemoder ved fødeafdeling.



### Kommunal visitation

Patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller akut nedsat funktionsniveau kan have behov for, at der inden for den nærmeste fremtid iværksættes en sundhedsindsats, uden at der er tale om en livstruende tilstand, eller at der lægefagligt vurderes at være behov for behandling eller observation i sygehusregi. Disse kan af læge henvises til kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner. Her kan kommunen tildele en sygeplejefaglig indsats på baggrund af henvisning fra praktiserende læge, vagtlæge, sygehuslæge m.v., ligesom kommunen kan visitere patienten til relevant tilbud efter serviceloven.

Kommunerne har organiseret håndteringen af lægehenvvisninger forskelligt på tværs af landet, herunder i forhold til kommunens henvisning og visitation af ydelser i relation til både sundhedslov og servicelov og når henvendelsen kommer udefra, enten fra borger/patient, pårørende, almen praksis, lægevagt eller sygehus.

## 4.3 Akutte sundhedstilbud uden for sygehus

Uden for sygehuset er der en række forskellige tilbud til patienten. Det kan være præhospital behandling på stedet eller transport til sygehus med eventuel behandling undervejs, almen medicinsk konsultation og sygebesøg i eget hjem, konsultation på en skade-/akutklinik eller kommunal sygepleje; evt. i regi af en kommunal akutfunktion. De forskellige tilbud til patienten varetages i dag på tværs af region, kommune og almen praksis, og karakteren af de akutte sundhedstilbud varierer i forhold til, om der er tale om en tidskritisk indsats, der skal leveres inden for få minutter/med kort varsel, eller et tilbud, der kan iværksættes med mindre kort varsel. Karakteren af de akutte tilbud varierer særligt mellem den kommunale sygepleje og de øvrige sundhedstilbud. I en kommunal kontekst vil en akut indsats blive leveret inden for få timer eller næste dag.

#### Akutte sundhedstilbud uden for sygehus omfatter blandt andet følgende:

- Præhospital indsats i form af indsats ved ambulance, akutbil, akutlægebil eller akutlægehelikopter.
- Almen medicinsk konsultationstilbud for eksempel i lægevagtsklinik.
- Almen medicinsk lægebesøg i hjemmet.
- Vurdering og evt. behandling på regional skadeklinik m.v.
- Kommunale sygeplejefaglige tilbud, herunder kommunal akutfunktion.
- Kommunale psykosociale akuttilbud.
- Tandlægevagtordninger.

## Den præhospitale indsats

Den præhospitale indsats er den samlede regionale varetægt af transport og behandling af akut syge eller tilskadekomne frem til overlevering til sygehus, eller behandling der varetages og afsluttes på stedet. Regionerne kan supplere den præhospitale indsats med ordninger bestående af frivillige borgere, der kan disponeres til for eksempel hjertestop uden for hospital, hvor også udbredelsen af hjertestartere har været af stor betydning.

Ambulancer bemandede med ambulancebehandlere er den grundlæggende præhospitale ressource, der kan disponeres til opgaver visiteret af AMK-vagtcentralen. Derudover benytter regionerne ambulancer bemandede med ambulancebehandlere med særlige kompetencer (paramedicinere), akutlægebiler, akutbiler og akutlægeheliokoptere i den præhospitale indsats. Se eventuelt ordlisten. Ambulancepersonale kan efter vurdering og stabilisering transportere patienten til akutmodtagelse eller afslutte patienten på stedet, evt. på lægelig delegation hvis relevant.

Akutlægeheliokopteren føres af en pilot og vil være bemandede af en speciallæge i anæstesiologi (præhospital akutlæge) og ambulancebehandlere med særlige kompetencer (paramedicinere).

Akutlægebiler bemandede af speciallæger i anæstesiologi (præhospital akutlæge) og ambulancebehandlere eller ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere).

Akutbiler kan bemandede med ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere), anæstesisygeplejersker eller andet relevant sundhedsfagligt personale.

Disse beredskaber disponeres som sundhedsfagligt supplement til ambulancerne, hvis der er mistanke om komplekse tilstande, større hændelser eller ulykker samt hændelser, hvor der er tidskritisk behov for lægebehandling eller anden specialiseret behandling, som ikke kan varetages af ambulancepersonalet. Akutbiler kan også anvendes som første præhospitale kontakt, hvis det vurderes, at ambulancen vil være længere tid om at nå frem. Patienter køres efter visitationsretningslinjer til den relevante akutmodtagelse. Ambulancepersonalet dokumenterer patientoplysninger og behandling i den elektroniske præhospitale patientjournal, PPJ, og melder patienten til akutmodtagelsen inden ankomst, så de er klar til modtagelse af patienten.

For patienter med psykisk sygdom er der etableret udgående funktioner såsom akutteams<sup>10</sup> eller F-ACT-teams<sup>11</sup>. I Region Hovedstaden er der etableret en psykiatrisk udrykningstjeneste bemandede med en speciallæge i psykiatri, der aften og nat kan rykke ud til patienter med akut psykisk sygdom. Med aftalen om satspuljen for 2019-2022 er der på finansloven afsat i alt 100 mio. kr. i en periode på fire år til, at alle fem regioner kan etablere eller udbygge regionale akutte udrykningstjenester i psykiatrien med inspiration fra Region Hovedstadens tjeneste.

---

10 Akutteams kan være målrettet patienter, som ikke i forvejen er tilknyttet distriktspsykiatri, OP/F-ACT-team eller ambulante behandlingstilbud i psykiatrien. De akutte teams samarbejder ofte tæt med akutmodtagelserne, som kan viderehenvise borgere til behandling i et akutteam som alternativ til indlæggelse, eller kortvarige intensive ambulante behandlingsforløb til patienter, der kortvarigt har været indlagt i en akutmodtagelse eller på et sengeafsnit, men som ikke er målgruppe til et længerevarende ambulante behandlingsforløb.

11 F-ACT-teams er en hollandsk model for organisering af ambulante teams kendetegnet ved en fleksibel behandlingsindsats, som er målrettet mennesker med svær psykisk sygdom.

I nogle regioner er der en "sociolance". Dette er et tilbud til socialt udsatte borgere, der primært har brug for en socialfaglig indsats, men hvor der tillige kan ydes basal sundhedsfaglig behandling. Den erstatter dog ikke ambulancen ved akut brug for en sundhedsfaglig indsats.

### Almen medicinsk konsultation og sygebesøg i vagttid

Som patient kan man ved akut opstået sygdom eller skade have behov for at blive vurderet eller få behandling af en læge eller sygeplejerske, uden at man behøver at komme på sygehuset. I dagtid kan man kontakte egen læge med henblik på en konsultation samme dag. I vagttid kan man i fire regioner kontakte lægevagten med henblik på konsultation eller sygebesøg, og bor man i Region Hovedstaden kan man kontakte Akuttelefonen 1813 med henblik på et ambulansbesøg i regionens akutmodtagelser eller akutklinikker. For børn sker fysisk konsultation ved almen medicinsk sygdom i særlige behandlerspor for børn, der enten er lokaliseret i akutmodtagelserne eller som et særligt spor i børnemodtagelserne.

Konsultation og sygebesøg varetages på forskellig måde i de fem regioner i vagttid. Særligt er der forskel på varetagelse af indsatserne i Region Hovedstaden og de fire lægevagtsregioner, blandt andet hvad angår samarbejdsrelationer og sammenhæng til andre indsatser på akutområdet.

I de fire lægevagtsordninger henvises patienten til konsultation via den telefoniske visitation. Patienten skal herefter møde op på et af lægevagtenes konsultationssteder for at modtage almen medicinsk vurdering og behandling af akut opstået sygdom eller skade, der ikke kræver behandling i sygehusregi. I Region Hovedstaden henvises patienten afhængigt af behov til et af de tre spor (behandlerspor/sygdom, behandlerspor/skade eller vurderingsspor) i akutmodtagelser, akutklinikker eller til særlige børnespor.

Det varierer på tværs af landet, hvor mange og hvilke typer konsultationssteder regionerne har etableret, herunder i forhold til åbningstider, aktivitet og hvilke kompetencer, der anvendes til at løse opgaver i konsultationen.

I Region Hovedstaden er de enkelte spor, som patienten kan henvises til, en del af regionens akutmodtagelser og akutklinikker, mens børnesporene er organiseret under de pædiatriske specialafdelinger.

I de fire regioner med lægevagtsordninger er nogle konsultationssteder placeret på et sygehus med akutmodtagelse, som holder åbent for patienter i hele vagttiden, har flere almen medicinske læger tilknyttet og benytter sig af for eksempel sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter til behandling af blandt andet skader, prøvetagning, opgaver i lægernes konsultationer og administrative, koordinerende opgaver. Disse konsultationssteder har typisk en høj aktivitet i vagttid. Andre konsultationssteder har begrænsede åbningstider og er for eksempel kun bemandede med en speciallæge i almen medicin ved behov, dvs. når en patient visiteres til konsultation på den pågældende klinik. Disse konsultationssteders aktivitet udgør typisk en lille andel af regionens samlede aktivitet i vagttid.

Ved et sygebesøg er der mulighed for, at en speciallæge i almen medicin besøger patienter i eget hjem/opholdssted og foretager en almen medicinsk vurdering eller behandling samt tilbyder patienten råd og vejledning. I alle regioner visiteres et sygebesøg i hjemmet som udgangspunkt til de patienter, der af helbredsmæssige eller andre årsager ikke kan forlade deres hjem/opholdssted, og hvis behov for hjælp ikke er vurderet så akut, at der rekvireres en

ambulance for at bringe patienten på sygehuset. I alle regioner varetages sygebesøg af en speciallæge med almen medicinske eller tilsvarende kompetencer.

Endelig har flere lægevagtsregioner desuden såkaldte hastebesøg/hastekonsultationer, som kræver, at den visiterende læge, ud over den elektroniske overførsel af visitationsnotatet, kontakter den relevante kørende læge eller konsultationslæge direkte per telefon og orienterer om, at besøget/konsultationen haster. Hastebesøg/hastekonsultationer kan i nogen udstrækning minde om vurderingssporet, som Akuttelefonen 1813 kan henviser til, hvor patienten triageres ved ankomst i akutmodtagelser eller akutklinikker.

Når patienten er blevet vurderet og har modtaget behandling ved læge eller sygeplejerske i konsultationen, besøg i akutmodtagelser eller akutklinikker eller på sygebesøg, er der flere mulige veje i det videre forløb. Patienten kan afsluttes, hvormed behandlingen i vagttid ophører, og der sendes en epikrise til patientens egen praktiserende læge. Hvis lægen eller sygeplejersken vurderer, at der er akut behov for videre udredning eller behandling, kan patienten blive henvist til en akutmodtagelse på sygehuset, som overtager behandlingsansvaret for patienten; det gælder for både somatiske og psykiatriske patienter. Hvis patienten vurderes fortsat at have behov for observation, pleje og/eller behandling, men ikke har behov for en sygehusindlæggelse, kan lægen henviser patienten til den kommunale sygepleje. Der kan eventuelt henvises til den kommunale akutfunktion, hvis der vurderes at være behov for særlige sygeplejefaglige kompetencer, der kræver handling inden for nærmeste fremtid, men ikke umiddelbart.

#### **Ambulante akuttilbud i regionalt regi (akut- og skadeklinikker m.v.)**

I tillæg til den præhospitale indsats og sygebesøg i eget hjem ved udkørende læge samt konsultationer i de fire lægevagtsordninger, så har alle fem regioner desuden en række forskellige ambulante akuttilbud.

Udgangspunktet for alle disse tilbud er, at der ikke er tale om patienter, som bør visiteres til indlæggelse eller vurdering i akutmodtagelse på sygehus, samt at patienten (eller pårørende) selv skal sørge for transport til det ambulante akuttilbud. De regionale ambulante akuttilbud varierer en del på tværs af landet, blandt andet vedrørende forskelle i visitation, opgavevaretagelse, og kompetencer, ligesom der heller ikke er en ensartet terminologi på tværs af landet.

De forskellige regionale akuttilbud betegnes blandt andet skadestuer, skadeklinikker, småskadeklinikker, tandlæge/tandpinevagt eller akutklinikker. Betegnelsen akutklinik anvendes for eksempel kun i Region Hovedstaden og i Region Midtjylland. I Region Hovedstaden anvendes begreberne skadestue og skadeklinik ikke længere, mens de øvrige fire regioner fortsat bruger disse begreber.

Begreberne skadestuer og akutklinikker bruges typisk som betegnelse for regionale tilbud, der kan være placeret på et sygehus (med eller uden akutmodtagelse), og som typisk er bemanded med både læger, sygeplejersker og andet personale, som vurderer og behandler akut sygdom og skader, der ikke som udgangspunkt kræver indlæggelse. Sædvanligvis er der ikke tale om døgndækkede tilbud, og det varierer også, om der er tilstedeværelse af læge og speciallæge, også i de tilfælde hvor betegnelsen skadestue anvendes. I Region Midtjylland anvendes betegnelsen skadestue på en række akutsygehuse dog som betegnelse for et 'spor' i akutmodtagelsen.

Betegnelser som skadeklinikker og småskadeklinikker anvendes typisk for regionale tilbud, der er placeret i tilknytning til et mindre sygehus, i et sundhedshus som kan være en nedlagt sygehusmatrikel, på en ø eller i et tyndtbeholdt område. Åbningstiden varierer fra enhed til enhed, og der er umiddelbart ikke sammenhæng mellem navnet på enheden og åbningstiden. Dog er der tendens til, at skadestuer og akutklinikker i højere grad har døgnåbent, mens skadeklinikker har kortere åbningstider. På Ærø er der eksempelvis en døgnåben sygeplejemandet skadestue.

I alle fem regioner er der for hele døgnet indført visiteret adgang til samtlige ambulante akuttilbud, således at patienten typisk skal være visiteret via telefonisk henvendelse til egen læge, lægevagt eller Akuttefonen 1813 i både dagtid og vagttid.

På alle typer ambulante akuttilbud kan man få vurderet og behandlet akut opståede mindre skader, typisk afgrænset til skader opstået inden for et døgn. På akutklinikker i Region Hovedstaden kan man desuden i varierende grad vurdere og behandle akut opstået sygdom eller akut forværring af sygdom.

De regionale ambulante akuttilbud er bemandet på forskellig vis i regionerne, herunder med sygeplejersker med særlige kompetencer og læger, ligesom organiseringen varierer i forhold til mulighed for lægefagligt backup, der sker enten fra akutmodtagelse eller lægevagt.

Efter vurdering og behandling i et regionalt ambulante akuttilbud vil de fleste patienter blive afsluttet til eget hjem og til videre opfølgning hos egen læge, som modtager elektronisk epikrise eller lignende. Har patienten behov for specialiseret udredning og behandling i sygehusregi kan patienten henvises til akutmodtagelse.

### Den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner

Mange patienter med akut sygdom eller akut forværring kan hjælpes ved behandling og pleje i regi af kommunal sygepleje, som tilbydes efter lægehenvielse, enten efter vurdering i almen praksis, eller efter udskrivelse fra sygehus, herunder efter vurdering og behandling i akutmodtagelse. En række kommuner har som led i varetagelsen af sygeplejen etableret kommunale akutfunktioner, som styrker kommunernes tilbud i forhold til at håndtere en større kompleksitet og behov for fleksibilitet i den kommunale sygepleje.

Kommunerne har i henhold til sundhedsloven ansvaret for at organisere den samlede kommunale sygepleje og kan blandt andet i den forbindelse vælge at etablere kommunale akutfunktioner. For at kunne betegnes en kommunal akutfunktion skal tilbuddet leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2017.

Som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende kommunale akutfunktioner kan det være et relevant tilbud til patienter med akut opstået eller forværret sygdom, der ikke har behov for en sygehusindlæggelse, men som har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov. Det gælder i tilfælde, hvor disse behov ikke kan varetages af den øvrige kommunale sygepleje, og således bedst varetages i et sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer tæt på patientens hverdag, familie og netværk. Det kan for eksempel være ældre medicinske patienter, patienter med kronisk sygdom, patienter med demens, patienter med organisk delir, patienter med psykiatrisk komorbiditet, patienter i en terminal fase eller patienter med akut nedsat funktionsevne, for eksempel i forbindelse med sygdom, og et manglende eller svagt socialt netværk. Indsatsen består i at forebygge forværring af akut

opstået eller kendt sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats. Det kan endvidere dreje sig om at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, hvis patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov.

Indsætter i den kommunale akutfunktion skal være tilgængelige hele døgnet og året rundt, og vil tilsvarende kunne være tilgængelige hele døgnet for telefonisk kontakt fra henvisende læger og patienter, der modtager en indsats fra den kommunale akutfunktion. Det varierer i hvilket omfang, der er etableret samarbejdsaftaler mellem de kommunale akutfunktioner og henvisende læger, for eksempel fra lægevagt og akuttelefoner m.v. Ligesom der rundt om i landet efter lokale aftaler samarbejdes med de praktiserende læger om støtte til patienter i eget hjem. De kommunale akutfunktioner indgår herudover i sparring med den øvrige sygepleje med henblik på praktisk hjælp eller vurdering af en given indsats i sygeplejen.

De kommunale akutfunktioner er organiseret forskelligt i kommunerne, men oftest enten som akutteams og/eller akutpladser. Den primære forskel mellem de to organisationsformer er, at den sygeplejefaglige indsats i akutteams sker i patientens eget hjem eller plejebolig, eller som sygeplejefaglig backup på kommunens midlertidige døgndækkede pladser, mens den sygeplejefaglige indsats på akutpladser sker på en stationær plads på en kommunal institution.

Målgruppen for de kommunale akutfunktioner er i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017 angivet som patienter med somatisk sygdom, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for observation, pleje og/eller behandling og bedst varetages i et sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer tæt på patientens hverdag, familie og netværk. Det vil typisk være ældre medicinske patienter, patienter med kronisk sygdom, terminalt syge patienter m.v. Patienter med akut opstået eller akut forværret psykisk sygdom vil således ikke være den primære målgruppe for de kommunale akutfunktioner, men patienter med samtidig betydende somatisk og psykisk sygdom kan være det.

Et flertal af kommunerne har forskellige former for psykosociale akuttilbud, som oftest er anonyme og uvisiterede. Tilbuddene er fx målrettet mennesker der står i en livskrise fx skilsmisse eller fyring, mennesker som oplever forværring i en psykisk lidelse og som har behov for hjælp eller støtte for at klare hverdagen eller pårørende til mennesker med psykiske lidelser som har behov for støtte. Dette kan omfatte psykosocial rådgivning og støtte døgnet rundt, evt. også med overnatningsmulighed. Personale kan i relevant omfang etablere kontakt til relevante sundhedstilbud, herunder kommunale sundhedsfaglige tilbud, regionale udgående funktioner, psykiatriske akutmodtagelser, praktiserende læge m.v.

## 4.4 Akutte sundhedstilbud på sygehuset

I det følgende beskrives de akutte sundhedstilbud på sygehusene.

### Akutte sundhedstilbud på sygehuset omfatter:

- Modtagelse og behandling af patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade på akutmodtagelser på akutsygehuse, herunder særlig organisering i forhold til udvalgte, afgrænsede grupper af patienter; eksempelvis fødende, børn mfl.
- Modtagelse og behandling af patienter med psykisk sygdom med akut behov på akutmodtagelser på psykiatriske akutsygehuse.
- Modtagelse og behandling af visiterede akutte medicinske patienter på specialsygehuse uden akutmodtagelse.
- Modtagelse og behandling af meget alvorligt syge, herunder svært tilskadekomne patienter på traumesygehuse.

### Akutmodtagelse

Nogle akutte patienter vil have behov for at blive vurderet og behandlet og eventuelt indlagt på et sygehus. I alle regioner er der indført visiteret adgang til somatiske akutmodtagelser, mens det kun er tilfældet i to regioner for de psykiatriske akutmodtagelser. Patienterne kan visiteres til vurdering og behandling på akutmodtagelse via almen praksis i dagtid, den almen medicinske visitation i vagttid, Region Hovedstadens akuttelefon 1813, fra regionale ambulante akuttilbud eller via 112-opkald til AMK-vagtcentralen.

På 22 sygehuse er der døgnåbne, somatiske akutmodtagelser. For tre af disse sygehuse (Aalborg Universitetshospital, Thisted, Nykøbing Falster Sygehus og Bornholms Hospital) gælder det, at de har et betydeligt mindre befolkningsunderlag end angivet i 2007-anbefalingerne, hvilket skyldes særlige geografiske hensyn til opretholdelse af akutte sygehusfunktioner trods begrænset befolkningsunderlag. Fire af sygehusene (Aalborg Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital og Rigshospitalet) varetager højtspecialiserede akutfunktioner, herunder funktion som traumecenter. Rigshospitalet varetager dog disse funktioner uden, at man samtidig har en bred somatisk akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau, hvorfor man sædvanligvis taler om, at der er 21 somatiske akutsygehuse i Danmark.

På akutmodtagelserne modtages med få undtagelser alle typer akutte patienter, herunder også patienter, der tidligere blev modtaget og behandlet på skadestuer.

Akutmodtagelser er bemandet med sygeplejersker, læger og speciallæger inden for en række specialer med et bærende princip om "speciallægen (med) i front". Dette personale udreder og behandler patienterne og sender dem videre til relevant afdeling ved behov. Akutmodtagelserne har umiddelbar adgang til laboratorieanalyser, røntgen, CT (evt. MR) samt ultralydsdiagnostik og råder også over sengepladser, som er beregnet til kortere ophold (24-48 timer).

Der er fortsat i alle regioner enkelte specialsygehuse ud over de 21 akutsygehuse med bred somatisk akutmodtagelse, som kan modtage udvalgte visiterede akutte medicinske patienter. Der vil nogen steder være tale om overgangsordninger frem mod ibrugtagning af de nye store akutsygehuse; se bilag 6 i bilagsrapporten.

Region Syddanmark og Region Midtjylland har etableret, eller planlægger at etablere, fælles akutmodtagelse hvor både psykiatriske og somatiske akutte patienter kan modtages. I de øvrige regioner er der separate psykiatriske akutmodtagelser, som kan være placeret i større eller mindre geografisk nærhed til de somatiske akutmodtagelser. Aktuelt er der i alt 21 psykiatriske akutmodtagelser, som modtager voksne patienter med psykisk sygdom med akut behov. Alle fem regioner har på udvalgte matrikler børne- og ungdomspsykiatriske modtagelser, der er integreret med voksenmodtagelse. De psykiatriske akutmodtagelser ligger alle i tilknytning til en psykiatrisk sygehusafdeling med sengepladser i tilknytning hertil.

Regionerne har organiseret sig forskelligt i forhold til visitation til de psykiatriske akutmodtagelser. Tre regioner har uvisiteret adgang, mens to regioner har delvist visiteret adgang, således at visse patienter (for eksempel patienter der allerede er i behandling eller med særligt behov for hjælp) kan henvende sig uden forudgående aftale.

Kvinder i fødsel eller med akutte graviditetskomplikationer nær termin modtages efter lægefaglig eller jordemoderfaglig visitation direkte på separate fødemodtagelser og/eller fødeafdelinger uden om akutmodtagelsen. Enkelte sygehuse uden akutmodtagelse varetager fødsler, og enkelte sygehuse med akutmodtagelse har ikke fødsler. Når de nye akutsygehuse er taget i brug, forventes der dog at være fuldstændigt overlap mellem akutsygehuse og fødesteder på sygehuse.

Andre udvalgte akutte patienter kan efter lægelig eller præhospital visitation modtages direkte på særlige operationsstuer. Dette gælder eksempelvis modtagelsen af akut koronarsyndrom på invasiv kardiologisk hybridstue m.v.

Enkelte steder er modtagelsen af akut syge børn fortsat organiseret i egne børnemodtagelser, som dog alle ligger meget tæt på de fælles akutmodtagelser. Mange steder er modtagelsen af akut syge børn organiseret på linje med øvrige særlige patientgrupper, som har særlige 'spor', særlige modtagestuer eller afgrænsede områder i den fælles akutmodtagelse. Det kan for eksempel være patienter med traumer og skader, apopleksi, akut koronarsyndrom.

Det bærende princip om speciallægen i front har ikke i samme grad været implementeret ved modtagelse af akutte patienter på de psykiatriske akutsygehuse. Generelt vil psykiatriske akutsygehuse i dagtid på hverdage kunne levere umiddelbart fremmøde af en speciallæge i psykiatrisk akutmodtagelse, også selvom speciallægen ikke er organisatorisk tilknyttet selve akutmodtagelsen. I vagttiden har de psykiatriske akutsygehuse generelt ikke speciallæge i tilstedeværelsesvagt. På de få akutsygehuse med fælles somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse vil der være tilstedeværelsesvagt med speciallæge i akutmedicin eller tilsvarende kompetencer.







# 5

## Udfordringer og muligheder i den akutte sundhedsindsats

De akutte sundhedstilbud har udviklet sig betydeligt det seneste årti inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og samlet set har udviklingen medført en højere og mere ensartet kvalitet på tværs af landet.

Der er indført visitation af langt de fleste akutte patienter, modtagelsen af akutte patienter på sygehuset er blevet samlet og opkvalificeret, den præhospitale indsats er styrket og udbygget, og kommunerne har opkvalificeret blandt andet i forhold til at kunne indgå i samarbejdet om den akutte patient.

Aktiviteten på de enkelte akutsygehuse er høj, mens der er variation i organiseringen af visitationen og de akutte sundhedstilbud på tværs af landet. Der er fortsat enkelte anbefalinger, der ikke er opfyldt, enkelte der ikke længere er relevante, og andre der stadig er under implementering, ligesom der er kommet nye rammevilkår i sundhedsvæsenet af betydning for den fremadrettede akutte sundhedsindsats, som for eksempel tilpasning af sengekapaciteten på de nye akutsygehuse. Dertil kommer den gradvise indfasning af den nye speciallæge i akutmedicin, den styrkede indsats i den kommunale sygepleje blandt andet i regi af kommunale akutfunktioner samt styrkede kompetencer ved indførelse af nye specialuddannelser i borgernær sygepleje og i akutsygepleje, hvor der aktuelt er nedsat en arbejdsgruppe der ser på opbygningen af specialuddannelsen i akut sygepleje.

Samtidig viser gennemgangen i de forrige kapitler, at der er sket en udvikling i befolkningen, idet der er kommet flere ældre og flere med multisygdom, hvilket har betydning for karakteren af akut opstået sygdom i dag.

Samlet illustrerer gennemgangen også, at der fortsat er en række udfordringer i den akutte sundhedsindsats, som bør adresseres for at sikre en sammenhængende akut sundhedsindsats og lighed i behandling og indsatser for alle patienter i hele landet:

### 5.1 Nye behov i den akutte sundhedsindsats

Udviklingen med flere ældre, flere patienter med multisygdom herunder samtidig somatisk og psykisk sygdom, og mange kontakter i sundhedsvæsenet stiller nye krav til tilrettelæggelsen af den akutte sundhedsindsats. Herunder blandt andet i forhold til sikre, at de sundhedsprofessionelle har de rette kompetencer til at møde patienternes behov, og at de sundhedsprofessionelle på tværs af den akutte sundhedsindsats har gensidigt kendskab til og kan samarbejde

på tværs. Modtagelse, pleje og pasning af denne gruppe patienter er tids- og ressourcekrævende selv ved korte indlæggelser, hvilket bør indgå i planlægningen af de akutte sundhedstilbud, hvor der eksempelvis kan ses på faktorer som øget krav om tværfaglighed og fysiske rammer der muliggør skærmning og håndtering af demente og delirøse patienter. Dermed ændrer opgaven i den akutte sundhedsindsats karakter, hvilket stiller krav om tilpasning i alle led i den akutte sundhedsindsats.

### Stort potentiale i det primære sundhedsvæsen

Det primære sundhedsvæsen har ændret sig i de foregående år. Kommunerne løser i dag en række sygeplejeopgaver til borgere med stadig mere komplekse behov på et højt fagligt niveau, og der er opkvalificeret både hvad angår kompetencer og kapacitet på sygepleje- og terapeut-siden. Der er et stort potentiale i at udvikle den kommunale sygepleje i relation til den akutte sundhedsindsats. Kommunerne og almen praksis er tæt på borgeren og kender ofte hele borgerens livssituation. Også borgere som på grund af sociale faktorer kan have det svært ved at få samme adgang til sundhedsfaglig behandling som andre. Opgaverne bliver i dag grebet forskelligt an i kommunerne, og løses på forskellig vis, ligesom de enkelte kommuner har et forskelligt grundlag for at skabe kvalitet i opgaveløsningen, blandt andet som følge af forskellige vilkår hvad angår størrelse, geografisk beliggenhed, demografi, afstand til sygehus og adgang til praktiserende læger og speciallæger. Opgaveløsningen i den kommunale sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, skal ses i sammenhæng med regionale akutklinikker og sygehusenes akutmodtagelser, den generelle udvikling i sygehusvæsenet og udviklingen i demografi og kronisk sygdom. Der er behov for fokus på at understøtte udviklingen af høj og ensartet kvalitet i de kommunale tilbud, og herunder også kommunernes adgang til lægefaglig rådgivning. Samtidig kan det overvejes, om flere opgaver kan løses i primærsektoren; det kan være i tværfaglige teams i et tværsektorielt samarbejde med speciallæge i almen medicin i et samarbejde med andre sundhedsprofessionelle som for eksempel sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, fysioterapeuter og psykologer.

### Ændrede sygehusstilbud

Opgaven på sygehusene har ændret sig igennem de sidste 15-20 år med en udvikling mod øget centralisering og specialisering. Fokus har været på at nedbringe ventetider, øge behandlingskvalitet inden for eksempelvis kræft- og hjerteområdet blandt andet med etablering af pakkeforløb på kræftområdet, specialeplanlægning og fokus på styrkede patientrettigheder. Med diagnostiske centre, bedre adgang til diagnostiske ydelser for almen praksis og nye faglige og teknologiske muligheder er der flere patienter, der udredes. Samtidig er patienterne indlagt i kortere tid, der ses en stigende andel ambulante forløb på sygehusene, og der er samlet set dimensioneret med væsentligt færre sengepladser i de nye sygehusbyggerier. Samlet set stiller det krav om større effektivitet og anden opgaveløsning, og det indebærer nye krav til tilrettelæggelsen af den akutte sundhedsindsats.

### Variation i visitation og akutte tilbud

På trods af anbefalingen om en enstrengt visitation kan den akutte patient fortsat opleve mange forskellige indgange til det akutte sundhedstilbud og mange forskellige kompetencer i visitationen. Der er på tværs af landet en variation i brug af visitation ved akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Der er stor variation i tilrettelæggelse og bemanning af lægevagt og Akuttelefonen 1813. I den samlede indsats for patienter med akut opstået eller forværret sygdom på tværs af sektorer er der formentlig et uforløst potentiale i de samlede ressourcer og kompetencer på tværs af aktører og fagligheder, og rammer og redskaber kan udvikles til at sikre en bedre visitation til og sammenhæng i tilbuddene.

### Styrkelse af den præhospitale indsats i takt med udviklingen af sygehuse

Med den igangværende udvikling i sundhedsvæsenet og den fortsatte centralisering og specialisering af akutsygehuse, er der fortsat behov for at styrke og opkvalificere den præhospitale indsats. Udviklingen ses eksempelvis i forhold til, at nogle patientgrupper, såsom patienter med akut behov for ballonudvidelse, præhospitalt skal visiteres til behandling på akutsygehuse med særlige kompetencer. Der ses et stigende behov for, at det præhospitale personale har kompetencer og udstyr til specialiseret diagnostik og behandling på skadested og i hjemmet, så patienterne sikres kvalificeret og hurtig behandling og transport ved akut opstået sygdom og skade.

### Uensartet organisering på tværs af landet

På tværs af landet og på tværs af sektorer er der variation i akutte sundhedstilbud, både i forhold til organisering, kompetencer, og hvad man kalder de forskellige tilbud, hvilket kan gøre det svært for patienten at vide, hvad man kan forvente. Akutsygehuse er eksempelvis af meget forskellig størrelse med forskelligt befolkningsunderlag og varierende bemanding og specialisering jf. bilag 6 i bilagsrapporten. Den præhospitale indsats er organiseret forskelligt blandt andet i forhold til brugen af paramedicinere, akutlæger og akutbiler på tværs af landet. Der er stor variation i, hvordan de regionale ambulante akuttilbud betegnes, bemandes og tilbydes på tværs af landet, og det varierer, hvordan de kommunale akutfunktioner er implementeret og udbygget inden for rammerne af de nationale kvalitetskrav til kommunale akutfunktioner.

### Modtagelsen af den akutte patient på sygehuset

Sideløbende med etablering af de fælles akutmodtagelser på landets sygehuse, er der i varierende grad fortsat udvalgte patientgrupper, som modtages akut uden om den fælles akutmodtagelse, uden at der er fælles nationale principper herfor. Det kan være ved modtagelse i separate akutmodtagelser, som det eksempelvis gælder børn, fødende, og patienter med psykisk sygdom. Eller det kan handle om klart definerede afgrænsede patient- eller sygdomsgrupper, der modtages direkte på relevant sygehusafdeling, eksempelvis skader, patienter med akutte hjerteproblemer og patienter med apopleksi.

### Fra akutmodtagelse til akutsygehus

Opgaven der skal løses ændrer karakter, og der er nu også et andet behov for at se på det samlede akutsygehus, herunder organiseringen af de lægefaglige specialer, samarbejdet på akutsygehuset, sygehusenhed, sygehusafdeling og sygehusmatrikel, og somatik og psykiatri. Landets akutsygehuse varierer i forhold til bemanding, tilstedeværelse af specialer, faciliteter, specialfunktioner mm., og der er behov for at se på de overordnede principper for akutsygehuset.

### Ny speciallæge i front

Bemandingen har ændret sig markant på akutmodtagelserne, men det kan samtidig konstateres, at der ikke alle steder er samme tilrettelæggelse af fremmødekravet i forhold til de forskellige speciallæger. Princippet med "speciallægen i front" er kun lykkedes delvist og er blandt andet en udfordring på flere af de psykiatriske akutmodtagelser. Samtidig kommer der i de kommende år en speciallæge i akutmedicin, og dermed en ny speciallæge i akutmodtagelsen der med en generalistbaggrund kommer til at varetage en væsentlig rolle, ligesom der gradvist vil blive uddannet flere specialsygeplejersker i borgernær sygepleje, og der arbejdes hen imod en national uddannelse i akutsygepleje. Det stiller krav om fornyet blik på kompetencerne i akutmodtagelsen og på akutsygehuset, herunder fremmødekrav til øvrige akutte specialer, organisering mm.

### Indsatsen til patienter med psykisk sygdom

Indsatsen til patienter med psykisk sygdom halter fortsat efter indsatsen til patienter med somatisk sygdom. På det akutte område ses det, at bemanning, kompetencer, adgang til somatisk udredning og udstyr i den psykiatriske akutmodtagelse er væsentlig forskelligt i forhold til det faglige niveau i den fælles (somatiske) akutmodtagelse. Det samme gør sig gældende i de kommunale akutfunktioner, der ikke dækker patienter med psykisk sygdom.

### Deling af viden på tværs af patientforløbet

I det enkelte patientforløb kan patienten møde en række sundhedsprofessionelle lige fra kommune, almen praksis, sygehus og den præhospitale indsats, men der er fortsat en række udfordringer i forhold til, at sundhedspersoner kan dele viden om patienten og sikre, at data fra ét led i den akutte sundhedsindsats automatisk overføres til næste led.

### Forskning og udvikling

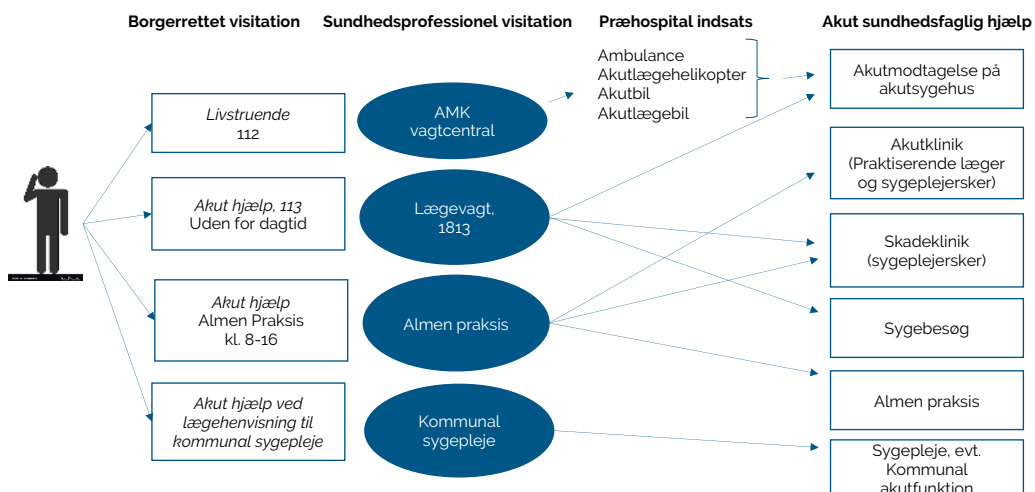
Kvaliteten i sundhedsvæsenet udvikles gennem evaluering, kvalitetsudvikling og forskning, men der savnes i den akutte sundhedsindsats systematisk fælles valide data på tværs af aktiviteten på sygehus, i det præhospitale, almen praksis og den kommunale sygepleje, hvor der kun er robust dataindsamling og kvalitetsarbejde på udvalgte områder i den regionale opgaveløsning.

## 5.2 Temaer for fremtidig tilrettelæggelse af den akutte sundhedsindsats

Den fremadrettede tilrettelæggelse af den akutte sundhedsindsats skal tage udgangspunkt i den forbedrede indsats, der er blevet bygget op det sidste årti, og skal bidrage til, at patienter med et akut sundhedsproblem sikres en indsats af høj kvalitet, der er effektivt tilrettelagt, bidrager til lighed i sundhed, og som opleves som sammenhængende på tværs af sundhedsvæsenet.

Figur 6 giver et overblik over det fremtidige akuttilbud på tværs af det samlede patientforløb. Borgeren kan ringe til egen læge i dagtid, 113 i vagttid eller 112 ved livstruende situationer. Patienter der allerede får hjælp af kommunen kan også i nogle tilfælde her få akut hjælp, men ellers vil den kommunale sygepleje i relation til den akutte sundhedsindsats ske efter lægelig henvisning. Dernæst følger den sundhedsprofessionelle visitation, der kan involvere aktører fra AMK-vagtcentralen, lægevagt/ Akuttefonen 1813, almen praksis i dagtid og den kommunale sygepleje. Patienten vil få akut sundhedsfaglig hjælp på akutsygehus, akutklinik, skadeklinik, ved sygebesøg, i almen praksis eller i den kommunale sygepleje.

Figur 6: Den fremtidige akutte sundhedsindsats



Der tages udgangspunkt i den nuværende lovbestemte opgavevaretagelse mellem regioner, kommuner, praksissektor og andre aktører, og anbefalingerne siger således ikke mod en grundlæggende ændret opgavevaretagelse, ligesom der heller ikke pålægges nye opgaver på nuværende tidspunkt.

Med udgangspunkt i dette vil udfordringer og muligheder blive gennemgået inden for følgende fire temaer:

1. Sammenhængende og enstrenget visitation
2. Kvalitet og sammenhæng i patientforløbet
3. Vidensdeling
4. Forskning og udvikling





# 6

## Sammenhængende og enstrenget visitation

En visitation af høj faglig kvalitet til akutte sundhedstilbud bidrager til, at patienten bliver hjulpet til at få det bedste, relevante tilbud på tværs af hele sundhedsvæsenet, og at der sikres lighed i adgangen til sundhedsvæsenet. Visitationen kan opdeles i en *borgerrettet visitation* og en *sundhedsprofessionel visitation*. Den borgerrettede visitation er patientens indledende adgang til sundhedsvæsenet, og det skal være gennemskueligt og entydigt, således at patienten ved, hvor denne skal henvende sig. Den sundhedsprofessionelle visitation foretages af sundhedspersoner, og den skal sikre, at patienten fra start visiteres til det rette tilbud. Det sker ved at sikre fælles viden om de samlede akutte sundhedstilbud hos de visiterende sundhedspersoner.

Der tages udgangspunkt i opgaveløsningen i vagttid, dvs. uden for almindelig konsultationstid som typisk er hverdage mellem kl. 8 og kl.16.

I dette kapitel beskrives status og udfordringer i forhold til visitationen til de akutte sundhedstilbud, og dernæst muligheder og anbefalinger i forhold til at sikre sammenhæng, samarbejde og integration, samt kompetencer og kvalitet.

### 6.1 Status og udfordringer

Den *borgerrettede* visitation til de akutte sundhedstilbud er ikke entydig og enstrenget. Patienten kan anmode om akut hjælp flere forskellige steder i sundhedsvæsenet, herunder i almen praksis i dagtid, lægevagtstelefon, Region Sjællands akuttelefon (ved skader), Region Hovedstadens akuttelefon 1813, via 112-opkald til AMK-vagtcentral samt via henvendelse til kommunen, hvis patienten i forvejen er i et forløb i kommunen. For befolkningen er det ikke nødvendigvis tydeligt, hvem de skal kontakte ved akut opstået sygdom og skade. Det kan særligt være en udfordring, når patienter opholder sig andre steder end i den region, hvor de bor. Tilsvarende er det ikke entydigt, hvilke kompetencer man som patient bliver mødt med i den telefoniske visitation, hvor man kan møde både sygeplejerske, speciallæge i almenmedicin og andre læger.

Hvis patienten efter den primære kontakt har behov for indsats på eksempelvis sygehus eller i kommunal sygepleje, er der ikke nødvendigvis opbygget et systematisk samarbejde mellem de forskellige led i den efterfølgende *sundhedsprofessionelle* visitation – præhospitalt, sygehus og kommune. I Region Nordjylland er der etableret fælles vagtcentral mellem regionens AMK, Nordjyllands beredskab, Falck Danmark A/S (beredskab) samt Aalborg Kommune. Andre steder som for eksempel i Esbjerg er der etableret fremskudt kommunal visitation på sygehus. Men generelt er der i dag mange forskellige modeller for samarbejde og integration af de visi-

terende led til det akutte sundhedsvæsen. Eksempelvis organisatorisk og fysisk samarbejde og samlokalisering, eller alene fysisk samlokalisering uden systematisk etableret samarbejde og sammenhæng mellem de forskellige visiterende led eller mellem de visiterende led og de relevante akutte sundhedstilbud.

Der er i dag i alle regioner indført visiteret adgang for patienter til de akutte somatiske sygehusydelse, mens der for patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom er betydelig variation på tværs af landet. Mange henvendelser på psykiatriske akutmodtagelser er uvisiterede, hvor patienter henvender sig direkte uden forudgående telefonisk kontakt til enten lægevagt, Akuttelefonen 1813 eller 112. Dertil kommer, at der også fortsat er patienter, der henvender sig direkte på landets somatiske akutmodtagelser uden visitation, såkaldte selvhenvendere.

Den uensartede organisering på tværs af landet med de mange forskellige led skaber en række udfordringer. Organiseringen af visitationen kan betyde, at der ikke sikres tilstrækkelig viden og kendskab til de øvrige aktørers organisering, arbejdsgange og sundhedstilbud. Det kan være en hindring for aktørerne i forhold til at målrette og samarbejde om en sammenhængende indsats for patienten og at se samlet på hele paletten af de forskellige akutte sundhedstilbud for dermed at sikre, at patienten tilbydes den rette indsats på rette niveau til bedst gavn for patienten.

Endvidere kan patienten opleve manglende tilgængelighed. Det kan være afgørende for et behandlingsforløb, at man som patient kan komme i hurtig kontakt med en sundhedsperson, når der opstår akut sygdom eller skade. En utilstrækkelig tilgængelighed kan betyde, at patienter på egen hånd henvender sig til for eksempel en akutmodtagelse, eller at patientens tilstand forværres, fordi patienten ikke kommer i kontakt med en sundhedsperson på rette tidspunkt i forløbet. Tilgængelighed i vagttid hænger sammen med tilgængelighed i almen praksis i dagtid. Hvis der er vanskeligt at få en akut eller sub-akut konsultation hos egen læge kan det øge incitamentet til, at patienten i stedet henvender sig i den telefoniske visitation i vagttid med symptomer, som kunne håndteres i dagtid. Det kan være u hensigtsmæssigt af både faglige og ressource mæssige grunde. Grundlaget for tilgængeligheden i dagtid aftales mellem regioner og praktiserende læger som led i overenskomst.

## 6.2 Muligheder og anbefalinger

Nedenfor beskrives muligheder og anbefalinger i relation til visitationen til den akutte sundhedsindsats. Følgende beskrives:

- Sammenhæng, samarbejde og integration
- Kompetencer og kvalitet i visitationen
- Tilgængelighed og rettighed

### Sammenhæng, samarbejde og integration

For at styrke den borgerrettede telefoniske visitation, så der sikres bedre sammenhæng i patientforløb og mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse, kan der med fordel etableres et mere systematisk samarbejde og en mere enstrengt organisering af de forskellige regionale borgerrettede visiterende funktioner, herunder særligt lægevagtsordningerne, Akuttelefonen 1813 og 112-opkald til AMK-vagtcentralen. På sigt kan regioner og praktiserende læger i for-

længelse heraf med fordel drøfte potentialet i en stærkere kobling også mellem visitationen i almen praksis i dagtid og i vagttid.

Danske Regioner har i 2018 besluttet, at man på tværs af de fem regioner vil etablere ét landsdækkende telefonnummer, 113, som man kan ringe til ved akut sygdom, og som vil erstatte alle de nuværende telefonnumre, herunder til lægevagt og Region Hovedstadens akuttelefon 1813. Telefonnummeret 113 erstatter ikke telefonnumrene til den almen praktiserende læge i dagtid, hvortil det fortsat vil være muligt at ringe. Når regionerne har implementeret denne beslutning, vil man have opfyldt Sundhedsstyrelsens anbefaling fra 2007 vedrørende entydighed i adgangen til den almen medicinske visitation. Fremadrettet kan alarmtelefon 113 således blive den eneste indgang til visitation af ikke-livstruende akutte tilstande i vagttid, og den kan i dagtid desuden fungere som supplement til henvendelser til egen læge, for eksempel vedrørende visitation af skader i de regioner, hvor dette ikke sker via egen læge. I dagtid skal der således foreligge klare aftaler og tydelig information til borgere for anvendelse og samarbejde mellem almen praksis, alarmtelefon 113 m.v. For akutte livstruende tilstande vil det fortsat være 112, der skal anvendes.

I forhold til den borgerrettede visitation kan meget tale for en fysisk og/eller organisatorisk samling med udgangspunkt i de eksisterende AMK-vagtcentraler. Patienterne kan hermed sikres døgndækket akut hjælp og rådgivning ensartet på tværs af landet. I relevant omfang på baggrund af eksempelvis geografiske forhold kan der etableres "satellitfunktioner" eksempelvis således, at læger fra almen praksis kan bidrage til visitationsopgaven uden at skulle befinde sig fysisk på en af de fem enheder.

I forhold til den sundhedsprofessionelle visitation kan bedre sammenhæng i patientforløbet på tværs af udbydere og sektorer fremmes gennem et mere systematisk samarbejde og erfaringsudveksling mellem den kommunale sygepleje, sygehusenes akutmodtagelser, sygehusvisitationer samt den præhospitale visitation i AMK-vagtcentralen. Samarbejdet kan for eksempel styrkes ved en samlokalisering eller samorganisering i fælles visitations- og vagtcentraler af de forskellige visiterende eller tildelende funktioner inden for rammerne af den nuværende lovbestemte opgavevaretagelse mellem regioner og kommuner. Dog under hensyntagen til at det for landets 98 kommuner vil være meget forskelligt, om samlokalisering og samorganisering vil være praktisk gennemførbart. Ligeledes skal samlokalisering og samorganisering kunne kombineres med varetagelsen af den kommunale sygeplejes opgaver på en faglig hensigtsmæssig måde, hvor samarbejdet understøtter kommunens opgavevaretagelse rent fagligt.

Et styrket samarbejde kan understøtte et bedre gensidigt kendskab til de forskellige sektors tilbud, bidrage til at sikre lighed i sundhedstilbuddene til alle patienter, og styrke mulighederne for, at den samlede visitation i højere grad kan sikre, at borgeren får det eller de rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser ved akut opstået eller forværret sygdom. Uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis næste dag, sygebesøg i hjemmet, ambulante fremmøde i lægevagt eller akutklinik, sub-akut ambulant vurdering ved specialafdeling på sygehus, eller indlæggelse via akutmodtagelse. I relevant omfang kan en sådan fælles visitation også kunne rådgive borgeren om øvrige relevante tilbud, herunder for eksempel kommunale psykosociale og socialfaglige støttefunktioner, ressourcer i civilsamfundet mv.

Mere faste rammer for samarbejde om visitation kan bidrage til et skabe et fælles fagligt miljø, og at de visiterende led kender til og kan trække på hinandens kompetencer. Samarbejdet kan endvidere bidrage til en højere effektivitet i opgaveløsningen ved bedre udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet, ved at der er etableret et system, hvor det er muligt at henvise patienter til tilbud på tværs af sektorgrænser eller at rådgive omkring dem. Hvis en patient i den telefoniske visitation (i vagttid eller via 112) eksempelvis vurderes sundhedsfagligt at kunne håndteres i almen praksis næste dag, kan patienten rådgives om muligheder for subakut konsultation i almen praksis i dagtid, som for eksempel kan understøttes ved at den visiterende sundhedsperson har mulighed for at sende en elektronisk meddelelse til patientens egen læge herom. Samarbejdet mellem 112 og 113 kan eksempelvis også styrkes ved, at telefonsamtaler, der åbenlyst hører til hos den anden linje, frit kan omstilles uden at afbryde forbindelsen.

Vedrørende samarbejdet med den kommunale sygepleje kan der også etableres et mere systematisk samarbejde mellem den telefoniske visitation (i vagttid eller via 112) og kommunen med henblik på at understøtte et gensidigt kendskab til hinandens tilbud og styrke mulighederne for, at kommunen kan tildele lægehenviste patienter relevante kommunale sygeplejefaglige tilbud, eller kan rådgive om øvrige visiterede eller uvisiterede kommunale tilbud. Dette vil blandt andet indebære en lettere adgang til telefonisk kontakt mellem kommunen og 112 samt den telefoniske visitation i vagttid. Det styrkede samarbejde skal også bidrage til, at kommunen rettidigt bliver inddraget i patientforløbet, med for eksempel kommunal hjemmehjælp eller sygepleje evt. ved en kommunal akutfunktion, og at man regionalt sikrer kommunen adgang til lægefaglig rådgivning og lægefaglige kompetencer.

Samarbejdet kan udvikles på forskellig vis, herunder også ved fysisk samlokalisering af visiterende funktioner og/eller forsøg med fælles organisering af visitationen, hvor de enkelte aktører og myndigheder bevarer de opgaver, der er fastlagt i love, aftaler m.v., men samtidig indgår i tæt samarbejde i fastlagte rammer, så borgeren kan opleve et 'sømløst' myndighedssamarbejde. Det kan eksempelvis handle om fælles brug af faciliteter og infrastruktur, fagligt fællesskab og kvalitetsorganisation. Forsøg med fælles ledelse kan også indgå i udviklingen, hvilket forudsætter, at der etableres meget klare aftaler med respekt for lovbestemt ansvar i forhold til opgaveløsning, kvalitet, økonomi, arbejdsgiveransvar m.v.

På den baggrund anbefales det:

### **1 Styrket samarbejde i den borgerrettede visitation**

At den borgerrettede telefoniske visitation ved akut opstået sygdom og skade, som i dag er organiseret i lægevagtsordninger/regionale akuttelefoner, kommunale funktioner og AMK-vagtcentraler, styrkes ved en større grad af samarbejde og kendskab til hinandens tilbud samt ved eventuel samlokalisering i fælles visitations- og vagtcentraler. Disse kan samle både 112-opkald vedrørende akutte livstruende tilstande og 113-opkald vedrørende øvrige henvendelser på sundhedsområdet (aktuelt opkald til lægevagt/Akuttelefonen 1813 mm.). Hvis opgaven vedrørende 113-opkald ikke samlokaliseres med den øvrige borgerrettede visitation, vil det være hensigtsmæssigt, at de i stedet placeres sammen med akutklinikker. Der kan også ses på, om samlokalisering og samorganisering kan bidrage til øget samarbejde også i relation til nogle kommunale funktioner, hvor de enkelte aktører og myndigheder bevarer opgaver fastlagt i love, aftaler m.v., men indgår i tæt samarbejde i fastlagte rammer.

## 2 Styrket samarbejde i den sundhedsfaglige visitation

At samarbejdet i den sundhedsfaglige visitation på tværs af udbydere og sektorer styrkes, således at borgeren får rette tilbud på tværs af de forskellige indsatser, uanset om der er tale om støtte til egenomsorg, kommunal sygepleje, konsultation i almen praksis, lægebesøg i hjemmet, fremmøde i regional akut- eller skadeklinik, sub-akut ambulansetid på sygehus eller indlæggelse. Rammerne for samarbejdet kan for eksempel styrkes gennem et meget tættere og mere formaliseret samarbejde mellem den sundhedsfaglige visitation med udgangspunkt i regionernes AMK-vagtcentraler, akutmodtagelsen, sygehusvisitation, og kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, med faste samarbejdsaftaler om smidig visitation på tværs af sektorer og etablering af fælles faglige undervisningstilbud. Potentialer i samlokalisering af visitationsenheder bør afprøves.

En styrket visitation til patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom vil kunne bidrage til, at patienterne kan blive vurderet og behandlet, hvor det er mest hensigtsmæssigt. Således skal patienter med svær akut opstået eller forværret psykisk sygdom, herunder patienter der er meget forpinte, selvmordstruede, selvskadende, udadreagerende m.v. henvises akut til psykiatrisk akutmodtagelse. Patienter med akut forværring af velkendt psykisk sygdom, som har en fast og løbende kontakt til psykiatrisk afdeling kan ofte umiddelbart visiteres – eller selvvisiteres via 'brugerstyrede senge' m.v. - til indlæggelse på kendt sygehusafdeling, mens andre kan have gavn af et udgående akutteam, sub-akut tid til vurdering på sygehus eller andre relevante tilbud på tværs af den akutte sundhedsindsats, herunder eksempelvis kommunale akutfunktioner for patienter med betydende og samtidig somatisk og psykisk sygdom.

For nogle patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom vil det dog være uhenigtsmæssigt, hvis der opstilles regler i forhold til visitation, da det kan gøre, at de undlader at søge behandling. Dette kan tale for, at der eksempelvis for særlige patientgrupper eller i særlige situationer fortsat sikres mulighed for uvisiteret henvendelse til psykiatrisk akutmodtagelse m.v.

På den baggrund anbefales det:

## 3 Styrket visitation af patienter med akut psykisk sygdom

At visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer m.v., herunder også patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Nationalt bør der udarbejdes fælles principper for visitation til psykiatriske akutmodtagelser og øvrige tilbud, som samtidigt sikrer, at der for særlige patientgrupper, situationer m.v. fortsat er mulighed for uvisiteret selvhenvendelse. Der kan med fordel etableres et tæt samarbejde mellem den akutte indsats i regionerne og den psykosociale indsats i kommunerne eksempelvis via sundhedsaftalerne.

### Kompetencer og kvalitet i visitationen

Den rette sundhedsfaglige kompetence i visitationen er afgørende for at sikre kvaliteten i det videre forløb for patienten. Behovet for hvilke kompetencer, der skal være til stede i visitationen, afhænger af karakteren af den akutte patient, der skal visiteres. Der er her forskel på, om der er tale om 112-opkald til AMK-vagtcentralen, som typisk tydeligt vedrører livstruende og tidskritiske tilstande, eller opkald til lægevagt eller Region Hovedstadens akuttelefon 1813,

som typisk er henvendelser vedrørende meget varierende symptombilleder, som stiller store krav til den visiterende sundhedspersons erfaring og kompetencer.

Visitation af patienter med varierende sygdomsbillede kræver kompetencer, som speciallæger i almen medicin tilegner sig i kraft af deres speciallægeuddannelse. Her bliver de uddannet til at håndtere uvisiterede patienter, og de opøver generalistkompetencer, som gør dem i stand til at vurdere et bredt spektrum af symptomer. Kompetencer, som for de flestes vedkommende vedligeholdes i det kliniske arbejde i almen praksis i dagtid. Speciallæger i almen medicin vil derfor være en sundhedsfaglig kernekompetence i den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid af henvendelser, der vedrører akut opstået og forværret sygdom, og hvor det ikke umiddelbart er oplagt, at der er tale om livstruende og tidskritiske tilstande, som skal visiteres via 112-opkald. Læger med tilsvarende kompetencer, herunder læger i fase III af hoveduddannelse til almen medicin samt øvrige læger med tilsvarende kompetencer i almen medicinsk visitation kan også varetage den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid.

På baggrund af eksisterende viden på området vurderes det, at en styrkelse af sygeplejefaglige kompetencer i den almen medicinske visitation kan bidrage til at øge både kvalitet og kapacitet i den telefoniske visitation i vagttid samtidig med, at visitationsopgaven i videre udstrækning løses tværfagligt i et tæt samspil mellem sygeplejersker og speciallæger i almen medicin som, udover selv at varetage rollen som visitor, står til rådighed for sparring og som lægefaglig backup.

Det er væsentligt, at sygeplejerskerne i den telefoniske almen medicinske visitation besidder de rette kompetencer, gerne specialuddannelse inden for det akutmedicinske område. Derudover skal de have solid erfaring med at arbejde med patienter med akut opstået sygdom og skade fra for eksempel en akutmodtagelse eller almen praksis i dagtid, og de skal få den rette oplæring, uddannelse og støttes i deres opgaveløsning. Med henblik på at sikre den faglige kvalitet i den telefoniske visitation, skal sygeplejerskerne altid umiddelbart kunne rådføre sig med speciallæger i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer. Der kan desuden udarbejdes faglige retningslinjer for, hvilke symptomer eller tilstande, reaktioner og medicinsk behandling der kræver, at sygeplejerskerne skal rådføre sig med læge.

Visitationen i AMK-vagtcentralen varetages i dag af sundhedsfaglige visitatorer i form af sygeplejersker, ambulancebehandlere og ambulancebehandlere med særlige kompetencer (paramedicinere). AMK-vagtcentralen er yderligere bemannet med en AMK-læge, som er en speciallæge med særlige kompetencer i forhold til præhospital indsats, akut visitation og triage, beredskab/koordination af større hændelser, logistisk overblik m.v. AMK-lægen og øvrige læger i den præhospital virksomhed kan fungere som lægefaglig backup for sundhedsfaglige visitatorer og ambulancepersonale.

Det er væsentligt, at de sundhedsfaglige visitatorer besidder de rette kompetencer. Regionerne har etableret en fælles national uddannelse for sundhedsfaglige visitatorer på AMK-vagtcentralen, og for at sikre fortsat udvikling af visitatorernes faglighed kan det være hensigtsmæssigt med en fælles efteruddannelse af sundhedsfaglige visitatorer. Det kan desuden være hensigtsmæssigt, at de sundhedsfaglige visitatorer kan rådføre sig med en speciallæge i almen medicin eller andre relevante speciallæger.

Udvalgte patientgrupper kan give særlige udfordringer i den telefoniske visitation i forhold til både lægevagt, Akuttelefonen 1813 samt 112, herunder eksempelvis ældre, multisyge og patienter med psykisk sygdom. Samtidig er kompleksiteten i den akutte indsats uden for sygehusene generelt stigende i de kommende år, hvilket også stiller øgede krav til den telefoniske visitation. Der kan derfor være behov for at styrke det tværfaglige samarbejde også i visitationen, for eksempel i form af løbende fælles faglig sparring og auditering, faste aftaler om rammer for telefonisk rådgivning, fælles udarbejdelse af visitationsretningslinjer m.v.

For borgere, der modtager kommunal sygepleje, og som får akut forværring af sygdom og funktionsniveau, kan særlige sygeplejekompetencer eksempelvis i de kommunale akutfunktioner med fordel inddrages med henblik på vurdering af, om der er tale om problemstillinger, som kan håndteres af sygeplejen inden for allerede fastlagt behandlingsplan. Særlige sygeplejekompetencer fra blandt andet akutfunktionerne kan også hvor fagligt relevant inddrages til kvalificering af den sygeplejefaglige vurdering af patientens tilstand før kontakt til egen læge, lægevagt, akuttelefon m.v. Dermed kvalificeres eventuel efterfølgende visitation til yderligere vurdering og behandling under hensyn til sammenhæng i patientens forløb og den mest hensigtsmæssige ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen. Kommunerne kan yderligere styrke kompetenceniveauet i den kommunale sygepleje eksempelvis ved udnyttelse af de særlige sygeplejefaglige kompetencer i de kommunale akutfunktioner. Det kan samtidig bidrage til, at regioner og lægepraksis kan yde bedre og relevant lægefaglig supervision, sparring og delegation, både i dagtid og i vagttid, idet de samlede kompetencer på tværs af sektorer kommer bedre i spil.

På den baggrund anbefales det:

#### **4** **Kompetence i den borgerrettede telefoniske visitation**

At den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid vedrørende somatisk og psykisk sygdom, der ikke er livstruende og tidskritisk, med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som både omfatter speciallæger i almen medicin, eller speciallæger med tilsvarende kompetencer, samt sygeplejersker med relevant erfaring og kompetencer.

#### **5** **Kompetence i den telefoniske visitation på AMK-vagtcentralen**

At AMK-vagtcentralernes borgerrettede telefoniske visitation ved tidskritiske tilstande varetages af sundhedsfaglige visitatorer med særlige kompetencer, og med mulighed for lægefagligt backup fra speciallæger med relevante kompetencer. Derudover skal AMK-vagtcentralen i relevant omfang have umiddelbar adgang til speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats (præhospital akutlæge), der kan varetage operativ ledelse og koordinering ved større hændelser.

#### **6** **Kvalificering ved særlige sygeplejekompetencer**

At kommunen ved akut forværring af sygdom eller funktionsniveau hos borgere, der modtager kommunal sygepleje, inddrager særlige sygeplejekompetencer fra eksempelvis akutfunktioner før eventuel kontakt til andre dele af den borgerrettede visitation. Herunder til vurdering af, om der er tale om problemstillinger, som kan håndteres af sygeplejen inden for allerede fastlagt behandlingsplan og til kvalificering af den sygeplejefaglige vurdering af borgerens tilstand før videre kontakt.

## Tilgængelighed og rettidighed

Den akutte sundhedsindsats skal opleves tilgængelig hele døgnet året rundt for de patienter, der får behov for hjælp ved akut opstået sygdom og skade. Det forudsætter, at befolkningen oplever, at man hurtigt og nemt kan få kontakt til hjælp, hvis behovet opstår.

I vagttid kan tilgængeligheden i den almen medicinske telefoniske visitation styrkes ved at udforske muligheder for at differentiere og behovstilpasse tilbuddet således, at patienter, hvis behov er af særlig akut karakter, får mulighed for at komme i hurtigere kontakt med en visiterende sundhedsperson og "springe køen over". Der er flere regioner, som har erfaringer med, at patienten kan benytte en såkaldt "akutknop" ved visitation i vagttid, hvis de vurderer, at deres symptomer kræver, at de hurtigt kommer i telefonisk kontakt med en sundhedsperson (40). En akutknop er et eksempel på, hvordan den telefoniske visitation kan tilrettelægges mere differentieret med afsæt i patientens behov. Det kan også være hensigtsmæssigt, at den visiterende sundhedsperson alle steder har mulighed for at viderestille patienter til en 112-visitator, så patienter i akut livsfare kan modtage relevant behandling hurtigst muligt.

Tilgængelighed i dagtid i almen praksis aftales i overenskomstaftalerne mellem region og praktiserende læger, og kan påvirkes af flere faktorer, herunder lægedækningsudfordringer, varierende brug af øvrigt sundhedsfagligt personale i de enkelte klinikker, og nye opgaver i det primære sundhedsvæsen inden for blandt andet behandling af patienter med kronisk sygdom, hvormed opgavemængden øges (36,41-43). Ressourceanvendelsen i almen praksis i dagtid kan optimeres ved blandt andet styrket samarbejde på tværs af lægepraksis/lægehuse eksempelvis omkring udvidede åbningstider.

På den baggrund anbefales det:

### **7 Tilgængelighed i den borgerrettede telefoniske visitation**

At den borgerrettede telefoniske visitation tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i forhold til at sikre tilgængelighed og ressourceanvendelse, herunder ved afprøvning af mulighed for at angive særligt behov ("akutknop") med henblik på prioriteret adgang.







# 7

## Kvalitet og sammenhæng i patientforløbet

For at sikre høj kvalitet og effektivitet i patientforløbet for den akutte patient skal den samlede akutte sundhedsindsats ses i en helhed på tværs af sektorer, tilbud og fagpersoner. Det skal være entydigt, hvilke sundhedsindsatser man kan forvente som akut patient, og indsatserne skal være af høj faglig kvalitet og lige for alle.

I dette kapitel beskrives dels status og udfordringer i forhold til de akutte sundhedstilbud, dels muligheder og anbefalinger i forhold til et ensartet tilbud om almen medicinsk akut behandling, den præhospitale indsats, styrket samarbejde med den kommunale sygepleje samt nye rammer for akutmodtagelse og akutsygehuset.

### 7.1 Status og udfordringer

Anbefalingerne for et styrket akutberedskab er siden 2007 og 2009 i høj grad blevet indfriet, ligesom en række forhold fortsat er undervejs med at blive implementeret, og der er kommet nye rammevilkår for den akutte sundhedsindsats. Set i forhold til de krav der blev opstillet, er der dog stadig en række vigtige parametre, der ikke til fulde er opfyldt.

Sundhedsvæsenet og dets rammevilkår udvikler sig løbende. Den demografiske udvikling med flere ældre, og ændringer i sygdomsmønster med flere mennesker med multisygdom udgør et stigende pres i behovet for sundhedsydelse. En tiltagende specialisering i sundhedsvæsenet indebærer endvidere ofte mere komplekse og opsplittede forløb parallelt med en samtidig øget forventning om sammenhæng i patientforløbene fra patienters og pårørendes side.

Antallet af sygehuse, der modtager akutte patienter, er efter hensigten reduceret, og der er etableret fælles akutmodtagelser på akutsygehusene. Der er igangsat en bygningsmæssig fornyelse af sygehusvæsenet, ikke mindst muliggjort af ekstraordinære anlægsmidler fra staten. De nye akutsygehuse er samtidig dimensioneret med færre sengepladser i forventning om mere effektiv udnyttelse af sengekapaciteten.

Som beskrevet i kapitel 4 er der i dag mange forskellige former for akutte sundhedstilbud uden for sygehus. Der er variation i kompetencer og indhold i de forskellige tilbud, og der er behov for at etablere et fra borgerens synsvinkel gennemsigtigt system, så det er mere entydigt, hvad man kan forvente hvis man bliver akut syg.

Kommunerne har fået en større opgave og rolle i sundhedsvæsenet og har opkvalificeret kompetencemæssigt og i organisering af indsatsen. Samtidig skal kommunerne håndtere patienter

med mere komplekse og svære problemstillinger end tidligere, både hvad angår psykisk og somatisk sygdom. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at man med fordel kan bygge videre på og styrke kommunernes rolle.

De fleste kommuner har etableret akutfunktioner tilknyttet den kommunale sygepleje, og Sundhedsstyrelsen har udsendt kvalitetsstandarder for disse i 2017. Formålet med kvalitetsstandarderne er at understøtte en ensartet høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner og understøtte kommunens samarbejde med sygehuse og almen praksis, som vil kunne henvise patienter til kommunale akutfunktioner af en kendt kvalitet, herunder med et kendt indhold og kompetenceniveau. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der fortsat er stor variation på tværs af landets kommuner i forhold til, hvordan akutfunktionerne er organiseret, hvilke rammer og indhold der er i tilbuddene, hvilke kompetencer sygeplejerskerne har, og hvordan samarbejdet mellem kommune, almen praksis og sygehus er. Variationen forudsætter, at relevante samarbejdsparter har kendskab til den lokale organisering, og der er fortsat behov for dialog mellem kommune, almen praksis og sygehus om kompetencer og tilbud, så patienten sikres det rette tilbud i rette tid.

Manglende sammenhæng er en udfordring for kvaliteten i den akutte indsats fx for patienter med multisygdom, herunder patienter med både psykisk og somatisk sygdom, der har mange kontakter, aftaler og indsatser i forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Sammenhængen udfordres blandt andet af begrænset viden om hinandens kompetencer, indsatser og organisering, begrænset koordination mellem kontakter, indsatser og planer, oplevet uklarhed om ansvarsfordelingen mellem sektorer, samt oplevede udfordringer med deling af data jf. blandt andet undersøgelser af akutmodtagelserne (36). Særligt i relation til patienter med psykisk sygdom er den akutte sundhedsindsats kendetegnet ved et behov for et godt samspil mellem flere forskellige behandlingstilbud, sundhedsfaglige, herunder psykosociale, og socialfaglige tilbud i kommune, retspsykiatrien, politi og den præhospitale indsats, hvilket tilføjer en øget kompleksitet til områdets organisering.

Der er således en række udfordringer i den akutte sundhedsindsats, der bør adresseres.

## 7.2 Muligheder og anbefalinger

Nedenfor beskrives muligheder og anbefalinger i forhold til at sikre entydighed, sammenhæng og kvalitet i de akutte sundhedstilbud. Følgende beskrives:

- De almen medicinske konsultationstilbud i vagttid
- Kvalitet og kompetencer i det præhospitale tilbud
- Den kommunale sygeplejes rolle i den akutte sundhedsindsats
- Nye rammer for akutmodtagelser og akutsygehuse

### De almen medicinske konsultationstilbud i vagttid

På tværs af landet skal der i vagttid kunne visiteres til vurdering og behandling ved akut opstået og forværret sygdom og skade, som ikke kræver behandling på et sygehus, men som heller ikke kan afvente behandling næste hverdag i almen praksis, sygehusambulatorium m.v. Det bør tilstræbes, at både tilbud, rammer, terminologi og kompetencer gøres mere ensartet på tværs af landet, så både patienter og sundhedsprofessionelle kan have klare forventninger til

indsatsen. Der er tale om konsultationstilbud, der i dag har betegnelser som eksempelvis sygebesøg, lægevagtskonsultation, akutklinik eller skadeklinik.

Generelt bør der sikres tilstrækkelige faciliteter, kompetencer og robusthed i de almen medicinske konsultationstilbud i vagttid, således at der alle steder leveres behandling af ensartet høj kvalitet, samtidig med at der sikres sammenhæng og kontinuitet i patientens samlede forløb på tværs af forskellige akutte indsatser.

For at sikre både sammenhæng, rette kompetencer og bedst mulig ressourceudnyttelse bør almen medicinske konsultationstilbud i vagttid varetages af speciallæger i almen medicin i samarbejde med sygeplejersker, herunder sygeplejersker med særlige kompetencer som for eksempel akut- og behandlersygeplejersker. Andre sundhedsfaglige personer kan i relevant omfang inddrages, herunder læger fra andre specialer og læger i speciallægeuddannelse.

Som beskrevet i kapitel 4 er der en betydelig variation i forhold til de ambulante akuttilbud i regionalt regi, både i forhold til terminologi, åbningstid og kompetencer, hvilket kan skabe usikkerhed hos patienterne i forhold til forventninger til de tilbud, der leveres. Det gælder særligt i forhold til at sikre en mere præcis brug af begreberne såsom 'skadeklinik' og 'akutklinik'.

På grund af særlige geografiske forhold, politiske prioriteringer og overgangsordninger frem mod ibrugtagning af nye sygehusbyggerier har flere regioner aktuelt valgt at placere almen medicinske akutte behandlingstilbud på specialsygehuse uden akutmodtagelser eller uden for sygehuse, herunder på nedlagte sygehuse og i kommunale sundhedshuse. Enkelte steder har man valgt at have akut- og skadeklinikker uden læger bemandet med sygeplejersker med specialkompetence (behandlersygeplejersker), som kun varetager mindre skader. Typisk har disse akut- eller skadeklinikker ikke åbent i hele vagttiden, og der er fortsatte udfordringer vedrørende uklarhed hos patienterne om tilbud samt manglende kontinuitet i behandlingsforløb.

De fleste steder er de almen medicinske akutte behandlingstilbud dog placeret i, eller tæt ved, sygehusenes akutmodtagelser, herunder blandt andet som lægevagtsklinikker i fire regioner eller som akutklinikker i Region Hovedstaden. Herved kan opgaveløsningen integreres med akutmodtagelserne, blandt andet ved fælles indgang og fælles ventefaciliteter samt deling af kompetencer og faciliteter.

Region Hovedstaden har desuden valgt at etablere særlige 'børnespor', hvor den almen medicinske behandling af børn, der er telefonisk visiteret til ambulante akut vurdering, varetages af speciallæger i pædiatri og læger i speciallægeuddannelse til pædiatri.

Samlet set vil det fremadrettet være hensigtsmæssigt med en mere ensartet og enstregen organisering og benævnelse af de almen medicinske behandlingstilbud i vagttid, så både patienter og sundhedsprofessionelle kan have klare forventninger til indsatsen. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at man ensretter både organiseringen og terminologien med henblik på at skabe et solidt fagligt tilbud og samtidig skabe gennemsigtighed for borgeren.

I takt med at sygehusbyggerierne færdiggøres, bør man derfor i de kommende år arbejde hen imod, at det almen medicinske behandlingstilbud i vagttid organiseres mere entydigt i henholdsvis akutklinikker og skadeklinikker. Det bør gælde for alle almen medicinske tilbud i

vagttid; det vil sige både de nuværende lægevagtskonsultationer og de forskellige nuværende regionale tilbud. Akutklinikker er lægebemandede, og behandlingen varetages af både læger og andre sundhedspersoner. Derudover kan der være behov for at etablere skadeklinikker som er et sygeplejebemandet behandlingssted, hvor der varetages mindre skader. For uddybende beskrivelse heraf se boks 8 eller ordlisten.

## Boks 8

### Definitioner på akut- og skadeklinikker

**Akutklinik:** lægebemandet behandlingssted, der kan vurdere og behandle lettere tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom og skade; hvilket som udgangspunkt svarer til opgaven der kan løses af almen praksis i dagtid. Som udgangspunkt er der tale om telefonvisterede tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom eller skade, der ved telefonvisitation alene ikke vurderes at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente på et tilbud næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium. En akutklinik kan være lokaliseret på en sygehusematrikel, enten i tilslutning til et akut- eller specialsygehus, og kan være organisatorisk integreret i sygehuset eller selvstændigt, eller kan være lokaliseret uafhængigt af et sygehus. Behandlingen varetages af læge, eller af andre sundhedspersoner. Typisk vil der være tale om speciallæge i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer, i samarbejde med sygeplejersker. Akutklinikken kan også betegnes "lægevagtsklinik".

**Skadeklinik:** sygeplejebemandet behandlingssted, der udelukkende varetager behandling af visiterede småskader. Sædvanligvis vil skadeklinikker være bemandede med sygeplejersker med særlige kompetencer – gerne specialsygeplejersker, der behandler visiterede småskader, herunder varetagelse af udvalgte behandlinger på lægelig delegation for eksempel stivkrampevaccination, lokalbedøvelse, syning af mindre hudlæsion m.v.

Dertil kommer, at sygebesøg fremadrettet med fordel kan ses i sammenhæng med indsatsen i den kommunale sygepleje, så der opnås et styrket samarbejde og øget koordination mellem den almen medicinske visitation i vagttid og kommunerne. Flere steder i landet er der gode erfaringer med lokale aftaler mellem den kommunale sygepleje og den almen medicinske indsats, herunder i forhold til sygebesøg. Lægens sygebesøg er en regional opgave, men for patienter der er kendt af den kommunale sygepleje, kan der eventuelt skabes rammer for en højere grad af fælles sygebesøg og fagligt samarbejde i forløbet, herunder muligheden for at den kommunale sygepleje har styrket adgang til rådgivning fra speciallæge. Man bør i fremtiden se på, om der er behov for etablering af mere faste rammer for gensidig direkte telefonisk kontakt og rådgivning i vagttid mellem den akutte almen medicinske sundhedsindsats (henholdsvis den visiterende sundhedsperson og den kørende læge) og den kommunale sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner. Samarbejdet kan eksempelvis foregå ved, at den akutte almen medicinske sundhedsindsats og kommunen samarbejder om opgaver relateret til gennemførelse af sygebesøg hos ældre patienter i vagttid. For patienter som er lægehenvist til kommunal sygepleje, kan en sygeplejefaglig vurdering i patientens hjem være med til at kvalificere beslutningen om, hvilke tiltag der vil være de bedste i forhold til patientens tilstand. Samarbejdet skal ske gennem faste aftaler.

På den baggrund anbefales det:

### **8 Ensartet organisering i akutklinikker og skadeklinikker**

At lægebemandede almen medicinske konsultationer, som i vagttid varetager akut opstået og forværret sygdom samt mindre skader m.v., som ved telefonvisitation vurderes ikke at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til en indsats næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium, i fremtiden bør benævnes 'akutklinik'.

Sygeplejebemandede behandlingssteder som udelukkende varetager behandling af visiterede småskader uden lægelig tilstedeværelse bør benævnes 'skadeklinik'. Betegnelsen 'skadestue' bør forlades, da den kan skabe uklarhed om tilbud og kompetenceniveau.

### **9 Kompetencer og lokalisering af akutklinikker**

At behandlingen på akutklinikker varetages af speciallæger i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer i samarbejde med sygeplejersker, gerne med uddannelse inden for det akutmedicinske område, og andre relevante faggrupper med særlig kompetence. Ved inddragelse af øvrige speciallæger til varetagelse af almen medicinske konsultationstilbud i vagttid, herunder til skader, særlige patientgrupper som børn m.v., skal dette være velbegrundet, og ske under hensyntagen til den mest hensigtsmæssige opgavevaretagelse og ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen. For at sikre tæt samarbejde med mulighed for deling af udstyr, kompetencer og ressourcer, og for hurtig og let videre visitation, kan akutklinikker med fordel placeres på akutsygehuse samlokaliseret med akutmodtagelser. Modeller med fælles data- og kvalitetsorganisation, enstrengt ledelse m.v. bør udvikles og afprøves. For akutklinikker, der placeres uden for akutsygehuse af hensyn til for eksempel geografisk bredde i tilbud, bør der sikres faste samarbejdsaftaler med akutsygehus, så der sikres hurtig overflytning dertil ved behov for indlæggelse til sygehusbehandling.

### **10 Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid**

At samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og de almen medicinske tilbud i vagttid styrkes og udvikles, herunder muligheden for at der indgås nærmere aftaler om samarbejdet i relation til eksempelvis sygebesøg.

### **Kompetencer og kvalitet i den præhospitale indsats**

For at sikre et entydigt fokus på kvalitetsudvikling og bedre sammenhæng mellem den præhospitale indsats og de øvrige dele af sundhedsvæsenet er det hensigtsmæssigt, at det sundhedsfaglige ansvar for alle præhospitale indsatser præciseres, herunder ved fastlæggelse af rammer for patientbehandling og kvalitetsudvikling i både AMK-vagtcentralen, ambulancetjenester, akutbiler m.v., så der placeres et entydigt sundhedsfagligt ansvar i de præhospitale organisationer.

Ved planlægning og dimensionering af de grundlæggende og specialiserede kompetencer i den præhospitale indsats skal alle ressourcer ses i en sammenhæng. Planlægningen afhænger desuden af regionernes geografi, befolkningstal- og tæthed samt antallet af akutsygehuse med akutmodtagelse.

Af sundhedsfaglige og organisatoriske årsager er præhospitale akutlæger i den danske præhospitale indsats centrale, og beskrivelsen af den præhospitale akutlæge fremgår af boks 9.

## Boks 9

### Definitioner på præhospitale akutlæger

Den præhospitale akutlæge er en speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats. I en dansk kontekst varetages funktionen af speciallæger i anæstesi og intensiv medicin med særlige kompetencer i præhospital indsats. Definition følger VEJ nr. 9321 af 01/04/2017.

I daglig tale har betegnelsen "akutlæge" været anvendt, men da det kan forveksles med betegnelse på den nye speciallæge i akutmedicin (som bør betegnes 'akutmediciner'), bør betegnelsen 'præhospital akutlæge' fortrækkes fremadrettet.

Præhospitale akutlæger disponeres til de mest komplekse og akutte tilstande præhospitalt. Præhospitale akutlæger skal have specialiserede kompetencer inden for akut og prioriteret håndtering af den akut syge eller tilskadekomne patient (ABCDE). Dette indbefatter blandt andet grundlæggende kompetencer og daglig rutine i forhold til avanceret luftvejshåndtering, herunder intubering og respiratorbehandling, varetagelse af specialiseret vurdering og visitation på skadestedet samt fuld kompetence til anvendelse af al relevant livreddende medicin m.v. Inden for udvalgte akutte tidskritiske tilstande er der evidens for øget overlevelse ved brug af præhospitale akutlæger.

Derudover benytter nogle regioner præhospitale akutlæger til særopgaver som interhospital transport med kritisk syge og ustabile patienter. Endelig har alle regioner specialuddannede præhospitale akutlæger til funktionen som 'Indsatsleder Sund' til ledelse af større skadesteder og beredskabshændelser.

På tværs af landet bør anvendelsen af præhospitale akutlæger foregå efter fælles principper for at sikre ensartet kvalitet i tilbud til alle borgere. Dette gælder særligt ved de akutte og komplekse tilstande, hvor der er evidens for, at behandling af en præhospital akutlæge giver øget overlevelse og mindre sygelighed for patienten (hjertestop uden for hospital, hovedtraume eller andet kompliceret traume).

Præhospitale akutlæger bør have en organisatorisk og faglig tilknytning til akutsygehusene i forhold til vedligeholdelse af kompetencer, kendskab til sygehusorganisation m.v. Der bør desuden være etableret fastlagte rammer om samarbejde mellem akutsygehuse og akutlægebiler.

Det samlede antal af akutlægebiler bør tage hensyn til den enkelte regions geografi, befolkningstal- og tæthed, akutsygehusenes placering og kapacitet samt muligheder for anvendelse af akutlægehelikopter.



På den baggrund anbefales det:

### **11 Disponering af præhospital akutlæge**

At der for patienter med tidskriske tilstande, herunder hjertestop, hovedtraume og andre svære traumer, sikres hurtig adgang til præhospital behandling, visitation og triage ved præhospital akutlæge. Den præhospital akutlæge kan disponeres til skadested med akutlægebil eller med akutlægehelikopter, der regionalt bør planlægges på baggrund af nationale faglige principper som blandt andet tager hensyn til geografi, trafikforhold, befolkningstæthed, sygdoms- og skademønstre, samt biler og helikopteres indbyrdes placering.

I tråd med blandt andet anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens akutrapport fra 2007, administreres akutlægehelikopterordningen af regionerne i fællesskab. De fire akutlægehelikoptere er placeret i henholdsvis Ringsted, Billund, Skive og Aalborg, og de indgår således i ét tværregionalt beredskab og visiteres af regionernes fem AMK-vagtcentraler ud fra én fællesregional retningslinje.

Akutlægehelikopterne benyttes primært ved akutte livstruende tilstande langt fra landets specialiserede hospitaler, hvorved der sikres både hurtig adgang til præhospital speciallægebehandling og hurtig transport til sygehus, herunder til højt specialiserede og centraliserede behandlingstilbud som for eksempel ballonudvidelser og trombektomi. Samtidig prioriteres akutlægehelikopterne til landets mindre øer, også ved mindre alvorlige tilstande, så der undgås lange vente- og transporttider.

Med udbygningen af den nationale kapacitet med fire akutlægehelikoptere kan disse med fordel inddrages mere systematisk i forhold til interhospital transport, særligt ved transport af patienter mellem sygehuse, over lange afstande af kritisk syge patienter med behov for lægeledsagelse. Der kan både være tale om akutte transport, det vil sige kritisk syge og ustabile patienter med akut og tidskritisk behov for overflytning, samt planlagte eller sub-akutte transport, med kritisk syge, men stabile patienter, med behov for overflytning til sygehus med højere specialiseringsniveau.

På den baggrund anbefales det:

### **12 Anvendelsen af akutlægehelikopter**

At akutlægehelikopterne fortsat prioriteres til tidskriske tilstande og skader, men fremover også kan bruges i udvalgte tilfælde ved akutte og sub-akutte overflytninger mellem sygehuse til kritisk syge patienter, der har behov for behandling på højere specialiseringsniveau, og hvor tidsfaktoren er vigtig.

For at imødekomme den stigende kompleksitet i både patientgrundlag og i organiseringen i det samlede akutsystem bør der ske en yderligere styrkelse og udvikling af kompetencerne hos de forskellige faggrupper i den fremtidige præhospital indsats, herunder særligt vedrørende ambulancebehandlere med særlig kompetencer (paramedicinere), se evt. ordliste. Det er væsentligt, at ambulancebehandlere med særlig kompetencer (paramedicinere) rustes til den fremtid, der venter dem. Man bør se på, hvordan paramedicineren på sigt kan varetage flere opgaver og få øget ansvar i både den præhospital indsats og i den samlede akutindsats. Det bør således undersøges, hvordan man kan sikre udvikling og løft af faggruppens kompetencer.

Uddannelserne blev omlagt i 2019, og det vil derfor være relevant inden for de kommende år at lave en evaluering, som bl.a. kan have fokus på opnåede kompetencer, rekruttering, fastholdelse, karriereudviklingsmuligheder m.v., og som bør perspektiveres i forhold til både den faglige og teknologiske udvikling på det præhospitale område og den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, herunder paramedicineres muligheder for videre karriereforløb i sundhedsvæsenet.

I dag er uddannelsen til paramediciner en overbygning på uddannelsen til ambulancebehandlere. I modsætning hertil er uddannelsen til paramediciner på bachelorniveau i for eksempel Norge og England. På sigt kan det overvejes, om området kan styrkes ved, at der etableres en sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse, hvor paramedicineren vil blive en sundhedsperson i relation til bestemmelserne i sundhedslov, autorisationslov samt klage- og erstatningslov. Med en professionsbacheloruddannelse vil paramedicinerne få en mellemlang videregående praksisnær uddannelse, som vil udbygge og styrke paramedicinerens sundhedsfaglige kompetencer og karrieremuligheder i sundhedsvæsenet.

En opkvalificering af de paramedicinske kompetencer, uanset om det sker inden for eksisterende rammer eller på sigt gennem etablering af en professionsbacheloruddannelse, bør sikre brede kompetencer i forhold til udfordringerne i den samlede akutindsats, herunder kompetencer inden for pædiatri, psykiatri, multisygdom, sociale problemer, samt håndtering af samarbejde på tværs i forhold til praksissektor, kommunerne, sygehuse m.v.

På den baggrund anbefales det:

### **13 Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem**

At uddannelserne til ambulancebehandler på sigt evalueres med fokus på opnåede kompetencer, rekruttering, fastholdelse, karriereudviklingsmuligheder m.v. Evalueringen bør perspektiveres i forhold til både den faglige og teknologiske udvikling på det præhospitale område og den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, herunder paramedicineres muligheder for videre karriereforløb i sundhedsvæsenet. Som opfølgning på evalueringen bør Sundhedsstyrelsen sammen med relevante myndigheder og aktører drøfte behov og muligheder for at styrke paramedicinerens rolle, herunder undersøge, hvordan man kan sikre udvikling og løft af kompetence. I den forbindelse bør det vurderes, om der på sigt skal ske justeringer i uddannelsen, herunder yderligere styrkelse af efter- og videreuddannelsen til paramediciner.

Regionerne kan med fordel etablere udrykningstjenester i form af udgående akutfunktioner til særlige målgrupper af patienter med psykisk sygdom, for eksempel hvor politi og sundhedsfagligt personale sammen tager ud til patienten<sup>12</sup>. De udgående funktioner bør kunne komme ud til patienter med psykisk sygdom, herunder patienter i kommunale botilbud. De udgående funktioner bør samarbejde med både de kommunale socialfaglige akuttilbud og sundhedsfaglige akutfunktioner.

---

<sup>12</sup> Den daværende regering afsatte 80 mio.kr. på Finansloven 2018 til akutte psykiatriske udrykningstjenester, som går til alle regioner.

På den baggrund anbefales det:

#### **14 Regionale tilbud til patienter med psykisk sygdom**

At regionerne i vagttid etablerer rådgivende og evt. udgående funktioner med særlige sundhedsfaglige kompetencer i forhold til akut indsats til patienter med psykisk sygdom i risiko for akut indlæggelse eller tvangsindlæggelse med henblik på at styrke en tidlig og tilgængelig indsats.

#### **Den kommunale sygeplejes rolle i den akutte sundhedsindsats**

Et mere effektivt sundhedsvæsen hvor den akutte patient modtager den rette indsats, som vedkommende har bedst gavn af, og et sundhedsvæsen der samtidig sikrer mere sammenhængende indsatser, der så vidt muligt gives i eget hjem og i nærmiljøet, kræver en løbende udvikling af den kommunale sygepleje, blandt andet etablering og udbygning af kommunale akutfunktioner. En kommunal akutfunktion er et særligt døgndækkende tilbud i den kommunale sygepleje, der varetages af sygeplejersker med særlige kompetencer i forhold til vurdering, pleje og behandling jf. ordlisten. Sundhedsstyrelsen udsendte i 2017 anbefalinger for den faglige organisering af de kommunale akutfunktioner, der beskrev de overordnede rammer for de kommunale akutfunktioner. Inden for disse rammer, er det styrelsens vurdering, at kommunerne har valgt at organisere sig meget forskelligt i forhold til faglige kompetencer, rammer, tilbud, faciliteter, og samarbejde med sygehus og praksissektor, og det er forskelligt, hvordan kravene i kvalitetsstandarderne vægtes. Denne variation i tilrettelæggelsen af de kommunale akutfunktioner på tværs af landets kommuner kan af de øvrige aktører opleves som en udfordring i forhold til at skabe sammenhæng i det akutte patientforløb og muligheden for at gøre brug af det rette tilbud til patienter (36)).

Samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og de øvrige akutte sundhedstilbud er centralt før, under og efter at patienten har været i kontakt med akutmodtagelse, almen praksis eller præhospital indsats. Mange ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom i akutmodtagelserne kan have behov for en hurtig indsats på en af akutsygehusets sengeafdelinger. Disse patienter er ofte kendetegnet ved at have et forløb i både kommunen og på sygehus, hvor de modtager indsatser, og de kan derfor have behov for at kunne komme hurtigt ind på sygehuset i tilfælde af akut forværring af den kendte sygdom. Denne patientgruppe er i særlig risiko for akutte indlæggelser og genindlæggelser. Når flere patienter sendes hjem fra akutmodtagelsen med et fortsat behov for sygeplejefaglige indsatser, stiller det krav om aftaler mellem sygehus og kommune herom, til kommunernes organisering, og krav til sygehus og almen praksis om entydighed om det lægelige behandlingsansvar og om hurtig og fleksibel kommunikation med det kommunale plejepersonale. Der er behov for, at samarbejdet går begge veje, og at der sikres en god kommunikation med henblik på sparring og faglig rådgivning. Derudover bør der være en aftalt indgang til den kommunale sygepleje døgnet rundt.

Der er behov for, at samarbejdet mellem sygehus og kommune fortsat styrkes. Der er flere gode erfaringer at bygge på med tværsektorielle og tværfaglige organiseringer, teams m.v. Formålet kan blandt andet være at tilbyde akutte indsatser til patienter i eget hjem, i tæt, systematisk samarbejde med sygehus og praktiserende læger/vagtlæger, så borgerne oplever et sømløst og sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

Da sygeplejen, herunder den kommunale akutfunktion, modtager patienter både fra almen praksis og vagtlæger samt patienter udskrevet fra sygehusafdelinger, er der behov for klare

retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten.

Ved en akut indlæggelse kan fremskudt visitation og andre former for forløbskoordination være gavnligt i forhold til at understøtte en hensigtsmæssig overgang, når en patient skal tilbage til eget hjem efter en akut sygehuskontakt. Det kan eksempelvis være relevant for ældre medicinske patienter eller patienter med psykisk sygdom. En fremskudt visitation kan indebære, at akutmodtagelsen og kommunale visitatorer kan kommunikere direkte med hinanden enten telefonisk, via skærmløsning eller ved fysisk tilstedeværelse. Det skal bidrage til eksempelvis at kommunen hurtigt kan vurdere behovet for kommunale indsatser efter udskrivelse samt vurdere og sparre med sygehuspersonalet om patienter, som eventuelt kunne have gavn af en indsats i kommunen for dermed at målrette kommunens indsats til borgeren.

Samarbejdet omkring gensidig rådgivning og sparring om konkrete patientforløb kan udvikles fremadrettet. Rådgivning og sparring skal dels styrke gensidig viden og kendskab til, hvordan kommune, almen praksis og region kan samarbejde om den akutte patient, dels styrke visitationen via specialviden/erfaring og understøtte, at patienten modtager den rette indsats. Rådgivningen kan for eksempel finde sted via en telefonisk indgang til kommunen, eksempelvis til sygeplejen eller lignende funktion, der har et bredt kendskab til kommunens indsatser og tilsvarende indgang til sygehuse og lægepraksis, der kan benyttes ved akut opstået behov. En sådan gensidig indgang kan tilrettelægges, så der for alle parter er adgang i relevante tidsrum i løbet af døgnet – også eftermiddag og aften -, og kan samtidig understøtte, at der skabes et fagligt miljø for den telefoniske rådgivning, hvor der oparbejdes og udveksles viden om målgruppen.

I samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutindsats, både på sygehuse og i det præhospitale, bør der fremadrettet udvikles rammer for bedre fælles udnyttelse af kompetencer, faciliteter og udstyr på tværs af sektorer. I udviklingen af dette samarbejde er det blandt andet væsentligt at få fastlagt klarere rammer for de enkelte personalegruppers behandlingsansvar, herunder sygeplejerskers virksomhedsområde og det lægelige behandlingsansvar ved delegation.

Patienter med psykisk sygdom har en betydelig overdødelighed som blandt andet skyldes underbehandling af samtidig somatisk sygdom. Det er derfor vigtigt, at de samlede kommunale sundhedsfaglige kompetencer bringes bedre i spil også for patienter med psykisk sygdom, og i den forbindelse kan der være behov for et øget samarbejde mellem den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner og de psykosociale akuttilbud.

På den baggrund anbefales det:

#### **15) Krav og anbefalinger til kommunal sygepleje og kommunale akutfunktioner**

At der på tværs af landet sikres fortsat udvikling af den kommunale sygepleje i forhold til at indgå i samarbejdet omkring den akutte patients forløb. Erfaringer med implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017 skal vurderes med henblik på en opdatering af anbefalingerne, herunder i forhold til om der skal etableres bindende krav fx således, at alle kommuner skal kunne tilbyde indsatser i kommunale akutfunktioner ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at etablere kommunale akutfunktioner. Derudover bør det sundhedsfaglige tilbud i de kommunale akutfunktioner på sigt også kunne omfatte andre problemstillinger end de rent somatiske, og der bør sikres

samarbejde med den kommunale psykosociale indsats, ligesom der bør sikres ensartet mulighed for lægefaglig rådgivning til alle kommuner. Det vil desuden være hensigtsmæssigt at se på, hvordan den samlede kommunale sygepleje kan rustes i varetagelsen af den komplekse sygepleje for dermed at give kommunerne bedre muligheder for at agere i den akutte sundhedsindsats.

### **16 Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud**

At samarbejdsformer mellem regionale akuttilbud og den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner opbygges og udvikles, eksempelvis på baggrund af læring fra erfaringerne med fremskudt kommunal visitation på akutsygehuset, tværsektoriel kompetenceudvikling, fælles retningslinjer og kommunikationsveje mellem regionale og præhospitale organisationer og den kommunale sygepleje. Samt at der sikres klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har det lægelige behandlingsansvar for patienten.

### **Nye rammer for akutsygehus og akutmodtagelse**

Der er 21 sygehuse med somatiske akutmodtagelser i Danmark. Derudover modtager Rigshospitalet også et bredt udsnit af somatiske patienter med akut opstået svær sygdom eller skade, og er således også et somatisk akutsygehus, selvom der ikke er en egentlig akutmodtagelse på sygehuset. På en række af disse akutsygehuse er der psykiatriske afdelinger på samme matrikel som det somatiske sygehus, og med større eller mindre grad af integration mellem psykiatrisk og somatisk akutmodtagelse, men somatik og psykiatri er organisatorisk opdelt i alle regioner. Mange steder er somatiske og psykiatriske sygehusfunktioner geografisk adskilt med separate akutmodtagelser.

Traditionelt har man således talt om 21 akutsygehuse, som imidlertid kun beskriver de 21 sygehusematrikler, der har en somatisk akutmodtagelse. Med en bredere definition af akutte sygehusfunktioner, som omfatter både somatik og psykiatri, og hvor der kan være tale om sammenhængende sygehusdrift på enten én samlet matrikel eller på nærtstående matrikler, vil der som beskrevet i kapitel 3 reelt være tale om i alt 32 akutte sygehusenheder eller sygehusematrikler i Danmark. Heraf er nogle rent somatiske, nogle rent psykiatriske, nogle med både psykiatri og somatik, og et enkelt (Rigshospitalet) er et traumesygehus med udvalgte fortrinsvist højt specialiserede akutte funktioner.

Akutsygehuse er af meget forskellig størrelse, har forskelligt befolkningsunderlag og specialledækning, både hvad angår bredde og specialiseringsniveau. Der er i realiteten stor forskel på, hvilke patienter, der kan modtages, udredes og behandles på de forskellige akutsygehuse. Det stiller store krav til visitationen og til koordinations- og samarbejdsaftaler med andre akutsygehuse om udredning og behandling af patienterne. Det stiller tillige krav om et aftalt og velfungerende samarbejde mellem akutmodtagelse og akutsygehus, og mellem akutsygehus og øvrige sygehuse og primær sektor med henblik på at sikre et hensigtsmæssigt patientflow og overgange, og dermed undgå ventetid og kødannelse, der har betydning for kvalitet, effektivitet og patientoplevelse.

Der er samtidigt behov for generelt at fastlægge en mere tydelig fælles terminologi på området. Overordnet kan akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, fremadrettet beskrives i tre kategorier, idet det bemærkes, at en række somatiske akutsygehuse, og alle psykiatriske akutsygehuse, organisatorisk er en del af større sygehusenheder med sygehusdrift på flere matrikler. Sundhedsstyrelsen vil således fremadrettet bruge følgende betegnelser om sygehu-

se, der modtager akutte patienter: akutsygehus, akutsygehus med særlig geografi og traumesygehus. Se boks 10 og ordlisten for en detaljeret beskrivelse heraf.

Ud over akutsygehuse er der specialsygehuse, der primært modtager patienter til elektiv behandling. For uddybende beskrivelse heraf se boks 10 og ordlisten.

## Boks 10

### Definitioner på akutsygehuse, traumesygehuse og specialsygehuse

**Akutsygehuse**, varetager langt de fleste tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom eller skade – enten somatisk eller psykisk eller begge dele – fra eget optageområde, og kan således også modtage uvisiterede patienter med akut sygdom eller mistanke herom, som kan kræve medvirken af flere specialer og fagligheder i udredning og behandling, herunder også traumer, som kan håndteres på hovedfunktionsniveau. Akutsygehuse forventes planlagt ud fra et befolkningsunderlag på 200.000 – 400.000 borgere. Alle relevante akutte specialer skal være repræsenteret på matriklen, afhængigt af om der er tale om et akutsygehus, der alene modtager akutte somatiske patienter, alene modtager akutte psykiatriske patienter, eller om der er tale om et akutsygehus, der modtager begge typer patienter. Akutsygehuse kan i varierende omfang have specialfunktioner, herunder højtspecialiserede funktioner. Ligeledes kan det variere, hvilke akutte specialer der er til rådighed på sygehuset, dog under hensyn til anbefaling 24-28. Der skal være velfungerende samarbejdsaftaler, herunder faste aftaler om ansvars- og kompetenceforhold, på tværs af specialer og på tværs af somatik og psykiatri, særligt hvor den psykiatriske akutmodtagelse ligger geografisk adskilt fra den somatiske. Efter hidtidige anbefalinger forventes al indlæggelse på somatisk akutsygehus at være enten visiteret eller indbragt med ambulance. Vedrørende psykiatriske akutsygehuse er der variation på tværs af landet i forhold til krav til visitation.

**Akutsygehuse med særlig geografi**, tidligere kaldet akutsygehuse med ø- eller ø-lignende status, er nogle få mindre sygehuse med begrænsede kompetencer og vagtberedskab, der er placeret, hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og hensigtsmæssigt, at der kan varetages behandling af akut sygdom og skade. I den nuværende nationale sygehusplanlægning gælder dette blandt andet for de somatiske sygehuse på Bornholm, i Thisted og i Nykøbing Falster. Denne type akutsygehus vil typisk kunne varetage behandling af akut sygdom og skade af et begrænset omfang og kompleksitet. Sygehuse kan modtage udvalgte uvisiterede patienter med akut sygdom, eller mistanke herom, men der vil typisk skulle foreligge regionale retningslinjer og samarbejdsaftaler for præhospital visitation, overflytning til større akutsygehus, brug af telemedicin m.v. Disse sygehuse forventes at være planlagt med et væsentligt mindre befolkningsunderlag end 200.000.

**Traumesygehuse** er somatiske akutsygehuse med et traumecenter og relevante specialfunktioner, som kan behandle meget alvorligt syge, herunder svært tilskadekomne patienter. Målgruppen for traumesygehuset omfatter patienter med skader i flere organsystemer, patienter hvor der på skadestedet eller andet sygehus er konstateret komplicerede skader, patienter med meget alvorlig sygdom, eller patienter der har anden betydende konkurrerende sygdom (komorbiditet). Det somatiske trau-

mesygehus forventes således, med enkelte undtagelser (for eksempel børnekirurgi, trykkammerbehandling og replantation af afrevne fingre) at kunne varetage samtlige akutte somatiske sygdoms- og skadestilfælde, der indbringes eller henvises til sygehuset. Det forudsættes, at disse sygehuse er planlagt med et befolkningsunderlag, der er væsentligt større end 400.000, og at der er tale om et sygehus med Sundhedsstyrelsens godkendelse efter sundhedslovens §207-209 til varetagelse af relevante specialfunktioner inden for traumebehandling, intensiv behandling m.v.

**Specialsygehuse** er sygehuse - både somatiske og psykiatriske - der som udgangspunkt modtager patienter til planlagt behandling. Specialsygehuse og andre institutioner, herunder almen praksis, akutklinikker m.v. kan dog i begrænset omfang varetage behandling af akut opstået sygdom og skade.

Patienter med medicinske sygdomme kan således i et vist omfang modtages akut på specialsygehuse, dog kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner fx patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb. Der kan herudover i mindre omfang modtages visiterede akutte medicinske patienter med nyopstået sygdom, dog aldrig såfremt det drejer sig om børn eller ved mistanke om sygdom, der er defineret som en specialfunktion fx mistanke om meningitis, sepsis mv. Såfremt der modtages akutte patienter på specialsygehus, skal der være adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for assistance fra speciallæge i anæstesiologi umiddelbart.

Derudover skal der foreligge klare visitationsretningslinjer og en fast samarbejdsaftale med et akutsygehus, herunder om viderevisitation til relevant afdeling eller akutmodtagelse. Ved tvivl skal patienten altid visiteres til akutsygehus.

I det omfang der på regionale specialsygehuse derudover mere systematisk modtages og indlægges akutte visiterede patienter, forventes det at være overgangsordninger indtil ibrugtagning af de nye sygehusbyggerier.

I det følgende anvendes betegnelserne ovenfor, og akutsygehuse anvendes til betegnelse af de sygehuse (sygehusmatrikler), både somatiske og psykiatriske, der modtager patienter med skader eller med akut opstået eller forværret sygdom.

Opgaven der kan varetages afhænger af, hvilken type akutsygehus der er tale om, og det er hensigtsmæssigt, at det fremstår tydeligt, hvad der kan forventes af de forskellige typer akutsygehuse. Herunder hvilke patienter der kan modtages, og hvilke opgaver akutsygehusene kan varetage. Dertil kommer, at det er væsentligt at sikre, at patienter visiteres til det rette tilbud på rette tid også i de tilfælde, hvor der opstår behov for ny visitation efter modtagelse i akutmodtagelse, på specialafsnit mv. Der bør derfor foreligge klare procedurer for overdragelse af patienter på akutsygehuset mellem akutmodtagelse og relevante specialafdelinger, mellem somatiske og psykiatriske akutsygehuse, mellem specialsygehuse og akutmodtagelser og mellem sygehus og primær sektor, således at overflytninger og overgange sker uden unødigt forsinkelse. Det er samtidig afgørende, at sammenhængen og samarbejdet mellem somatik og psykiatri understøttes, og der bør sikres faste samarbejdsaftaler mellem somatik og psykiatri de steder, hvor dette ikke er samlet.

På den baggrund anbefales det:

### 17 Akutsygehusets opgaver

At et akutsygehus som varetager **både somatik og psykiatri** døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner.

At et **somatisk akutsygehus** døgnet rundt skal kunne modtage patienter med alle typer af somatisk skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret somatisk sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner

At et **psykiatrisk akutsygehus** døgnet rundt skal kunne modtage alle patienter med akut opstået eller forværret psykisk sygdom samt patienter med psykisk belastning, der kræver akut intervention.

Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør kun modtages på sygehusematrikler med børne- og ungdomspsykiatri.

At alle akutsygehuse skal:

- kunne sikre umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau for alle akutte patienter. For psykiatriske akutsygehuse skal umiddelbar diagnostik og behandling varetages af relevante lægelige kompetencer
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar udredning og diagnostik, at iværksætte og behandle intensivt og til at udføre livreddende og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse og samarbejde:
  - fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
  - til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuset og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor
  - fra akutmodtagelse til kommunalt tilbud
  - mellem henholdsvis psykiatrisk akutmodtagelse og de psykiatriske specialer og somatisk akutmodtagelse og somatiske specialer i øvrigt
- tilbyde den specielle pleje og behandling, der skal ydes til ældre og skrøbelige patienter i form af eksempelvis rolige omgivelser og kendskab til ældres ændrede klinik og behov i forbindelse med behandling.

### Befolkningsunderlag for sygehusplanlægning

Sygehusbehandling kan i henhold til Sundhedsstyrelsens specialeplan foregå på to overordnede niveauer; hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau. Størstedelen af akutte patienter varetages på hovedfunktionsniveau, mens en mindre del af de akutte patienter varetages på specialfunktionsniveau.



I 2007 anbefalede Sundhedsstyrelsen, at en akutmodtagelse skulle have et befolkningsunderlag på minimum 200.000, hvis man skulle varetage akutte patienter på hovedfunktionsniveau. I forbindelse med udarbejdelse af de nye anbefalingerne har Sundhedsstyrelsen foretaget en litteraturgennemgang for at efterprøve anbefalingerne fra 2007 vedrørende befolkningsunderlaget, se bilag 8 i bilagsrapporten.

Generelt bekræfter litteraturgennemgangen, at vi i Danmark har anvendt fagligt relevante befolkningsunderlag i planlægningen af akutte tilstande, der varetages på hovedfunktionsniveau, herunder det fastsatte minimum på 200.000. Det bemærkes desuden, at det for en række almindelige tilstande som for eksempel pneumoni, appendicitis og hoftenær fraktur synes forsvarligt, at disse varetages på mindre akutsygehuse, hvilket er relevant for akutsygehuse med særlig geografi, mens en række andre tilstande som for eksempel sepsis, hjertesvigt og gastrointestinal blødning med fordel kan visiteres til større akutsygehuse.

I Danmark er der på nuværende tidspunkt tre somatiske akutsygehuse med særlig geografi, hvor man kan varetage visse akutte patienter, og hvor man vil have et tæt samarbejde med andre akutsygehuse om patienter, man ikke kan varetage. Dertil kommer to psykiatriske akutsygehuse, hvor der fremtidigt forventes et befolkningsunderlag på under 200.000. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der i Danmark ikke vil være behov for flere akutsygehuse med særlig geografi.

Det kan i visse tæt befolkede områder være relevant at planlægge med et befolkningsunderlag på mere end 400.000 med henblik på at udnytte muligheder for stordriftsfordele, herunder udnyttelse af personaleresourcer mm.

Sundhedsstyrelsen har med specialeplanlægningen igennem årene været med til at definere de forskellige akutsygehuse gennem placering af specialfunktioner relateret til den akutte patient og fastlagt rammerne for en lang række akutte sygehusfunktioner, både på hoved- og specialfunktionsniveau, som for eksempel fødeområdet, traumer, patienter med blodprop i hjerte- eller hjernekar, patienter med sepsis m.v. Befolkningsunderlag for relevante specialfunktioner fastlægges fortsat i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

På den baggrund anbefales det:

#### **18** Befolkningsunderlag for akutsygehuse 200.000 - 400.000

At akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, fortsat skal planlægges ud fra et befolkningsunderlag på 200.000 - 400.000 borgere for så vidt angår hovedfunktionsniveau. På baggrund af faglige, driftsmæssige og geografiske forhold kan det være hensigtsmæssigt at planlægge akutte hovedfunktioner med et større befolkningsunderlag end 400.000. For udvalgte grupper af patienter med akut opstået sygdom eller skade med en vis kompleksitet, sjældenhed og særlige krav til kompetencer og ressourcer skal funktioner på akutsygehuse planlægges ud fra et større befolkningsunderlag, som fastlægges i Sundhedsstyrelsens specialeplan.

### 19 **Befolkningsunderlag under 200.000**

At hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og fagligt hensigtsmæssigt at kunne modtage patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade til sygehusbehandling, kan akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, undtagelsesvist planlægges med befolkningsunderlag mindre end 200.000. Disse mindre akutsygehuse med særlige geografi forventes ikke at have fuld bredde i kompetencer og vagtberedskaber, og skal derfor indgå i et fastlagt samarbejde med et eller flere større akutsygehuse med henblik på at sikre optimal præhospital visitation samt understøttelse af varetagelsen af akutfunktioner.

### 20 **Krav til traumesygehuse**

At traumesygehuse skal kunne modtage alle typer af akut opstået somatisk sygdom og skade, også tilstande hvor kompleksitet, sjældenhed, kompetencer, ressourcer m.v. tilsi-ger behandling på højt specialiseret niveau, fraset enkelte funktioner der i henhold til den gældende specialeplan er samlet ét eller få steder i landet som eksempelvis replanta-tion af afrevne fingre, børnehjertekirurgi, trykkammerbehandling m.v. Da terminologien omkring traumefunktioner er uklar, og der kan være behov for præcisering af krav til kompetencer og robusthed, skal relevante specialevejledninger revideres.

## **Visitation og modtagelse af patienter**

Alle regioner har visiterede somatiske akutmodtagelser, hvorimod regionerne har organiseret sig forskelligt, når det gælder patienter med psykisk sygdom. Det er Sundhedsstyrelsens vurde-ring, at det er hensigtsmæssigt, at hovedparten af patienterne visiteres således, at de modtager fagligt relevante tilbud på rette tid. I begrænset omfang kan selvvisitation dog være relevant, og her bør der foreligge klare retningslinjer.

Hovedparten af akutte patienter bør modtages i akutmodtagelsen på et akutsygehus, og kun undtagelsesvist kan patienter med akut opstået sygdom modtages direkte på et specialafsnit. Der ses i dag fortsat en stor variation på tværs af landets akutsygehuse blandt andet i forhold til hvor mange indgange, den akutte patient har til sygehuset jf. kapitel 3, og det bør i de kom-mende år ændres. Hvis det for udvalgte grupper af patienter er fagligt relevant, at patienten modtages direkte på specialafsnit, skal der foreligge klare retningslinjer.

Ved modtagelsen af akutte patienter i en fælles akutmodtagelse er det hensigtsmæssigt, at sik-re rammer, der tager hensyn til forskellige typer patienters behov fx ældre medicinske patien-ter med multisygdom, polyfarmaci, demens eller delir, der udgør en stigende del af de akutte patienter, og som kan være i risiko for hurtigt yderligere funktionstab selv ved kort ophold i akutmodtagelsen. Der kan være behov for at vurdere, om der er brug for tilstedeværelse af særlige kompetencer fx speciallæge i geriatri. Tilsvarende bør modtagelse af børn foregå i børnevenlige omgivelser, der er indrettet til at modtage børn og deres forældre, så der skabes trygge rammer for behandlingen, ligesom patienter med psykisk sygdom tillige med andre patientgrupper kan have gavn af omgivelser, der er tilpasset deres behov, og som understøtter behandlingen.

På den baggrund anbefales det:

### **21 Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling**

At modtagelse til sygehusbehandling af patienter med skader, eller med akut opstået eller forværret sygdom, både psykisk og somatisk, skal være visiteret. For udvalgte patientgrupper og tilstande, for eksempel fødsel, akut forværring af kendt sygdom, selv-mordsforsøg, seksuelle overgreb m.v. kan selvvisitation være hensigtsmæssigt, og der bør foreligge klare retningslinjer og patientinformation eksempelvis for brug af jordemoder-telefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v.

### **22 Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehus**

At alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akutsygehuset. Dog kan det for udvalgte patientgrupper, for eksempel kvinder i fødsel, præhospitalt diagnosticeret akut koronarsygdom, eller indlæggelse med tvang i henhold til psykiatriloven, være relevant med modtagelse direkte på specialafsnit, og der bør foreligge klare procedurer samt relevant patientinformation fx for brug af jordemoder-telefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. I akutmodtagelsen bør der sikres omgivelser, som tager hensyn til forskellige typer patienters behov, herunder eksempelvis børn og ældre medicinske patienter. Specialsygehuse kan dog i begrænset omfang varetage behandling af akut opstået sygdom og skade. Se også anbefaling 23.

### **23 Modtagelse af udvalgte patienter på specialsygehuse**

At patienter med medicinske sygdomme i et vist omfang kan modtages akut på specialsygehuse, dog kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner fx patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb. Der kan herudover i mindre omfang modtages visiterede akutte medicinske patienter med nyopstået sygdom, dog aldrig såfremt det drejer sig om børn eller ved mistanke om sygdom, der er defineret som en specialfunktion fx mistanke om meningitis, sepsis mv. Såfremt der modtages akutte patienter på specialsygehus, skal der være adgang til relevante lægefaglige specialer med mulighed for assistance fra speciallæge i anæstesiologi umiddelbart. Derudover skal der foreligge klare visitationsretningslinjer og en fast samarbejdsaftale med et akutsygehus.

## **Kompetence i akutmodtagelsen og på akutsygehuset**

For at man i akutmodtagelsen og på akutsygehuse med høj faglig kvalitet kan vurdere, stabilisere og opstarte initial udredning og behandling af den akutte patient, er det en forudsætning, at der er tilstrækkeligt og kompetent personale tilstede, herunder læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, terapeuter og andet personale med de relevante specifikke kompetencer i akutmodtagelsen og på akutsygehuset.

For udvalgte lægefaglige specialer gælder der særlige assistancekrav for at sikre robusthed, samarbejde og høj kvalitet. Der er i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning fastlagt definitioner og en terminologi på assistancekrav, der kan være relevant for både behandling på hovedfunktionsniveau og specialfunktioner. De forskellige niveauer for assistance er beskrevet i boks 11.

## Boks 11

### Assistancekrav

Krav om **'umiddelbar assistance'** forstås sådan, at lægen kan være fysisk til stede hos patienten inden for få minutter fra tilkald.

Krav om **'assistance inden for kort tid'** forstås sådan, at lægen kan være fysisk til stede hos patienten inden for maksimalt ½ time fra tilkald.

Krav om **'umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning'** forstås sådan, at lægen kan kontaktes på telefon, med umiddelbart tilbagesvar, hvilket også kan omfatte tilbagekald på personsøger/SMS/telefonsvarer inden for få minutter.

I anbefalingerne fra 2007 var der særligt fokus på modtagelsen af den akutte patient i en fælles akutmodtagelse, og her blev det defineret, hvilke lægefaglige specialer der umiddelbart skulle være tilstede i selve akutmodtagelsen.

Efterfølgende har Sundhedsstyrelsen via arbejdet med specialeplanlægning beskrevet henholdsvis anbefalinger og krav til assistance for alle specialer på henholdsvis hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau i relation til det samlede akutsygehus, og hvad der således er essentielle kompetencer for at kunne modtage akutte patienter på et sygehus. Den nuværende specialeplan trådte i kraft i 2017, og heri har Sundhedsstyrelsen således inden for relevante specialer beskrevet og opdateret anbefalinger i forhold til modtagelse på hovedfunktionsniveau og stillet krav i forhold til varetagelse af akutte patienter på specialfunktionsniveau<sup>13</sup>.

Anbefalinger til assistance på hovedfunktionsniveau i den gældende specialeplanen i relation til den akutte indsats er, at følgende specialer skal være tilgængelige umiddelbart ved modtagelse af akutte somatiske patienter i selve akutmodtagelsen: Anæstesiologi, gynækologi og obstetrik, kirurgi, ortopædisk kirurgi samt pædiatri. For pædiatri og gynækologi og obstetrik gælder det kun, såfremt de to specialer varetages på akutsygehuset. Dertil kommer, at det anbefales, at der ved modtagelse af akutte somatiske patienter på hovedfunktionsniveau er umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning fra specialerne intern medicin: endokrinologi, intern medicin: gastroenterologi og hepatologi, intern medicin: kardiologi, intern medicin: lungesygdomme, intern medicin: nefrologi samt intern medicin: infektionsmedicin. Dette er aktuelt gældende for alle akutsygehuse.

Siden den seneste specialeplan er der oprettet en ny speciallægeuddannelse i akutmedicin. Den nye speciallæge i akutmedicin skal varetage en kernerolle i akutmodtagelsen i forhold til at have særlige kompetencer og erfaringer i vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med skade samt akut opstået eller forværret sygdom. I takt med at der løbende bliver uddannet flere speciallæger i akutmedicin vil de således udgøre en essentiel kompetence i akutmodtagelsen tillige med andre speciallæger med relevant kompetence og erfaring.

---

13 I henhold til sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til specialfunktioner på regionale og private sygehuse, mens Sundhedsstyrelsen kommer med anbefalinger på hovedfunktionsniveau.

Som beskrevet tidligere er der for specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri en stigning i antallet af akutte patientforløb. De psykiatriske akutsygehuse har i dag dog ikke generelt en speciallæge i front hele døgnet. Man bør på sigt styrke rammerne for varetagelsen af den akutte behandling af psykiske sygdomme. Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom kun bør modtages på sygehuse med børne- og ungdomspsykiatri.

På den baggrund anbefales det:

#### **24** Krav til assistance i akutmodtagelsen

At der i den **fælles akutmodtagelse** på et somatisk akutsygehus eller et akutsygehus, der varetager både somatik og psykiatri, altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæge med særlige kompetencer og erfaringer i vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med skade samt akut opstået eller forværret sygdom. Disse kompetencer opfyldes af det nye speciale i akutmedicin, og af andre speciallæger med relevant erfaring og kompetencer. I den fælles akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mfl., samt sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte patienter, der på sigt opfyldes af ny specialuddannelse i akutsygepleje. Såfremt der er tale om en somatisk akutmodtagelse, skal der derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den psykiatriske akutmodtagelse.

Krav til assistance på akutsygehuset er beskrevet i anbefaling 26, 27 og 28.

#### **25** Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

At der hvor det ikke er geografisk muligt at samlokalisere somatik og psykiatri, på den **psykiatriske akutmodtagelse** skal sikres assistance umiddelbart af relevante lægeli-ge kompetencer til at sikre vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med psykisk sygdom, som kræver akut intervention, samt akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Det skal derudover være mulighed for at få assistance inden for kort tid af speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri. I den psykiatriske akutmodtagelse skal der desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder terapeuter mfl., samt sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte psykiatriske patienter. Der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den somatiske akutmodtagelse.

Dertil kommer, at akutmodtagelsen ikke kan ses isoleret fra det samlede akutsygehus, og det er væsentligt, at det er entydigt og fastlagt, hvilke kompetencer det samlede akutsygehus rummer. Herunder hvilke lægefaglige specialer, der umiddelbart skal kunne bistå på akutmodtagelsen samt hvilke andre lægefaglige specialer, der skal være tilstede på akutsygehuset og kunne assistere inden for kort tid eller ved assistance på anden vis fx telefonisk/telemedicinsk.

For intern medicin: kardiologi fremgår det aktuelt af gældende specialevejledning, at patienten ved mistanke om akut, alvorlig hjertesygdom bør visiteres til modtagelse på sygehus, hvor det er muligt at få assistance fra speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid. Formuleringen i specialevejledningen har givet anledning til forskellig tolkning, og det kardiologiske vagtberedskab varierer i dag på de forskellige akutsygehuse.

Det er fortsat Sundhedsstyrelsens vurdering, at patienter med akut opstået hjertesygdom skal visiteres til modtagelse på et akutsygehus med kardiologisk beredskab døgnet rundt. Det er imidlertid ikke altid muligt præhospitalt at vurdere, om en patient har kardiologiske problemstillinger og dermed få visiteret patienten til et akutsygehus med kardiologisk beredskab, hvorfor der kan være patienter på de øvrige akutmodtagelser, der har enten en primær eller en sekundær kardiologisk problemstilling. Derudover kan en række allerede indlagte patienter udvikle kardiologiske tilstande, som bør ses af en speciallæge i intern medicin: kardiologi. Det er derfor styrelsens vurdering, at alle akutsygehuse bør kunne modtage patienter med akut opstået hjertesygdom, og at patienter der modtages på akutsygehus bør kunne få foretaget en vurdering af speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid, herunder mulighed for akut ekkokardiografi, og at der bør været et specialiseret kardiologisk afsnit på akutsygehuset. På akutsygehuse der varetager specialfunktioner skal det i henhold til specialeplanen være muligt at få assistance fra en speciallæge i intern medicin: kardiologi umiddelbart. Sundhedsstyrelsen er samtidig opmærksom på, at der for akutsygehuse med særlig geografi kan være en afvejning i forhold til, om der er tilstrækkeligt patientunderlag til, at man kan sikre faglighed i vagtberedskabet. Her bør der etableres formaliserede samarbejdsaftaler omkring telemedicinske løsninger med henblik på at sikre direkte kontakt til kardiolog i tilstedeværelsesvagt.

For en række andre specialer er der i henhold til gældende specialeplan anbefalinger på hovedfunktionsniveau til assistance inden for kort tid, såfremt specialet varetages på akutsygehuset. Det vedrører følgende specialer: Børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, karkirurgi, neurokirurgi, neurologi, oto-rhino-laryngologi, thoraxkirurgi, urologi og radiologi. Såfremt et speciale ikke er repræsenteret på en sygehusematrikel, gælder assistancekravet for det pågældende speciale ikke på matriklen. Som tidligere beskrevet har akutsygehuse forskellige profiler. Vedrørende assistance fra speciallæge i radiologi kan det i vagttid på visse akutsygehuse være hensigtsmæssigt at organisere sig med en fælles virtuel beskriverenhed. I så fald skal der foreligge klare visitationsretningslinjer, såfremt der bliver behov for invasiv radiologi.

Nogle særligt udsatte patientgrupper, eksempelvis patienter med psykisk sygdom, den ældre medicinske patient og børn kan derudover have gavn af personale med særlige kompetencer, hvilket bør tænkes ind, når akutsygehuse bemandes. Dette også set i lyset af den demografiske udvikling med flere ældre og flere med multisygdom. Modtagelse, pleje og pasning af ældre medicinske patienter er tids- og ressourcerævende, og det er derfor hensigtsmæssigt, at der er adgang til tværfaglig geriatrisk kompetence i dagtid.

I tabellerne er fremadrettede anbefalinger og krav til assistance på hovedfunktionsniveau på akutsygehuse samlet.

**Tabel 10: Assistancekrav på alle akutsygehuse der varetager somatik**

Akutmedicin*	Umiddelbar
Anæstesiologi	Umiddelbar
Mindst et af de intern medicinske specialer	Umiddelbar
Kirurgi	Umiddelbar
Kardiologi	Kort tid
Ortopædkirurgi**	Umiddelbar
Radiologi***	Kort tid
* Eller umiddelbar tilstedeværelse af speciallæge med relevant erfaring og kompetencer	
** Kan afviges afhængig af lokale forhold	
*** Kan i vagttid organiseres med fælles virtuel beskriverenhed	

**Tabel 11: Assistancekrav hvis specialet er repræsenteret på akutsygehuset**

Pædiatri	Umiddelbar
Gynækologi og obstetrik	Umiddelbar
Børne- og ungdomspsykiatri	Kort tid
Karkirurgi	Kort tid
Neurokirurgi	Kort tid
Neurologi	Kort tid
Oto-rhino-laryngologi	Kort tid
Psykiatri	Kort tid
Thoraxkirurgi	Kort tid
Urologi	Kort tid
Intern medicin: geriatri	Kort tid i dagtid

Endelig er det afgørende for patientforløbet, at arbejdet på akutsygehuset døgnet rundt tilrettelægges således, at der er tilstrækkelige kompetencer til faglig ledelse af patientflowet i akutmodtagelsen og på hele akutsygehuset, således at der sikres systematik i visitation, hensigtsmæssige overgange internt på akutsygehuset og i forhold til andre sygehuse og primær sektor, og den bedst mulige udnyttelse af kapaciteten både i og uden for sygehus. Lokalt skal der ledelsesmæssigt sikres relevante aftaler om vagtberedskab og adgang til tilkald, disponering af sengekapacitet, udskrivning m.v.

På den baggrund anbefales det:

**26) Krav til assistance på somatisk akutsygehus**

At der på **akutsygehuset med somatiske funktioner** altid skal være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de ni specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. Ved modtagelse af børn bør der være mulighed for assistance fra plejepersonale uddannet til at varetage børns behov. Der skal være mulighed for assistance inden for kort tid fra intern medicin: kardiologi; såfremt akutsygehuse med særlig geografi, ikke har mulighed for dette, skal der etableres formaliseret samarbejde med andet akutsygehus omkring telemedicinsk løsning, hvormed der sikres mulighed for direkte kontakt til speciallæge i intern medicin: kardiologi inden for kort tid. Som udgangspunkt skal der også være assistance umiddelbart af speciallæger i ortopædisk kirurgi, men lokalt kan der afviges herfra efter konkret vurdering af omfang og tyngde af skader, akutmedicinsk tilstedeværelse og kompetencer m.v., således at der er mulighed for assistance inden for kort tid. Skrøbelige ældre udgør en væsentlig andel af patienterne og kræver en særlig indsats og forløb. Det bør derfor tilstræbes, at der er adgang til tværfaglig geriatrisk ekspertise i dagtid alle ugens dage.

**27) Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri**

At der på **akutsygehuset med både somatiske og psykiatriske funktioner og med fælles akutmodtagelse** udover ovennævnte skal etableres faste aftaler for samarbejdet mellem akutmedicin og psykiatriske specialer, og det skal være muligt at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

**28) Krav til assistance på psykiatrisk akutsygehus**

At der på **akutsygehuset med psykiatriske funktioner** skal være mulighed for at få assistance inden for kort tid fra speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri på matrikler, hvor der modtages børn og unge med akutte psykiatriske problemstillinger.

**29) Flow på akutsygehuset**

At arbejdet på akutsygehuset døgnet rundt skal være tilrettelagt således, at der er tilstrækkelige kompetencer til faglig ledelse af patientflowet i akutmodtagelsen og på hele akutsygehuset, således at der sikres systematik i visitation og den bedst mulige udnyttelse af kapaciteten både i og uden for sygehus. Lokalt skal der ledelsesmæssigt sikres relevante aftaler om vagtberedskab og adgang til tilkald, disponering af sengekapaцитet, udskrivning m.v.







# 8

## Vidensdeling

For at sikre visitation, diagnosticering og behandling af høj faglig kvalitet, er det en forudsætning, at nødvendig og relevant viden om den enkelte patient er tilgængelig for de sundhedsprofessionelle. I det følgende kapitel beskrives først status og udfordringer relateret til udveksling af centrale patientoplysninger på tværs af den akutte sundhedsindsats. Dernæst beskrives muligheder og anbefalinger, der kan bidrage til at sikre høj kvalitet i behandlingen samt en effektiv anvendelse af ressourcer, ved at de sundhedsprofessionelle får adgang til centrale patientoplysninger med relevans for et konkret behandlingsforløb på tværs af myndigheder og sektorer.

### 8.1 Status og udfordringer

Et patientforløb i den akutte sundhedsindsats skal ses som en del af et samlet patientforløb, og som patient vil man have en forventning om, at den viden, der opsamles omkring ens person som eksempelvis anamnese, prøveresultater mm. i løbet af patientforløbet, nemt og sikkert overleveres fra en sundhedsperson til en anden, så al nødvendig relevant viden er tilgængelig, når der skal diagnosticeres, træffes behandlingsvalg og lignende.

Dette er dog ikke tilfældet i dag, hvor den sundhedsprofessionelle i ét led af den akutte sundhedsindsats kan risikere at skulle udføre sit arbejde på baggrund af sparsomme oplysninger om patienten, på trods af at der i et andet led af den akutte sundhedsindsats er tilgængelige oplysninger om eksempelvis kronisk sygdom, allergier, medicinforbrug mm. Der er aktuelt ikke etableret nemme og entydige kommunikationsveje for datadeling og udveksling af viden i det enkelte patientforløb på tværs af sektorgrænser og fagfolk. Med ændringen af sundhedsloven i 2018 (L127 om bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet mv.) blev det muligt for sundhedspersoner på tværs af sektorer at indhente oplysninger til patientbehandling i elektroniske systemer, men der er fortsat tekniske og organisatoriske forhold, som kan vanskeliggøre udveksling af viden om den enkelte patient mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.

En forudsætning for at dele oplysninger om patienter er blandt andet, at relevante oplysninger dokumenteres i de forskellige led af patientforløbet på en måde, som gør det muligt at dele oplysningerne med andre led i patientforløbet. Det blev blandt andet adresseret i de tidligere anbefalinger for den akutte sundhedsindsats, hvor der blev peget på, at der burde registreres i en eller flere fælles nationale databaser, og at den præhospital indsats skulle dokumenteres i en samlet fælles og landsdækkende patientjournal, der skulle koordineres med arbejdet omkring den elektroniske patientjournal (12).

Status i dag er, at der er etableret en landsdækkende fælles præhospital patientjournal (PPJ). Denne er dog endnu ikke integreret med den elektroniske patientjournal på sygehusene (EPJ) i alle regioner, hvorfor oplysninger fra ambulancer, akutlægebil m.v. ikke nødvendigvis bliver videregivet til akutmodtagelsen automatisk. Tilsvarende er det generelt ikke muligt umiddelbart at tilgå oplysninger om patienten på tværs af kommune, sygehus og almen praksis,

herunder mellem almen praksis i dagtid og den almen medicinske visitation i vagttid. Der anvendes forskellige IT-systemer i de forskellige led af den akutte sundhedsindsats, og karakteren af patientoplysninger der dokumenteres er forskellig. De fire lægevagtsordninger, Region Hovedstadens akuttelefon 1813, sygehusene og kommunerne har adgang til Fælles Medicinkort (FMK), og de fire lægevagtsordninger og Region Hovedstadens akuttelefon 1813 har desuden adgang til Det Danske Vaccinationsregister (DDV). Omvendt har ambulancebehandlere og ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere) ikke adgang til blandt andet FMK.

Den manglende mulighed for sikkert, nemt og umiddelbart at udveksle oplysninger om patienten er en udfordring i forhold til dels at sikre høj kvalitet i behandlingen, da de sundhedsprofessionelle risikerer at arbejde på baggrund af mangelfulde oplysninger, dels i forhold til at sikre et effektivt system, idet undersøgelser og viden risikerer at blive indsamlet unødvendigt mange gange.

Dertil kommer, at begrænset tilgængelighed til tidstro data, udveksling af oplysninger og feedback på tværs af den akutte sundhedsindsats begrænser muligheden for at arbejde med kvalitetsudvikling og læring; både for den enkelte medarbejder og for organisationen. Der er stor variation i måden, hvorpå der arbejdes med kvalitetsudvikling og læring inden for og på tværs af den akutte sundhedsindsats, og begrænset mulighed hos en sundhedsprofessionel for at følge op på patientens videre forløb, når denne overgår til et andet led eller en anden sundhedsprofessionel, vanskeliggør muligheden for at lære af forløbet.

## 8.2 Muligheder og anbefalinger

Nedenfor beskrives overvejelser og anbefalinger vedrørende udveksling af centrale patientoplysninger på tværs af den akutte sundhedsindsats. Følgende beskrives:

- Udveksling og deling af relevant viden om patienten
- Arbejde med kvalitetsudvikling og læring

### Udveksling og deling af relevant viden om patienten

Det skal være lettere for personalet i alle dele af den akutte sundhedsindsats gennem nemme og entydige kommunikationsveje at få adgang til centrale oplysninger om den enkelte patient. Det skal ske på tværs af myndigheder og sektorer, kommune, region og almen praksis, med henblik på at sikre høj kvalitet i behandlingen og effektiv anvendelse af ressourcer, hvilket samtidig kan bidrage til øget patientsikkerhed.

Den sundhedsprofessionelle bør have adgang til relevante oplysninger om patienten fra øvrige sektorer med henblik på at sikre et overblik over centrale oplysninger om patienten.

Bedre rammer for adgang til centrale oplysninger om patienten, herunder basal viden om diagnoser, medicin, allergier, kommunale plejeydelser mm., kan bidrage til at understøtte en sammenhængende akut sundhedsindsats.

I 'Program for Et Samlet Patientoverblik'<sup>14</sup> indgår blandt andet et delprojekt vedrørende udarbejdelse af et fælles stamkort, som har til formål at give sundhedspersoner lettere og hurtigere adgang til patientens stamoplysninger, eksempelvis sprog og nærmeste pårørende. Sundhedspersonerne vil ikke i første omgang få adgang til helbredsoplysninger om patienten, for eksempel kroniske sygdomme, når løsningen i 3. kvartal 2021 er taget i brug landsdækkende. Derfor vil det være hensigtsmæssigt, at der udvikles og ibrugtages flere digitale løsninger til deling af oplysninger via den fælles digitale infrastruktur på sundhedsområdet således, at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats på tværs af sektorer lettere kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger. I den forbindelse kan eksempelvis gode erfaringer med FMK og Et Samlet Patientoverblik inddrages. Sammenhængen mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalet, på sygehuse og i kommunalt regi, herunder også elektronisk billeddokumentation, bør styrkes.

På den baggrund anbefales det:

### **30 Adgang til centrale patientoplysninger på tværs**

At administrative, tekniske og organisatoriske forhold fortsat udvikles således, at sundhedspersonalet i den akutte sundhedsindsats umiddelbart kan tilgå centrale og kritiske patientoplysninger på tværs af sektorer, med inspiration fra gode erfaringer med FMK og Et Samlet Patientoverblik.

### **31 Sammenhæng mellem dokumentationssystemer**

At der sikres større sammenhæng mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalet, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, så væsentlige informationer udveksles, herunder også elektronisk billeddokumentation.

## **Arbejde med kvalitetsudvikling og læring**

Øget tilgængelighed til epikriser i de regionale lægevagtsordninger, Akuttefonen 1813 og den kommunale sygepleje kan være en måde at anvende og dele viden med henblik på at generere læring og understøtte faglig kvalitetsudvikling i den akutte almen medicinske sundhedsindsats. Andre værktøjer her kan være audits, der i dag anvendes systematisk i Akuttefonen 1813 og kun i meget lille udstrækning i de fire lægevagtsordninger.

Med integration af PPJ og EPJ kan der blive mulighed for at etablere systematiske feedback-mekanismer fra sygehuset til de præhospitale organisationer ved, at der kan trækkes data på patientforløb på aggregeret niveau. Ligeledes vil det give mulighed for at følge og udvikle behandlingen af den voksende gruppe af ældre patienter med flere sygdomme, der præsenterer sig med uspecifikke symptomer.

Det kan også være hensigtsmæssigt, hvis de sundhedsprofessionelle i de forskellige led af den akutte sundhedsindsats får mulighed for at følge op på patientens samlede forløb; eksempelvis ved opslag i patientens elektroniske patientjournal, ved en fælles aftaleoversigt, planer, indsatser og fælles mål, for derved at se deres egen indsats i patientforløbet i sammenhæng med, hvad der gik forud, og hvordan det efterfølgende gik patienten.

---

14 'Program for Et Samlet Patientoverblik' startede op i efteråret 2016. Programmet er et samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner, Praktiserende Lægers Organisation, Sundhedsdatastyrelsen, Digitaliseringsstyrelsen og MedCom.

Generelt kan den lærende indsats blandt andet sikres ved, at indlæggende læge modtager epikriser, ved systematisk at anvende kvalitetsopfølgning, feedback, audits m.v. på tværs af sektorer, og ved at der defineres klinisk relevante og fagligt baserede kvalitetsmål for udvalgte patientgrupper. I den telefoniske visitation kan eksempelvis evalueringsredskabet AQT anvendes til lokal kvalitetsudvikling, undervisning og systematisk audit (44).





Natrii chloridum 9.0g  
Natrii lactas 4.0g  
Kalii chloridum 2.0g  
Calcii chloridum 2.0g  
Acidum hydrochloricum 0.1g  
Lactosum 1.0g

0.9% NaCl



Lot: 1280199  
Date: 05/2021



# 9

## Forskning og udvikling

Det er væsentligt for kvaliteten af den akutte sundhedsindsats, at der er et vedvarende fokus på generering og indsamling af data af høj kvalitet, som kan bidrage til at skabe viden om den akutte sundhedsindsats – ikke mindst kvaliteten – og understøtte forskning på området. Herudover er det væsentligt, at den akutte sundhedsindsats så vidt muligt tilrettelægges ud fra forskningsbaseret viden, så forskning er et vigtigt element i den fremadrettede kvalitetsudvikling.

Udviklingen på området har de sidste årtier også været understøttet af en betydelig udvikling og anvendelse af nye teknologiske løsninger, herunder brug af elektroniske patient- og omsorgsjournaler både præhospitalt, på sygehus, i praksissektor og i kommunerne. Telemedicinske løsninger anvendes til at understøtte hurtig og specialiseret vurdering og diagnostik i alle led fra skadested til operationsstue. Diagnostik og behandling er løbende blevet udviklet med præhospital blodanalyser, ligesom præhospital billeddiagnostik på avanceret niveau er på vej. Teknologiske løsninger kan i stigende grad understøtte triagering, vurdering og forløbsstyring, herunder brug af digitale patientadministrative systemer, digitaliserede risikovurderinger m.v. Intrahospitalt sker der løbende en teknologisk udvikling i forhold til at sikre hurtig diagnostik og behandling med høj kvalitet.

I dette kapitel beskrives først status på omfanget og kvaliteten af data om den akutte sundhedsindsats samt status på mulighederne for forskning på området, hvorefter der peges på forbedringsmuligheder.

### 9.1 Status og udfordringer

Danmark har en lang og stærk tradition for at indsamle nationale sundhedsdata, der blandt andet indberettes til Landspatientregistreret (LPR). Det gælder især data om symptomer/diagnoser, aktivitet og ydelser i regionerne. Herudover indberettes der i mindre grad data om kommunale sundhedsydelser og ydelser leveret af almen praksis, herunder lægevagtsordningerne.

Det er en udfordring, at de data, der i dag indsamles i forskellige dele af det akutte sundhedsvæsen – akutsygehuset, lægevagtsordningerne, AMK-vagtcentralen, kommunerne osv. – er af varierende kvalitet, ikke er samlet og derfor er vanskelige at koble og kun i beskedent omfang er sammenlignelige på tværs. Samtidig anvendes der forskellige registrerings- og klassificeringssystemer på tværs af den præhospital indsats og akutmodtagelserne, idet symptomer registreres i det præhospital system, mens diagnoser registreres i akutmodtagelserne. Dette svækker muligheden for at få valid viden om den samlede akutte sundhedsindsats på tværs af sektorer.

Generelt savnes der på hele akutområdet relevante data og analyser, som giver indblik i kvaliteten i indsatsen, både den kliniske kvalitet og den patientoplevede kvalitet.

Regionerne har i regi af regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram, RKKP, etableret eller er i gang med at etablere, tre kliniske kvalitetsdatabaser, hvor data om udvalgte dele af den akutte sundhedsindsats i regionerne registreres med henblik på kvalitetsmonitorering. Status for de regionale kliniske kvalitetsdatabaser er dog, at de skal videreudvikles, før de kan anvendes til at måle og følge kvaliteten af den akutte sundhedsindsats i regionerne. Herunder muligheden for at vurdere kvalitet målt med patientrapporterede oplysninger, PRO-data, viden om effektivitet og flow på flere niveauer; aggregeret til sammenligning mellem de forskellige aktører, eksempelvis akutsygehuse, for det enkelte akutsygehus til at understøtte daglig styring og på tværs af sektorer til at understøtte bedre sektorovergange.

I almen praksis, herunder i lægevagtsordningerne, og i kommunerne bliver der på nuværende tidspunkt ikke systematisk registreret eller indsamlet valide, nationale data om kvaliteten af den akutte sundhedsindsats i primærsektoren. I almen praksis er kvalitetsklynger i gang med at blive etableret, men det er uvist, om og i givet fald hvordan, etablering af kvalitetsklyngerne på længere sigt vil kunne betyde, at der indsamles og offentliggøres data om kvaliteten af den akutte sundhedsindsats i almen praksis. I lægevagtordningerne registreres der heller ikke data om kvalitet.

Alle 98 kommuner implementerer Fælles Sprog III i sygeplejen og registrerer dermed efter samme klassifikationer på tværs af kommuner, herunder også registreringer vedrørende kommunale akutfunktioner. KL har igangsat en analyse, som skal munde ud i nogle anbefalinger til en fælleskommunal model til opdeling af kommunale sundheds- og ældredata i forhold til akutfunktioner samt anbefalinger til, hvad der skal til for at kunne udarbejde en sådan model. Formålet er at sikre bedre data og viden om indsatser og kvalitet i de kommunale akutfunktioner. Ud over hvad der følger af Fælles Sprog III, registrerer mange kommuner på egen hånd data om akutfunktionerne med henblik på kvalitetsudvikling.

I forhold til forskning varierer det, hvor meget og hvilken type forskning der udføres inden for de enkelte grene af den akutte sundhedsindsats og på tværs af indsatser.

I henhold til sundhedsloven skal regionerne sikre udviklings- og forskningsarbejde, og på de enkelte akutsygehuse foretages, evt. i samarbejde med et universitetssygehus, klinisk forskning i undersøgelse og behandling af akutte patienttilstande. Der er også etableret fem professorater med fokus på den akutte sundhedsindsats, herunder den præhospitale, sundhedsindsats. Der mangler imidlertid et forskningsmæssigt fokus på andre aspekter med betydning for den indsats, der leveres på akutsygehuset og præhospitalt, såsom organisation, ledelse og samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer samt patientoplevelser. Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) gennemfører dog årligt en Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) i akutmodtagelserne, hvor ca. 15.000 patienter bliver inviteret til at besvare spørgsmål vedrørende deres oplevelse i forbindelse med et besøg på en akutmodtagelse eller en akutklinik.

I henhold til sundhedsloven skal kommunerne medvirke til udviklings- og forskningsarbejde, men forskning i kommunale sundhedsopgaver har været sparsomt prioriteret. Kommunerne indgår dog i stigende grad i egentlige forskningssamarbejder med forskningsinstitutioner, og der iværksættes i stigende grad også forskningsprojekter på tværs af regioner og kommuner. Samlet er vurderingen, at der mangler forskning, viden og evidens om den faglige kvalitet af den akutte sundhedsindsats, der leveres af kommunerne, ligesom forskning inden for organisation, ledelse og samarbejde mangler fokus. Sundhedsstyrelsen har i sine kvalitetsstandarder

for kommunale akutfunktioner (5) peget på, at akutfunktionerne skal have fokus på kvalitet og patientsikkerhed i opgaveløsningen og skal arbejde evidensbaseret samt følge eksisterende, relevante kliniske retningslinjer.

I forhold til almen praksis, herunder lægevagtsordningerne, er forskningsaktiviteter hovedsageligt forankret i universiteternes forskningsenheder for almen praksis samt forskning finansieret af Fonden for Almen Praksis. Generelt savnes forskning relateret til den akutte sundhedsindsats i almen praksis, både forskning som belyser den sundhedsfaglige kvalitet, og forskning som relaterer sig til organisation, ledelse og samarbejde.

## 9.2 Muligheder og anbefalinger

Generelt vil det være hensigtsmæssigt, at kvaliteten af data om den akutte sundhedsindsats styrkes således, at det fremover bliver muligt at følge kvaliteten på tværs af sektorer og faggrupper. En styrkelse af datakvaliteten kan også bidrage til at løfte den registerbaserede forskning på området.

De regionale kliniske kvalitetsdatabaser udgør et godt fundament for at styrke kvaliteten af de data, der kan anvendes til at følge og forske i den kliniske kvalitet af den del af den akutte indsats, som varetages af regionerne. Arbejdet med at øge validiteten og kvaliteten af data samt udvide de databaser, der vedrører den akutte sundhedsindsats, bør prioriteres. Herunder kan det overvejes i videre udstrækning at indarbejde PRO-data i databaserne samt udvide databaserne, så de også indeholder indikatorer for kvaliteten af den indsats, der leveres af andre sundhedspersoner end læger, såsom sygeplejersker og terapeuter m.fl.

I forhold til at styrke den datamæssige mulighed for at vurdere aktivitet og kvalitet på tværs af akutsygehuse, almen medicinske indsatser, det præhospital system og den kommunale sygepleje bør det overvejes, hvordan forskellige klassifikationssystemer kan anvendes på tværs af sektorer, herunder ICPC2, der anvendes i almen praksis, og ICD-10, der anvendes på sygehuse samt fællessprog III, der anvendes i kommunerne.

Herudover bør der være et styrket fokus på sundhedstjenesteforskning inden for organisation og ledelse og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om den akutte sundhedsindsats. Forskningen bør omfatte hele den akutte sundhedsindsats, herunder også kommunerne og almen praksis.

Der er endvidere behov for et styrket fokus på den sundhedsfaglige kvalitet af de akutte sundhedsindsatser, der leveres af både læger og andre sundhedspersoner. Det indebærer fortsat fokus på og udvidelse af den kliniske forskning, der allerede foretages i regionerne. Særligt væsentligt er det også, at der er styrket fokus på generering af data og viden om den sundhedsfaglige kvalitet af den akutte sundhedsindsats, der varetages af kommunerne, herunder i de kommunale akutfunktioner, og i regi af almen praksis.

Endelig kan patientperspektivet og patientoplevelser i højere grad belyses i den fremtidige forskning. Det gælder såvel kvantitativt i form af spørgeskema- og registerbaserede undersøgelser samt kvalitativt.

Generelt bør anvendelsen og kvaliteten af data styrkes på tværs af sektorer, også kommuner og almen praksis. I den forbindelse kan relevante kvalitetsdatabaser med fordel udvikles og styrkes med henblik på at sikre et nationalt sammenligningsgrundlag. Forskningen på akutområdet kan styrkes ved at sætte fokus på organisation på tværs af faggrupper og sektorer, på den sundhedsfaglige kvalitet af indsatsen i kommuner og almen praksis samt på den patientoplevede kvalitet. Det er en forudsætning for et godt datagrundlag, at data opleves som relevant og tilgængeligt i den daglige indsats i det akutte sundhedstilbud.

Endelig er sundhedsvæsenet generelt præget af en betydelig teknologisk udvikling inden for diagnostik, behandling, beslutningsstøtte, digitalisering, telemedicin m.v., og der er store perspektiver for fortsat udvikling i alle led af den akutte indsats.

På den baggrund anbefales det:

**32 Styrket anvendelse og kvalitet af data på tværs af sektorer**

At anvendelsen og kvaliteten af data styrkes på tværs af sektorer, herunder også kommuner og almen praksis, samt at relevante kvalitetsdatabaser udvikles og styrkes med henblik på at sikre national kvalitetsudvikling i det sammenhængende patientforløb.

**33 Styrket udvikling og implementering af nye teknologier**

At udvikling og implementering af nye teknologier styrkes i alle led i den akutte indsats. Herunder styrkelse af videnscentre, forsknings- og innovationsmiljøer, ved etablering af netværk på tværs af land og sektorer, samt ved hurtig vurdering og implementering af teknologiske løsninger, der kan øge kvaliteten.





11 DEN PREHOSPITALE VIKEN  
- i gode hænder

# 10

## Implementering og opfølgning

### 10.1 Implementering af anbefalingerne

Rapportens anbefalinger kan medføre et behov for tilpasning af fysiske rammer, uddannelse og rekruttering, ligesom der kan være behov for at udarbejde tekniske løsninger, afklare juridiske forhold og tilpasse lovgrundlag.

Implementeringen af anbefalingerne kan også være påvirket af udfordringer i forhold til fordelingen af sundhedsprofessionelle i nogle specialer og i nogle landsdele, ligesom uddannelse af ny speciallæge i akutmedicin og ny specialsygeplejerske i akutsygepleje først vil ske trinvist over den næste årrække. Det er vigtigt, at regioner, kommuner og almen praksis fra start tænker anbefalingerne ind i deres planlægning på sundhedsområdet, også selvom implementeringen vil ske løbende de næste fem - ti år, afhængigt af lokale forhold og planlægning. Sideløbende vil Sundhedsstyrelsen følge op med relevante nationale initiativer.

Ved ændringer og omstruktureringer er det vigtigt, at befolkningen er bekendt med placering, indhold og karakter af de akutte sundhedstilbud.

### 10.2 Opfølgning på anbefalingerne

Sundhedsstyrelsen vil løbende følge implementeringen og effekten af anbefalingerne i dialog med region, kommune, almen praksis og patientforeninger. Set i lyset af de forskellige implementeringstrin og sundhedsvæsenets løbende udvikling, vil Sundhedsstyrelsen følge op på anbefalingerne første gang inden for to-tre år. I relation hertil vil Sundhedsstyrelsen blandt andet følge op på anbefalingerne til de kommunale akutfunktioner (5), ligesom Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at følge, om den gældende specialeplan er tidssvarende, relevant og dækkende jf. sundhedsloven.

MORFIN  
5 mg/ml

MORFIN  
5 mg/ml

METAOXEDRIN  
0,1 mg/ml

METAOXEDRIN  
0,1 mg/ml

KETAMIN  
25 mg/ml

KETAMIN  
25 mg/ml

KETAMIN  
25 mg/ml

FENTANYL

KETAMIN  
25 mg/ml

METAOXEDRIN  
0,1 mg/ml



# 11 Ordliste

Nedenfor defineres en række af de mest centrale begreber i relation til den akutte sundhedsindsats. Ordlisten beskriver de definitioner, der vil blive anvendt fremadrettet på området. Ordlisten er sat op i alfabetisk rækkefølge.

Begreb	Definition	Bemærkninger
Akut	Akut forstås som pludselig opstået	<p>Akut sygdom er således sygdom der er opstået pludseligt og som ofte har tydelige og hurtigt indsættende symptomer.</p> <p>Symptomer på akut sygdom kan dog også hos nogle grupper patienter som ældre medicinske patienter, vise sig eksempelvis som almen uro, forvirring og diffuse smerter og altså ikke som tydelige og hurtigt indsættende symptomer.</p> <p>Akut opstået sygdom eller skade kan variere i sværhedsgrad. I nogle tilfælde vil akut sygdom være umiddelbart livstruende og således kræve handling med det samme, mens akut sygdom i andre tilfælde vil kræve handling inden for nærmeste fremtid, da sygdommen ellers vil forværres.</p> <p>Anvendelsen af begrebet akut har således væsentligt forskellig betydning og er blandt andet afhængig af, om det anvendes i forbindelse med tilbud i region eller kommune. Hvor der eksempelvis i regionen er behov for et døgn-dækket akut vagtberedskab, der kan reagere inden for få minutter og mulighed for indlæggelse, vil der i den kommunale sygepleje typisk være behov for sygepleje, der, afhængig af den konkrete situation og patientens samlede tilstand, vil kunne ydes inden for få timer eller næste dag, og ofte i borgerens eget hjem.</p>
Akutbil	Udrykningskøretøj bemanded med en ambulancebehandler og en paramediciner eller en sygeplejerske med erfaring i præhospital indsats	<p>Definition følger VEJ nr. 9321 af 01/04/2017.</p> <p>Medbringer medicin, behandlings- og kommunikationsudstyr m.v.</p>

Begreb	Definition	Bemærkninger
Akutklinik	Et lægebemandet behandlingssted, der kan vurdere og behandle lettere tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom eller skade; som udgangspunkt svarende til opgaven der kan løses af almen praksis i dagtid	<p>Som udgangspunkt er der tale om telefonvisiterede tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom eller skade, der ved telefonvisitation alene ikke vurderes at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til tilbud næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium.</p> <p>En akutklinik kan være lokaliseret på en sygehusematrikel, enten i tilslutning til et akut- eller specialsygehus, og kan være organisatorisk integreret i sygehuset eller selvstændigt, eller kan være lokaliseret uafhængigt af et sygehus.</p> <p>En akutklinik er lægebemandet, og behandling varetages af læge, eller af andre sundhedspersoner. Typisk vil der være tale om speciallæge i almen medicin eller læger med tilsvarende kompetencer, i samarbejde med sygeplejersker.</p> <p>('lægevagtsklinik')</p>
Akutlægebil	Udrykningskøretøj bemandet med en speciallæge med erfaring i præhospital indsats (præhospital akutlæge)	<p>Definition følger VEJ nr. 9321 af 01/04/2017.</p> <p>Akutlægebilen vil desuden være bemandet med en ambulancebehandler (paramediciner eller lægeassistent), og vil medbringe medicin, behandlings- og kommunikationsudstyr m.v.</p>
Akutlægehelikopter	Udrykningshelikopter bemandet med en speciallæge med erfaring i præhospital indsats (præhospital akutlæge)	<p>Definition følger VEJ nr. 9321 af 01/04/2017.</p> <p>Vil desuden være bemandet med en pilot og en paramediciner, og vil medbringe medicin, behandlings- og kommunikationsudstyr m.v.</p>
Akutmedicinere	Speciallæge i akutmedicin	
Akutmedicinsk specialsygeplejerske	Sygeplejerske med særlige kompetencer i behandling af akut opstået sygdom og skade m.v.	<p>Der anvendes et bredt behandlingsbegreb, som omfatter observation, pleje, sygdomsbehandling m.v.</p> <p>Regionerne udbyder i dag uddannelser i akutsygepleje. Sundhedsstyrelsen arbejder på at fastlægge rammerne for en anerkendt specialuddannelse i akutsygepleje, hvorefter der bør bruges betegnelsen 'akutmedicinsk specialsygeplejerske'</p>
Akutmodtagelse	En fysisk lokation på et akut-sygehus, hvor akutte patienter modtages og behandles	<p>Der kan være tale om en selvstændig organisatorisk enhed (for eksempel en akutafdeling) med egen ledelse, eller et afsnit som er en del af en større sygehusematrikel (for eksempel en Psykiatrisk akutmodtagelse), eller der kan være tale om en fælles fysisk lokation, med flere ledelsesstrøge (for eksempel en fælles somatisk/pædiatrisk/voksenpsykiatrisk/børnepsykiatrisk akutmodtagelse).</p>



Begreb	Definition	Bemærkninger
		<p>&lt;&lt;</p> <p>I de tilfælde hvor der er tale om én sammenhængende fysisk lokation, med varetagelse af en stor bredde af akutte funktioner vil der være tale om en fælles akutmodtagelse. Hvis der er tale om lokationer med modtagelse af afgrænsede akutte patientgrupper, vil der typisk anvendes betegnelse som 'psykiatrisk akutmodtagelse', 'børneakutmodtagelse' og 'fødemodtagelse'.</p>
Akutsygehus	Et sygehus, der behandler akut opstået sygdom og skade	<p>Der vil som udgangspunkt være tale om sammenhængende sygehusdrift på enten én samlet matrikel eller på nærtstående matrikler. Det samlede akutsygehus kan være én organisatorisk enhed på én matrikel (for eksempel Bornholms Hospital), én organisatorisk enhed på flere nærtstående matrikler (for eksempel Aalborg Universitets-hospital), en del af en sygehusenhed med funktioner fordelt på flere matrikler (for eksempel Viborg Sygehus), eller en sammenhængende virksomhed på én matrikel, men med bidrag fra flere organisatoriske enheder (for eksempel somatik og psykiatri i Randers).</p> <p>Der anvendes et bredt behandlingsbegreb, som både omfatter modtagelse, vurdering, stabilisering, udredning, sygdomsbehandling, fødselshjælp m.v., og som både omfatter skader og sygdom, både somatisk og psykisk.</p> <p>Definitionen omfatter også mistanke om akut opstået sygdom, og akut forværring af bestående sygdom.</p> <p>Det forudsættes, at akutsygehuset kan varetage behandling af akut sygdom m.v. i bred forstand, og således også kan modtage uvisiterede patienter med akut sygdom, eller mistanke herom, som kan kræve medvirken af flere specialer og fagligheder i udredning og behandling.</p> <p>Akutsygehuset vil typisk varetage en lang række øvrige elektive sygehusopgaver, dvs. planlagte behandlinger m.v.</p>
Akutsygehus med særlig geografi (ø- eller ø-lignende forhold)	Et mindre sygehus med begrænsede kompetencer og vagtberedskab, hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og hensigtsmæssigt, at der kan varetages behandling af akut sygdom og skade	<p>Akutsygehuset vil typisk kunne varetage behandling af et begrænset omfang og kompleksitet af akut opstået sygdom og skade, blandt andet som følge af begrænsede kompetencer og vagtberedskab.</p> <p>Sygehuset kan modtage udvalgte uvisiterede patienter med akut sygdom, eller mistanke herom, men der vil typisk foreligge regionale retningslinjer og samarbejdsaftaler for præhospital visitation, overflytning til større akutsygehus, brug af telemedicin m.v.</p>

>>

Begreb	Definition	Bemærkninger
		<p>&lt;&lt;</p> <p>Det forudsættes, at der kun oprettes denne type akutsygehuse hvor helt særlige geografiske forhold gør det både nødvendigt og hensigtsmæssigt (ø- og ø-lignende forhold for eksempel Bornholms Hospital).</p>
Almenmedicinere	Speciallæge i almen medicin	
Ambulance	Udrykningskøretøj, der er indrettet og bemannet til at befordre akut syge, tilskadekomne og fødende, og hvor der kan ydes visse former for behandling.	Der er tale om en beskyttet titel, jf. §2 i BEK nr. 1264 af 09/11/2018.
Ambulancebehandler	Personale uddannet til at bemane ambulance og varetage grundlæggende præhospital behandling	Se BEK nr. 1264 af 09/11/2018.
Alarmcentral	Det sted der modtager 1-1-2 alarmopkald	<p>Definition følger VEJ nr. 9321 af 01/04/2017.</p> <p>På grundlag af modtagne oplysninger iværksætter alarmcentralen alarmering af de relevante beredskaber.</p>
AMK-vagtcentral	<p>Vagtcentralen visiterer samtaler fra borgere med behov for akut sundhedsfaglig assistance og disponerer rette præhospital ressourcer for eksempel en ambulance.</p> <p>Akut Medicinsk Koordinationscenter, AMK, varetager den operative ledelse og koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats ved beredskabshændelser.</p> <p>Vagtcentral og AMK er placeret i samme lokale, og der er en AMK-vagtcentral i hver region.</p>	Definition følger VEJ nr. 9321 af 01/04/2017 og VEJ nr. 9321 af 01/04/2017.
Borgerrettet visitation	Borgerrettet visitation er den visitation borgeren selv foretager.	Patientens indledende adgang til sundhedsvæsenet.
Fremmødekrav	Krav til sundhedsfaglig assistance ved akut opstået sygdom og skade	Bruges typisk ved krav til lægelig assistance, men kan også bruges ved krav til anden sundhedsfaglig assistance, herunder tandlæger, jordemødre, anæstesi- og sygeplejersker m.fl.

>>

Begreb	Definition	Bemærkninger
		<p>&lt;&lt;</p> <p>Ved krav om 'umiddelbart fremmøde' forstås, at lægen kan være fysisk til stede hos patienten inden for få minutter fra tilkald.</p> <p>Ved krav om 'fremmøde inden for kort tid' forstås, at lægen kan være fysisk til stede hos patienten inden for maksimalt 30 minutter fra tilkald.</p> <p>Ved 'umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning' forstås, at lægen kan kontaktes på telefon, med umiddelbart tilbagevar, hvilket også kan omfatte tilbagekald på personsøger/SMS/telefonsvarer inden for få minutter.</p>
Kommunal akutfunktion	En kommunal akutfunktion er et særligt tilbud i den kommunale sygepleje	<p>En kommunal akutfunktion er et særligt tilbud i den kommunale sygepleje, der varetages af sygeplejersker med særlige kompetencer.</p> <p>Målgruppen for de kommunale akutfunktioner er i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder fra 2017 angivet som "patienter med somatisk sygdom, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for observation, pleje og/eller behandling, som bedst varetages i et sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer tæt på patientens hverdag, familie og netværk." Det vil typisk være ældre medicinske patienter, patienter med kronisk sygdom, terminalt syge patienter m.v.</p> <p>Mennesker med akut opstået eller akut forværret psykisk sygdom vil således ikke aktuelt i 2020 være den primære målgruppe for de kommunale akutfunktioner, men patienter med samtidig betydende somatisk og psykisk sygdom kan være det. På sigt bør de kommunale akutfunktioner også varetage andre problemstillinger end de rent somatiske, og der bør sikres samarbejde med den kommunale psykosociale indsats.</p> <p>Den kommunale visitation til akutfunktion kan blandt andet ske efter lægehenvielse fra almen praksis eller ved udskrivelse fra sygehus samt efter henvendelse fra den øvrige kommunale sygepleje vedrørende borgere, der allerede er lægehenvist til kommunal sygepleje.</p> <p>&gt;&gt;</p>

Begreb	Definition	Bemærkninger
		<p>&lt;&lt;</p> <p>Den kommunale akutfunktion har et døgndækkende vagtberedskab og er en del af den samlede kommunale sygepleje, som typisk varetages af sygeplejersker med særlige erfaring og kompetence ift. vurdering, pleje og behandling af patienter med akut sygdom – både somatisk og samtidig somatisk og psykisk sygdom -, der ikke skønnes at have behov for sygehusindlæggelse. Den kommunale akutfunktion kan være organiseret som driftsfællesskab mellem flere kommuner.</p> <p>Den kommunale akutfunktion kan varetage opgaver ift. borgere, der midlertidigt eller fast bor på plejecenter, eller ift. borgere i eget hjem.</p>
Kommunal sygepleje	Sygepleje der udføres i kommunen	<p>Den kommunale sygepleje er en kommunal opgave jf. sundhedslovens kapitel 38, hvor den er betegnet som 'hjemmesygepleje'.</p> <p>I nærværende rapport er 'kommunal sygepleje' anvendt synonymt med 'hjemmesygepleje', da ydelsen reelt vil blive tilbudt også andre steder end i borgerens eget hjem.</p>
Paramediciner	Ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner) er uddannet til at varetage mere avanceret præhospital behandling, herunder at administrere udvalgte former for medicin intravenøst	<p>Se BEK nr. 1264 af 09/11/2018.</p> <p>Aktuelt omtales en ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner) som en "paramediciner". En ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner) er autoriseret sundhedsperson med beskyttet titel jf. Autorisationsloven § 70 d.</p>
Præhospital akutlæge	Speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats	<p>Definition følger VEJ nr. 9321 af 01/04/2017.</p> <p>I en dansk kontekst varetages funktionen af speciallæger i anæstesi og intensiv medicin med særlige kompetencer i præhospital indsats.</p> <p>I daglig tale har betegnelsen "akutlæge" været anvendt, men da det kan forveksles med betegnelse på den nye speciallæge i akutmedicin (som bør betegnes 'akutmediciner'), bør betegnelsen 'præhospital akutlæge' anvendes fremadrettet.</p>

Begreb	Definition	Bemærkninger
Præhospital indsats	Behandling af akut sygdom og skade uden for praksissektor, sygehus og akutklinikker m.v.	<p>Den præhospital indsats er et regionalt ansvar jf. sundhedslovens kapitel 52, og omfatter blandt andet ambulanceberedskabet, akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikoptere m.v. Se også: BEK nr. 971 af 28/06/2016 samt VEJ nr. 9321 af 01/04/2017.</p> <p>Den præhospital indsats omfatter i bred forstand behandling uden for sygehus, herunder vurdering, stabilisering og initial udredning og behandling, samt visitation og transport til sygehus.</p> <p>Den præhospital indsats skal koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats ved akut sygdom og skade, indtil modtagelse på sygehus. AMK-vagtcentralen (Akut Medicinsk Koordinering) er den del af den regionale præhospital indsats, der varetager den operative ledelse og koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats ved beredskabshændelser, og har det sundhedsfaglige ansvar for opkald til 1-1-2, herunder visitation, prioritering og disponering af ambulancer, akutlægebiler m.v.</p>
Skadeklinik	Sygeplejebemandet behandlingssted, der kun varetager behandling af visiterede småskader	Sædvanligvis vil skadeklinikker være bemandet med sygeplejersker med særlige kompetencer – gerne specialsygeplejersker, - der behandler visiterede småskader, herunder varetagelse af udvalgte behandlinger på lægelig delegation for eksempel stivkrampevaccination, lokalbedøvelse, syning af mindre hudlæsion m.v.
Specialfunktion		<p>Sygehusbehandling kan foregå på enten specialfunktionsniveau eller hovedfunktionsniveau jf. sundhedslovens §207-209 og "Specialeplanlægning – begreber, principper og krav" (1,45).</p> <p>På hovedfunktionsniveau varetages opgaver af begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdomme som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelser på specialfunktionsniveau.</p>



Begreb	Definition	Bemærkninger
		<p>&lt;&lt;</p> <p>På specialfunktionsniveau varetages de opgaver, der er fastsat som henholdsvis regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, der er defineret ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En regionsfunktion omfatter opgaver, der er af nogen kompleksitet, hvor sygdommen eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget giver anledning til en vis samling af ydelserne.</li> <li>• En højt specialiseret funktion omfatter opgaver af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, hvor sygdommen eller sundhedsvæsenets ydelser er meget sjældent forekommende og derfor skaber behov for samling af viden, rutine og erfaring, og/eller hvor ressourceforbruget er betydeligt.</li> </ul>
Speciallæge	En læge med dansk autorisation, som har opnået dansk speciallægeanerkendelse	Hvor der fra Sundhedsstyrelsens side stilles krav om speciallægekompetencer, vil dette som udgangspunkt også kunne opfyldes ved varetagelse af læger, der er i den allersidste del af dansk hoveduddannelse til speciallæge, og som ud fra en konkret ledelsesmæssig vurdering skønnes at have kompetencer på niveau med en nyuddannet speciallæge.
Specialsygehus	Et sygehus, der primært varetager elektiv behandling	<p>Et specialsygehus modtager som udgangspunkt patienter til planlagt behandling. Specialsygehuse kan dog i begrænset omfang varetage behandling af akut opstået sygdom og skade, herunder patienter med medicinske sygdomme, dog kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner. Der kan herudover i mindre omfang modtages visiterede akutte medicinske patienter med nyopstået sygdom, dog aldrig såfremt det drejer sig om børn eller ved mistanke om sygdom, der er defineret som en specialfunktion.</p> <p>Der vil foreligge klare visitationsretningslinjer og en fast samarbejdsaftale med et akutsygehus.</p> <p>Bemærk at definitionen kan konflikte med sundhedslovens §79 stk. 2, idet flere af de på baggrund af denne angivne institutioner ikke opfylder definitionen på 'sygehus', som angivet ovenfor.</p>
Sundhedsprofessionel visitation	Visitationen, der foretages af sundhedspersoner, der visiterer patienten til relevant sundhedstilbud	Den sundhedsprofessionelle visitation foretages af sundhedspersoner, og den skal sikre, at patienten fra start visiteres til det rette tilbud. Det sker ved at sikre fælles viden om de samlede akutte sundhedstilbud hos de visiterende sundhedspersoner



Begreb	Definition	Bemærkninger
Sygehus	En institution som varetager behandling af sygdom og skade under lægeligt ansvar, og hvor der kan tilbydes indlæggelse	<p>'Sygehus' og 'hospital' kan anvendes synonymt.</p> <p>Et sygehus er ikke veldefineret i dansk lovgivning, men denne definition er inspireret af definition i apotekerlovens §61 a stk. 2.</p> <p>Med 'behandling' forstås det brede behandlingsbegreb som defineret i sundhedslovens §5 som omfatter både undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.</p> <p>Det forudsættes, at et sygehus er indrettet med henblik på behandling af indlagte patienter og er bemandet med relevant sundhedspersonale i døgnvagt.</p> <p>Med indlæggelse forstås traditionelt, at patienten er tildelt og dermed optager en normeret sengeplads. I stigende grad anvendes dog andre forståelser, og indlæggelse vil derfor i forhold til disse anbefalinger være defineret som behandlingsophold, hvor der er behov for en særlig høj grad af overvågning, behandling og pleje, med særlige personalekompetencer, normering, udstyr m.v.</p> <p>'Sygehus' adskiller sig således fra 'klinikker', 'konsultationer', 'praksis', 'sundhedshuse', 'akutpladser', 'patienthoteller' m.v. ved omfanget af overvågning, behandling, specialkompetencer, udstyr m.v.</p> <p>Et sygehus vil herudover også varetage ambulante behandling, det vil sige hvor patienten kun opholder sig i kortere tid på sygehuset. Ophold af længere varighed, hvor patienten er ambulante og ikke overnatter ('daghospital' m.v.) vil ikke være en indlæggelse.</p> <p>Behandlingssteder er beskrevet i sundhedslovens § 213 c som: sygehusenheder, klinikker, praksisser, plejecentre, plejehjem, bosteder, sundheds- eller genoptræningssteder og andre behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udfører behandling. Se også BEK nr. 976 af 27/06/2018. Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar.</p>

>>

Begreb	Definition	Bemærkninger
		<p>&lt;&lt;</p> <p>Et 'patienthotel' adskiller sig fra et sygehus ved, at der kun tilbydes kost og logi.</p> <p>Et sygehus kan både være offentligt (regionalt), privat eller Offentligt-Privat-Partnerskab (OPP)</p> <p>Enkelte tidligere sygehusmatrikler benævnes måske stadig sygehus, men vil efter definitionen ovenfor ikke være at opfatte som sygehuse, da der udelukkende varetages ambulante behandlinger, diagnostiske funktioner m.v.</p>
Sygehusafdeling	En del af en organisation som varetager sygehusdrift	<p>En sygehusafdeling vil typisk være afgrænset ud fra opgaveområde. Kliniske afdelinger inklusiv diagnostik m.v. vil typisk være afgrænset ud fra lægefaglige eller odontologiske specialer, men kan også være en samling af flere specialers opgaver, for eksempel 'mave/tarm' med både medicinske og kirurgiske funktioner.</p> <p>En sygehusafdeling vil have en enstregen ledelse med en afdelingsledelse, der har både fagligt og budgetmæssigt ansvar for afdelingens ydelser, som dog kan udbydes og varetages på en eller flere fysiske lokaliteter, eller som udgående funktioner fra sygehuset.</p> <p>Der anvendes andre betegnelser som 'centre', 'klinikker' m.v., og der kan være indskudt flere organisatoriske lag mellem sygehusdirektion og afdelingsledelse, og mellem afdelingsledelse og medarbejdere.</p> <p>Ikke-kliniske servicefunktioner som logistik, teknik, IT, kvalitet, HR, køkken m.v. kan også være organiseret som afdelinger.</p>
Sygehusenhed	En organisation som varetager driften af et eller flere sygehuse	<p>En sygehusenhed vil typisk have en enstregen ledelse, med en sygehusdirektion, der har både fagligt og budgetmæssigt ansvar for sygehusydelser, som dog kan udbydes og varetages på en eller flere fysiske lokaliteter, eller som udgående funktioner fra et eller flere sygehuse i organisationen.</p> <p>Bemærk at BEK nr. 976 af 27/06/2018 jf. § 2 stk. 1 og 2 m.v. tilsyneladende definerer 'sygehusenhed' som et behandlingssted på en specifik adresse.</p> <p>&gt;&gt;</p>

Begreb	Definition	Bemærkninger
		<p>&lt;&lt;</p> <p>Eksempler på sygehusenheder er for eksempel 'Sygehus Sønderjylland' der omfatter sygehusdrift på institutioner i Aabenraa og Sønderborg, samt ambulante funktioner i Tønder, eller 'Psykiatrien Region Sjælland', der omfatter sygehusdrift på institutioner i Vordingborg, Roskilde og Slagelse, samt ambulante funktioner i Holbæk, Næstved, Greve, Køge, Haslev, Nykøbing F., Nykøbing S.J., Maribo, Kalundborg, Sorø og Faxe.</p>
Sygehusmatrikel	En geografisk lokation, hvor der drives sygehus	<p>En sygehusmatrikel kan rumme én fuld sygehusenhed (for eksempel Bornholms Hospital), eller kan være en blandt flere geografiske lokationer på hvilke, en sygehusenhed varetager sygehusdrift (for eksempel Rigshospitalet, Glostrup).</p> <p>En sygehusmatrikel vil typisk fremgå af SOR-registrets sygehusafdelingsklassifikation for regionale sygehuse eller CVR-registrets P-nummerregister for private sygehuse. Sygehusmatrikler vil desuden fremgå af Styrelsen for Patientsikkerheds Behandlingsstedsregister.</p> <p>Definitionen følger 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav', men bemærk at definitionen ikke flugter med øvrig dansk ret, herunder særligt det matrikelbegreb der anvendes ved udmåling og registrering af arealer for fast ejendom jf. Geodatastyrelsens regler m.v.</p>
Sygehusvisitation	Enhed der modtager og visiterer henvisninger til behandling på sygehus	<p>Sygehusvisitationen vil typisk være bemandet med sygeplejersker, og være organiseret ved eller i tæt relation til en akutmodtagelse. Sygehusvisitationen kan visitere til indlæggelse på relevant sygehusafdeling, til akutte og sub-akutte ambulante tilbud på sygehus, samt rådgive i forhold til for eksempel udgående teams fra sygehusene, samt brug af kommunale akutfunktioner m.v.</p>
Traumesygehus ('traumecenter')	Et akutsygehus der kan behandle meget alvorligt syge patienter, herunder svært tilskadedkomne patienter	<p>Målgruppen omfatter patienter med skader i flere organsystemer, og/eller hvor der på skadestedet eller andet sygehus er konstateret komplicerede skader, og/eller hvor patienten har anden betydende konkurrerende sygdom (komorbiditet) eller anden meget alvorlig sygdom.</p> <p>Det forudsættes, at der er tale om et sygehus med Sundhedsstyrelsens godkendelse efter sundhedslovens §207-209 til varetagelse af relevante specialfunktioner inden for traumebehandling, intensiv behandling m.v.</p>

# Referenceliste

- (1) Sundheds- og Ældreministeriet. LBK nr 1286 af 02/11/2018 - Sundhedsloven. 2018.
- (2) Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser. 2014.
- (3) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 679 af 30/05/2018 - Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. 08-06-2018.
- (4) Børne- og Socialministeriet. LBK nr 1114 af 30/08/2018 - Serviceloven. 2018.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser. 2017.
- (6) Sundheds- og Ældreministeriet. LBK nr 1160 af 29/09/2015 - Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. 2015.
- (7) Sundheds- og Ældreministeriet. LBK nr 126 af 27/01/2019 -Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile. 2019.
- (8) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 1264 af 09/11/2018 - Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v. 2018.
- (9) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 971 af 28/06/2016 -Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet. 2016.
- (10) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 1658 af 22/12/2017 - Bekendtgørelse om tandpleje. 2017.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Den akutte indsats på psykiatriområdet - Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. 2009.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab - Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. 2007.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient - fagligt oplæg til en handlingsplan 2016-2019. 2016.
- (14) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser - Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling. 2018.
- (15) Akutudvalget (Udvalget om det præhospitalt akutberedskab). Ventetider i akutmodtagelser. 2012.

- (16) Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. 2013.
- (17) Sundhedsstyrelsen. Vurdering af et speciale i akutmedicin i Danmark. 2017.
- (18) Sundhedsstyrelsen. Nyt lægespeciale i akutmedicin. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/nyt-laegespeciale-i-akutmedicin>.
- (19) Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen – rapport fra udvalg vedrørende almen praksis. 2008.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Kvaliteten i den danske lægevagtsordning. 2009.
- (21) DSI Dansk Sundhedsinstitut. Når sygeplejersker visiterer i lægevagten. 2010.
- (22) COWI. Evaluering af enstrenget og visiteret akutsystem frem til 1. april 2014. 2014.
- (23) KORA Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Evaluering af Enstrenget og Visiteret Akutsystem i Region Hovedstaden. 2015.
- (24) Rigsrevisionen. Rigsrevisionens beretning om Region Hovedstadens akuttelefon 1813 afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. 2017.
- (25) VIVE - Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Regionale lægevagter og Akuttelefonen 1813 - En kortlægning med fokus på organisering, aktivitet og økonomi. 2018.
- (26) Graversen DS, Christensen MB, Pedersen AF, Carlsen AH, Bro F, Christensen HC, et al. Safety, efficiency and health-related quality of telephone triage conducted by general practitioners, nurses, or physicians in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study using the Assessment of Quality in Telephone Triage (AQTT) to assess audio-recorded telephone calls. *BMC Fam Pract* 2020;21(1):84-12.
- (27) Region Hovedstaden. Undersøgelse af telefonisk kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden. 2017.
- (28) Region Midtjylland. Tilgængelighedsundersøgelser 2012 - 2016. 2016.
- (29) Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab). Status for udvalget om det præhospitale akurberedskabs arbejde - sammenfatning. 2010.
- (30) DEFACTUM. Betydningen af uddannelsesniveau for effekten af udvalgte dele af den præhospitale indsats – en systematisk litteraturgennemgang. 2017.
- (31) Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab). Kortlægning af behov for flere akutbiler og akutlægebiler. 2012.
- (32) Sundheds- og Ældreministeriet. Styrket indsats for den ældre medicinske patient - National handlingsplan 2016. 2016.

- (33) Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Afrapportering. 2017.
- (34) Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. Falig gennemgang af akutmodtagelserne. 2014.
- (35) Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. De danske akutmodtagelser – status 2016. 2016.
- (36) VIVE - Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Akutmodtagelserne i Danmark. Forudsætninger, udfordringer og fremtidige pejlemærker. 2018.
- (37) Danmarks Statistik. Dataudtræk fra Danmarks Statistik. Marts 2018; Available at: <https://www.dst.dk/da/>.
- (38) Christensen EF, Bendtsen MD, Larsen TM, et al. Trends in diagnostic patterns and mortality in emergency ambulance service patients in 2007–2014: a population-based cohort study from the North Denmark Region. *BMJ Open* 2017;7.
- (39) Christensen EF, Larsen TM, Jensen FB, Bendtsen MD, Hansen PA, Johnsen SP, et al. Diagnosis and mortality in prehospital emergency patients transported to hospital: a population-based and registry-based cohort study. *BMJ Open* 2016 *British Medical Journal Publishing Group*;6(7):e011558.
- (40) Ebert JF, Huibers L, Christensen B, Lippert FK, Christensen MB. Giving callers the option to bypass the telephone waiting line in out-of-hours services: a comparative intervention study. *Scand J Prim Health Care* 2019 01/02;37(1):120-127.
- (41) Sundheds- og Ældreministeriet. En læge tæt på dig - En plan for fremtidens almen praksis. 2018.
- (42) Regeringens lægedækningsudvalg. Lægedækning i hele Danmark. 2017.
- (43) Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Overenskomst om almen praksis. 2018.
- (44) Graversen DS, Pedersen AF, Carlsen AH, Bro F, Huibers L, Christensen MB. Quality of out-of-hours telephone triage by general practitioners and nurses: development and testing of the AQT – an assessment tool measuring communication, patient safety and efficiency. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2019;37(1):18-29.
- (45) Sundhedsstyrelsen. Specialeplanlægning - Begreber, principper og krav. 2015.

**Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats**  
Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år

© Sundhedsstyrelsen, 2020.  
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-216-8

Sprog: Dansk  
Version: 1  
Versionsdato: 9. oktober 2020  
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
Oktober 2020

Foto:  
Sundhedsstyrelsen (forside, side 30, 74, 90 og 114)  
Joachim Rode, Psykiatrien Region Sjælland (side 14)  
Michael Harder (side 20)  
Hung Tien Vu, Region Syddanmark (side 60)  
Line Bloch Klostergaard, Region Nordjylland (side 80 og 126)  
Ursula Bach, Region Hovedstadens TraumeCenter,  
Rigshospitalet (side 120 og 128)

Layout: 4PLUS4.dk

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

**Sundhed for alle**   