Analyse af organisering af akutte behandlingstilbud

Sundhedsudvalget den 31. oktober 2018

Forretningsudvalget og regionsrådet den 13. og 20. november 2018

REGION H

Indhold

Analysen af organisering af akutte behandlingstilbud er inddelt i følgende afsnit:

1. Nuværende organisering af akutte behandlingstilbud
2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger
3. Patientsammensætning og bopæl
4. Planlægningsområde Byen – patientsammensætning og bopæl
5. Planlægningsområde Midt – patientsammensætning og bopæl
6. Planlægningsområde Nord – patientsammensætning og bopæl
7. Planlægningsområde Syd – patientsammensætning og bopæl
8. Transportafstande
9. Viderehenvisninger / overflytninger fra akutklinikker til akuthospitaler
10. Patienttilfredshed og ventetid på akutklinikker og akutmodtagelser
11. Sengekapacitet og sengebehov
12. Belægning på medicinske afdelinger
13. Muligheder for ændret arbejdsdeling mellem akutklinikker og akutmodtagelser
14. Samarbejde med kommuner og praktiserende læger
15. Opsummering af analyseresultater

1. Nuværende organisering I

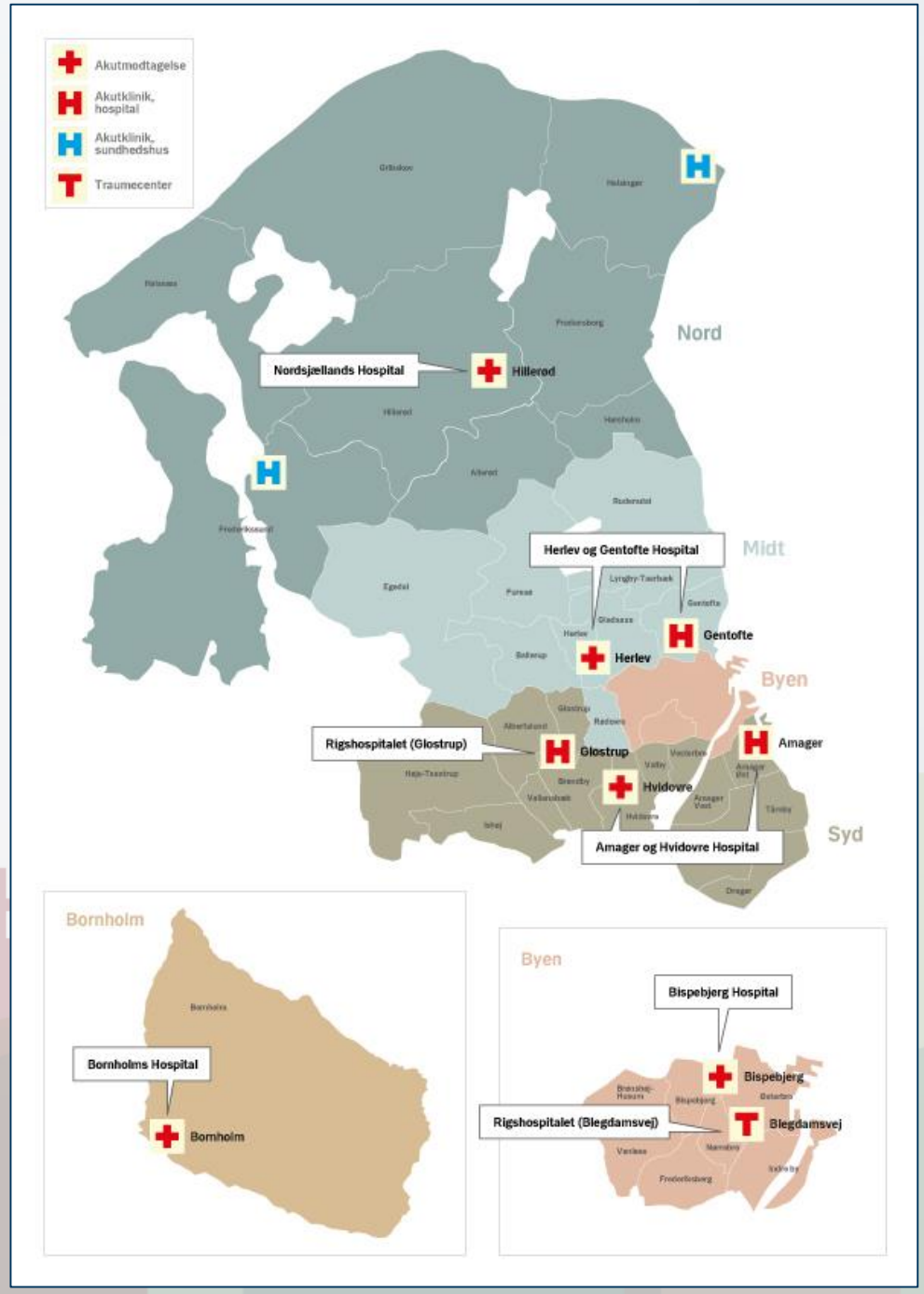
De tre niveauer i den akutte indsats

- På hospitalerne foregår den akutte indsats i dag på tre niveauer, alt efter hvilket behov den enkelte patient har: Traumecenter, akutmodtagelse og akutklinik.
- Regionens **traumecenter** ligger på Rigshospitalet og er en specialiseret akutmodtagelse. Her modtages svært tilskadekomne patienter samt kritisk syge patienter, som kræver speciel indsats og samarbejde med mange diagnostiske og kliniske specialer på højt specialiseret niveau.
- Regionens **akutmodtagelser** er placeret på akuthospitalerne. Her kan modtages alle akut syge eller tilskadekomne patienter.
- Regionen har i dag seks **akutklinikker**. Akutklinikkerne er enten placeret på hospitalsmatrikel med medicinsk sengeafdeling og deraf mulighed for indlæggelse eller i sundhedshus uden mulighed for indlæggelse.
    - Akutklinikker i tilknytning til sundhedshus kan alene modtage patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor), dvs. sygdom der i dagtid varetages af praktiserende læger.
    - På akutklinikker med mulighed for indlæggelse modtages endvidere akut syge intern medicinske patienter, dog visiteres til akutmodtagelse hvis der kan være tale om mere alvorlig sygdom. Der er forskel på hvilke medicinske patienter, der kan visiteres til de enkelte akutklinikker, da der er forskel på hvilke specialer, der er til stede på matriklerne.

1. Nuværende organisering II

Den gældende hospitalsplan

- Af kortet fremgår organiseringen af den akutte modtagelse af patienter som besluttet i henhold til den gældende hospitalsplan.
- Der er en **akutmodtagelse** i hvert planområde samt på Bornholm. Der er således akutmodtagelse på matriklerne Bispebjerg, Bornholm, Herlev, Hillerød og Hvidovre.
- Der er i dag **akutklinik** med mulighed for indlæggelse på matriklerne Amager, Frederiksberg, Frederikssund, Gentofte og Glostrup samt akutklinik i Sundhedshuset i Helsingør uden mulighed for indlæggelse.
- Når Nyt Nordsjællands Hospital er klar, er det besluttet at samle aktiviteten fra Hillerød- og Frederikssund-matriklerne og der etableres et sundhedshus med akutklinik i Frederikssund. Der vil således ikke længere være mulighed for indlæggelse i Frederikssund.
- Når nybyggeriet på Bispebjerg Bakke er klar, er det besluttet at samle aktiviteten fra Frederiksberg- og Bispebjerg-matriklerne og at lukke akutklinikken på Frederiksberg. Med budget 2019 er det besluttet af fremrykke indflytningen af de medicinske senge fra Frederiksberg-matriklen, og fra 2019 vil der således ikke længere være mulighed for indlæggelse på akutklinikken på Frederiksberg.

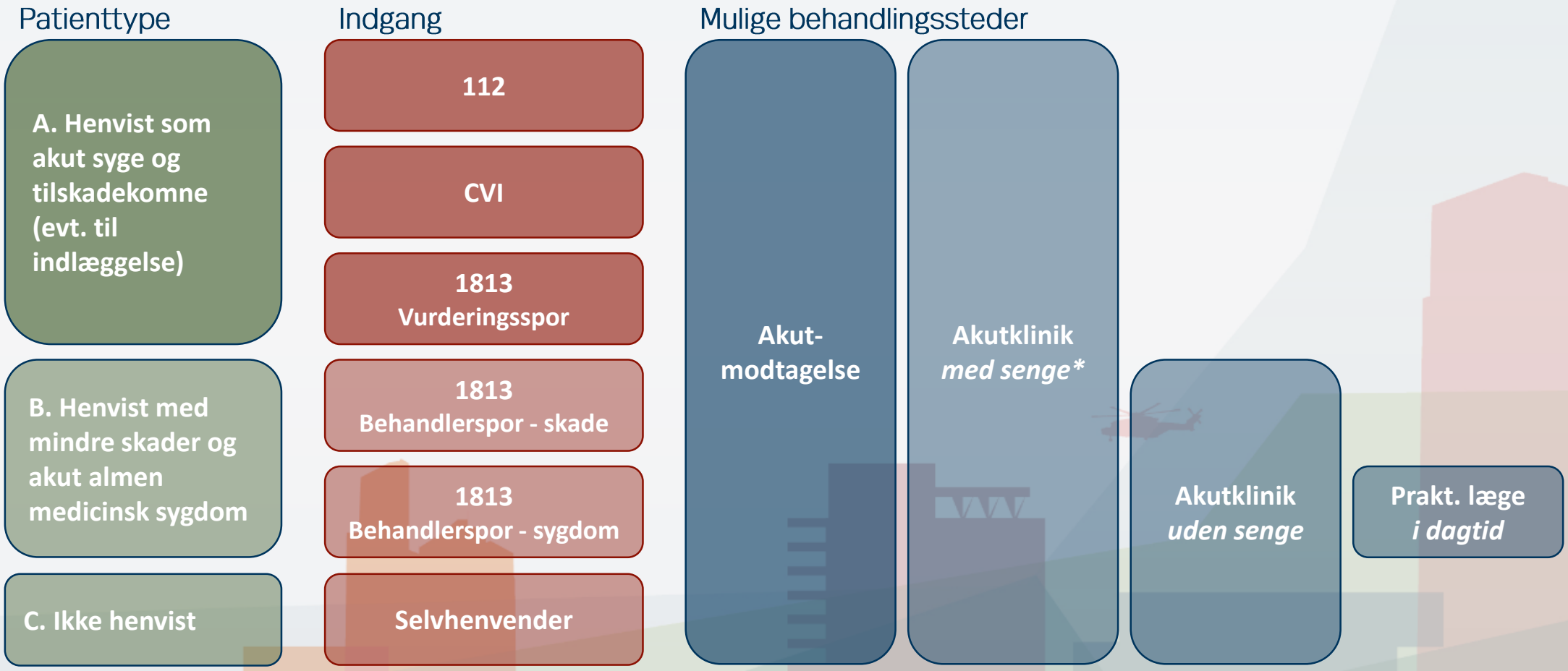


1. Nuværende organisering III

Visitation af akutte patienter

- Hovedparten af patienterne henvises til regionens akutklinikker og akutmodtagelser via Akuttelefonen 1813. Akuttelefonen henviser patienterne til henholdsvis behandlerspor, vurderingsspor og indlæggelse.
  - Vurderingsspor: Patienter henvises til vurderingsspor, hvis personalet på Akuttelefonen 1813 skønner, at der er behov for en hurtig vurdering af behandlingsbehov.
  - Behandlerspor - skade: Patienter med mindre skader henvises til behandlerspor – skade.
  - Behandlerspor - sygdom: Patienter med akut almen medicinsk sygdom, som i dagtid varetages af praktiserende læger, henvises til behandlerspor – sygdom.
- Herudover modtager akutklinikker og akutmodtagelser:
  - Patienter der henvises til indlæggelse af praktiserende læge /praktiserende speciallæge via de centrale visitationsenheder (CVI).
  - Patienter der bringes ind efter kontakt med regionens vagtcentral (opkald til 112).
  - Patienter der viderehenvises / overflyttes fra anden akutklinik / akutmodtagelse.
  - Selvhenvendere, dvs. borgere der møder op uden forudgående aftale.
- Selvhenvendere udgør omkring 20 pct. af de patienter, som behandles på regionens akutklinikker og akutmodtagelser. Andelen af selvhenvendere kan formentlig ikke reduceres væsentligt. Den største andel af selvhenvenderne hører til i behandlersporene, men der er også selvhenvendere, der møder op med mere alvorlig skade eller sygdom.
- Akut behandling af medicinsk sygdom hos børn under 12 år er samlet i et børnespor i akutmodtagelserne. Børn under 12 år med mindre skader behandles både på akutmodtagelser og akutklinikker.

1. Nuværende organisering IV



Anmærkning: Akut behandling af medicinsk sygdom hos børn under 12 år er samlet i et børnespor i akutmodtagelserne. Børn under 12 år med mindre skader behandles både på akutmodtagelser og akutklinikker.
(*) En del af de akut syge og tilskadekomne patienter, som kommer ind via 112 / CVI / 1813 – Vurderingsspor kan behandles på en akutklinik med mulighed for indlæggelse. Patienter, hvor der kan være tale om mere alvorlig sygdom eller tilskadekomst, visiteres til en akutmodtagelse.

2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger I

Sundhedsstyrelsens anbefalinger 2007

- Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 rapporten "Styrket akutberedskab – et planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen".
- Sundhedsstyrelsens anbefaler i rapporten, at det tilstræbes, at alle akutte patienter modtages via akutmodtagelserne. Visiterede intern medicinske patienter kan ifølge Sundhedsstyrelsen modtages på hospitaler uden akutmodtagelse, såfremt modtagelse via en akutmodtagelse ikke er muligt.
    - I Region Hovedstaden vil vi ifølge den gældende hospitalsplan på sigt modtage intern visiterede medicinske patienterne uden om akutmodtagelserne på følgende matrikler: Amager, Gentofte og Glostrup.
- Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at der – hvor særlige behov som store afstande eller lignende – kan oprettes nære tilbud, hvor patienter med mindre og ukomplicerede skader kan behandles. Endvidere kan patienter med akut almen medicinsk sygdom i vagttid modtages uden om akutmodtagelserne, dvs. patienter som i dagtid modtages hos de praktiserende læger.
    - I Region Hovedstaden vil vi ifølge den gældende hospitalsplan på sigt modtage patienter med mindre og ukomplicerede skader og patienter med akut almen medicinsk sygdom uden om akutmodtagelserne på følgende matrikler: Amager, Sundhedshuset i Frederikssund, Gentofte, Glostrup og Sundhedshuset i Helsingør.

2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger II

Nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen primo 2019

- Sundhedsstyrelsens udgiver efter planen nye anbefalinger for akutområdet primo 2019. I det foreløbige udkast er der ikke slækket på anbefalingerne i forhold til ovenstående. Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger forventes sendt i høring ultimo november 2018.

Sundhedsstyrelsen kan ikke stille krav på hovedfunktionsniveau

- Etablering og organisering af akutmodtagelser og akutklinikker er et regionalt ansvar og bør beskrives i regionens hospitalsplan / sundhedsplan. Forud for regionsrådets behandling af forslag til ny hospitalsplan / sundhedsplan (eller væsentlige ændringer i eksisterende plan), skal regionsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning, jf. Sundhedslovens §206.
- Sundhedsstyrelsen kan alene *rådgive* om varetagelsen af hovedfunktioner på hospitalerne, herunder om organisering af akutmodtagelser og akutklinikker. Sundhedsstyrelsen kan *ikke stille krav* til varetagelse af hovedfunktioner. Ved afvigelse fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger må regionen dog forvente at skulle redegøre for hvorfor, der afviges, og hvordan den faglige kvalitet så kan sikres.

Implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger skærpet i økonomiaftalen 2015

- Det indgik i aftalen om regionernes økonomi for 2015, at regionerne forpligtigede sig til at implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 i det omfang, de endnu ikke var implementeret.

3. Patientsammensætning og bopæl I

Hvad viser data

- På de følgende sider præsenteres data for hver af regionens fire planlægningsområder.
- Der præsenteres data for, hvordan patientsammensætningen er på de enkelte akutmodtagelser og akutklinikker, dvs. hvad patienterne er henvist med. Opgørelserne giver et billede af hvem de typiske patienter er på regionens akutklinikker og akutmodtagelser, og hvor mange patienter eventuelle ændringer i organiseringen af den akutte behandling vil få betydning for.
- Herudover præsenteres data for i hvilke kommuner patienterne fra de enkelte akutklinikker og akutmodtagelser har bopæl. Data viser, hvor stor en andel af patienterne, der kommer fra akutklinikkens / akutmodtagelsens nærområde. Dette giver et overordnet billede af, hvor mange patienter, der vil skulle rejse længere, hvis de visiteres til en anden akutklinik / akutmodtagelse.
    - For akutklinikkerne er der set på bopæl for alle patienter behandlet på akutklinikkerne.
    - For akutmodtagelserne er der alene set på bopæl for patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor) ud fra en betragtning om, at det som udgangspunkt vil være disse patienter, der kan behandles på en akutklinik ved en eventuel omorganisering.

3. Patientsammensætning og bopæl II

Metode

- Data er fra 2017 og stammer fra Landspatientregisteret og data fra Akutberedskabet. Data om akutte indlæggelser er af tekniske årsager opgjort af de enkelte hospitaler.
    - Der er både medtaget indlæggelser, som i dag finder sted via akutklinikkerne / akutmodtagelserne og indlæggelser, som forventes at finde sted via akutmodtagelserne, når nybyggerierne tages i brug. Med de nuværende fysiske rammer på akuthospitalerne, er det ikke muligt at modtage alle akutte patienter gennem akutmodtagelserne.
- Data er opgjort med henblik på at give et overordnet billede. Der er mindre unøjagtigheder i de opgjorte data, men det vurderes ikke at have betydning for det samlede billede. Data er på den baggrund afrundet til hele 1.000 og hele 100.
- Der er medtaget data for alle regionens akutklinikker og akutmodtagelser (fysisk sygdom) med undtagelse af Bornholm, hvor der grundet den geografiske placering ikke er mulighed for at ændre grundlæggende i organiseringen. Der er ikke medtaget data for de psykiatriske modtagelser og børnemodtagelserne. Børn henvist med mindre skader indgår i data, da de behandles i akutklinikker / akutmodtagelser.
- Kategorien "C. Ikke henvist" består af de patienter, hvor det ikke ud fra data har været muligt at fastslå, hvordan de er henvist. Opgørelserne viser formentlig lidt flere selvhenvendere, end der i virkeligheden er.
- Der er ikke vist bopælsdata for de kommuner, hvor mindre end to procent af akutklinikkens / akutmodtagelsens patienter kommer fra. De kommuner, hvor mere end ti procent af akutklinikkens / akutmodtagelsens patienter kommer fra, er illustreret med en mørkere rød farve.

4. Planlægningsområde Byen

Patientsammensætning

	Akutmodtagelse Bispebjerg	Akutklinik *med senge* Frederiksberg	
A. Henvist som akut syge og tilskadekomne (evt. til indlæggelse)	41.000	9.000	49.000
B. Henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom	39.000	19.000	58.000
C. Ikke henvist	17.000	5.000	22.000
	96.000	32.000	

Datakilde: Landspatientregisteret og data fra Akutberedskabet suppleret med data for indlæggelser opgjort af hospitalerne, 2017.
Anmærkninger: Opgjort som antal unikke kontakter. Data er afrundet til hele 1.000, da der er mindre unøjagtigheder i de opgjorte data. Kategorien "C. Ikke henvist" består af patienter, hvor det ikke ud fra data er muligt at fastslå, hvordan de er henvist. Hovedparten skønnes at være selvhenvendere.

4. Bispebjerg Akutmodtagelse

Bopæl for patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
København	28.400	73 %
Frederiksberg	3.700	9 %
Gentofte	1.400	4 %
Øvrige / udland	5.600	14 %

Datakilde: Landspatientregisteret, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

4. Frederiksberg Akutklinik

Bopæl for alle patienter

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
København	16.100	50 %
Frederiksberg	13.000	40 %
Øvrige / udland	3.300	10 %

Datakilde: Landspatientregisteret suppleret med data for indlæggelser opgjort af hospitalerne, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

Anmærkning: Frederiksberg Akutklinik er ikke tegnet ind, da kortet viser organisering i henhold til gældende hospitalsplan.

5. Planlægningsområde Midt

Patientsammensætning

	Akutmodtagelse Herlev	Akutklinik *med senge* Gentofte	
A. Henvist som akut syge og tilskadekomne (evt. til indlæggelse)	35.000	11.000	46.000
B. Henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom	38.000	24.000	63.000
C. Ikke henvist	22.000	11.000	33.000
	95.000	47.000	

Datakilde: Landspatientregisteret og data fra Akutberedskabet suppleret med data for indlæggelser opgjort af hospitalerne, 2017.
Anmærkninger: Opgjort som antal unikke kontakter. Data er afrundet til hele 1.000, da der er mindre unøjagtigheder i de opgjorte data. Kategorien "C. Ikke henvist" består af patienter, hvor det ikke ud fra data er muligt at fastslå, hvordan de er henvist. Hovedparten skønnes at være selvhenvendere.

5. Herlev Akutmodtagelse

Bopæl for patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
Gladsaxe	6.600	17 %
København	5.300	14 %
Ballerup	4.700	12 %
Herlev	4.300	11 %
Furesø	3.000	8 %
Lyngby-Taarbæk	2.200	6 %
Rødovre	2.000	5 %
Egedal	1.700	4 %
Rudersdal	1.500	4 %
Gentofte	1.400	4 %
Høje-Taastrup	1.100	3 %
Øvrige / udlandet	4.700	12 %

Datakilde: Landspatientregisteret, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

5. Gentofte Akutklinik

Bopæl for alle patienter

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
Gentofte	13.700	29 %
Lyngby-Taarbæk	8.400	18 %
Rudersdal	6.700	14 %
København	6.400	14 %
Gladsaxe	3.300	7 %
Furesø	2.400	5 %
Hørsholm	1.000	2 %
Øvrige / udlandet	4.700	10 %

Datakilde: Landspatientregisteret suppleret med data for indlæggelser opgjort af hospitalerne, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

6. Planlægningsområde Nord

Patientsammensætning

	Akutmodtagelse Hillerød	Akutklinik *med senge* Frederikssund	Akutklinik *uden senge* Helsingør	
A. Henvist som akut syge og tilskadekomne (evt. til indlæggelse)	15.000	1.000	-	16.000
B. Henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom	32.000	12.000	10.000	54.000
C. Ikke henvist	15.000	4.000	3.000	21.000
	62.000	16.000	13.000	

Datakilde: Landspatientregisteret og data fra Akutberedskabet, 2017.
Anmærkninger: Opgjort som antal unikke kontakter. Data er afrundet til hele 1.000, da der er mindre unøjagtigheder i de opgjorte data. Kategorien "C. Ikke henvist" består af patienter, hvor det ikke ud fra data er muligt at fastslå, hvordan de er henvist. Hovedparten skønnes at være selvhenvendere. Særligt for Hillerød Akutmodtagelse og Frederikssund Akutklinik gælder, at der i kategorien "C. Ikke henvist" indgår indlæggelser via CVI, som burde indgå i "A. Henvist som akut syge og tilskadekomne (evt. til indlæggelse)". Dette har ikke været muligt at korrigere ud fra data. Antallet af kontakter i "A. Henvist som akut syge og tilskadekomne (evt. til indlæggelse)" er således lidt for lavt, mens antallet af kontakter i "C. Ikke henvist" er lidt for højt.

6. Hillerød Akutmodtagelse

Bopæl for patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
Hillerød	6.900	22 %
Gribskov	4.100	13 %
Fredensborg	3.200	10 %
Helsingør	3.100	10 %
Allerød	2.600	8 %
Halsnæs	2.000	6 %
Frederikssund	1.900	6 %
Rudersdal	1.600	5 %
Hørsholm	1.300	4 %
Egedal	1.000	3 %
København	1.000	3 %
Furesø	900	3 %
Øvrige / udlandet	2.200	7 %

Datakilde: Landspatientregisteret, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

6. Frederikssund Akutklinik

Bopæl for alle patienter

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
Frederikssund	6.600	40 %
Halsnæs	3.200	19 %
Egedal	2.500	15 %
Hillerød	900	6 %
Gribskov	700	4 %
København	400	2 %
Allerød	400	2 %
Øvrige / udlandet	1.800	11 %

Datakilde: Landspatientregisteret, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

6. Helsingør Akutklinik

Bopæl for alle patienter

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
Helsingør	8.600	66 %
Fredensborg	2.000	15 %
Gribskov	600	4 %
Hørsholm	500	4 %
København	300	2 %
Øvrige / udlandet	1.000	8 %

Datakilde: Landspatientregisteret, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

7. Planlægningsområde Syd

Patientsammensætning

	Akutmodtagelse Hvidovre	Akutklinik *med senge* Amager	Akutklinik *med senge* Glostrup	
A. Henvist som akut syge og tilskadekomne (evt. til indlæggelse)	45.000	14.000	15.000	74.000
B. Henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom	46.000	25.000	26.000	97.000
C. Ikke henvist	15.000	9.000	6.000	30.000
	106.000	48.000	47.000	

Datakilde: Landspatientregisteret og data fra Akutberedskabet suppleret med data for indlæggelser opgjort af hospitalerne, 2017.
Anmærkninger: Opgjort som antal unikke kontakter. Data er afrundet til hele 1.000, da der er mindre unøjagtigheder i de opgjorte data. Kategorien "C. Ikke henvist" består af patienter, hvor det ikke ud fra data er muligt at fastslå, hvordan de er henvist. Hovedparten skønnes at være selvhenvendere.

7. Hvidovre Akutmodtagelse

Bopæl for patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
København	16.800	36 %
Hvidovre	8.300	18 %
Brøndby	3.800	8 %
Rødovre	2.800	6 %
Høje-Taastrup	2.200	5 %
Ishøj	2.000	4 %
Tårnby	1.800	4 %
Frederiksberg	1.600	3 %
Vallensbæk	1.100	2 %
Albertslund	1.100	2 %
Øvrige / udlandet	4.600	10 %

Datakilde: Landspatientregisteret, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

7. Amager Akutklinik

Bopæl for alle patienter

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
København	29.100	61 %
Tårnby	10.100	21 %
Dragør	2.800	6 %
Øvrige /udland	5.700	12 %

Datakilde: Landspatientregisteret suppleret med data for indlæggelser opgjort af hospitalerne, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

7. Glostrup Akutklinik

Bopæl for alle patienter

Kommune	Antal patientkontakter	Andel af kontakter
Høje-Taastrup	9.800	21 %
Albertslund	6.700	14 %
Glostrup	5.700	12 %
Ishøj	4.400	9 %
Brøndby	3.800	8 %
Vallensbæk	2.700	6 %
København	2.700	6 %
Ballerup	2.600	5 %
Rødovre	1.200	3 %
Øvrige / udlandet	7.300	16 %

Datakilde: Landspatientregisteret suppleret med data for indlæggelser opgjort af hospitalerne, 2017.
Anmærkning: Antal afrundet til hele 100.

8. Transportafstande I

	Amager	Bispebjerg	Frederiksberg	Frederikssund	Gentofte	Glostrup	Helsingør	Herlev	Hillerød	Hvidovre
Amager		9	9	46	13	19	51	17	42	13
Bispebjerg	9		4	39	5	13	42	10	31	10
Frederiksberg	9	4		40	7	11	46	9	37	7
Frederikssund	46	39	40		39	34	43	34	21	42
Gentofte	13	5	7	39		16	38	9	28	13
Glostrup	19	13	11	34	16		50	8	39	9
Helsingør	51	42	46	43	38	50		42	23	54
Herlev	17	10	9	34	9	8	42		30	12
Hillerød	42	31	37	21	28	39	23	30		43
Hvidovre	13	10	7	42	13	9	54	12	43	

Datakilde: Google.dk/maps, 2018.

Anmærkninger: Det er den korteste afstand i km, der er anført. Data giver alene et billede af afstanden og ikke den faktiske rejsetid.

8. Transportafstande II

Planlægningsområde Byen	Planlægningsområde Midt	Planlægningsområde Nord	Planlægningsområde Syd
Akutmodtagelse Bispebjerg	**Akutmodtagelse Herlev**	**Akutmodtagelse Hillerød**	**Akutmodtagelse Hvidovre**
Akutklinik Frederiksberg **4 km** **10 min. bil** **21-25 min. off. transport**	**Akutklinik Gentofte** **9 km** **12 min. bil** **32-49 min. off. transport**	**Akutklinik Frederikssund** **21 km** **22 min. i bil** **46-69 min. off. transport**	**Akutklinik Amager** **13 km** **22 min. bil** **50-59 min. off. transport**
		Akutklinik Helsingør **23 km** **28 min. bil** **54-69 min. off. transport**	**Akutklinik Glostrup** **9 km** **14 min. bil** **29-38 min. off. transport**

Datakilde: Google.dk/maps, maj 2018.
Anmærkninger: Det er den korteste afstand i km, der er anført. Minutter i bil er anført ud fra, at der ikke er trafik, og det er derfor en minimumstid. Tidsinterval med offentlig transport gælder for dagtimerne på hverdage og er derfor ligeledes en minimumstid, i det der må påregnes længere transporttid aften, nat og weekend.

9. Viderehenvisninger / overflytninger

Planlægningsområde Byen

Akutklinik Frederiksberg
800 patienter
viderehenvist / overflyttet
2,6 pct. af alle kontakter

↓

Bispebjerg Akuthospital

Datakilde: eSundhed, 2017.

Planlægningsområde Midt

Akutklinik Gentofte
1.600 patienter
viderehenvist / overflyttet
3,4 pct. af alle kontakter

↓

Herlev Akuthospital

Datakilde: Sundhedsplatformen, 2017.

Planlægningsområde Nord

Akutklinik Frederikssund
700 patienter
viderehenvist / overflyttet
4,1 pct. af alle kontakter

↓

Hillerød Akuthospital

Datakilde: Sundhedsplatformen, marts 2017-marts 2018 .

Planlægningsområde Syd

Akutklinik Amager
1.100 patienter
viderehenvist / overflyttet
2,3 pct. af alle kontakter

Akutklinik Glostrup
700 patienter
viderehenvist / overflyttet
1,6 pct. af alle kontakter

↓

Hvidovre Akuthospital

Datakilde: Esundhed, 2017.

Anmærkninger: Data viser patientkontakter, som er påbegyndt i akutklinik, og i samme forløb viderehenvises / overflyttes til behandling på akuthospitalet i samme planlægningsområde. Antal er afrundet til hele 100. Der er alene opgjort data for de akutklinikker, hvor der med den gældende hospitalsplan vil være modtagelse af intern visiterede medicinske patienter.
Data for planlægningsområderne baserer sig på forskellige datakilder, hvorfor der er forskel i opgørelsesmetode. Det har tidsmæssigt ikke været muligt at undersøge, hvilken betydning det har for sammenligneligheden af data.
Data viser ikke hvilke patientkategorier, der har viderehenvises / overflyttes, dvs. om det primært er patienter henvist som akut syge og tilskadekomne (evt. til indlæggelse), patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor), eller patienter uden henvisning (selvhenvendere).

10. Patienttilfredshed og ventetid

Spørgsmål hvor patienter behandlet
på akutklinikker og akutmodtagelser er *lige tilfredse*

- **Føler sig velkomne, når de ankommer**
- **Informeres ved modtagelsen om, hvornår de kan blive undersøgt**
- **Informeres tilstrækkeligt om udviklingen i ventetid, fra ankomst til undersøgelse**
- **Mulighed for adspredelse i venteværelset**
- **Personalet lytter til patienternes beskrivelse af deres sygdom/skade**
- **Mundtlig information er forståelig**
- **Får svar på de spørgsmål, de stiller**
- **Informeres løbende om, hvad der skal foregå**
- **Får mulighed for at deltage i beslutninger om deres behandling**
- **Får dækket behov for smertelindring under besøg**
- **Informeres om symptomer, de skal være opmærksomme på efter besøg**
- **Informeres om henvendelsesmuligheder efter besøg**

Spørgsmål hvor patienter behandlet
på akutklinikker er *mere tilfredse*

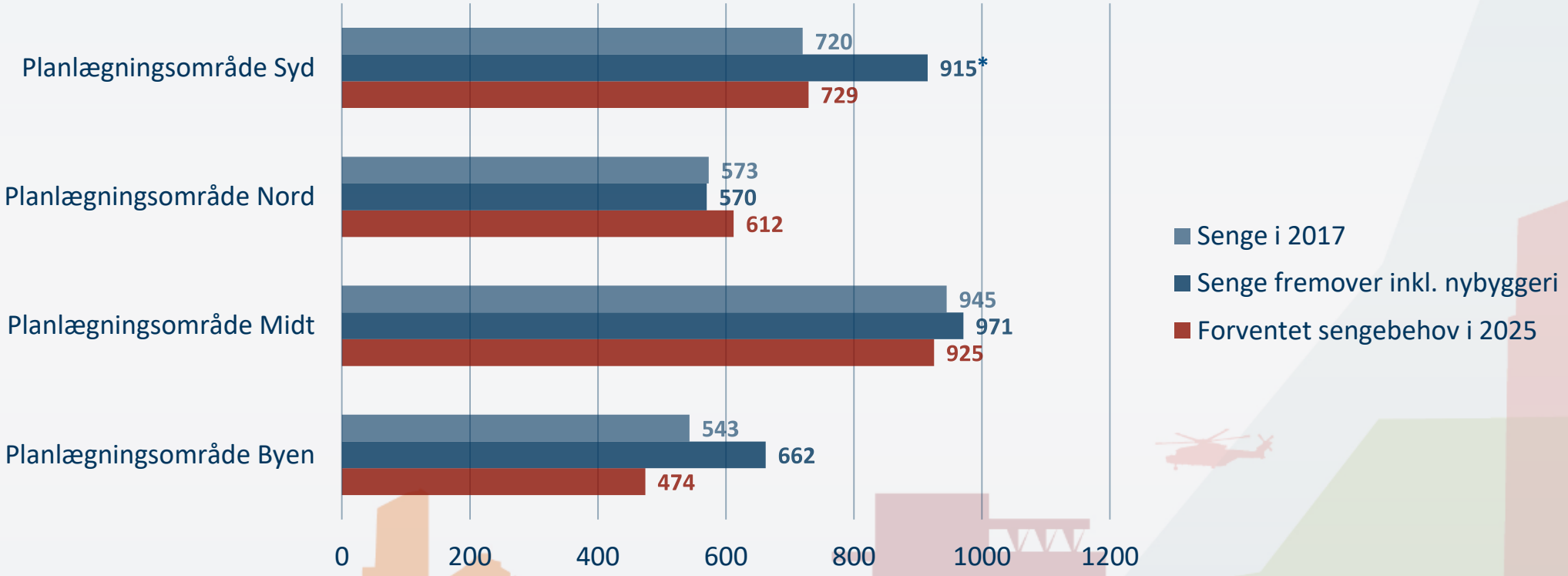
- **Tydelig skiltning til akutmodtagelsen / akutklinikken**
- **Længden af ventetid fra ankomst til undersøgelse er acceptabel**
- **Adgang til mad og drikke (fx i venteværelset / automat)**
- **Sygdom / skade behandles, så de er trygge ved at skulle hjem**
- **Alt i alt tilfredse med deres besøg**
- **Oplever ventetid fra ankomst til undersøgelse**

VENTETID
For patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor) er ventetiden i gennemsnit 14-24 minutter mindre på akutklinikken / akutklinikkerne sammenlignet med ventetiden i akutmodtagelsen i samme planlægningsområde.

Datakilde: Sundhedsdatabanken, 2016.

Datakilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i Akutmodtagelser (LUP Akut), 2017.
Anmærkninger: Resultaterne er baseret på en særanalyse, hvor der kun indgår data for Region Hovedstaden. Teksten angiver spørgsmålsformuleringerne i en afkortet form. Generelt viser undersøgelsen, at der er større tilfredshed for patienter behandlet på en akutklinik end for patienter behandlet på en akutmodtagelse. Det er alene for de spørgsmål, der er angivet til højre, at det med statistisk sikkerhed kan siges, at der er en reel forskel. Der er i undersøgelsen ikke taget højde for, at patienter i akutmodtagelserne samlet set har mere alvorlige / komplekse forløb.

11. Sengekapacitet og sengebehov

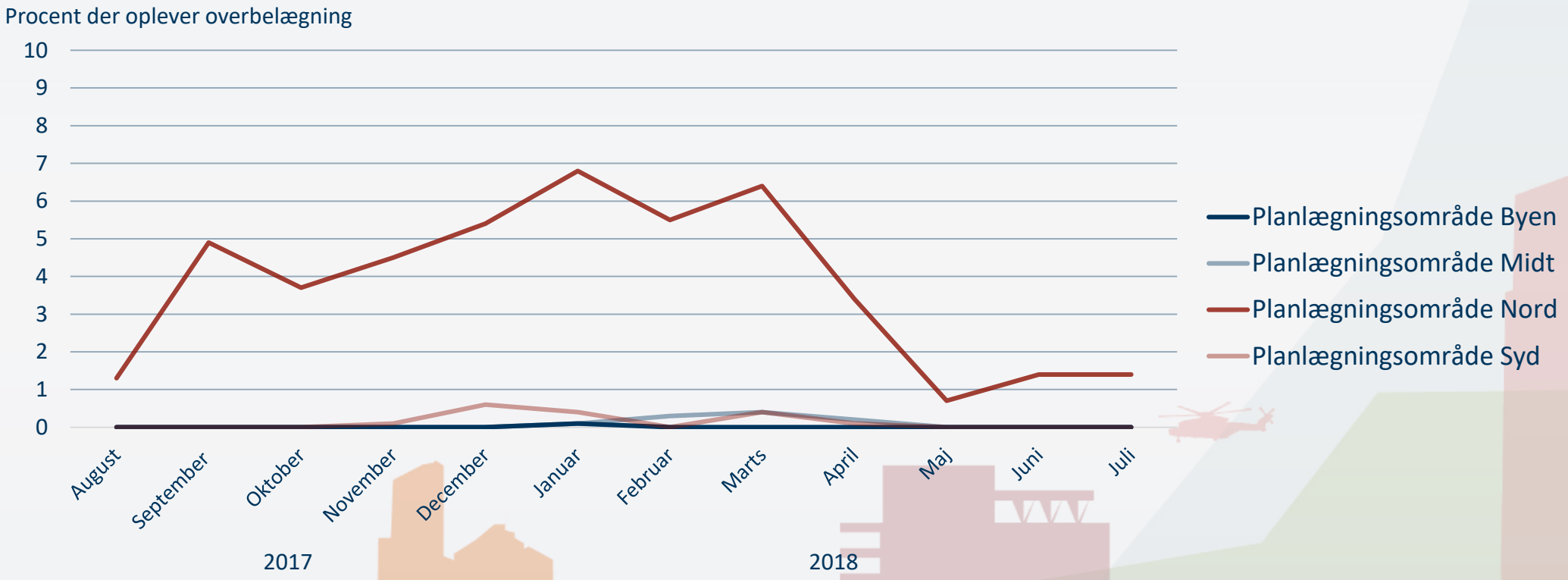


Datakilde: Sengebehov i 2025 er beregnet på baggrund af aktivitetsdata fra Landspatientregisteret samt befolkningsdata fra Danmarks Statistik og Københavns Kommune.

Anmærkninger: Det fremtidige sengebehov er beregnet ud fra den nuværende sengekapacitet og den forventede procentvise udvikling i antal sengedage. I udviklingen er taget højde for forventet udvikling i befolkningsstørrelse og –sammensætning samt forventet udvikling i forbrug af hospitalsydelser med udgangspunkt i hvordan udviklingen var i perioden 2012-2015.

(*) De 915 senge fremover inkl. nybyggeri for planlægningsområde Syd indeholder *ikke* de nuværende 83 senge på Glostrup-matriklen, da matriklen hører til Rigshospitalet. Medregnes sengene på Glostrup vil der i planlægningsområde Syd være 998 senge til rådighed fremover.

12. Belægning på medicinske afdelinger



Datakilde: Sundhedsplatformen, driftsmålsstyringsrapport september 2018.
Anmærkninger: Data viser andelen af patienter, der oplever overbelægning på de medicinske afdelinger. Belægningen opgøres hver dag kl. 23. Her ses der på, hvor mange patienter der er indlagt på de medicinske afdelinger, og om der er indlagt flere end der er disponible senge, det vil sige om der er patienter der oplever overbelægning.

13. Muligheder for ændret arbejdsdeling I

- Hospitalerne har været inddraget i forhold til at beskrive mulighederne for ændret arbejdsdeling mellem akutklinikker og akutmodtagelser. Følgende beskrives på den baggrund på de næste sider:
  - Patientgrupper der bør behandles på akutmodtagelserne
  - Patientgrupper der bør behandles på akutklinikkerne
  - Øget anvendelse af subakutte ambulatorietider
  - Øget nærhed i ambulante tilbud

Patientbehandling på akutmodtagelserne

- Regionens sundhedsfaglige råd for præhospital og akutmodtagelse samt administrationen på akuthospitalerne anbefaler, at akutte intern medicinske patienter som udgangspunkt modtages på akutmodtagelserne. Som minimum finder de, at patienter til indlæggelse, bør modtages på akutmodtagelserne.
- På akutmodtagelserne er der adgang til en bred vifte af specialister og specialiseret udstyr. Samtidig giver en samling af de akutte medicinske patienter mulighed for at opnå bedre udnyttelse af ressourcer (personale og økonomi) samt et bedre fagligt miljø.

13. Muligheder for ændret arbejdsdeling II

Patientbehandling på akutklinikkerne

- Som udgangspunkt vil alle de patienter, som i dag henvises til en akutmodtagelse med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor) kunne modtages på en akutklinik i stedet.
- Det forventes at kunne øge ressourceudnyttelsen på såvel akutklinikker som akutmodtagelser, hvis de mindre syge og tilskadekomne i højere grad henvises til akutklinikkerne. Der vil på akutklinikkerne være stordriftsfordele ved at have mange patienter inden for samme patientkategori, og på akutmodtagelsen vil der være mulighed for at koncentrere sig om de mere syge / tilskadekomne patienter.
    - Der kan være behov for telemedicinske løsninger for at sikre faglig backup fra akutmodtagelse / akuthospital.
    - Det vil give længere transporttid for nogle patienter.
    - Det vil kunne give behov for ændrede åbningstider i akutklinikkerne.
- Flere hospitaler anfører, at de mindst syge akutte intern medicinske patienter fortsat vil kunne henvises til akutklinikkerne, såfremt der ikke længere er mulighed for indlæggelse i forbindelse med akutklinikkerne, men der forventes at være udfordringer forbundet hermed.
    - Det kræver, at arbejdsdelingen mellem akutmodtagelser og akutklinikker på tværs i regionen er så ensartet som mulig, således at der er tale om en ensartet visitation uanset planområde.
    - Det stiller store krav til visitationen for at reducere behovet for overflytninger.
    - Der kan være behov for telemedicinske løsninger for at sikre faglig backup fra akutmodtagelse / akuthospital.

13. Muligheder for ændret arbejdsdeling III

Øget anvendelse af subakutte ambulatorietider

- For at mindske ventetiden for patienterne, og for at undgå at de eventuelt skal indlægges natten over, kan anvendelse af subakutte ambulatorietider øges. Øget anvendelse af subakutte tider kan samtidig være med til at lette presset på akutklinikker / akutmodtagelser.
- En subakut ambulatorietid kan gives til patienter, hvor det vurderes, at de ikke behøver udredning og behandling med det samme men kan vente til typisk dagen efter. Her kan de få et fast mødetidspunkt i et ambulatorie.
- Patienter kan enten få en subakut ambulatorietid ved visitationen (Akuttelefonen 1813 / CVI) allerede inden de møder op eller efter den indledende vurdering i akutklinikken / akutmodtagelsen.
- Flere hospitaler har i dag projekter, hvor de afprøver subakutte ambulatorietider for udvalgte patientgrupper. Det kan endnu ikke konkluderes endeligt for hvilke patientgrupper, det er et godt alternativ.
- Subakutte ambulatorietider vil som udgangspunkt kunne placeres i tilknytning til både akutklinikker og akutmodtagelser. Det vil dog være afhængigt af hvilket lægeligt speciale, der er tale om.
- Anvendelse af subakutte ambulatorietider forudsætter, at der altid er afsat tid i ambulatorier og diagnostiske funktioner til eventuelle subakutte patienter. Det skal sikres, at disse tider kan udnyttes på anden vis i de situationer, hvor der henvises færre sukakutte patienter end forventet.

13. Muligheder for ændret arbejdsdeling IV

Øget nærhed i ambulante tilbud

- Der kan skabes øget nærhed for borgerne ved at udbygge de ambulante funktioner i nærområdet. De kan med fordel placeres i fysisk sammenhæng med akutklinikkerne eller ved at indgå samarbejde med kommunale sundhedshuse. Flere hospitaler arbejder allerede med dette.
- Udover at øge nærheden for borgerne, understøtter det opgavevaretagelsen i akutklinikken gennem større bredde i tilstedeværelsen af faglige kompetencer og bedre muligheder for god ressourceudnyttelse.
- Følgende er eksempler på nuværende og mulige fremtidige ambulante funktioner i fysisk sammenhæng til akutklinikkerne:
    - Diagnostiske funktioner, herunder røntgen i forhold til udredning i regi af praktiserende læge
    - Medicinske ambulatorier inden for hjertesygdomme, hormon- og stofskiftesygdomme, lungemedicin og ældresygdomme
    - Medicinsk fællesambulatorium, herunder for uafklarede patienter omfattet af udredningsretten
    - Ambulatorier inden for led- og knoglekirurgi og børne- og ungesygdomme
    - Kikkertundersøgelse til screening for tarmkræft
    - Jordemoderkonsultationer og efterfødselsklinik

14. Samarbejde med kommuner og praktiserende læger I

Baggrund

- Fremover vil der være flere ældre borgere i regionen og flere borgere, som lever med flere samtidige kroniske sygdomme. Denne gruppe borgere har typisk forløb både i primærsektoren og på hospitalet, men det er ikke altid den bedste løsning for disse borgere at komme på hospitalet, og samtidig udfordrer det kapaciteten på hospitalerne.
- Nye behandlingsformer og telemedicinske løsninger kan sammen med nye samarbejdsformer mellem patienter, kommuner, praksissektoren være med til at flytte mere behandling til det nære sundhedsvæsen og tættere på borgeren. Det er særligt relevant for borgere med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter og borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom, der i dag ofte har nogle uhensigtsmæssige forløb med mange kontakter i sundhedsvæsenet.
- I dag er almen praksis den primære indgang for borgerne til sundhedsvæsenet. De praktiserende læger sikrer at borgerne får den rette behandling enten hos den praktiserende læge, hos speciallæger eller på hospitalet. Kommunernes opgave på sundhedsområdet har primært været forebyggelse, pleje, genoptræning og rehabilitering.
- Det nære sundhedsvæsen skal styrkes i de kommende år. Det er også på den nationale dagsorden og understøttes af introduktionen af nærhedsfinansiering, der skal erstatte den aktivitetsbaserede styring. Hospitalerne har en nøglerolle i udviklingen, som kræver nye former for samarbejde i sundhedsvæsenet. De enkelte aktører – hospitaler, kommuner og almen praksis – skal i højere grad se patienten og borgeren som en fælles opgave.

14. Samarbejde med kommuner og praktiserende læger II

Styrket rolle for kommunerne på akutområdet

- Aktuelt er kommunerne i gang med at etablere kommunale akutfunktioner, så de er rustet til at kunne håndtere akutte patienter 24/7. Der er en aftale på vej mellem Region Hovedstaden, 29 kommuner og PLO-Hovedstaden om opgavefordeling og snitflader i samarbejdet om de kommunale akutfunktioner.
    - 24 kommuner har allerede etableret kommunale akutteams. De fleste akutteams kan kontaktes hele døgnet. Fem kommuner har endnu ikke akutteams, men to af disse kommuner forventer opstart af akutteams i 2018.
    - Akutfunktionerne skal understøtte forebyggelse af unødige ind- og genindlæggelser samt mulighed for afslutning af behandling /opfølgning på indlæggelse i hjemmet.
    - Med akutfunktionerne opnås nye kompetencer i kommunerne og der vil være døgndækket sygeplejebemanding. Samtidig styrkes samarbejdet mellem almen praksis og kommuner samt samarbejdet med Akuttelefonen 1813.
    - Hospitalerne skal bidrage til kompetenceudvikling i de kommunale akutfunktioner samt stå til rådighed med rådgivning for hjemmesygeplejen.
- Flere kommuner har de seneste år også etableret fælleskommunale specialiserede sygeplejeteams med det formål at undgå unødvendige ind- og genindlæggelser.
- Mange kommuner i Region Hovedstaden har desuden sundhedshuse, hvor de kommunale opgaver med forebyggelse, genoptræning og rehabilitering foregår. Region Hovedstaden er aktuelt engageret i etablering eller drift af fire fælles sundhedshuse, henholdsvis i Helsingør, Frederikssund, Ishøj og Huset for Psykisk Sundhed i København.

14. Samarbejde med kommuner og praktiserende læger III

Praktiserende læger

- Senest er det aftalt i overenskomsten med PLO, at behandlingen af patienter med KOL og diabetes 2 flyttes fra hospitalerne til almen praksis. Fra nationalt hold er der lagt op til at behandling af flere patientgrupper på sigt kan løses ud i almen praksis.
  - Formålet er at opnå behandling på lavest effektive omkostningsniveau, færre henvisninger til specialiseret niveau, helhedssyn og nærhed for patienten samt kvalitetsudvikling i almen praksis.
  - Det kræver, at der er de nødvendige kompetencer og den nødvendige kapacitet i almen praksis samt at hospitalerne i højere grad understøtter almen praksis med rådgivning.

Telemedicin

- I disse år arbejdes med hvordan telemedicinske løsninger kan understøtte nærhed for borgerne. Der er en række igangværende initiativer, som forventes udbredt til relevante afdelinger/klinikker i regionen, fx
  - Telemedicin til patienter med hjerteinsufficiens (HIT 2.0), hvor formålet er at nedbringe transporttiden, reducere længden af forløbet, hvor medicinen justeres, samt at følge ustabile patienter tættere.
  - Telemedicin til borgere med svær kronisk obstruktiv lungelidelse (NetKOL), hvor formålet er at øge borgernes tryghed samt reducere antal og længde af indlæggelser ved at fange forværringer i opløbet.
  - Tværsektoriel stuegang, som er et tilbud til borgere med plads på de kommunale midlertidige døgnpladser om videokonsultation med en hospitalslæge. Formålet er at forbedre kommunikationen mellem sektorerne, og derved undgår genindlæggelser og afbrydelser i behandlingsforløb.

15. Opsummering af analyseresultater I

Patientsammensætning på akutklinikker

- For akutklinikkerne gælder, at der er cirka dobbelt så mange patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor) som patienter henvist som akut syge og tilskadekomne (eventuelt til indlæggelse).
  - Hertil kommer, at der en stor andel patienter, som ikke er henvist (selvhenvendere). Hovedparten af disse har også mindre skader og akut almen medicinsk sygdom.
- Undtaget fra ovenstående er akutklinikkerne i planlægningsområde Nord.
  - Akutklinikken i Sundhedshuset i Helsingør har ikke mulighed for indlæggelse og modtager ikke patienter henvist som akut syge og tilskadekomne (eventuelt til indlæggelse).
  - Akutklinikken i Frederikssund har sammenlignet med de øvrige akutklinikker få patienter henvist som akut syge og tilskadekomne (eventuelt til indlæggelse). Dette skyldes primært, at patienter til eventuel indlæggelse i højere grad visiteres til akutmodtagelsen.

Patientsammensætning på akutmodtagelser

- For akutmodtagelserne gælder, at der er en nogenlunde ligelig fordeling mellem patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor) og patienter henvist som akut syge og tilskadekomne (eventuelt til indlæggelse).
  - Hertil kommer patienter, som ikke er henvist (selvhenvendere). Medregnes disse, er der også på akut-modtagelserne en overvægt af patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom.
- Undtaget fra ovenstående er akutmodtagelsen i Hillerød. Her er der sammenlignet med de øvrige akutmodtagelser en mindre del af patienterne, som er henvist som akut syge og tilskadekomne (eventuelt til indlæggelse).

15. Opsummering af analyseresultater II

Fordeling af patienter mellem akutklinikker og akutmodtagelser

- I planlægningsområde Syd er det cirka halvdelen af de akutte patienter, som modtages på en akutklinik, i Nord og Midt er det omkring en tredjedel, og i Byen er det cirka en fjerdedel.
- En stor del af de patienter, som modtages på akutmodtagelserne er dog mere komplekse eller alvorligt syge / tilskadekomne end på akutklinikkerne. Aktiviteten mellem akutklinikker og akutmodtagelser kan derfor ikke sammenlignes én til én.

Patienternes bopæl

- For både akutklinikker og akutmodtagelser gælder, at der kommer flest patienter fra de kommuner, som ligger tættest på. Der er forskel på hvor stort et geografisk område patienterne spreder sig over. Dette hænger i høj grad sammen med befolkningstætheden i området.
    - For akutklinikkerne er der set på bopæl for alle patienter behandlet på akutklinikkerne.
    - For akutmodtagelserne er der alene set på bopæl for patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor) ud fra en betragtning om, at det som udgangspunkt vil være disse patienter, der kan behandles på en akutklinik ved en eventuel omorganisering.

15. Opsummering af analyseresultater III

Transportafstand

- Den geografiske afstand mellem akutklinikker og akutmodtagelser er større nogle steder i regionen end andre. Afhængigt af hvor borgerne bor, er der derfor også forskel på, hvor meget længere de skal transportere sig, hvis de fremadrettet henvises til et akut behandlingstilbud på en anden matrikel. Der er især langt mellem behandlingsstederne i planlægningsområde Nord og mellem Amager Akutklinik og Hvidovre Akutmodtagelse i planlægningsområde Syd.

Viderehenvisninger / overflytninger

- Cirka 2-4 procent af de patienter, som behandles i en akutklinik viderehenvises eller overflyttes til behandling på akuthospitalet i samme planlægningsområde.
    - Data viser ikke hvilke patientkategorier, der viderehenvises / overflyttes. Det er således ikke muligt at konkludere, hvad en eventuel ændret opgavefordeling mellem akutklinikker og akutmodtagelser vil betyde for antallet af viderehenvisninger / overflytninger
    - Det er velbeskrevet, at "overgange" mellem sektorer og hospitaler / afdelinger medfører risiko for tab af informationer, misforståelser og forsinkelser af diagnostik og behandling. Af og til kan disse tab og forsinkelser have alvorlige konsekvenser for patienten. Regionens overvågning af alvorligere utilsigtede hændelser viser i tråd hermed, at tab af informationer og forsinkelser i forbindelse med overflytninger er jævnligt forekommende.

15. Opsummering af analyseresultater IV

Patienttilfredshed og ventetid

- Patienter behandlet på en akutklinik er på flere områder mere tilfredse med deres besøg end patienter behandlet på en akutmodtagelse. Det gælder blandt andet i forhold til ventetid, tryghed ved hjemsendelse og overordnet tilfredshed.
    - Der er i ovenstående ikke tage højde for, at patienter i akutmodtagelserne samlet set har mere alvorlige / komplekse forløb.
- Den faktiske ventetid for patienter henvist med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor) er i gennemsnit 14-24 minutter mindre på akutklinikken sammenlignet med akutmodtagelsen i samme planlægningsområde.

Sengekapacitet og sengebehov

- I planlægningsområde Nord ses et stigende pres på den fysiske sengekapacitet. Omvendt vil der i planlægningsområde Byen og Syd være overskydende fysisk sengekapacitet, når byggeriet er færdigt.

Belægning på medicinske afdelinger

- I alle planlægningsområder har der på nogle tidspunkter af året været patienter, der har oplevet overbelægning, særligt om vinteren. Overbelægning ses særligt i planlægningsområde Nord.

15. Opsummering af analyseresultater V

Muligheder for ændret arbejdsdeling mellem akutklinikker og akutmodtagelser

- Akutte intern medicinske patienter bør som udgangspunkt modtages på akutmodtagelserne, hvor der er adgang til en bred vifte af specialister og specialiseret udstyr. Samtidig giver det mulighed for at opnå bedre udnyttelse af ressourcer (personale og økonomi) og et bedre fagligt miljø.
- De mindst syge akutte intern medicinske patienter vil fortsat kunne henvises til akutklinikkerne, såfremt der ikke længere er mulighed for indlæggelse i forbindelse med akutklinikkerne, men der er en række forbehold herved.
- Som udgangspunkt vil alle de patienter, som i dag henvises til en akutmodtagelse med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom (behandlerspor) kunne modtages på en akutklinik i stedet. Det forventes at kunne øge ressourceudnyttelsen på såvel akutklinik som akutmodtagelse, men vil give længere transporttid for nogle patienter.
- For at mindske ventetiden for patienterne og for undgå at de evt. skal indlægges natten over, kan anvendelse af subakutte ambulatorietider øges. Subakutte ambulatorietider vil som udgangspunkt kunne placeres i tilknytning til både akutklinikker og akutmodtagelser. Det vil dog være afhængigt af hvilket lægeligt speciale, der er tale om.
- Der kan skabes øget nærhed for borgerne ved at udbygge de ambulante funktioner i nærområdet. De kan med fordel placeres i fysisk sammenhæng med akutklinikkerne eller ved at indgå samarbejde med kommunale sundhedshuse. Udover at øge nærheden for borgerne, understøtter det opgavevaretagelsen i akutklinikken gennem større bredde i tilstedeværelsen af faglige kompetencer og bedre muligheder for god ressourceudnyttelse.

15. Opsummering af analyseresultater VI

Øget samarbejde med kommuner og praktiserende læger

- Nye behandlingsformer og telemedicinske løsninger kan sammen med nye samarbejdsformer mellem patienter, kommuner, praksissektoren være med til at flytte mere behandling til det nære sundhedsvæsen og tættere på borgeren. Det er særligt relevant for borgere med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter og borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom, der i dag ofte har nogle uhensigtsmæssige forløb med mange kontakter i sundhedsvæsenet.
- For kommunerne gælder bl.a., at de aktuelt er i gang med at etablere kommunale akutfunktioner, så de er rustet til at kunne håndtere akutte patienter 24/7. Der er en aftale på vej mellem Region Hovedstaden, 29 kommuner og PLO-Hovedstaden om opgavefordeling og snitflader i samarbejdet om de kommunale akutfunktioner.
- For de praktiserende læger gælder blandt andet, at det er aftalt i overenskomsten med PLO, at behandlingen af patienter med KOL og diabetes 2 flyttes fra hospitalerne til almen praksis. Fra nationalt hold er der lagt op til at behandling af flere patientgrupper på sigt kan løses ud i almen praksis.
- Herudover arbejdes der i disse år med hvordan telemedicinske løsninger kan understøtte nærhed for borgerne. Der er en række igangværende initiativer, som forventes udbredt til relevante afdelinger/klinikker i regionen.
- Hospitalerne har en nøglerolle i udviklingen, som kræver nye former for samarbejde i sundhedsvæsenet. De enkelte aktører – hospitaler, kommuner og almen praksis – skal i højere grad se patienten og borgeren som en fælles opgave.