

## Analyse af samspillet mellem Akuttelefonen 1813 og akutmodtagelser og akutklinikker

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Indledning og formål.....                                                    | 2  |
| Arbejdets organisering .....                                                 | 2  |
| Nuværende organisering af akuthjælpen.....                                   | 3  |
| Gældende målsætninger for akuthjælpen .....                                  | 4  |
| Sundhedsstyrelsens akutanbefalinger .....                                    | 4  |
| Forventet aktivitet i akuthjælpen sammenholdt med nuværende aktivitet.....   | 5  |
| Behov for fælles dataoverblik .....                                          | 9  |
| Opsummering og læringspunkter ift. fælles dataoverblik .....                 | 9  |
| Resultater fra det fælles dataoverblik .....                                 | 11 |
| Kerneopgaven for akuthjælpen i Region Hovedstaden .....                      | 18 |
| Udfordringer i den nuværende akuthjælp.....                                  | 19 |
| Mangel på fælles dataoverblik og gensidig forståelse for patientflowet ..... | 19 |
| Kompleks visitationsguide på Akuttelefonen 1813.....                         | 19 |
| Kapacitetsudnyttelse af behandlerspor .....                                  | 19 |
| Samspil med øvrige aktører i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.....   | 20 |
| Konklusion og perspektiver for det videre arbejde .....                      | 21 |
| Den videre proces.....                                                       | 21 |

## Indledning og formål

Borgere i Region Hovedstaden, der har behov for hjælp i tilfælde af akut sygdom eller skade, fik med indførelsen af Akuttelefonen 1813 den 1. januar 2014 én indgang til akutsystemet. Akuttelefonen 1813 fungerer ikke alene, men er første led i regionens enstrengede og visiterede akutsystem, der skal sikre en let og tydelig indgang til akuthjælpen for borgerne ved tilskadekomst eller akut sygdom. I dette system er akutmodtagelserne og –klinikkerne (AMAK) og Akuttelefonen 1813 centrale samarbejdspartnere, da AMAK modtager patienter med akut sygdom eller skade, som medarbejderne på Akuttelefonen 1813 har vurderet, har behov for at blive set.

Der har siden etableringen af den nuværende akuthjælp i regionen været nedsat driftsgrupper for akuthjælpen på børne- og voksenområdet med repræsentation på afdelingsledelsesniveau for både Akuttelefonen 1813 og AMAK.

I sommeren 2022 har en taskforce præsenteret anbefalinger til, hvordan Akuttelefonen 1813 kan nedbringe ventetider og robustgøre driften. En af anbefalingerne fra taskforcen er, at der bør udarbejdes en analyse af den samlede akuthjælp, herunder sammenhængen mellem Akuttelefonen 1813 og hospitalernes akutmodtagelser og -klinikker med henblik på at sikre gode og effektive akutte patientforløb.

Formålet med denne rapport er at skabe større tydelighed om samspillet mellem Akuttelefonen 1813 og AMAK. Alle akutmodtagelser og –klinikker i Region Hovedstaden indgår i analysen, dog er Bornholms Hospitals Akutmodtagelse undtaget grundet de særlige geografiske forhold.

Begrebet akuthjælp anvendes i denne rapport som henvisning til det enstrengede, visiterede akutsystem (EVA) og dækker over Akuttelefonen 1813, regionens akutmodtagelser og –klinikker samt besøg af læge i hjemmet.

Rapporten er opbygget af en række kapitler. Først en beskrivelse af den nuværende organisering af regionens samlede akuthjælp knap 10 år efter systemets etablering i 2014. Herefter følger et kapitel om etableringen af et fælles dataoverblik, et kapitel med fokus på kerneopgaven for den samlede akuthjælp i regionen samt et kapitel med en beskrivelse af de udfordringer i akuthjælpen, som Driftsgruppen for Akuthjælpen på voksenområdet har drøftet (jf. nedenstående afsnit om arbejdets organisering). Afslutningsvist opsummeres de foreløbige resultater, og processen for det videre arbejde skitseres.

### **Arbejdets organisering**

Kommissoriet for arbejdet blev godkendt på møde i hospitalsdirektørkredsen den 24. november 2022. Driftsgruppen for akuthjælpen på voksenområdet har været styregruppe for arbejdet, bl.a. for at sikre en tæt kobling til etablerede arbejdsgange og øvrige igangsatte initiativer på akutområdet. I forbindelse med akutanalysens arbejde er Driftsgruppen midlertidigt udvidet til også at omfatte vicedirektører fra hospitalerne. Jonas Egebart har været udpeget som formand for analysearbejdet.

Organiseringen er efterfølgende tilpasset, så formandskabet for Driftsgruppen og analysen er delt mellem Akutberedskabet og AMAK. Chefølge for Akutmodtagelsen på Herlev og Gentofte Hospital Lotte Klitfod er udpeget som formand på vegne af akutmodtagelserne. Formålet med det delte formandskab er at sikre et ligeværdigt mødeforum, hvor de oplevede udfordringer i samarbejdet kan rejses og drøftes. Samtidig skal den ændrede organisering bidrage til at understrege, at akuthjælpen er et fælles ansvar, og løsninger på aktuelle og fremtidige udfordringer skal findes på tværs og i fællesskab.

Driftsgruppen har på den baggrund godkendt et revideret kommissorium i februar 2023 (se bilag 5). Tidsplanen for analysen er revideret, da Driftsgruppen har ønsket en indledende deskriptiv analyse samt etablering af et fælles dataoverblik.

Driftsgruppen for Akuthjælpen på børneområdet er løbende orienteret om arbejdet med akutanalysen - og det fælles dataoverblik, som præsenteres i analysen, er udarbejdet i samarbejde med Børne- og Ungeafdelingernes afdelingsledelser.

## Nuværende organisering af akuthjælpen

Pr. 1. januar 2014 etablerede regionen et enstrenget, visiteret akutsystem (EVA), hvor regionen overtog lægevagtsfunktionen fra PLO-Hovedstaden. Akuttelefonen 1813 blev ansvarlig for den telefoniske visitation, og den fysiske konsultation af borgere blev integreret i AMAK. I Region Hovedstaden er der således én indgang for borgere med akut sygdom og ikke-livstruende skader udenfor de praktiserende lægers åbningstid. Udgangspunktet for den nuværende akuthjælp i regionen er de retningslinjer og principper, som blev udarbejdet for det enstrengede og visiterede akutsystem i august 2013. Tildeling af økonomi ifm. etableringen af EVA kan ses i bilag 1.

Der er i de seneste 10 år sket betydelige organisatoriske forandringer på akutområdet fx etablering af store nye akutmodtagelser og -klinikker, oprettelse af et selvstændigt akutmedicinsk speciale mv. Baggrunden for organiseringen af akuthjælpen er beskrevet nærmere i Bilag 3, herunder også den lokale organisering på de enkelte akuthospitaler i regionen.

På hverdage mellem kl. 8 og 16 er de praktiserende læger borgernes indgang ved akut opstået sygdom. Ved akutte skader visiterer Akuttelefonen 1813 døgnet rundt. Uden for de praktiserende lægers åbningstid er Akuttelefonen 1813 også borgernes indgang ved akut opstået sygdom. Ved livs- og førlighedstruende situationer starter forløbet ved opkald til 1-1-2. Patienter med akut opstået sygdom eller skade, som efter en sundhedsfaglig vurdering har behov for at blive tilset fysisk af en læge, visiteres til regionens AMAK.

AMAK modtager primært patienter fra følgende spor:

*Vurderingsspor:* Til de patienter, hvor Akuttelefonen 1813 skønner, at der er behov for en hurtig vurdering af behandlingsbehovet. Patienten bliver bedt om at henvende sig snarest muligt på AMAK. Triagen ved ankomst til AMAK fastlægger behovet for udredning og behandling, herunder om der er behov for hastende behandling, eller om patienten kan placeres i behandlersporet.

*Behandlerspor:* Beregnet til mindre skader og akut almenmedicinsk behandling i vagttid på lige fod med den akutte behandling, som de praktiserende læger kan tilbyde i dagtiden. Behandlersporet er opdelt i følgende kategorier:

- *Sygdom:* Patienter med akut almenmedicinsk sygdom, som på hverdage mellem kl. 8 og 16 varetages af de praktiserende læger. AMAK har ansvaret for bemanning af sygdomssporet (+12 år), mens børne- og ungemodtagelserne har ansvaret for bemanning af sygdomssporet for børn (0-12 år). Sygdomssporet bemannes af lægekonsulenter. Det forventes, at den behandlende læge kan tilse og behandle ca. fem patienter i timen inkl. dokumentation (tidligere seks patienter, jf. bilag 1).
- *Sygdom (børn):* Børn under 12 år med akut almenmedicinsk sygdom henvises til et børnespor på akuthospitalerne. Sporet bemannes af børnelæger fra børne- og ungeafdelingerne.
- *Skade:* Patienter med akut opståede mindre skader, typisk afgrænset til skader opstået inden for et døgn. Skadesporet er bemannet af læger ansat i akutmodtagelserne eller fra stamafdelinger på hospitalet.

Regionens akutmodtagelser- og klinikker modtager - udover patienter visiteret fra Akuttelefonen 1813 - også patienter fra:

- De Centrale Visitationsenheder (CVI): Patienter henvist til indlæggelse/vurdering af praktiserende læge/praktiserende speciallæge.
- 1-1-2: Patienter, der bringes ind med ambulance efter kontakt med 1-1-2.
- Viderehenvvisning/overflytning fra anden afdeling eller andre hospitaler.
- Selvhenvendende: Borgere, der møder op uden forudgående aftale.

De forskellige kanaler, som AMAK modtager patienter fra fremgår af afsnittet "fælles dataoverblik".

Det skal bemærkes, at hospitalerne har organiseret sig forskelligt, bl.a. fordi der er grundlæggende forskel i forudsætningerne for organiseringen af AMAK fx varierende patient- og specialesammensætning i de enkelte planområder, jf. Bilag 3.

### **Gældende målsætninger for akuthjælpen**

Akuttelefonen 1813: Der er politisk fastlagte servicemål for borgernes ventetid til Akuttelefonen 1813. De nuværende servicemål er, at 90 % af opkaldene skal besvares inden fem minutter, og alle opkald skal være besvaret inden 10 minutter.

Akutmodtagelser og akutklinikker: Der er ikke fastlagt politiske servicemål for ventetid i AMAK. Der arbejdes efter faglige mål for behandlingsstart alt efter haste- og alvorlighedsgraden af patientens tilstand. Hastegraden af borgerens behov vurderes med afsæt i en sundhedsfaglig hastegradsvurdering (triage), der foretages i AMAK.

### **Sundhedsstyrelsens akutanbefalinger**

Sundhedsstyrelsen (SST) har i 2020 udsendt det seneste planlægningsgrundlag, som består af en række konkrete anbefalinger til regionernes og kommunernes planlægning af indsatsen i de næste 10 år. Anbefalingerne erstatter de tidligere anbefalinger på området fra 2007 og 2009 og kan tilgås [her](#).

Formålet med anbefalingerne er at sikre, at patienter oplever, at de får den nødvendige hjælp, når de har akut behov for hjælp i sundhedsvæsenet, og at de får en høj og ensartet kvalitet, uanset hvor i landet de bor. Samtidig skal anbefalingerne bidrage til at sikre, at der er sammenhæng i de tilbud, som patienterne får.

Anbefalingerne beskriver organiseringen af den akutte sundhedsindsats inden for følgende fire temaer:

- Sammenhængende og enstrengt visitation.
- Kvalitet og sammenhæng i patientforløbet.
- Vidensdeling.
- Forskning og udvikling.

Med henblik på at skabe øget grad af sammenhæng er der i anbefalingerne fokus på at styrke de akutte tilbud på tværs af sektorer, hvor der med et 10-årigt sigte stiles mod højere grad af fælles organisering og sammenhæng. Det skal bl.a. sikre et større helhedssyn i visitationen til akutte tilbud og understøtte målrettet behandling ud fra patientens behov.

Etableringen af EVA står bl.a. på de tidligere akutanbefalinger fra SST, og systemet understøtter anbefalingerne fokus på en integreret, visiteret og sammenhængende akuthjælp. Det kommer fx til udtryk ved, at den borgerrettede telefoniske visitation er fysisk og organisatorisk samlet i Akuttelefonen 1813, og den akutte modtagelse af patienter med almenmedicinske sygdomme og/eller skader (tidl. lægevagtsordning) er integreret i det øvrige akutsystem.

Det primære sundhedsvæsens rolle på akutområdet har fået en mere fremtrædende rolle i de opdaterede akutanbefalinger, og der er fokus på et øget samarbejde og en større grad af integration på tværs af sundhedsvæsenets aktører. De opdaterede anbefalinger fra SST er indtænkt i nærværende analyse.

### **Forventet aktivitet i akuthjælpen sammenholdt med nuværende aktivitet**

Dette afsnit har til formål at sammenstille den forventede aktivitet, jf. planlægningsgrundlaget for det nuværende akutsystem udarbejdet i 2013 på baggrund af tal fra den tidligere lægevagt, med aktuelle tal fra 2022. Afsnittet belyser således ændringer over de næsten 10 år, akuthjælpen har eksisteret i sin nuværende form. Der tages udgangspunkt i opkalds- og hændelsesdata fra sags- og disponeringssystemet Logis, som bruges på Akuttelefonen 1813.

Der blev i planlægningsgrundlaget for EVA opstillet en række estimer for den forventede aktivitet, hvilket er nærmere beskrevet i Bilag 1. I det følgende sammenholdes disse estimer med den faktiske aktivitet i perioden fra 2014-2022. Det bemærkes, at det ikke er muligt at lave en én-til-én sammenligning, da estimeringen i planlægningsgrundlaget ikke er i overensstemmelse med den registrering og praksis, der sker på Akuttelefonen 1813 i dag. I planlægningsgrundlaget er de estimerede antal lægelige telefonkonsultationer og hjemmebesøg opgjort som en særskilt opgavetype. I dag registreres denne opgavetype med andre former for respons fx afsluttet til egenomsorg eller henvisning til akutmodtagelse.

Aktiviteten på Akuttelefonen 1813 blev i 2013 estimeret til at være ca. 921.000 opkald om året. Når der tillægges det forventede antal opkald, som viderestilles til lægelig konsultation, er estimatet ca. 1,2 mio. opkald om året. Figur 1 viser antal besvarede opkald til Akuttelefonen 1813 i perioden 2014-2022. Opgørelsen omfatter antal initialt besvarede opkald.

## Region Hovedstaden

### Center for Sundhed og Akutberedskabet

Figur 1: Udvikling i antal besvarede opkald 2014-2022

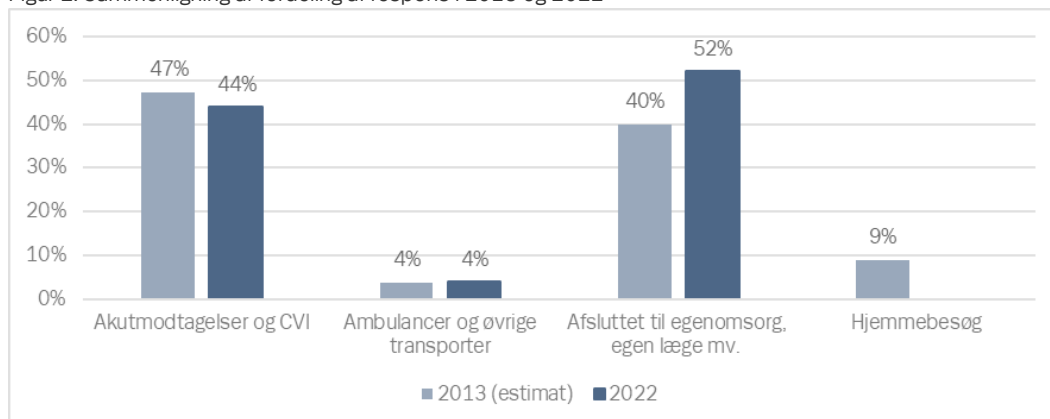


Det fremgår, at der er ca. 900.000-1.000.000 opkald årligt til Akuttelefonen 1813, og det faktiske antal besvarede opkald er således på niveau med estimatet fra 2013 på 921.000 opkald. Det bemærkes, at der er markant flere opkald i 2020 pga. COVID-19-pandemien.

I planlægningsgrundlaget fra 2013 estimeres fordelingen af opkald på forskellige responser, dvs. hvad medarbejderne på Akuttelefonen 1813 forventes at afslutte opkaldet med (fx henvisning til AMAK eller egenomsorg). I Figur 2 sammenstilles estimatet fra 2013 med den faktiske fordeling i 2022. Det ses overordnet, at en større andel (52 %) afsluttes til egenomsorg i 2022 ift. 2013 (40 %), og at en mindre andel af opkaldene afsluttes med visitation til en AMAK eller indlæggelse i 2022 (44 %) ift. 2013 (47 %). Resultaterne af sammenstilling uddybes nærmere nedenfor.

Det bemærkes, at der for 2013 er taget udgangspunkt i estimatet fratrasket antallet af viderestillinger til læge, dvs. de 921.000 opkald.

Figur 2: Sammenligning af fordeling af respons i 2013 og 2022

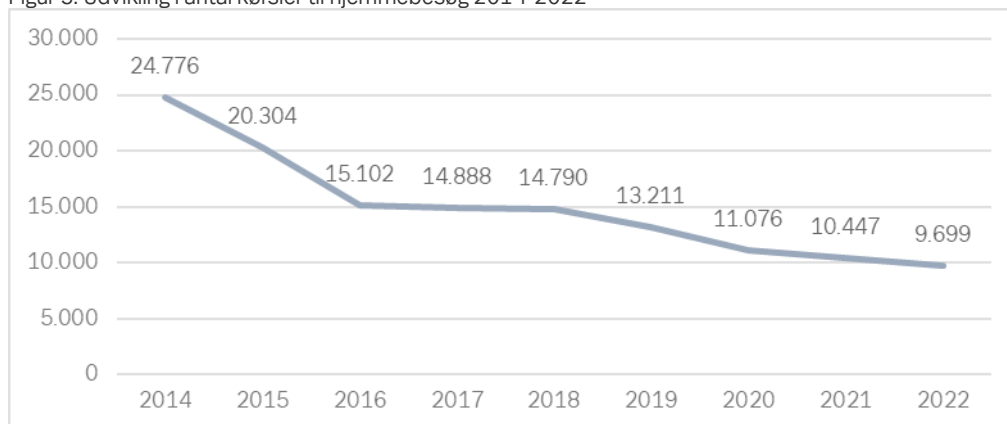


Fordelingen er angivet i procent, da det ikke er muligt at lave en sammenligning med 2013 i absolutte tal. Det skyldes bl.a., at der i dag skelnes mellem opgørelser på hhv. opkald og hændelser. Der er ikke en fuldstændig overensstemmelse mellem opkald og hændelser, da der kan være flere opkald knyttet til samme hændelse.

Nedenfor kommenteres sammenligningen for de forskellige responstyper:

- *Akutmodtagelser og CVI:* I 2013 er det estimeret, at ca. 47 % af opkaldene vil medføre en visitation til AMAK. Dette tal er i nogenlunde overensstemmelse med 2022, hvor det faktiske tal er 44 % (henvisninger til CVI er også inkluderet i tallene for 2022). Akuttelefonen 1813 visiterer dermed ikke flere borgere til AMAK i dag sammenholdt med estimatet i 2013.
- *Ambulancer og øvrige transport:* I 2013 er det estimeret, at ca. 4 % af opkaldene vil medføre rekvisition af ambulancer. Det faktiske tal for 2022 var 4 %. Her er dog også inkluderet øvrige transport fx liggende og siddende sygetransporter.
- *Afsluttet til egenomsorg, egen læge mv.:* I 2013 er det estimeret, at ca. 40 % af opkaldene vil medføre, at borgerne afsluttes til egenomsorg, henvist til egen læge mv. I 2022 er det faktiske tal 52 %. Denne kategori indeholder dog en relativ stor restkategori af responser, som ikke indgår i estimatet fra 2013, fx omstilling til politi/Giftlinjen/sundhedspleje, henvisning til tandlæge eller speciallæge, kommunale akutteams mv. Lægelig telefonkonsultation, der har medført en recept, er også indeholdt i denne kategori.
- *Hjemmebesøg:* I 2013 er det estimeret, at ca. 9 % af opkaldene vil medføre et hjemmebesøg svarende til 83.000 hjemmebesøg. I dag registreres hjemmebesøg ikke som en endelig respons, da det er lægen, der udfører hjemmebesøg, der afslutter borgeren med et respons. Derfor er hjemmebesøg i 2022-opgørelsen inkluderet i de andre responskategorier. Det kan oplyses, at langt hovedparten af hjemmebesøg afsluttes med responsen egenomsorg eller egen læge (80 %). I Figur 3 fremgår udviklingen i antallet af hjemmebesøg fra 2014–2022.

Figur 3: Udvikling i antal kørsler til hjemmebesøg 2014-2022



I figuren ses et faldende antal kørsler til hjemmebesøg siden 2014. I 2022 er der knap 10.000 hjemmebesøg med læge, hvilket er betydeligt under de ca. 83.000 årlige hjemmebesøg, der er estimeret i planlægningsgrundlaget fra 2013. I det følgende kapitel vedr. aktuelle udfordringer i akuthjælpen beskrives driftsgruppens drøftelser vedr. udviklingen i niveauet for hjemmebesøg med læge. Det bemærkes, at der i 2020 og 2021 er markant flere kørsler (over 30.000 pr. år) grundet kørsler til podning under COVID-19. Disse er frasorteret.

- *Lægelig telefonkonsultation:* I 2013 er det estimeret, at ca. 250.000 opkald viderestilles til lægelig telefonkonsultation. Dette ud fra en forudsætning for, at opkald i første omgang primært håndteres af sygeplejersker. I dag er det i praksis både sygeplejersker og læger, som håndterer opkald i første kontakt, og dermed er antallet af viderestillinger markant lavere end estimeret. I 2022 er der ca. 33.000 opkald, som er viderestillet til en læge, dvs. opkald, som i første omgang blev håndteret af en sygeplejerske, men hvor der var behov for lægefaglig vurdering.

## Behov for fælles dataoverblik

Driftsgruppen har prioriteret en ny tilgang til dataarbejdet på akutområdet. Fokus er på at gøre data operationelt, så det kan understøtte og kvalificere samarbejdet mellem Akutberedskabet og AMAK. Data for akuthjælpen har hidtil primært bestået af data aggregeret på måneds- eller årsbasis opdelt fra hhv. Logis (med fokus på 1813-data) og SundhedsPlatformen (AMAK-data). Det har været vanskeligt for både Akutberedskabet og AMAK at genfinde egen opfattelse af virkeligheden i hinandens data.

Formålet med arbejdet har været at skabe transparens i patientstrømmene, herunder at identificere afvigelser mellem patienter visiteret fra Akuttelefonen 1813 og indkomne patienter hos AMAK samt afdække årsagerne hertil. Processen for arbejdet og resultaterne er beskrevet udførligt i bilag 2.

Arbejdet har omfattet udarbejdelse af et fælles dataoverblik for hvert hospital på en hverdag og en weekenddag (onsdag den 1. februar 2023 og lørdag den 4. februar 2023). På den måde afdækkes eventuelle forskelle i patientstrømme, når almen praksis har åbent og lukket. Det fælles dataoverblik er udarbejdet på både voksen- og børneområdet.

Arbejdet er udført i tæt samarbejde mellem AMAK og Akutberedskabet. Udgangspunktet for arbejdet er data trukket af AMAK. Udtrækket er lavet for indkomne patienter registreret i SundhedsPlatformen (SP) og indeholder CPR-nummer, dato for registrering, navn på afsnit, visiteret spor, hvem der har meldt patienten, og hvordan patienten er indbragt. Udtrækket er herefter fremsendt til Akutberedskabet mhp. en sammenligning af data fra Akutberedskabets sags- og disponeringssystem (Logis). Resultaterne af arbejdet er præsenteret i "flowdiagrammer", som grafisk fremstiller patientstrømmene for hvert hospital, jf. bilag 2.

### Opsummering og læringspunkter ift. fælles dataoverblik

Overordnet er det Driftsgruppens vurdering, at arbejdet har været udbytterigt og har givet anledning til læring både i Akutberedskabet og AMAK. Det er første gang, at der er etableret et fælles datagrundlag, som begge parter er enige om, og som danner grundlag for drøftelser om udfordringer i patientstrømmene. I nedenstående opsummeres de væsentligste læringspunkter, der er fremkommet.

- Ca. 70% af patienterne på hverdagen er visiteret fra Akutberedskabet (1813 + 112), mens ca. 30% kommer fra andre kanaler, primært egen læge og selvhenvendende. For de patienter, som visiteres fra Akutberedskabet, kommer ca. 70-80% fra 1813, mens de resterende visiteres fra 112. Der visiteres færre fra 112 på børneområdet.
- Omkring 90% af patienterne på weekenddagen er visiteret fra Akutberedskabet (1813 + 112). Det betyder, at der visiteres relativt flere fra Akutberedskabet på weekenddagen end på hverdagen. For de patienter, som visiteres fra Akutberedskabet, kommer ca. 80% fra 1813. Der visiteres dermed relativt færre fra 112 på weekenddagen end hverdagen. På børneområdet er langt størstedelen visiteret fra 1813.

- Der kan være tidsforskel mellem visitation fra Akutberedskabet (registrering i Logis) til ankomst i AMAK (registrering i SP). For nogle af patienterne skyldes det naturligt, at kontakten og visitationen fra Akutberedskabet var lige op til midnat. For andre patienter skyldes det, at de først ankom til AMAK eller blev registreret ankommet ved AMAK efter relativ lang tid fra kontakten til Akutberedskabet. Dette gælder både for hverdagen og weekenddagen. Det medfører, at der ikke altid vil være overensstemmelse mellem Akutberedskabets registreringer og registreringer ved AMAK, når der ses på data på dagsbasis
- Mere end 90% af patienterne visiteret fra 1813 med respons henvist til sygdomsspor, vurderingsspor eller skadesspor bliver registreret på tilsvarende spor i AMAK. Dette gælder alle fire akutmodtagelser. Omvendt betyder det også, at ca. 10% bliver registreret på et andet spor end det, som de bliver visiteret til fra 1813. På børneområdet er det ca. 80-90% der bliver registreret på samme spor, på nær for Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, hvor det gælder mere end 90%. Det vil sige, at for de tre børne- og ungemodtagelser bliver flere patienter registreret i et andet spor end det, som de var visiteret til fra 1813 sammenlignet med niveauet for akutmodtagelserne.
- Det kan være svært ud fra SP-udtrækket at afklare, hvorfra patienterne kommer, hvis de er angivet som meldt via "Telefonvisiteret/CVI". Her har der været behov for at tjekke journaler manuelt, da patienterne kan komme fra mange kanaler. En stor gruppe er patienter meldt via egen læge. Selvom det er muligt at angive, at patienten er meldt via "Praktiserende læge", fremgår de oftest som meldt via "Telefonvisiteret/CVI", idet den praktiserende læge kontakter CVI, når en patient skal indlægges. Relativt mange patienter er også visiteret internt fra hospitalet f.eks. fra andre afdelinger til AMAK. De vil også fremgå som "Telefonvisiteret/CVI".
- SP-data er generelt mere mangelfuld på børneområdet. F.eks. fremgår næsten alle patienter ved Nordsjællands Hospital som meldt via "Telefonvisiteret/CVI", selvom de faktisk er meldt via Akuttelefonen 1813. For Amager og Hvidovre Hospital var der mange variable i udtrækket, som ikke var udfyldt.

Det fælles dataoverblik er begrænset af, at der udelukkende er udarbejdet et statistisk overblik for to konkrete dage. Særligt på børneområdet, skal data læses med forbehold for, at der i nogle kategorier er relativt få patienter.

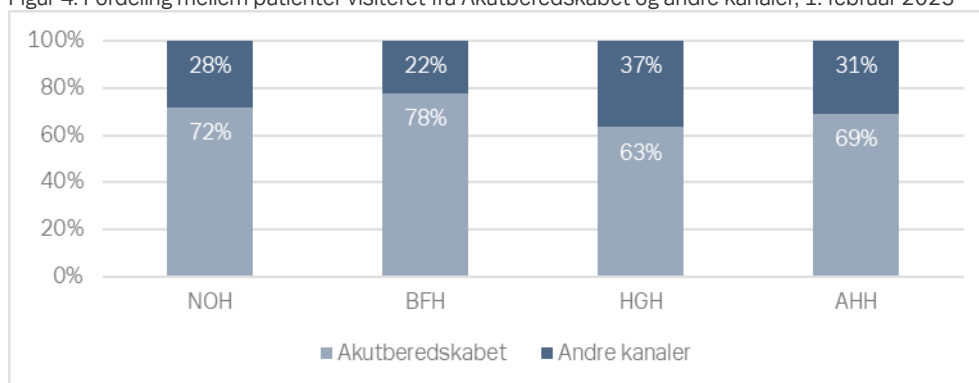
### Resultater fra det fælles dataoverblik

Dette afsnit præsenterer resultaterne opnået på baggrund af det fælles dataoverblik. Resultaterne er præsenteret i andele. For at se de absolutte tal, henvises til bilag 2.

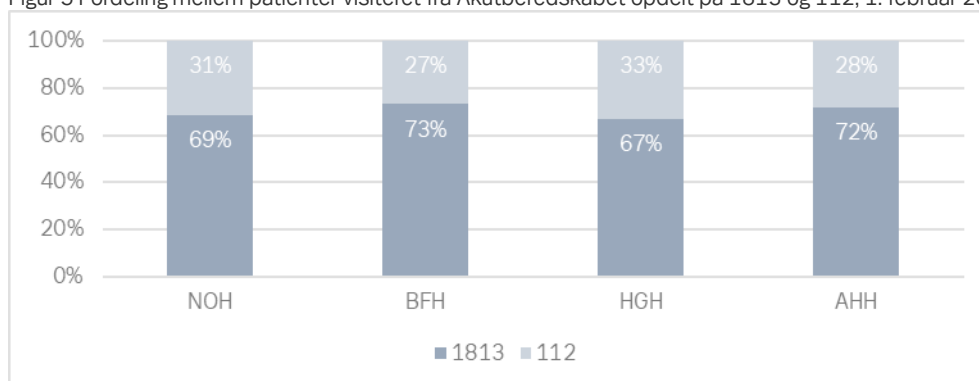
#### Visitationsmønster på akutmodtagelserne på hverdagen

Figur 4-6 viser de forskellige kanaler patienterne er visiteret fra fordelt på akutmodtagelserne for den 1. februar 2023.

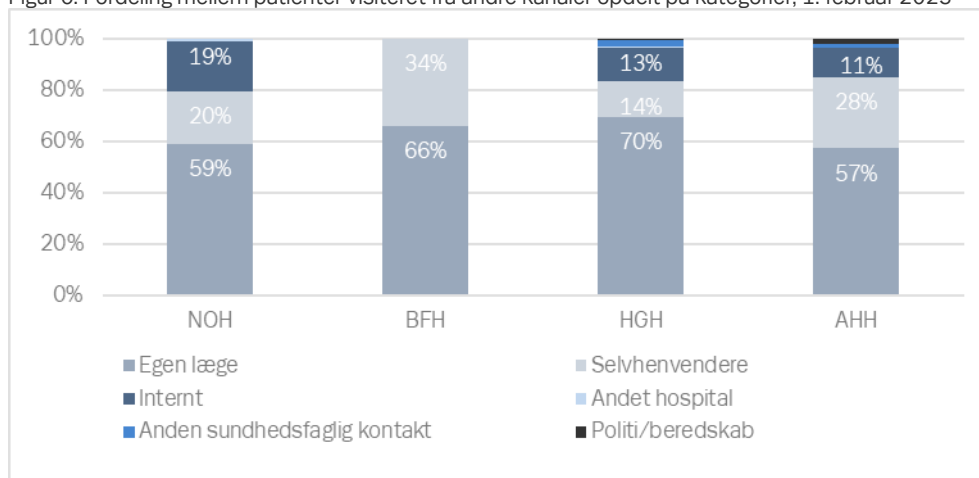
Figur 4: Fordeling mellem patienter visiteret fra Akutberedskabet og andre kanaler, 1. februar 2023



Figur 5 Fordeling mellem patienter visiteret fra Akutberedskabet opdelt på 1813 og 112, 1. februar 2023



Figur 6: Fordeling mellem patienter visiteret fra andre kanaler opdelt på kategorier, 1. februar 2023



Note: Ovenstående figurer angiver ikke andelen, hvis den er mindre end 5%. Der henvises til bilag 2 for absolutte tal.

Af ovenstående tre diagrammer fremgår det, at patientstrømmene på de fire akutmodtagelser generelt er relativt ens på hverdagen.

Omkring 70% af patienterne er visiteret fra Akutberedskabet på hverdagen. Det gælder lidt færre på Herlev og Gentofte Hospital, og lidt flere på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Ud af de patienter, der visiteres fra Akutberedskabet, er det for alle fire akutmodtagelser ca. 70%, der visiteres fra 1813 og 30%, der visiteres fra 112.

Det betyder omvendt, at omkring 30% af patienterne visiteres gennem andre kanaler end Akutberedskabet. Heraf er patienter visiteret fra egen læge den største kategori for alle fire akutmodtagelser, hvilket fremgår af figur 6 ovenfor.

Selvhendende, er den andenstørste kategori af patienter som kommer fra andre kanaler end Akutberedskabet, som det fremgår af figur 6 ovenfor. Dette er ligeledes gældende for alle fire akutmodtagelser.

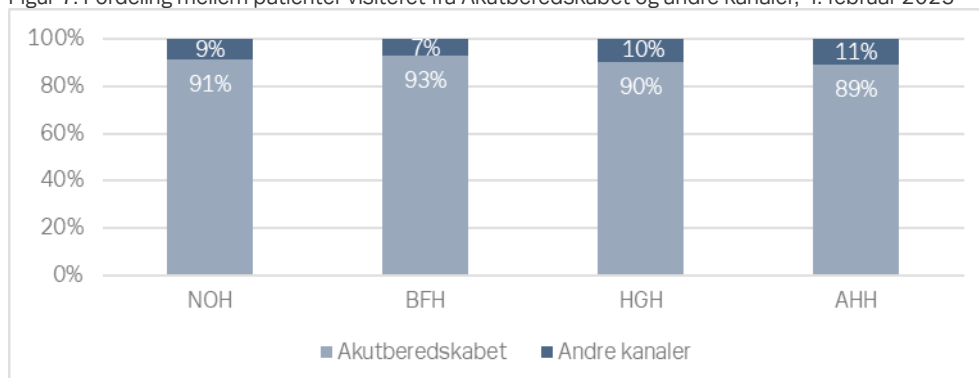
For Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Herlev og Gentofte Hospital samt for Amager og Hvidovre Hospital er den tredjestørste kategori af patienter, der visiteres gennem andre kanaler, internt fra det respektive hospital. Det kan fx omfatte overflytninger fra andre afdelinger eller genhenvendende, der efter aftale kan henvende sig direkte til afdelingen igen efter hjemsendelse uden forudgående kontakt til Akuttelefonen 1813.

#### Visitationsmønster på akutmodtagelserne på weekenddagen

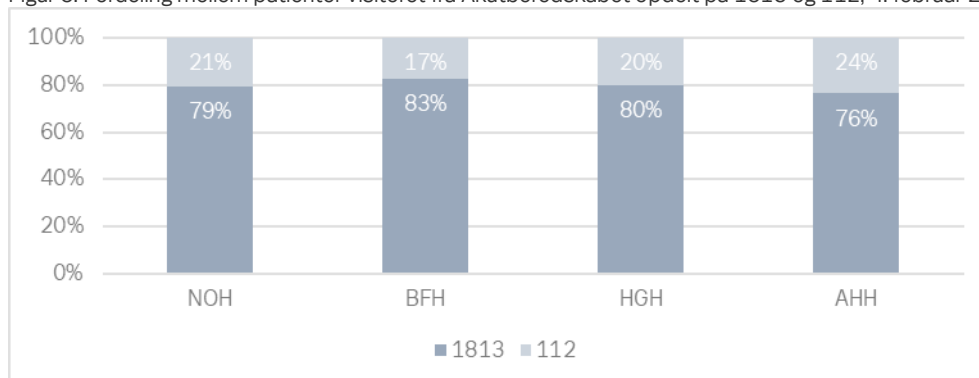
Figur 7-9 viser de forskellige kanaler, patienterne er visiteret fra fordelt på akutmodtagelserne for den 4. februar 2023.

## Region Hovedstaden Center for Sundhed og Akutberedskabet

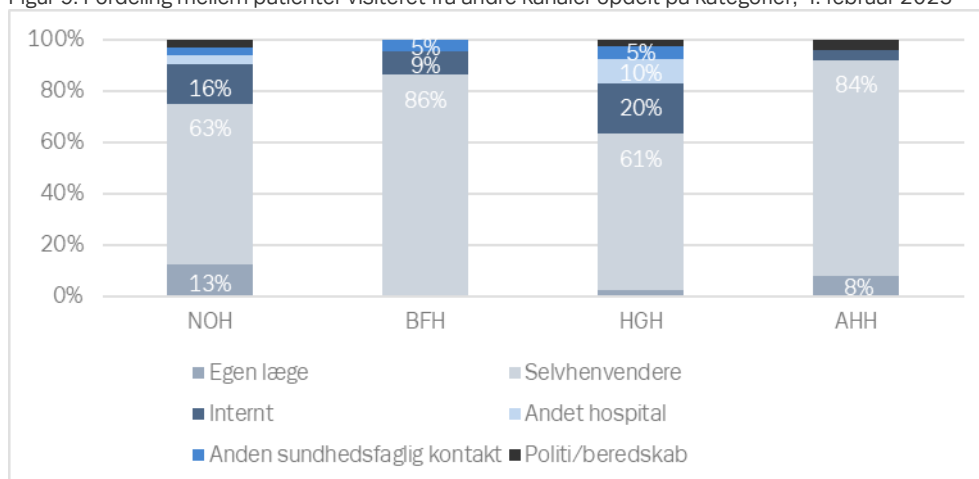
Figur 7: Fordeling mellem patienter visiteret fra Akutberedskabet og andre kanaler, 4. februar 2023



Figur 8: Fordeling mellem patienter visiteret fra Akutberedskabet opdelt på 1813 og 112, 4. februar 2023



Figur 9: Fordeling mellem patienter visiteret fra andre kanaler opdelt på kategorier, 4. februar 2023



Note: Ovenstående figurer angiver ikke andelen, hvis den er mindre end 5%. Der henvises til bilag 2 for absolutte tal.

Af ovenstående tre diagrammer fremgår det, at patientstrømmene på de fire akutmodtagelser generelt er relativt ens på weekenddagen, dog med lidt større forskelle på, hvorfra patienterne kommer, hvis de ikke er visiteret fra Akutberedskabet.

## Region Hovedstaden

### Center for Sundhed og Akutberedskabet

Omkring 90% af patienterne er visiteret fra Akutberedskabet på weekenddagen. Det betyder, at der visiteres relativt flere fra Akutberedskabet på weekenddagen end på hverdagen. Ud af de patienter, der visiteres fra Akutberedskabet, er det for alle fire modtagelser ca. 80%, der visiteres fra 1813 og 20%, der visiteres fra 112. Det betyder, at der visiteres relativt flere fra 1813 end 112 på weekenddagen end på hverdagen.

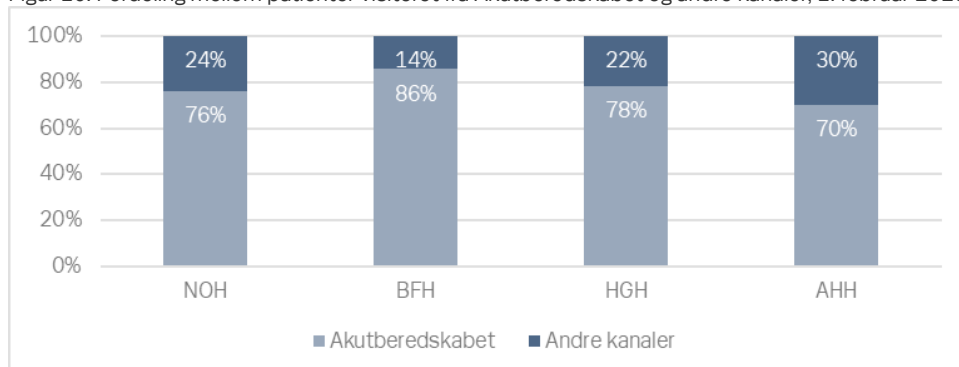
Omkring 10% af patienterne visiteres dermed gennem andre kanaler end Akutberedskabet. På weekenddagen er det selvhenvendende, som er den største kategori af patienter, der kommer fra andre kanaler end Akutberedskabet, hvilket fremgår af figur 9 ovenfor.

Herefter varierer det en smule mellem akutmodtagelserne, hvorfra patienterne kommer fra. Men igen ses det, at flere af patienterne er visiteret internt fra hospitalet.

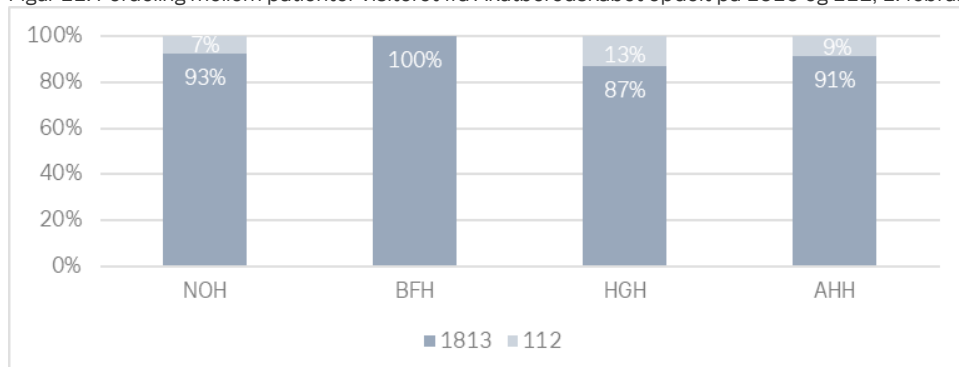
#### Visitationsmønster på børne- og ungemedtagelserne på hverdagen

Figur 10-12 viser de forskellige kanaler, patienterne er visiteret fra fordelt på børne- og ungemedtagelser for den 1. februar 2023. Det bemærkes, at for Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er der tale om børnesygdomssporet (børn under 12 år på BBH-matriklen), idet de ikke har en særskilt børne- og ungemedtagelse.

Figur 10: Fordeling mellem patienter visiteret fra Akutberedskabet og andre kanaler, 1. februar 2023



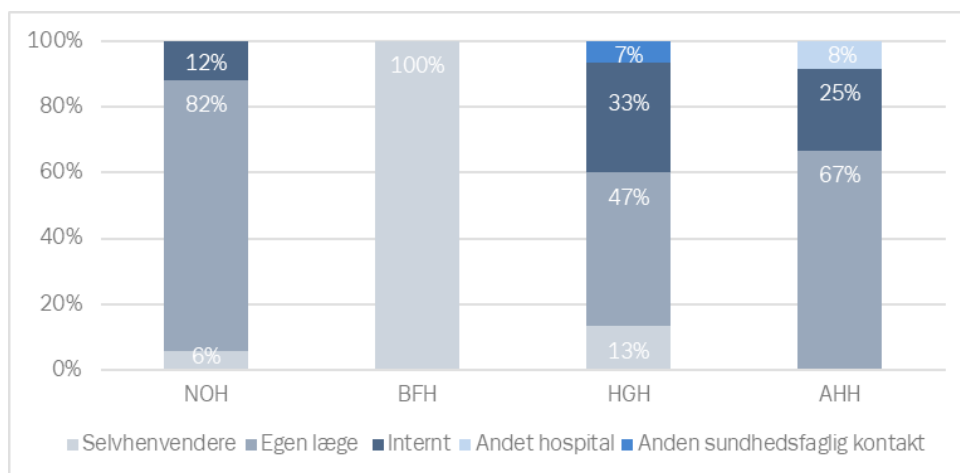
Figur 11: Fordeling mellem patienter visiteret fra Akutberedskabet opdelt på 1813 og 112, 1. februar 2023



Figur 12: Fordeling mellem patienter visiteret fra andre kanaler opdelt på kategorier, 1. februar 2023

## Region Hovedstaden

### Center for Sundhed og Akutberedskabet



Note: Ovenstående figurer angiver ikke andelen, hvis den er mindre end 5%. Der henvises til bilag 2 for absolutte tal.

Af ovenstående tre diagrammer fremgår det, at patientstrømmene på de tre børne- og ungemedtagelser samt Bispebjerg og Frederiksberg Hospital generelt er relativt ens på hverdagen.

Ca. 70-80% af patienterne er visiteret fra Akutberedskabet på hverdagen. Det gælder lidt færre på Amager og Hvidovre Hospital, og lidt flere på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Ud af de patienter, der visiteres fra Akutberedskabet, visiteres størstedelen fra 1813. For Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er det alle patienter.

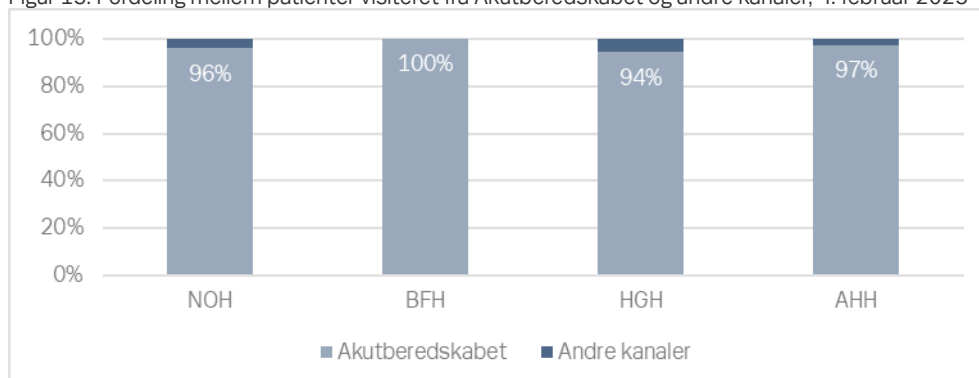
Det betyder omvendt, at omkring 20-30% af patienterne visiteres gennem andre kanaler end Akutberedskabet. Andelen, der kommer fra andre kanaler, er således nogenlunde den samme som for akutmodtagelserne. Dog er der mindre variation i, hvorfra disse patienter kommer. For Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er de resterende patienter alle selvhenvendende. For de andre børne- og ungemedtagelser visiteres en større andel fra egen læge. Derudover er der også en andel af patienterne, som er visiteret internt fra hospitalet.

#### Visitationsmønster på børne- og ungemedtagelserne på weekenddagen

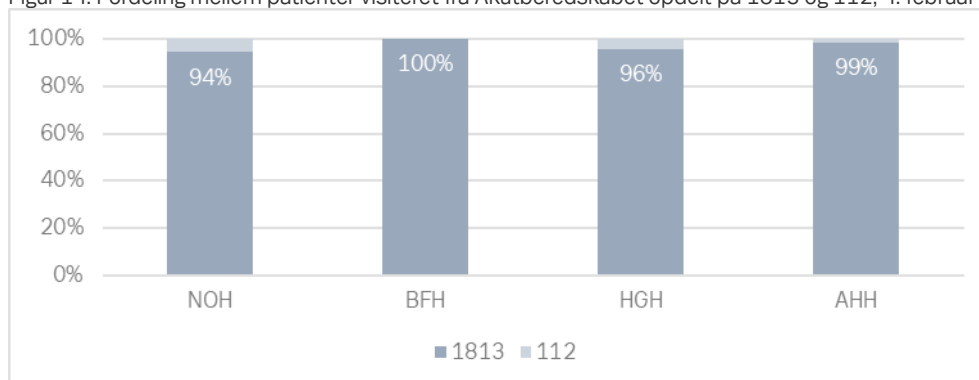
Figur 13-15 viser de forskellige kanaler patienterne er visiteret fra fordelt på børne- og ungemedtagelserne for den 4. februar 2023.

## Region Hovedstaden Center for Sundhed og Akutberedskabet

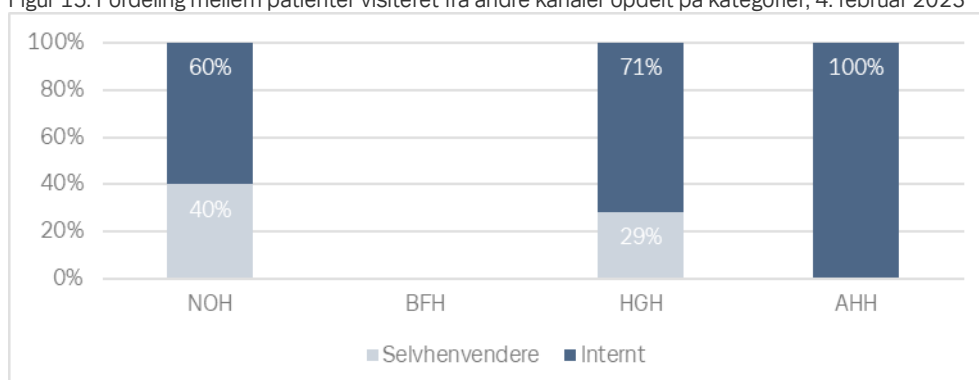
Figur 13: Fordeling mellem patienter visiteret fra Akutberedskabet og andre kanaler, 4. februar 2023



Figur 14: Fordeling mellem patienter visiteret fra Akutberedskabet opdelt på 1813 og 112, 4. februar 2023



Figur 15: Fordeling mellem patienter visiteret fra andre kanaler opdelt på kategorier, 4. februar 2023



Note: Ovenstående figurer angiver ikke andelen, hvis den er mindre end 5%. Der henvises til bilag 2 for absolutte tal.

Af ovenstående tre diagrammer fremgår det, at patientstrømmene på de tre børne- og ungemodtagelser samt Bispebjerg og Frederiksberg Hospital også er relativt ens på weekenddagen.

Størstedelen af patienterne er visiteret fra Akutberedskabet på weekenddagen. For Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er det alle patienter. Ud af de patienter, der visiteres fra

**Region Hovedstaden**  
**Center for Sundhed og Akutberedskabet**

Akutberedskabet, visiteres størstedelen fra 1813. For Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er det alle patienter.

Det betyder omvendt, at kun få af patienterne visiteres gennem andre kanaler end Akutberedskabet. For de tre børne- og ungemedtagelser er den største kategori patienter, som visiteres internt fra hospitalet, mens den anden kategori er selvhenvendende.

## Kerneopgaven for akuthjælpen i Region Hovedstaden

Den akutte sundhedsindsats ændrer sig i takt med samfundet generelt og er påvirket af rekrutteringsudfordringer, den demografiske udvikling, ændrede sygdomsmønstre, patienternes forventninger mv. Det er derfor relevant løbende at genbesøge kerneopgaven for sundhedstilbud ift. det aktuelle udfordringsbillede.

Taskforcen for Akuttelefonen 1813 har anbefalet at skærpe kerneopgaven på Akuttelefonen 1813. Baggrunden er, at Akuttelefonen 1813 oprindeligt er tænkt som en supplerende rådgivningstelefon til den tidligere lægevagt. Det har bidraget til forventninger om et højt serviceniveau, der er urealistisk i forhold til de rammer og ressourcer, der er tilgængelige i dag. I efteråret 2022 er der givet politisk opbakning til en skærpelse af kerneopgaven, der skal sætte fokus på, hvilke tilbud Akuttelefonen 1813 skal levere. Målsætningen er, at alle borgere, der ringer til Akuttelefonen 1813, skal behandles respektfuldt og mødes med forståelse for deres bekymringer, men samtidig skal medarbejdernes tid anvendes der, hvor behovene er størst – ligesom det sker i den øvrige del af sundhedsvæsenet.

Driftsgruppen vurderer, at det er relevant med en lignende forventningsafstemning ift. den samlede akuthjælp. Et klart fokus på den opgave, der skal løses, vurderes at understøtte ledere og frontmedarbejderes arbejde ift. de prioriteringer, de står med i det daglige arbejde. Samtidig vil en skærpelse af kerneopgaven for den samlede akuthjælp bidrage yderligere til cementeringen af det igangværende arbejde på Akuttelefonen 1813 som gatekeeper for den samlede akuthjælp i vagttid.

I forlængelse af ovenstående har Driftsgruppen formuleret akuthjælpens kerneopgave:

*Den akutte indsats i Region Hovedstaden giver borgere med akut opstået sygdom eller skade adgang til sundhedsfaglig vurdering af deres behov. Fokus er, at kun borgere med akut behov for at blive tilset samme dag, visiteres til akutmodtagelser/akutklinikker eller hjemmebesøg enten via regionalt eller kommunalt tilbud. Øvrige borgere skal tilbydes relevante alternativer fx råd om egenomsorg eller kontakt til egen læge.*

## Udfordringer i den nuværende akuthjælp

I dette kapitel præsenteres de udfordringer, Driftsgruppen har identificeret i regionens nuværende akuthjælp. Det skitserede udfordringsbillede vil indgå i den kommende analyse, der skal præsentere scenarier for de fremtidige akutmodtagelser i regionen med særligt fokus på organiseringen af de fælles akutmodtagelser, herunder sikring af tilstrækkelig bemanning og den fornødne kapacitet, særligt i aftentimerne og i spidsbelastningsperioder.

### **Mangel på fælles dataoverblik og gensidig forståelse for patientflowet**

For at forbedre samspillet mellem Akuttelefonen 1813 og AMAK samt identificere potentialer for bedre patientforløb, har Driftsgruppen prioriteret at styrke den fælles forståelse af patientflowet med afsæt i et fælles dataoverblik. Udfordringerne i forståelsen har bl.a. ligget i brugen af forskellige it-systemer samt forskellig organisering og registreringspraksis på tværs.

### **Kompleks visitationsguide på Akuttelefonen 1813**

Den nuværende visitationsguide er udviklet ifm. overgangen til EVA for ca. 10 år siden, og der er derfor potentiale i at genbesøge og revurdere guiden. Driftsgruppen har vurderet, at den nuværende visitationsguide ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter de sundhedsfaglige visitatorer i kerneopgaven – dvs. den indledende vurdering af den akutte problemstilling, herunder om der er behov for visitation til AMAK eller andet relevant tilbud.

Det er Driftsgruppens vurdering, at et revideret visitationskoncept med større inddragelse af viden fra akutmodtagelserne vil styrke kvaliteten af visitationen, så færre patienter visiteres uhensigtsmæssigt. Det vil også understøtte arbejdet med at robustgøre akutmodtagelserne og sikre, at det i højere grad er de rette patienter, der kommer ind på akutmodtagelserne. Driftsgruppen ønsker derfor, at det fælles visitationskoncept udvikles i fællesskab mellem AMAK og Akutberedskabet og samtidig understøtter en tættere kobling mellem den telefoniske visitation og den fysiske modtagelse af patienter i akuthjælpen.

Et kommende arbejde med et nyt fælles visitationskoncept kan inddrage resultater fra den audit, der er under udarbejdelse i regi af SFR Præhospitalet og Akutmodtagelse. Auditten har til formål at analysere og vurdere konkrete patientforløb og afklare hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige henvisninger, sammenhæng mellem tidspunkt på døgnet, ugedag og speciale, samt om henvisningen er foretaget af læge eller sygeplejerske.

### **Kapacitetsudnyttelse af behandlerspor**

Driftsgruppen har drøftet ressourceudnyttelsen i hhv. behandlerspor-sygdom og behandlerspor-skade. Det er vurderingen, at der er akutklinikker i yderområderne, hvor kapaciteten ikke udnyttes fuldt ud, og Driftsgruppen ønsker på den baggrund at sætte fokus på, hvordan kapaciteten på tværs af matriklerne i planområderne udnyttes bedst muligt. Driftsgruppen er samtidig opmærksom på det politiske ønske om at understøtte den nære adgang til akuttilbud i planområderne. Dertil ønsket om at bevare den i dag gældende hospitalsplansorganisering, herunder akutklinikkerne og de tilhørende funktioner, jf. Hospitalsplanen for 2025 samt konstitueringsaftalen for 2022–2025.

Driftsgruppen har også drøftet SP-data for aktiviteten i de forskellige spor. Der er dog behov for et valideringsarbejde, før data kan give et overblik samt danne grundlag for endelige konklusioner om kapacitetsudnyttelsen. Et overblik over kapacitetsudnyttelsen vil optimere hospitalernes planlægning og vise, om udnyttelsen af de forskellige spor kan optimeres. Det kan fx være via justeret åbningstid og/eller lukning af spor i perioder, hvor der samtidig sikres, at patienterne fortsat tilbydes et nært tilbud i planområdet. Dertil har det være drøftet om den nuværende planlægning med 5 tider pr. time i behandlersporene, kan gøres mere nuanceret, da der i dag ikke tages højde for pauseafholdelse, evt. forsinkelser grundet patienter med komplekse problemstillinger mv.

#### **Samspil med øvrige aktører i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen**

Driftsgruppen har derudover drøftet faldet i antallet af hjemmebesøg med læge fra Akuttelefonen 1813, herunder mulige afledte konsekvenser for unødige kontakter i AMAK, ambulancekørsler mv. Det vurderes at være relevant at undersøge dette nærmere. Samtidig er der opbygget udkørende funktioner i kommunerne og på hospitalerne.

Driftsgruppen har i forlængelse heraf drøftet behovet for at se nærmere på, hvordan den regionale akuthjælp tilpasses, så det nære og sammenhængende sundhedsvæsen understøttes bedst muligt fx i form af forebyggelse af unødige indlæggelser blandt ældre, understøttelse af kommunale akutteams, samt hvordan samarbejdet med de praktiserende læger kan styrkes. Disse drøftelser kan spille ind i den forestående akutanalyse.

## Konklusion og perspektiver for det videre arbejde

Der har i dette arbejde været fokus på at etablere et grundlag for et styrket samarbejde og bedre samspil på tværs af Akuttelefonen 1813 og AMAK. Dette i kølvandet på nogle turbulente år, hvor først COVID-19 efterfulgt af Taskforce for både 1-1-2 og Akuttelefonen 1813 har fyldt meget. Der har derfor været behov for at konsolidere det tværgående samarbejde i regi af Driftsgruppen, hvor mødekadencen i årene før 2023 har været sporadisk.

Driftsgruppen har i forlængelse af dette arbejde etableret et delt formandskab for Driftsgrupperne for voksen- og børneområdet mhp. at sikre et mere ligeværdigt driftsforum. Derudover har Driftsgruppen påbegyndt et analysearbejde med udviklingen af et fælles dataoverblik mhp. en bedre gensidig forståelse af arbejdsgange og patientflow. Endvidere har Driftsgruppen tidligt i forløbet ønsket en indledende deskriptiv analyse med baggrunden for det nuværende akutsystem samt en status på, hvor akutsystemet står i dag ca. 10 år efter etableringen. Afrapporteringen inkl. de vedlagte bilag tager udgangspunkt heri.

Afrapporteringen fokuserer samtidig på de udfordringer, som Driftsgruppen har drøftet, fx det manglende fælles dataoverblik samt behovet for et nyt fælles visitationskoncept.

### Den videre proces

Der kan med udgangspunkt i de skitserede udfordringer arbejdes videre med etableringen af et fælles visitationskoncept. Det skal drøftes, hvordan arbejdet skal organiseres, samt hvordan der sikres finansiering hertil. Det vil være vigtigt at både Akutberedskabet og akutmodtagelserne indgår i arbejdet.

Nærværende analyse er afgrænset til samspillet mellem Akuttelefonen 1813 og akutmodtagelser og -klinikker, herunder initiativer, der kan styrke samarbejdet.

Akutområdet skal ses samlet, og det er derfor hensigtsmæssigt at resultaterne og drøftelserne fra dette arbejde indtænkes i den forestående akutanalyse. Akutanalysen tager afsæt i visionen for akutområdet i regionen, og vil have særligt fokus på de fælles akutmodtagelser. Overordnet set er formålet med analysen at komme med forslag til ændringer og udviklingsinitiativer, der kan medvirke til at robustgøre og forbedre organiseringen og opgavevaretagelsen i akutmodtagelser og -klinikker i Region Hovedstaden.

Akutanalysen er besluttet af hospitalsdirektørkredsen og skal ses i sammenhæng med nærværende analyse.