



Anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade



Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år

Anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade

Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år

© Sundhedsstyrelsen, 2019.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Samlet oversigt over anbefalinger	5
1. Introduktion	13
1.1. Formål	13
1.2. Lovgivning	14
1.3. Proces for arbejdet.....	16
1.4. Læsevejledning	17
2. Baggrund	18
2.1. Udviklingen i den akutte sundhedsindsats.....	18
3. Viden og status	27
3.1. Vidensgrundlag	27
3.2. Aktivitet og data.....	40
3.3. Opsamling vedrørende viden og status	54
4. Patientforløbet i dag	57
4.1. Borgerrettet visitation til de akutte sundhedstilbud	57
4.2. Visitation mellem sundhedsprofessionelle	59
4.3. Akutte sundhedstilbud uden for sygehus	61
4.4. Akutte sundhedstilbud på sygehuset	67
5. Udfordringer og muligheder i den akutte sundhedsindsats	70
5.1. Nye behov i den akutte sundhedsindsats	70
5.2. Temaer for fremtidig tilrettelæggelse af den akutte sundhedsindsats	73
6. Sammenhængende og enstrengt visitation	74
6.1. Status og udfordringer	74
6.2. Muligheder og anbefalinger	75
7. Kvalitet og sammenhæng på tværs	83
7.1. Status og udfordringer	83
7.2. Muligheder og anbefalinger	84
8. Vidensdeling	104
8.1. Status og udfordringer	104
8.2. Muligheder og anbefalinger	105
9. Forskning og udvikling	108
9.1. Status og udfordringer	108
9.2. Muligheder og anbefalinger	110

10. Implementering og opfølgning	112
10.1. Implementering af anbefalingerne.....	112
10.2. Opfølgning på anbefalingerne	112
11. Ordliste.....	113
Referenceliste.....	126

HØRINGSUDKAST

Forord

[Følger]

Samlet oversigt over anbefalinger

Nedenfor fremgår samtlige anbefalinger for sundhedsindsatsen ved akut opstået sygdom og skade.

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 akuttefoner, kommunale sundhedsfaglige visitationer og AMK-vagtcentraler, styrkes ved en større grad af samarbejde og eventuelt samlokalisering. Sådanne fælles visitations- og vagtcentraler kan samle både 112-opkald vedrørende akutte livstruende tilstande, 113-opkald (aktuelt opkald til lægevagt/Akuttefon 1813 mm.) vedrørende øvrige henvendelser på sundhedsområdet, ligesom der kan ses på om samlokalisering kan bidrage til øget samarbejde også i relation til nogle kommunale sundhedsfaglige visitationsfunktioner, 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 ambulant tid 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 i sygehusets optageområde, med faste samarbejdsaftaler om smidig visitation på tværs af sektorer. Potentialer i samlokalisering af visitationsenheder bør afprøves.

3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk lidelse

At visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk lidelse eller traume styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer m.v. 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.

4. Kompetence i den borgerrettede telefonisk visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid, både vedrørende somatiske og psykiske lidelser, der ikke er livstruende og tidskritiske, med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som omfatter både speciallæger i almen medicin, eller læger 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. AMK-vagtcentralen skal i relevant omfang have umiddelbar adgang til speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats (præhospital akutlæge) der kan rådgive og visitere ambulance, akutbil og akutlægebil, samt 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 for eksempel 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 sygeplejefaglig vurdering af patientens 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 ("akutknap") 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 alene ikke vurderes at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til tilbud næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium, bør i fremtiden benævnes 'akutklinik'. Sygeplejebemandede behandlingssteder som kun 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 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 samlokalisert 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 tidskrisiske 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 lægehelikopter, 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 tidskrisiske tilstande og skader, men fremover også kan bruges i udvalgte tilfælde ved akutte og subakutte overflytninger mellem sygehuse for kritisk syge patienter, der har behov for behandling på højere specialiseringsniveau, og hvor tidsfaktor er vigtig.

13. Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem

For at styrke rekruttering til paramedicin, sikre robusthed i det samlede akutsystem, imødekomme den faglige og teknologiske udvikling på området, udvide beslutningskompetence i den samlede præhospital indsats samt styrke patientsikkerheden vil Sundhedsstyrelsen sammen med relevante myndigheder og aktører drøfte mulighederne for, hvordan man kan styrke paramedicinerens rolle. Man bør blandt andet undersøge, hvordan man kan sikre udvikling og løft af kompetence og i den forbindelse undersøge muligheder for efter- og videreuddannelse til paramediciner, oprettelse af paramedicin som sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse mm.

14. Regionale tilbud til mennesker med psykisk lidelse

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

15. Krav og anbefalinger til 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 og præcisering af anbefalingerne, herunder i forhold til at det sundhedsfaglige tilbud fremadrettet ikke alene varetager somatiske problemstillinger

16. Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud

At samarbejdsformer mellem regionale akuttilbud og den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner opbygges og udvikles, herunder eksempelvis udbredelse af erfaringerne med fremskudt kommunal visitation på akutsygehuset, fælles retningslinjer og kommunikationsveje mellem regionale og præhospital organisatio-ner og den kommunale sygepleje m.v.

17. 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. I tætbefolkede områder kan faglige, driftsmæssige og geografiske forhold gøre det 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 m.v. skal funktioner på akutsygehuse planlægges ud fra et større befolkningsunderlag som fastlægges i Sundhedsstyrelsens Specialeplanlægning.

18. Befolkningsunderlag under 200.000

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 varetagelse af akutfunktioner.

19. Krav til traumesygehuse

Traumesygehuse skal kunne modtage alle typer af akut opstået somatisk sygdom og skade, også tilstande hvor kompleksitet, sjældenhed, kompetencer, ressourcer

m.v. tilsiger behandling på højt specialiseret niveau, fraset ganske enkelte funktioner der er samlet ét eller få steder i landet som for eksempel replantation 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.

20. Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling

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, selvmordsforsøg, seksuelle overgreb m.v. kan selvvisitation være hensigtsmæssigt, og der bør foreligge klare retningslinjer og patientinformation for for eksempel brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. Undtagelsesvist, og kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner som for eksempel oplussen af kendt kronisk sygdom kan patienter modtages akut på specialsygehuse.

21. Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse

På akutsygehuset skal alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade modtages i en fælles akutmodtagelse. For udvalgte patientgrupper, for eksempel kvinder i fødsel, præhospitalt diagnosticeret akut koronarsygdom, eller indlæggelse med tvang i henhold til psykiatriloven, kan det være relevant med modtagelse direkte på specialafsnit, og der bør foreligge klare procedurer samt relevant patientinformation for for eksempel brug af jordemodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v.

22. Akutsygehusets opgaver

Et akutsygehus som varetager både somatik og psykiatri skal døgnet rundt:

- kunne modtage patienter med alle typer af skade samt akut opstået eller forværret sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner. Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør dog kun modtages på sygehusematrikler med børne- og ungdomspsykiatri.
- kunne iværksætte umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar diagnostik, at behandle intensivt og til at udføre livreddende- og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
- have klare procedure for overdragelse til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuse og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor

Et somatisk akutsygehus skal døgnet rundt:

- kunne modtage patienter med alle typer af somatisk skade samt akut opstået eller forværret somatisk sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner
- kunne iværksætte umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar udredning og diagnostik, at iværksætte umiddelbar, intensiv samt livreddende- og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
- have klare procedure for overdragelse til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuse og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor
- have klare procedurer for overdragelse fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
- have klare procedure for overdragelse til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuse og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor

Et psykiatrisk akutsygehus skal døgnet rundt:

- kunne modtage patienter med alle typer af psykisk traume samt akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør dog kun modtages på sygehusematrikler med børne- og ungdomspsykiatri.
- have klare procedurer for overdragelse fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
- have klare procedure for samarbejde med somatisk akutmodtagelse og somatiske specialer i øvrigt.

23. Krav til assistance i akutmodtagelsen

I den fælles akutmodtagelse på et somatisk akutsygehus eller et akutsygehus, der varetager både somatik og psykiatri, skal der altid 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 desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte patienter, der på sigt opfyldes af ny specialuddannelse i akutsygepleje.

Krav til assistance på akutsygehuset er beskrevet i anbefaling 25 og 26.

24. Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

Hvor det ikke er geografisk muligt at samlokalisere skal der på den psykiatriske akutmodtagelse sikres assistance umiddelbart af relevante lægelige kompetencer til at sikre vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med psykisk skade 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. Der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den somatiske akutmodtagelse.

25. Krav til assistance på somatisk akutsygehus

På akutsygehuset med somatiske funktioner skal der altid være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de syv specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. 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.

26. Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri

På akutsygehuset med både somatiske og psykiatriske funktioner og med fælles akutmodtagelse skal der udover ovennævnte 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.

27. Præcisering af specialevejledninger

For øvrige specialer der modtager akutte patienter skal Sundhedsstyrelsen gennemgå specialevejledninger i forhold til for præcisering af krav til kompetencer og robusthed med henblik på eventuel revidering.

28. Flow på akutsygehuset

Arbejdet på akutsygehuset skal døgnet rundt 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 sengekapalet, udskrivning m.v.

29. 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.

30. Integration mellem dokumentationssystemer på tværs

At der sikres integration mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, herunder også elektronisk billeddokumentation.

31. 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.

32. 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.

HØRINGSUDKAST

1. Introduktion

1.1. Formål

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2007 og 2009 en række anbefalinger vedrørende den akutte sundhedsindsats for forløb i henholdsvis somatik og psykiatri. Anbefalingerne har det seneste årti sat rammer og retning for udviklingen af den akutte indsats i sundhedsvæsenet, både på sygehus og præhospitalt. Anbefalingerne har sat faglig retning på det akutte område i en periode, hvor struktur og opgavevaretagelse i sundhedsvæsenet i Danmark er blevet grundlæggende ændret.

Sundhedsvæsenet har de seneste årtier udviklet sig, og det har befolkningens behov for, og forventninger til, indsatser i sundhedsvæsenet også. Samtidig er der kommet nye teknologiske muligheder til. Sundhedsvæsenet er i dag et andet sted, med nye sygehusbygninger der løbende tages i brug, en revideret specialeplan, og en ny faglig kompetence i akutmedicineren som forventes at spille en central rolle i den 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, og 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 sygehusbygninger 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 et væsentligt fokus 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 har de nye anbefalinger et tværfagligt og tværsektorielt sigte, og peger således på indsatser, der går på tværs af hele patientforløbet, i både det primære sundhedsvæsen, de præhospitale indsatser og det regionale sygehusvæsens ambulante og stationære tilbud, og inden for både somatik og psykiatri. Medmindre andet fremgår vedrører anbefalingerne således både somatik og psykiatri.

Hensigten med de nye anbefalinger er, som nævnt, 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, ligesom der heller ikke med anbefalingerne pålægges 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 derimod at opstille forudsætninger, krav og anbefalinger, der inden for de nuværende rammer i det kommende årti skal bidrage til, at 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, og at alle patienter ved behov oplever at få rette tilbud til rette tid på rette sted af rette kompetence. I arbejdet har Sundhedsstyrelsen samtidig 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; se Kapitel 11.

Anbefalingerne er målrettet sundhedsprofessionelle, planlæggere og beslutningstagere, og erstatter tidligere anbefalinger på området, herunder anbefalingerne 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

Af sundhedslovens § 2 fremgår det, at man skal sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at 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).

I relation til den akutte sundhedsindsats følger det af sundhedslovens § 57, at regionerne er forpligtet til at tilvejebringe og sikre tilbud hos 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, 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 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) (3). 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 ydermere 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 (4).

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 forbedre livet med en kroniske lidelse eller 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 i 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 (5). Kommunale indsatser til mennesker med psykiske lidelser ydes ofte også 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 (6). 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 lidelse finder lov om anvendelse af tvang i psykiatrien anvendelse for patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, samt for borgere, der skal tvangsindlægges (7). 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 (8).

Organisering af ambulancetjenesten og uddannelse af ambulancepersonalet sker efter reglerne i bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v. (9). Derudover er regionerne selvstændigt ansvarlige for at planlægge, dimensionere og drive den præhospitale indsats. Derudover regulerer bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet delvist det præhospitale område ved at definere responstid (10).

Af bekendtgørelsens § 27, stk. 7, nr. 4, fremgår, at regioner og kommune 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 (11).

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 (10).

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 sundhedsloven § 214 tillagt en vis vejledningskompetence. Som beskrevet ovenfor har Sundhedsstyrelsen en rådgivningsforpligtelse overfor 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). Den nuværende organisering af landets akutsygehuse og akutmodtagelser er ligesom den præhospitale indsats baseret på anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen fra 2007 og 2009 (12,13).

1.3. Proces for arbejdet

Arbejdet med udarbejdelsen af anbefalingerne har været tilrettelagt med udgangspunkt i at se 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.

For at indhente rådgivning omkring den samlede akutte sundhedsindsats har der været nedsat en tværgående følgegruppe og en tværgående faglig arbejdsgruppe med repræsentation fra myndigheds- og administrativt niveau, fagrepræsentanter og patientrepræsentanter, som har bistået styrelsen i arbejdet med at se på tværs af den samlede akutte sundhedsindsats, særligt med henblik på at se, hvordan der sikres sammenhæng i tilbuddene set fra såvel et brugerperspektiv 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 drøftet i blandt andet Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning og i den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning.

I processen har der været særligt fokus på fem særlig 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 mennesker med psykisk lidelse. De fire første områder er udvalgt, da de organisatorisk udgør hver sit område af den akutte sundhedsindsats i dag. Den akutte indsats til mennesker med psykisk lidelse 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. Anbefalingerne adresserer de fem områder samlet, men hvor der gælder særlige forhold for psykiatriområdet, vil dette blive præciseret.

Midtvejs i processen afholdt Sundhedsstyrelsen den 3. december 2018 i København en national konference om den akutte sundhedsindsats.

Anbefalingerne blev drøftet ved et afsluttende møde i den tværfaglige arbejdsgruppe den 27. august 2019. Anbefalingerne blev herefter sendt i offentlig høring den 1. november 2019. [Uddybes vedrørende høring, pointer herfra mm.]

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 enstrengt visitation (kapitel 6), kvalitet og sammenhæng på tværs (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 kommende 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 pludseligt, og som ofte har 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 set up, krav til organisering, udstyr mv. 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.

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

I den akutte sundhedsindsats, er der en række snitflader til arbejdet med at forebygge, at en borger får brug for en akut sundhedsindsats. Både ift. kommunernes generelle ansvar for at sikre forebyggelse og sundhedsfremme jf. sundhedslovens §119, men også i forhold til for eksempel indsatser til den ældre medicinske patient i den kommunale sygepleje og hjemmepleje og mennesker med psykisk lidelse, 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.

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 (13). Da anbefalingerne ikke omhandlede den akutte indsats til mennesker med psykisk lidelse fulgte i 2009 anbefalinger for akutindsatsen i psykiatrien (12).

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.

2.1.1. 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 sygehusydelse 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 identificere 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 alment 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 almenmedicin, 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. 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, psykiatri, fødeplaner mm. Samtidig blev der med økonomaftalerne 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, set i lyset af at store ændringer her formentlig 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 sygehusene 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.

Nedenfor beskrives kort hovedpointerne i anbefalingerne i 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) (13).

For mennesker med psykisk lidelse 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 planlagt med åbne eller visiterede akutte psykiatriske modtagelser. Der blev lagt vægt på, at der skulle foreligge klare, aftalte visitationsretningslinjer (12).

Anbefalingerne vedrørende visitation blev fulgt op i 2012, hvor regeringens akutudvalg gentog anbefalingerne og supplerede med at anbefale, at visitation bør foregå telefonisk (14).

Anbefalingerne fastlagde rammerne for de fælles akutmodtagelser i forhold til befolkningsunderlaget, visiteret adgang, én fælles akutmodtagelse, fremmødekrav til lægefaglige specialer, diagnostiske faciliteter mv. Sundhedsstyrelsen anbefalede samtidig, at de eksisterende fire traumecentre blev bibeholdt, idet de havde forskellige spidskompetencer, omend det blev vurderet, at befolkningsunderlaget 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 skadepoliklinikker betjent af læger og/eller sygeplejersker under lægeligt ansvar, hvor patienter med mindre eller ukomplicerede skader kunne behandles (13).

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. indbyggere. 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. (12).

I 2013 blev anbefalingerne fulgt op af en national afrapportering (15), 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 (16).

På det præhospitale område fokuserede anbefalingerne på områder vedrørende kompetencer og sundhedsfaglig opkvalificering, sundhedsfaglig visitation, national disponeringsvejledning, dokumentation samt etablering af en landsdækkende akutlægeheliikopterordning 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.

2.1.2. **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 i det akutte sygehusvæsen, 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 lidelse 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.

Regionerne har organiseret sig med speciallæger i akutmodtagelserne, omend det varierer mellem de lægefaglige specialer, hvorvidt det reelt er lykkedes at leve op til fremmødekraevne, 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 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 sættes fokus på den akutte patient og kerneydelsen i akutmodtagelsen, herunder fokus på triage og flow, så effektiviteten øges, og 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 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:

- Tidlig vurdering af alle typer patienter, inkl. skadepatienter
- Iværksættelse af umiddelbar behandling, både af ustabile og stabile patienter
- Lægefaglig forløbsledelse inkl. 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 specialet vurderede Sundhedsstyrelsen, at speciallæger i akutmedicin skulle være specialister i den akutte og afklarende fase af et sygehuskrævende 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. Af større nationale forandringer på det præhospitale område er indførelse af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald, indførelse af en national visitationsretningslinje for 112-opkald (Dansk Indeks for Akuthjælp), en national akutlægehelikopterordning 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), baby lance (neonatalt trans-

portteam) og psykiatrisk akutjeneste (med udkørende psykiater). Det drejer sig yderligere om varierende brug af præhospitalt personale såsom præhospitalt akutlæger og 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 organisation med en omlægning af lægevagten til visitation via Akuttelefonen 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 (6). Formålet med kvalitetsstandarderne er at understøtte en ensartet og høj 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 (6). I 2018 godkendte Sundhedsstyrelsen rammerne for en ny specialsygeplejerskeuddannelse som sigter på at styrke kompetencerne i den borger-nære 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 – 250.000 som skulle varetage basiskirurgien.

2007: Strukturreformen træder i kraft med etablering af 5 regioner og 98 kommuner. Med sundhedsloven kommer der ny opgavefordeling på sundhedsområdet, herunder nye opgaver til kommunerne, og Sundhedsstyrelsen fik beføjelser ift. specialeplanlægning.

2007: Sundhedsstyrelsen udsender med anbefalinger for den akutte sundhedsindsats i "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" inkl. bilag; blandt andet landsdækkende helikopterordning

2007: Samme år etablerer regeringen en kvalitetsfond med henblik på at investering 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 36 lægefaglige specialer og et tandlægespeciale.

2010: Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale beredskab) udkommer med en statusrapport med fokus på kortlægning af akutberedskabet, 112-opkald samt vagtlægeordningen

2012: Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale beredskab) 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 akutlægehelicopterordning træder i kraft med tre døgnbemandede akutlægehelikoptere

2014: Første evaluering af landets akutmodtagelser udkommer i et samarbejde mellem ministeriet, 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 var 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 beslutes det, at anbefalingerne fra 2007 skal opdateres, herunder belysning af de fælles akutmodtagelser

2017: Sundhedsstyrelsen udkommer med en revideret specialeplan

2017: Det besluttes 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: Regeringen 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 akut psykiatriske udryknings-tjenester.

2018: Satspuljen på sundhedsområdet 2019-2022 prioriterer udbredelsen af regionale akutte udrykningsteams i psykiatrien samt bedre samarbejde mellem politiet og sundhedssektoren.

2019: Sundhedsstyrelsen igangsætter arbejde med beskrivelse af en ny specialuddannelse i akutsygepleje.

3. Viden og status

Med henblik på at beskrive den viden og status for udviklingen af den akutte sundhedsindsats, der ligger til grund for identifikationen af udfordringer og muligheder på området, beskrives i nærværende kapitel først væsentlige erfaringer og evidens på området, hvorefter data for aktiviteten på området beskrives.

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 nye afdækninger inden for følgende områder:

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

3.1.1. 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:

- Afrapportering fra Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen i 2008 (19)
- Sundhedsstyrelsens rapport om kvaliteten i den danske lægevagtsordning (december 2009) (20)
- Rapport om brug af sygeplejersker i lægevagten (21), anbefalinger fra Regeringens akutudvalg (2012) (14)
- COWI's Evaluering af enstrengt og visiteret akutsystem frem til 1. april 2014 (oktober 2014) (22)
- KORA's Evaluering af Enstrengt og Visiteret Akutsystem i Region Hovedstaden (januar 2015) (23).

Senest har Rigsrevisionen 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 nedenfor.

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, som 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 hhv. 45 og 25 procentpoint fra sine to opstillede servicemål på dette område i 2016, og 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 ambulanskontakt i akutmodtagelse eller akutklinik er stort set uændret efter indførelse af 1813. Antal telefonkonsultationer er steget i nogle regioner og faldet eller stagneret i andre efter indførelse af enstrengt visitation til FAM.

- 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, mens Hovedstaden havde det laveste antal (53-54 hhv. 7 besøg pr. 1.000 borgere). For konsultationer havde Region Nordjylland det højeste antal, mens Midtjylland havde det laveste i 2016 (211 hhv. 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 ambulans kontakt i akutmodtagelse eller akutklinik sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Det er imidlertid de ældste borgere (≥ 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 (41 hhv. 16 tusinde 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 tusinde kr. pr. 1.000 borgere. Det understreges, at omkostningerne i de fire vagtlæge-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). 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 (26). Undersøgelsen viser, at 97 pct. lever op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed, at der opnås personlig kontakt hver anden gang, der ringes til almen praksis (i alt 49 pct. af tilfældene), samt 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 (26). I en opgørelse fra Region Midtjylland i 2016 ses det, at 63 pct. af almen praksis har en akutlinje (særskilt telefonnummer fra kl. 8-16), ligesom der for 8 pct. ikke blev opnået kontakt inden for 10 min., mens den gennemsnitlige ventetid var små 2 min. (27).

Regeringens akutudvalg pegede på potentiale i at forbedre kapaciteten i lægevagtsordningerne ved at inddrage sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale i opgaveløsningen, herunder opgaver relateret til telefonisk visitation (28). En øget kapacitet i de 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.

3.1.2. 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 (29).
- Kortlægning af behov for flere akutbiler og akutlægebiler, Akutudvalget, 2012 (30).

I vurdering 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 paramedicinere eller udenlandsk uddannede paramedicinere¹. Det gælder for hjertestop uden for sygehus (evidens for højere overlevelse), hovedtraume samt tilstande med sværere traumer mere generelt (positiv tendens ift. højere overlevelse)².

¹ 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.

² Betydning af uddannelsesniveau for effekten af udvalgte dele af den præhospitale indsats – en systematisk litteraturgennemgang", Defactum, 2017. (29)

3.1.3. Den kommunale sygepleje

I relation til kommunernes arbejde er der foruden anbefalingerne vedrørende kommunale akutfunktioner (6) taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til Handlingsplanen for den ældre medicinske Patient (31) samt den politiske aftale om Handlingsplanen for den ældre medicinske Patient (32) og afrapporteringen fra Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (33) i forhold til samarbejdet om den akutte sundhedsindsats.

3.1.4. 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, for eksempel hvis det 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 oplystes 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 6 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 akutmodtagelserne 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 viderehenvielse 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, kendskab til samarbejdspartneres.

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 at være opmærksom 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 præhospitale indsats** identificeres et potentiale i, at ambulanceredderne kan udføre diagnostiske undersøgelser i borgeres hjem og være i dialog med hospitalslæger, praktiserende læger eller vagtlæger, om borgeren skal indlægges eller ej.

- I **vagtlægeordningen** identificeres også 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 vel fungerende 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 enkeltdelene i patientforløbene har for eksempel for 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 kvalitetsfondsbyggerierne 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, jf. nedenfor.

3.1.5. Akutsygehuse

Som led i det aktuelle arbejde med anbefalingerne har Sundhedsstyrelsen i begyndelsen af 2019 indsamlet oplysninger fra regionerne vedrørende akutte sygehusstilbud 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 sygehusstilbud var organiseret på tværs af regioner og somatik/psykiatri. De væsentligste fund herfra fremgår af Boks 5 nedenfor.

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 26pct. frem mod 2025, men stigningen er alene for somatiske senge. Tilsvarende forventes kapaciteten af senge på somatiske intensivafdelinger at stige med 27pct. frem mod 2025, og kapaciteten af operationslejer til indlagte patienter at stige med 10pct. frem mod 2025, men 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 akutmodtagelse 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 organisering ift. 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 speciallæge 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 eksempelvis fast track, brugerstyrede senge, udgående funktioner såsom akutteams³ eller F-ACT-teams⁴.

Regionerne har desuden bidraget med oplysninger om både aktuelle og fremtidige befolkningsunderlag for varetagelse af akutsygehusenes hovedfunktionsyndelser, som angivet i nedenstående Tabel 1. Ved fremskrivningen til 2025, hvor alle nye akutsygehusbygninger forventes afsluttet, ses det, ikke overraskende, at de tre små sygehuse med særlig geografi (Bornholms Hospital, Nykøbing F. Sygehus og Aalborg Universitetshospital, Thisted) fortsat har befolkningsunderlag under den nedre grænse for Sundhedsstyrelsens generelle anbefaling. 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 omkring 'underkanten' på 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 det 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 hovedfunktionsyndelser (antal borgere i tusind)

Akutsygehus	Befolkningsunderlag hovedfunktionsniveau* 2019 somatik	Befolkningsunderlag hovedfunktionsniveau* 2019 psykiatri	Befolkningsunderlag hovedfunktionsniveau* 2025 somatik	Befolkningsunderlag hovedfunktionsniveau* 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

³ Akutteams kan være målrettede patienter, som ikke i forvejen er tilknyttet distriktskykiatri, 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.

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 lidelser.

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
Psykiatri i 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, Regi- onshospitalet 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
Psykiatrien i Aalborg	0	590	0	597
Aalborg Universitetshospital	323	0	333	0
Regionshospital Nordjylland, Brønderslev	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 psykiatrien er der tale om afrundingsfejl.

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

I forbindelse med arbejdet med aktuelle anbefalinger har Sundhedsstyrelsen desuden foretaget en litteraturgennemgang med fokus på at estimere et nødvendigt befolkningsunderlag for varetagelse af akutte sygehusfunktioner, og for at efterprøve de arbitrært fastsatte befolkningsunderlag der blev beskrevet i anbefalingerne i 2007 og 2009, som 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 cut offs 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 særligt relevante i en dansk kontekst, og generelt er udfordringen ved at inddrage international litteratur på området, at Danmark på mange punkter er længere fremme end andre lande.

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 akutsygehus.

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

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 patientvolumen 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 ift. at sikre robusthed i kompetencer, og man kan overveje at arbejde med et endnu større befolkningsunderlag.
- Intrakraniell læsion burde ikke være medtaget i analysen, da den allerede i dag er omfattet af specialeplan, og ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau.

I forbindelse med arbejdet med aktuelle anbefalinger har Sundhedsstyrelsen også fået udarbejdet et litteraturstudium med internationale erfaringer med fokus på den akutte patients forløb på sygehuset med fokus på trængsel, overfyldthed m.v. ('crowding'). Heri peges der på en række tiltag, der kan gøres for at forebygge eller begrænse crowding. I

Boks 7 nedenfor beskrives de væsentligste pointer herfra; se bilag 9 også i bilagsrapporten.

Boks 7

En litteraturoversigt over interventioner til at forebygge eller begrænse crowding, se også bilag 9.

- 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 hospitalet. En række specifikke opgaver kan desuden, i det rette set up, uddelegeres til for eksempel behandlersygeplejersker og triage-sygeplejerske.
- 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 ift. 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 hospitalsophold < 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 hospitalet for grupper af intern medicinske patienter ved at have et dedikeret afsnit med dedikeret personale til at håndtere stabile, medicinske patienter med forventet ophold < 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 pga. overbelægning på stamafdelingerne.

Nogle eksperter identificerer dette som den største enkeltstående årsag til crowding. Der kan med fordel laves interventioner på akuthospitalet, så der opnås en fornuftig belægning på de afdelinger der modtager akutte patienter fra akutmodtagelser, herunder tilpasning af bemanningen akuthospitalet. Det er væsentligt at der laves en samlet løsning for bemanning og belægning på hele akuthospitalet.

HØRINGSUDKAST

3.2. Aktivitet og data

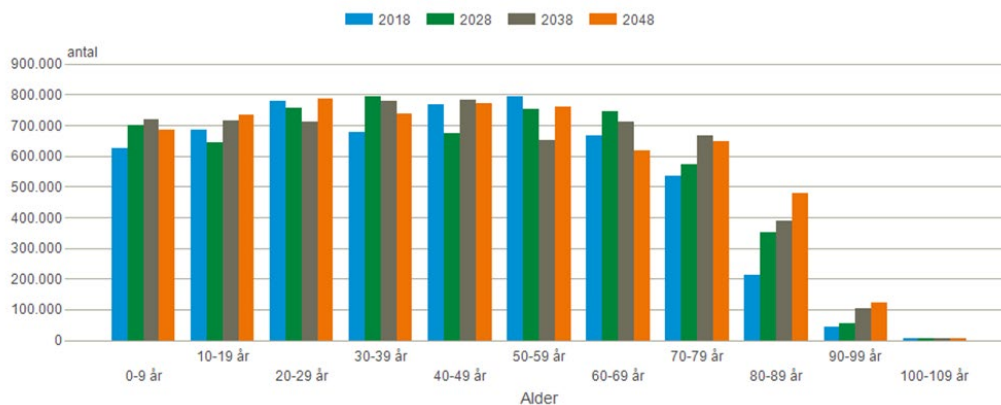
I det følgende skitseres indledningsvist befolkningsudviklingen, dernæst aktiviteten i de fire lægevagtsordninger og Region Hovedstadens akuttefon 1813 samt aktiviteten i den præhospitale indsats, og til slut beskrives den akutte aktivitet på sygehuset for både somatik og psykiatri. Aktiviteten beskrives 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 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.

3.2.1. 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. Stigningen i antallet af ældre, der lever med en eller flere behandlingskrævende sygdomme kan få betydning for aktiviteten i sundhedsvæsenet. 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 lidelser, 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 mennesker med psykiske lidelser er steget, ligesom samfundsudviklingen generelt betyder, at sygdomsforståelsen ændrer sig, og nye sygdomme opstår (37).

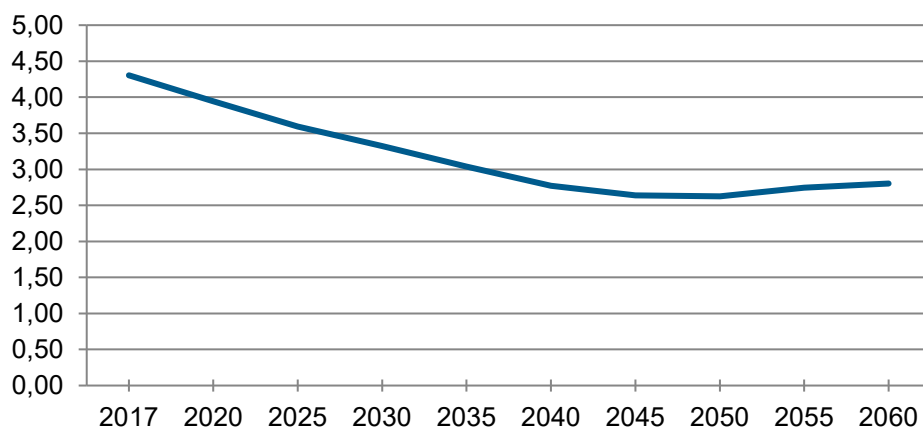
Figur 1
Befolkningsfremskrivning 2018-2048



Kilde: Danmarks Statistik, marts 2018 (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 i mellem 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

3.2.1. Aktivitet i lægevagt og Akuttelefonen 1813

Udviklingen i aktiviteten 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 etableret 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.

HØRINGSUDKAST

Tabel 2

Aktivitet i regionale lægevagtsordninger og i Akuttelefonen 1813[#] til egne borgere^{##} fordelt på kontakttype, opgørelsesmåde^{###} 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
Telefonkonsultationer i akuttelefonen i Region Sjælland (antal)	i.r.	i.r.	i.r.	87.334	i.r.
Det samlede antal telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere	497	520	565	639	435
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
Det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer)	146.735	272.613	265.623	192.159	k.i.o.
Besøg (antal)* ⁵	22.879	69.510	48.398	44.345	13.394
Konsultationer (antal)* ⁶	123.856	203.103	217.225	147.814	k.i.o.
Det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer) pr. 1.000 borgere	250	210	219	231	k.i.o.
Besøg (antal pr. 1.000 borgere)	39	54	40	53	7
Konsultationer (antal pr. 1.000 borgere)	211	157	179	178	k.i.o.
Procentvise beregninger:					
Andelen af telefonkonsultationer uden besøg/konsultation af det samlede antal telefonkonsultationer (%)	49	58	50	63	65
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 henholdsvis 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 henholdsvis 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 ambulant 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 lægevagtens 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 %).
- 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.
- 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# til ambulante kontakter i Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker (AMAK) fordelt på spor, opgørelsesmåde## og årstal, 2014-2016

Opgørelsesmåde	År		
	2014	2015	2016
Alle henvisninger til de tre spor	316.289	308.732	319.585
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
Alle henvisninger af egne borgere	308.012	300.657	310.838
Henvisninger af egne borgere til behandlerspor sygdom	158.699	153.158	161.441

Henvvisninger af egne borgere til behandlerspor skade	96.952	98.790	101.055
Henvvisninger af egne borgere til vurderingsspor	52.361	48.709	48.342
Alle henvvisninger af egne borgere pr. 1.000 borgere	175	169	173
Henvvisninger af egne borgere til behandlerspor sygdom pr. 1.000 borgere	90	86	90
Henvvisninger af egne borgere til behandlerspor skade pr. 1.000 borgere	55	56	56
Henvvisninger af egne borgere til vurderingsspor pr. 1.000 borgere	30	27	27

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. 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 henvvisninger, idet børnene blot er flyttet fra vurderingsspor til behandlerspor/skade, hvilket er mere korrekt.

Henvvisninger af egne borgere omfatter kun de henvisninger, som Akuttefonen 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.

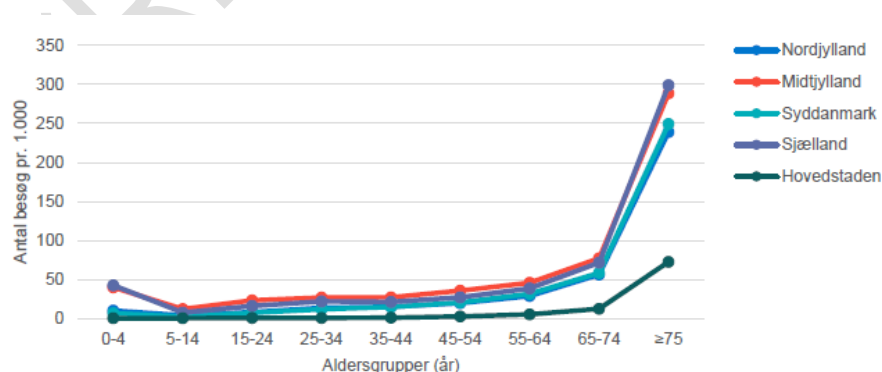
Note: * Børnemodtagelsen Behandlerspor/sygdom for børn er kun åben i hverdage i tidsrummet kl. 16:00-23:00 og i weekenden i tidsrummet kl. 08:00-23:00. Det betyder, at alle børn med sygdom indlægges i tidsrummet kl. 23:00-08:00 (inkl. weekender og helligdage). Ifølge Region Hovedstadens opgørelser er 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 Akuttefonen 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 antal sygebesøg i hjemmet, hvor Region Sjælland og Region Midtjylland havde flest besøg, mens Region Hovedstaden havde det laveste antal (53-54 henholdsvis 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

Aktiviteten i vagttid[#] i regionale lægevagtsordninger og i Akuttefonen 1813 opgjort for egne borgere^{##} pr. 1.000 borgere opgjort for besøg, alder^{###} 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 Akuttefonen 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 henholdsvis 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 forholdsmæssigt 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 Analysecenter for Velfærd. Regionale lægevagter og Akuttelefonen 1813. En kor-lægning 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 (211 henholdsvis 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 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 akutmodtagelse 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 hospitalskontakt inden for det samme døgn.

3.2.2. 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 A⁵ og kørsel B⁶). Stigningen i 112-opkald og akutte ambulancekørsler er ikke specifikt knyttet til en dansk kontekst,

⁵ Kørsel A anvendes ved livstruende eller mulig livstruende sygdom eller tilskadecomst 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.

⁶ Kørsel B anvendes ved akut, men ikke livstruende sygdom eller tilskadecomst for eksempel smertetilstande, opblussen i kendt kronisk sygdom, brud på underekstremiteterne. Der vil typisk være tale om sygdom eller tilskadecomst, der er alvorlig og hastende, men uden en umiddelbar trussel mod liv eller førlighed.

men er derimod et mønster, der genfindes i hele den vestlige verden. Derudover ses en øget aktivitet for visse supplerende beredskaber såsom akutlægehelikopterne.

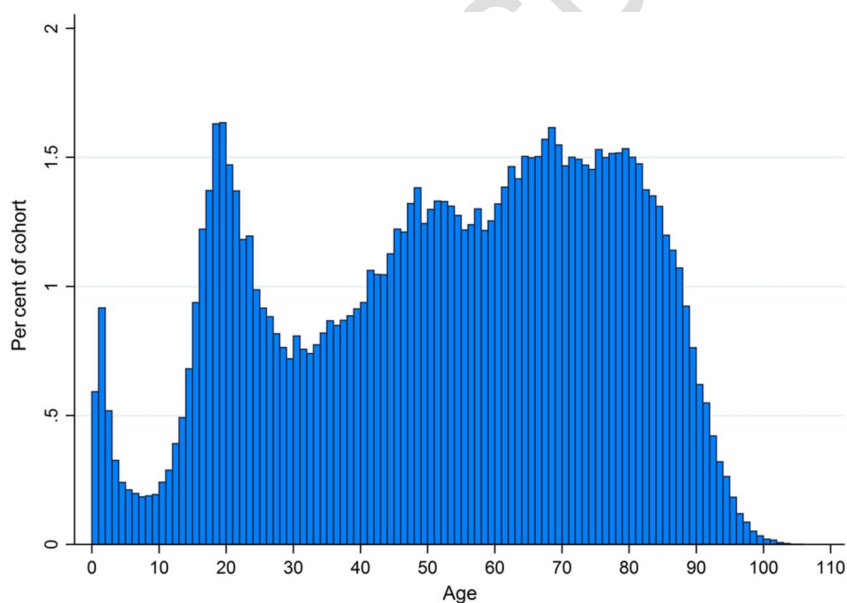
Der kan være flere årsager til denne stigning, men flere studier peger på, at der ses et fald i antallet af kørsler på baggrund af tilskadekomst og en stigning på grund af akut forværring af kronisk sygdom samt uspecifikke diagnoser. Derudover ses, at patienterne har flere kroniske sygdomme end tidligere (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 hyppigere kontakt til den præhospitale indsats med alderen (39).

Figur 4

Aldersfordeling for patienter med sygehuskontakt efter 112-opkald og ambulance-transport (N=148 757) i 2007-2014 i Region Nordjylland.



Kilde: Christensen et al. 2016 (39).

3.2.3. 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-års perioden 2007 til og med 2017.

Tabel 4 viser en samlet opgørelse af antal akutte korte og lange forløb fordelt på henholdsvis akut eller planlagt kontakt og somatik eller psykiatri i 2007 og 2017. Korte forløb er sygehuskontakter af under 12 timers varighed (og ligner til dels begrebet "ambulant behandling"), mens lange forløb er kontakter, der samlet varer 12 timer eller mere. Lange forløb ligner til dels 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, men hvis der tages højde for, at aktiviteten i lægevagten i Region Hovedstaden i løbet af perioden har været omlagt til sygehusaktivitet, synes aktiviteten 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 såvel antallet af korte forløb 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.

Aktivitetstype	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 indbyggere	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.

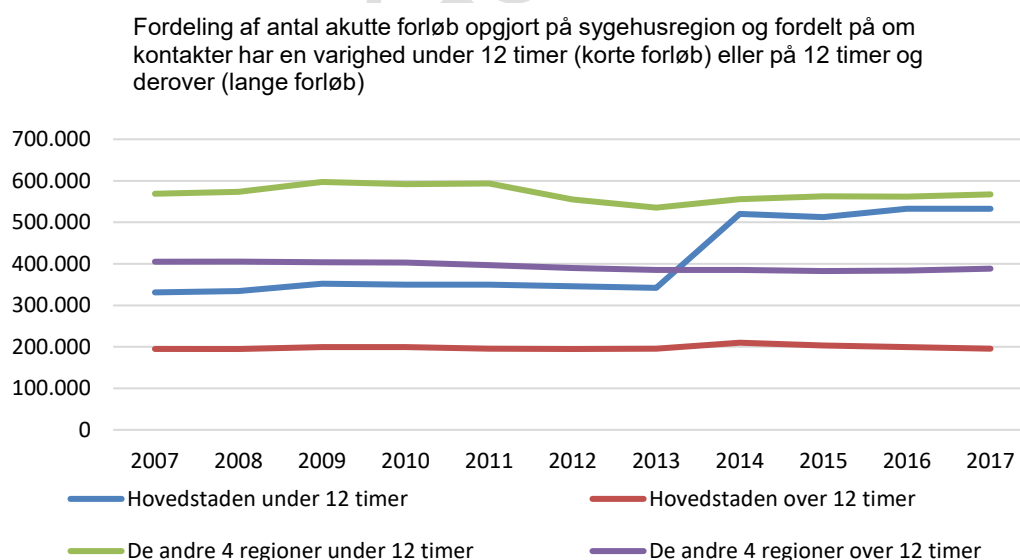
Til sammenligning skete der på det planlagte område et fald i antallet af lange forløb fra 301.000 til 276.000 forløb fra 2007 til 2017. Samtidig er antallet af ambulante besøg steget fra ca. 8 mio. til ca. 11 mio. fra 2007 til 2017. Groft sagt er den akutte aktivitet mere end dobbelt så stor som den 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. Betydningen af Region Hovedstadens valg af organisering, hvor der ikke er vagtlægekonsultationer, og Akuttelefonen 1813 henviser til ambulante kontakter på sygehusenes akutmodtagelser og akutklinikker, fremgår tydeligt for de korte patientforløb, hvor antallet af forløb stiger stejl i Region Hovedstaden fra 2013 til 2014 (hvor det enstrengede og visiterende akutsystem 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 1813 var forudset og planlagt (og modsvares af et endnu større fald i antallet af lægevagtskonsultationer, jf. afsnittet om Aktivitet i lægevagt og Akuttelefonen 1813 ovenfor).

Figur 5

Udviklingen i den akutte somatiske sygehusaktivitet i hele landet 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 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 stigende grad er blevet omlagt til akutte korte forløb.

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 tidsregistreringen for skadestuebesøg tidligere har været mangelfuld (og de er derfor 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 er måske også 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 vigende 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 indbyggere 0,8 uden for Region Hovedstaden og 1,0 inde i regionen.

Tabel 5

Den akutte somatiske sygehusaktivitet i hele landet fordelt på regioner, aktivitetstype og 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
Hele landet	900	1.100	1,7	2,4	600	584	146	137	87,2	80,1

*Fire regioner uden for Region Hovedstaden i alt.

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

*Fire regioner uden for Region Hovedstaden i alt.

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 for 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), og 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 kontakttidspunktet 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.

Tabel 8

Antal indbyggere og den somatiske sygehusaktivitet i fire regioner uden for Region Hovedstaden fordelt på kontaktype, opholdstid (for lange forløb) og alder 2007 og 2017.

Alder	Antal indbyggere i tusind			Korte forløb (<12 timer)			Lange forløb (≥12 timer)					
	Antal 2007	Antal 2017	Pct. udvikling	Antal i tusind		Pct. udvikling	Antal i tusind		Pct. udvikling	Samlet opholdstid i mio. timer		Pct. udvikling
				2007	2017		2007	2017		2007	2017	
0-17 år	868	802	-8,4	183	163	-11,0	71	55	-22,6	6,3	4,6	-27,2
18-64 år	2.342	2.345	+0,1	324	299	-7,5	180	151	-16,4	21,7	15,7	-21,4
65-79 år	446	618	+38,7	40	71	+78,1	88	108	+22,1	16,6	15,6	-5,6
≥80 år	157	183	+16,5	22	34	+54,1	64	74	+16,8	12,7	10,5	-17,2
I alt	3.813	3.948	+3,6	569	567	-0,2	403	388	-3,8	57,3	46,5	-18,8

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 indbyggere 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 opholdstimer for borgere på 80 år og derover omkring 3 pct. af det samlede antal opholdstimer for lange forløb i psykiatrien.

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 er organiseret i lægevagtsordninger i fire regioner og i Region Hovedstaden med akuttelefon 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 hvilke kompetencer der skal være i visitationen med fokus på henholdsvis lægefaglige og sygeplejefaglige kompetencer viser, at der ikke er grundlag for at sige, at telefonvisitation varetages af sygeplejersker er mindre sikker og har ringere kvalitet, 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 behandlersporet 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 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.

Det ses, at de konkrete lægefaglige specialer er repræsenteret, men der er variation i forhold til, hvorvidt de er tilstede døgnet rundt, og regionerne har organiseret sig forskelligt, herunder i forhold til om adgangen til akutmodtagelserne er visiteret, samt om de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser er fælles eller adskilt. Der peges på, at det er en forudsætning for en velfungerende akutmodtagelse, at der 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 indgange 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, der er 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. Generelt har de psykiatriske akutsygehuse ikke speciallæge i tilstedeværelsesvagt uden for dagtid

Befolkningsunderlaget for akutsygehuse for de tre små sygehuse med ø- eller ø-lignende status (Bornholm, Nykøbing F. og Thisted) har fortsat et befolkningsunderlag under den nedre grænse for Sundhedsstyrelsens generelle anbefaling, men også akutsygehuse som Hjørring (somatic) samt Svendborg og Odense (psykiatri) forventes at have et befolkningsunderlag omkring den nederste 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 om et befolk-

ningsunderlag på henholdsvis 200.000 - 400.000 for varetagelse af somatiske og psykiatriske akutmodtagelser, og 500 - 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 forsvareligt, at disse varetages på små akutsygehuse med ø-lignende geografi, mens en række andre tilstande som for eksempel sepsis, hjertesvigt og gastrointestinal blødning med fordel kan visiteres til større akutsygehus.

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.

På trods af vækst i befolkningstallet og i både antal og andel af ældre er der ikke sket en samlet stigning i antallet af akutte forløb i det somatiske sygehusvæsen. Der har været en stigning for borgere på 65 år og derover, og denne stigning har kunnet rummes inden for en uændret samlet aktivitet, fordi sygehusaktiviteten for borgere under 65 år er faldet.

Samtidigt er det samlede antal opholdstimer faldet, formentlig fordi 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 aktiviteter. Over hele perioden 2007-2017 ses en meget betydelig stigning i antallet af planlagte ambulante besøg. Det kan også være medvirkende, at der blandt andet som konsekvens af 2007-anbefalinger er blevet 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 gives særlig opmærksomhed fremover.

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.

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 tre dele; visitation, der handler om adgangen til de akutte sundhedstilbud (herunder henholdsvis borgerrettet visitation og visitation og henvisning mellem sundhedsprofessionelle), de akutte sundhedstilbud uden for sygehus, samt de akutte sundhedstilbud på sygehuset.

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, via 112-opkald til AMK-vagtcentral eller via en kommunal funktion.

Muligheder for borgerrettet visitation til akutte sundhedstilbud:

- I dagtid ved henvendelse til almen praksis samt ved skader til Akuttelefonen 1813 i Region Hovedstaden og til akuttelefonen i Region Sjælland
- I vagttid via lægevagtstelefoner eller Akuttelefonen 1813 i Region Hovedstaden eller Akuttelefonen 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.

4.1.1. 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 hvor regionerne driver almen medicinsk lægeklinik, ved direkte henvendelse til tandlæge eller speciallægepraksis i øre-næse-hals eller øjenssygdomme, og evt. øvrige specialer for personer i sygesikringsgruppe 2 m.v. Udvalgte grupper som værnepligtige, asylansøgere m.v. kan være dækket af andre faste lægeordnin-

ger, 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 på hverdage i tidsrummet fra 8 til 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.

4.1.2. Telefonisk visitation i vagttid

I vagttiden, som er tiden uden for almindelig konsultationstid (typisk hverdage mellem 8 og 16), varetages den telefoniske visitation af lægevagtsordninger i fire regioner, mens den i Region Hovedstaden varetages af Akuttelefonen 1813. Region Sjælland har desuden en døgndækkende akuttelefon, som er bemandet af behandlersygeplejersker, og som varetager visitation af patienter med akut opståede mindre skader.

I vagttiden er de borgerrettede telefoniske visitationer i regionerne bemandet med forskellige sundhedsfaglige kompetencer. I fire regionale lægevagtsordninger varetages den telefoniske visitation af akut opstået sygdom og skade 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 kan 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 ambulans akuttilbud i regionen (eksempelvis skadeklinik, akutklinik, tandlægevagtordning m.v.), visiteres til sygebesøg i eget hjem eller indlægges på akutsygehus.

4.1.3. 112-opkald hele døgnet

Ved behov for hjælp i akutte livstruende situationer kan borgere, pårørende, tilskuere, beredskab m.v. 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 akutlægehelikoptere, hvorfra det præhospitale personale kan foretage vurdering og initial stabilisering/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 bemanded med sundhedsfaglige visitatorer i form af sygeplejersker, ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere) og ambulancebehandlere. 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 bemanded med speciallæger (AMK-læger), som enten er fysisk tilstede eller på tilkald. Disse læger fungerer som sundhedsfaglig back-up 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.

4.1.4. Kommunal sygepleje m.v.

Hvis borgeren, eller dennes pårørende, selv henvender sig med behov for en kommunal sundhedsindsats har kommunen visitationsretten og kan vælge at visitere til relevante kommunale tilbud, herunder kommunal hjemmesygepleje.

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

4.2. Visitation mellem sundhedsprofessionelle

Efter den første primære og uvisiterede kontakt med borgeren kan der være behov for, at 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: 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, akutlægebil, akutbil 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, sub-akut ambulante tid på relevant specialafdeling.
- Ved henvisning til kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, fra praktiserende læge, vagtlæge, sygehuslæge mv.

4.2.1. 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 præhospitale ressourcer såsom ambulancer, akutlægebiler, akutbiler og akutlægehelikopter.

4.2.2. Sygehusvisitation

Ved behov for sygehusbehandling ved akut opstået sygdom og skade kontakter indlæggende læge den regionale sygehusvisitation, der typisk er placeret ved det akutsygehus, patienten skal indlægges på, eller som centrale visitationsenheder (CVI'er). Sygehusvisitationerne er bemandede 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 præhospitale 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.

4.2.3. Kommunal visitation

Borgere med akut opstået eller forværret sygdom eller akut nedsat funktionsniveau, der kræver handling inden for nærmeste fremtid, men som ikke er umiddelbart livstruende, og hvor der ikke vurderes lægefagligt at være behov for behandling eller observation i sygehusregi, kan af læge henvises til kommunal sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, hvor kommunen kan visitere borgeren til relevant tilbud. Henvisning hertil kan ske fra praktiserende læge, vagtlæge, sygehuslæge m.v.

Mange kommuner har organiseret håndteringen af lægehenvvisninger forskelligt på tværs af landet, herunder ift. kommunens 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, særligt imellem den kommunale sygepleje og øvrige tilbud, 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; i en kommunal kontekst inden for få timer eller næste dag.

Akutte sundhedstilbud uden for sygehus er blandt andet følgende:

- Præhospital indsats i form af indsats ved ambulance, akutbil, akutlægebil eller lægehelikopter
- Almen medicinsk konsultationstilbud for eksempel i lægevagtsklinik
- Almen medicinsk lægebesøg i hjemmet
- Vurdering og evt. behandling på regional skadeklinik m.v.
- Kommunal sygeplejefagligt tilbud, evt. i regi af udgående eller stationær akutfunktion ('akutplads')
- Kommunale akuttilbud til mennesker med psykisk lidelse
- Tandlægevagtordninger

4.3.1. Den præhospitale indsats

Den præhospitale indsats er den samlede regionale varetagelse af transport og behandling af akut syge eller tilskadekomne frem til overlevering til sygehus, eller på stedet ved afsluttet behandling. 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 er den grundlæggende præhospitale ressource, der kan disponeres til opgaver visiteret af AMK-vagtcentralen. Derudover benytter regionerne ambulancer bemanded med ambulancebehandlere med særlige kompetencer (paramedicinere), akutlægebiler, akutbiler, akutlægehelikoptere mv. 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.

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

Akutlægebiler bemandes af speciallæger i anæstesiologi (præhospital akutlæge) og ambulancebehandlere eller paramedicinere.

Akutbiler kan bemandes med paramedicinere, anæstesisygeplejersker eller andet relevant sundhedsfagligt personale, se eventuelt ordlisten.

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 der er klar til modtagelse af de meget akutte patienter.

For mennesker med psykisk lidelse er der etableret udgående funktioner såsom akutteams⁷ eller F-ACT-teams⁸. I Region Hovedstaden er der etableret en psykiatrisk udrykningstjeneste, bemanded med en speciallæge i psykiatri, der aften og nat kan rykke ud til mennesker med akut psykisk lidelse. Med aftalen om satspuljen for 2019-2022 er der på finansloven afsat i alt 100 mio. kr. for fireårsperioden til, at alle fem regioner kan etablere

⁷ Akutteams kan være målrettet patienter, som ikke i forvejen er tilknyttet distriktskykiatri, 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.

⁸ F-ACT-teams er en hollandsk model for organisering af ambulante teams kendetegnet ved en fleksibel behandlingsindsats, som er målrettet mennesker med svære psykiske lidelser.

eller udbygge regionale akutte udrykningstjenester i psykiatrien med inspiration fra Region Hovedstadens tjeneste.

I nogle regioner er der en "sociolance", der 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.

4.3.2. **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 modtage sygehusbehandling. I dagtid kan man kontakte egen læge med henblik på en konsultation samme dag. I vagttid er der mulighed for konsultation og sygebesøg, der varetages af de fire lægevagtsordninger, og - for Region Hovedstadens vedkommende – som ambulante kontakter 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 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 lægevagts 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 afhængig af behov til et af de tre spor (behandlerspor/sygdom, behandlerspor/skade og vurderingsspor) i akutmodtagelser eller 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, holder åbent for patienter i hele vagttiden, har flere almen medicinske læger tilknyttet og benytter sig af for eksempel sygeplejersker eller SOSU-assistenten 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 almenmedicin 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, behandling samt tilbyder patienten råd og/eller vejledning. I alle regioner visiteres et sygebesøg i hjemmet i udgangspunktet til de patienter, der af helbredsmæssige eller andre årsager ikke kan forlade deres hjem/opholdssted og møde på konsultationsstedet (akutmodtagelser eller akutklinikker i vagttid i Region Hovedstaden), og hvis behov for hjælp ikke er vurderet så akut, at der rekvireres en ambulance, så patienten hurtigt kan modtage behandling i sygehusregi. 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 henvise 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 henvise patienten til den kommunale sygepleje og evt. til den kommunale akutfunktion, hvis der vurderes at være behov for særlige sygeplejefaglige kompetencer, der kræver handling inden for nærmeste fremtid men ikke umiddelbart.

4.3.3. **Ambulante akuttillbud 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 akuttillbud.

Udgangspunktet for alle disse tilbud er, der ikke er tale om patienter som bør visiteres til indlæggelse eller vurdering i akutmodtagelse på sygehus m.v., samt at patient (eller pårørende) selv skal sørge for transport til det ambulante akuttillbud. De regionale ambulante akuttillbud 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 benævnes blandt andet med betegnelser som 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 bemandede 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 er også varierende, 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 af 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 sygehusematrikel, på en ø eller i et tyndtbeboet 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 dog en døgnåben sygeplejebemandet 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 Akuttelefonen 1813 i både dagtid og vagttid.

På alle typer ambulante akuttilbud kan man få vurderet og behandlet akut opstået mindre skade, 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 bemandede på forskellig vis i regionerne, herunder med sygeplejersker med særlige kompetencer (for eksempel behandlersygeplejersker) og læger, ligesom organiseringen varierer i forhold til mulighed for lægefagligt back up, 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 el. lign. Har patienten behov for specialiseret udredning og behandling i sygehusregi kan patienten henvises til akutmodtagelse.

4.3.4. 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 lægehenvi sning, 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 ift. 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.

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, som ikke kan varetages af den øvrige kommunale sygepleje, og som 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, eller det kan dreje sig om at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, hvis patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov.

Indsatser 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, 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. Mennesker med akut opstået eller akut forværret psykisk lidelse vil således ikke være den primære målgruppe for de kommunale akutfunktioner, men patienter med samtidig betydende somatisk og psykisk sygdom kan være det.

Ved akutte psykiske udfordringer har et flertal af kommunerne forskellige former for socialfaglige akuttilbud, som oftest er anonyme og uvisiterede, og som kan omfatte socialfaglig rådgivning og støtte døgnet rundt, evt. også med overnatningsmulighed. Det socialfaglige 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 mennesker med psykisk lidelse 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 tilskadede patienter på traumesygehuse.

4.4.1. 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 akutmodtagelsen, 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 (Thisted, Nykøbing Falster og Rønne) 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 sygehuse (Ålborg, Århus, Odense og Rigshospitalet) varetager højtspecialiserede akutfunktioner, herunder funktion som traumecenter. Rigshospitalet varetager dog disse funktionerne 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, det tidligere blev modtaget og behandlet på skadestuer.

Akutmodtagelser er bemandede med sygeplejersker, læger og speciallæger inden for en række specialer med et bærende princip om "speciallægen (med) i front", og udreder og behandler patienterne og sender videre til relevant afdeling, hvis de har brug for behandling der. 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 typisk 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, der modtager voksne patienter med psykisk lidelse 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, men når de nye akutsygehuse er taget i brug forventes der 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 m.v. for eksempel 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, med apopleksi, med akut koronar syndrom, m.v.

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 præhospital 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, og 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 er obsolete, 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 at sengekapaciteten på de nye akutsygehuse tilpasses. 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.

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:

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 ressourcerkævende 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, 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.

Ændrede sygehustilbud

Opgaven på sygehusene har ændret sig igennem de sidste 15-20 år med en udvikling mod øget centralisering og specialisering. Fokus har været på nedbringelse af ventetider og øget behandlingskvalitet på eksempelvis kræft- og hjerteområdet med etablering af eksempelvis pakkeforløb på kræftområdet og tidligere også hjerteområdet, 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 et stigende andel ambulante forløb på sygehusene, og der er samlet set dimensioneret med væsentligt færre sengepladser i de nye sygehusbyggerier end det hidtidige sygehusvæsen. Samlet set stiller det krav om større effektivitet og anden opgaveløsning og indebærer nye krav til tilrettelæggelsen af den akutte sundhedsindsats.

Variation i visitation og tilbud

På trods af anbefalingen om en enstrengt visitation kan den akutte patient fortsat opleve mange indgange til det akutte sundhedstilbud, og kan opleve at bliver mødt af flere forskellige typer sundhedspersoner i sit forløb. 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 Akuttefonen 1813. I den samlede indsats for mennesker 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 løbende udvikling i sundhedsvæsenet og fortsatte centralisering og specialisering af akutsygehusene, 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 udvalgte akutsygehuse. 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 borgerne sikres kvalificeret og hurtig behandling og transport ved akut opstået sygdom og skade.

Uensartet organisering på tværs af landet

På tværs af landet er der på tværs af sektorer en variation i akutte sundhedstilbud, både i forhold til organisering, kompetencer og betegnelser af tilbud, som kan gøre det svært for

borgeren at vide, hvad man kan forvente. Akutsygehusene er eksempelvis af meget forskellig størrelse med forskelligt befolkningsunderlag og varierende bemanning 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, bemannes og tilbydes på tværs af landet, og det er meget varierende, 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 en række fælles akutmodtagelser på landets sygehuse, er der i varierende omfang fortsat udvalgte patientgrupper som modtages akut uden om den fælles akutmodtagelse, uden at der er fælles nationale principper herfor. Enten via modtagelse i separate akutmodtagelser; eksempelvis børn, fødende, mennesker med psykisk lidelse. Eller 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, -matrikel mm, somatik og psykiatri. Landet akutsygehuse varierer i forhold til bemanning, tilstedeværelse af specialer, faciliteter, specialfunktioner mm., og der er behov for at se på de overordnede principper for akutsygehuset.

Ny speciallæge i front

Bemanningen har ændret sig markant på akutmodtagelserne, men det kan samtidig konstateres, at der ikke alle steder er samme tilrettelæggelse af fremmødekravet ift. de forskellige speciallæger; "speciallægen i front" er kun lykkedes delvist. 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 i akutsygepleje. Det stiller krav om fornyet blik på kompetencerne i akutmodtagelsen og på akutsygehuset, herunder fremmødekrav til øvrige akutte specialer, organisering mm.

Stort potentiale i det primære sundhedsvæsen

Det primære sundhedsvæsen har ændret sig i de forgangne år; kommunerne løser i dag en række sygeplejeopgaver til borgere med stadig mere komplekse behov, og der er op-

kvalificeret på kompetencer og kapacitet på sygepleje- og terapeutsiden. Opgaveløsningen i den kommunale sygepleje, herunder kommunale akutfunktioner, skal ses i sammenhæng med akutklinikker og sygehusenes akutmodtagelser, den generelle udvikling i sygehusvæsenet og udviklingen i demografi og kronisk sygdom, og i de kommende år vil det være hensigtsmæssigt med fokus på kvalitetsudviklingen i kommunerne med henblik på at understøtte udviklingen af såvel høj og ensartet kvalitet i de kommunale tilbud som kommunernes adgang til lægefaglig rådgivning. Samtidig kan det overvejes, at flere opgaver løses i primærsektoren; det kan være i tværfaglige team med speciallæge i almen medicin i et samarbejde med andre sundhedsprofessionelle som for eksempel sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og –hjælpere, fysioterapeuter og psykologer.

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 ift. 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

Det er væsentligt, at den fremadrettede tilrettelæggelse af den akutte sundhedsindsats tager udgangspunkt i den forbedrede indsats der er blevet bygget op det sidste årti, og samtidig bidrager til, at patienter med akut behov for en sundhedsindsats sikres en indsats af høj kvalitet, der er effektivt tilrettelagt, og som opleves som sammenhængende på tværs af sundhedsvæsenet. Der tages udgangspunkt i den nuværende lovbestemte opgavevaretagelse mellem regioner, kommuner, praksissektor og andre aktører, og anbefalingerne har således ikke sigte på en grundlæggende ændret opgavevaretagelse, ligesom der heller ikke pålægges nye opgaver. Med udgangspunkt i dette vil udfordringer og muligheder blive gennemgået inden for følgende fire temaer:

1. Sammenhængende og enstrenget visitation
2. Kvalitet og sammenhæng på tværs
3. Vidensdeling
4. Forskning og kvalitetsudvikling

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 adgangen til sundhedsvæsenet gøres nemmere. Visitationen kan deles i en *borgerrettet visitation* og en *sundhedsprofessionel visitation*. Den borgerrettede visitation er den visitation borgeren selv foretager, og det skal være gennemskueligt og entydigt, således at borgeren ved, hvor denne skal henvende sig. Den sundhedsprofessionelle visitation foretages af sundhedspersoner og skal sikre, at patienten fra starten 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 8 og 16.

I dette kapitel beskrives dels 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. Borgeren kan bede om akut hjælp flere forskellige steder i sundhedsvæsenet, herunder i almen praksis i dagtid, lægevagtstelefon, Region Sjællands akuttelefon (skader), Region Hovedstadens akuttelefon 1813, via 112-opkald til AMK-vagtcentral samt via henvendelse til kommunal visitation. 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 hjemregionen. Tilsvarende er det ikke entydigt hvilke kompetencer, man som borger 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 sygehus eller i kommunal sygepleje er der ikke nødvendigvis opbygget et systematisk samarbejde mellem de forskellige led i den efterfølgende *sundhedsprofessionelle* visitation i de tre spor – præhospitalt, sygehus og kommune. I Region Nordjylland er der etableret fælles vagtcentral mellem regionens AMK, Nordjyllands beredskab, Falck Danmark A/S (beredskab) samt Ålborg Kommune. Andre steder som for eksempel i Esbjerg er der etableret frem-skudt kommunal visitation på sygehus. Men generelt er der i dag mange forskellige modeller for samarbejde og integration af de visiterende led til det akutte sundhedsvæsen, enten organisatorisk og fysisk eller alene fysisk, 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, Akuttefonen 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 der opleves manglende tilgængelighed, og det kan det 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 (selvhenvendere), 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, hvor vanskelighed ved at få en akut eller subakut konsultation hos egen læge kan 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 ressourcemæssige og faglige 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

6.2.1. 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 mellem og mere enstrenget organisering af de forskellige regionale borgerrettede visiterende funktioner, herunder særligt lægevagtsordningerne, Akuttefonen 1813 og 112-opkald til AMK-vagtcentralen. På sigt kan regioner og praktiserende læger i forlængelse heraf med fordel drøfte potentialet i en stærkere kobling også mellem visitationen 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 akuttefon 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 egne læge. I dagtid skal der således forelægge klare aftaler og tydelig information til borgere for anvendelse og samarbejde mellem almen praksis, 113-akuttefon m.v. For akutte livstruende tilstande vil det fortsat være 112, som borgeren skal bruge.

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

Bedre sammenhæng i patientforløbet på tværs af udbydere og sektorer, kan fremmes gennem et mere systematisk samarbejde og erfaringsudveksling mellem den sundhedsfaglige visitation i den kommunale sygepleje, sygehusenes akutmodtagelser, sygehusvisitationer samt den præhospitale visitation i AMK-vagtcentralen. Samarbejdet kan for eksempel styrkes ved en samlokalisering, eller samorganisering af de forskellige visiterende 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 dels vil være praktisk gennemførbart, dels være fagligt hensigtsmæssigt set i lyset af den kommunale sygeplejes egne opgaver.

Et styrket samarbejde kan understøtte et bedre gensidigt kendskab til de forskellige sektors tilbud 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, ambulantly fremmøde i lægevagt eller akutklinik, subakut ambulantly 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 at 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 tilbud også er tilgængelige for andre myndigheder at henvise til eller rådgive omkring. 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.

Der kan 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 visitere lægehenviste patienter til relevante kommunale sygeplejefaglige tilbud, eller kan rådgives 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.

Samarbejdet kan udvikles i flere former, 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 ift. opgaveløsning, kvalitet, økonomi, arbejdsgiveransvar m.v.

En styrket visitation til mennesker med akut opstået eller forværret psykisk sygdom vil kunne bidrage til, at patienterne kan blive primært vurderet og behandlet på det mest hensigtsmæssige behandlingstilbud. Således skal patienter med svær akut opstået eller forværret psykisk lidelse, herunder patienter der er meget forpinte, selvmordstruede, selvskadende, udadreagerende m.v. henvises akut til psykiatrisk akutmodtagelse. Patienter med akut forværring af velkendt psykisk lidelse, 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, subakut 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.

Nogle patienter med akut opstået eller forværret psykisk lidelse kan dog have særlige udfordringer og behov, som gør det vanskeligt for dem at møde potentielle barrierer i en telefonisk visitation, hvor der også kan være en usikkerhed i vurdering af en patient med psykiatrisk lidelse. Dette kan tale for, at der for særlige patientgrupper, situationer m.v. fortsat sikres mulighed for uvisiteret henvendelse til psykiatrisk akutmodtagelse 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 sundhedsfaglige visitationer og AMK-vagtcentraler, styrkes ved en større grad af samarbejde og eventuelt samlokalisering. Sådanne fælles visitations- og vagtcentraler kan samle både 112-opkald vedrørende akutte livstruende tilstande, 113-opkald (aktuelt opkald til lægevagt/Akuttelefon 1813 mm.) vedrørende øvrige henvendelser på sundhedsområdet, ligesom der kan ses på om samlokalisering kan bidrage til øget samarbejde også i relation til nogle af kommunale sundhedsfaglige visitationsfunktioner, 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, subakut 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 i sygehusets optageområde, med faste samarbejdsaftaler om smidig visitation på tværs af sektorer. Potentialer i samlokalisering af visitationsenheder bør afprøves.

3. Styrket visitation af patienter med akut psykisk lidelse

At visitationen af patienter med akut opstået eller forværret psykisk lidelse eller traume styrkes, så der sikres sammenhæng i tilbuddet, og at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på tværs af sektorgrænser, specialer m.v. 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.

6.2.2. 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 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 opøver generalistkompetencer, som gør dem i stand til at vurdere et bredt spektrum af symptomer, og 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 visitator, står til rådighed for sparring og som lægefaglig backup.

Det er væsentligt, at sygeplejerskerne i den telefoniske almen medicinske visitation besidder de rette kompetencer, herunder har solid erfaring med at arbejde med patienter med akut opstået sygdom og skade fra for eksempel en akutmodtagelse eller almen praksis i dagtid, samt får 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, dvs. ved fysisk fremmøde inden for få minutter jf. eventuelt ordlisten. Der kan desuden udarbejdes faglige retningslinjer for, hvilke symptomer eller tilstande 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 bemandet 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 mennesker med psykisk lidelse. Samtidig er kompleksiteten i den akutte indsats uden for sygehusene 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 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 kompetenceniveau og differentiering i den kommunale sygepleje eksempelvis ved udnyttelse af de kommunale akutfunktioner, hvilket samtidig kan være med til at skabe grundlag for, at regioner og lægepraksis kan yde bedre og relevant lægefaglig supervision, sparring og delegation, både i dagtid og i vagttid.

På den baggrund anbefales det:

4. Kompetence i den borgerrettede telefonisk visitation

At den borgerrettede telefoniske visitation i vagttid, både vedrørende somatiske og psykiske lidelser, der ikke er livstruende og tidskritiske, med fordel kan varetages i

et tæt tværfagligt samarbejde, som omfatter både speciallæger i almen medicin, eller læger 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. AMK-vagtcentralen skal i relevant omfang have umiddelbar adgang til speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats (præhospital akutlæge) der kan rådgive og visitere ambulance, akutbil og akutlægebil, samt 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 for eksempel 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 sygeplejefaglig vurdering af patientens tilstand før videre kontakt.

6.2.3. 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 en måde, hvorpå 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 nære sundhedsvæsen inden for blandt andet behandling af patienter med kro-

nisk 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.

HØRINGSUDKAST

7. Kvalitet og sammenhæng på tværs

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.

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 præhospital 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 sundhedsvæsenets rammevilkår udvikler sig løbende. Den demografiske udvikling med flere ældre, og ændringer i sygdomsmønster med flere mennesker med flere samtidige sygdomme udgør et stigende pres i behovet for sundhedsydelser. En tiltagende specialisering i sundhedsvæsenet indebærer endvidere ofte mere komplekse og opsplittede forløb og dermed en øget sårbarhed og skal ses i lyset af en øget forventning om sammenhæng i patientforløbene fra patienters og pårørendes side

Antallet af sygehuse der modtager akutte patienter er reduceret kraftigt, 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 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, som den akutte patient kan blive tilbudt. Der er variation i kompetencer og tilbud, og der er behov for at etablere et mere gennemsligt system set fra et borgerperspektiv, så det er mere entydigt, hvad man som akut patient kan forvente.

Kommunerne har fået en større opgave og rolle i sundhedsvæsenet og har opkvalificeret kompetencemæssigt på kapacitetssiden og i organisering af indsatsen. Samtidig skal

kommunerne håndtere borgere med mere komplekse og svære problemstillinger end tidligere, både inden for somatik og psykiatri.

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 og med et kendt indhold og kompetenceniveau. Sundhedsstyrelsen vurderer at der fortsat er stor variation på tværs af landets kommuner ift. 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 borgeren kan henvises til det rette tilbud i rette tid.

Manglende sammenhæng er blandt andet en udfordring for kvaliteten i den akutte indsats; blandt andet for patienter med flere samtidige sygdomme, eksempelvis 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 fortsatte oplevede udfordringer med deling af data jf. blandt andet undersøgelser af akutmodtagelserne (36). Særligt i relation til mennesker med psykisk lidelse er den akutte sundhedsindsats kendetegnet ved et særligt samspil mellem behandlingstilbud, kommune, retspsykiatrien, politi og den præhospitale indsats, hvilket tilføjer en øget kompleksitet til områdets organisering.

Den akutte sundhedsindsats bærer således præg af en række udfordringer.

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 sygepleje som samarbejdspart i den akutte sundhedsindsats
- Nye rammer for akutmodtagelser og akutsygehuse

7.2.1. De almen medicinske konsultationstilbud i vagttid

På tværs af landet skal der i vagttid kunne visiteres til vurdering og behandling m.v. 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, kompetencer m.v. gøres mere ensartet på tværs af landet, så både borgere og øvrige aktører kan have klare forventninger til indsatsen. Der er tale om konsultationstilbud, der i dag har betegnelser som sygebesøg, lægevagtskonsultation, akutklinik, skadeklinik m.v.

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 mulige 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, læger i speciallægeuddannelse m.v.

Som beskrevet i afsnit 4.3.3 er der en betydelig variation ift. de ambulante akuttilbud i regionalt regi, både ift. terminologi, åbningstid, kompetencer m.v., hvilket kan skabe usikkerhed hos borgerne ift. forventninger til de tilbud, der leveres. Det gælder særligt ift. at sikre en mere præcis brug af begreberne 'skadeklinik', 'skadestue' 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 lægebehandling bemandet med sygeplejersker med specialkompetence (behandlersygeplejersker), som kun varetager mindre skader. Typisk har disse akut- eller skadeklinikker dog ikke åbent i hele vagttiden, og der er fortsatte udfordringer vedrørende uklarhed hos borgere 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, deling af kompetencer og faciliteter m.v.

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 enstregt organisering og benævnelse af de almen medicinske behandlingstilbud i vagttid, så både borgere og øvrige aktører 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 gennemsigthed for borgeren.

Man bør derfor i de kommende år, i takt med at sygehusbyggerierne færdiggøres, arbejde imod, at det almen medicinske behandlingstilbud i vagttid organiseres i akutklinikker og skadeklinikker. Akutklinikker er lægebemandede, og behandlingen varetages af både læge 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 Ordliste.

Boks 8

Definitioner på akut- og skadeklinikker; se også ordliste

Akutklinik: lægebemandet behandlingssted, der kan vurdere og behandle lettere tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom og skade, som udgangspunkt svarende til opgaven der kan løses af almen praksis i dagtid. 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. En akutklinik kan være lokaliseret på en sygehusmatrikel, 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. 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. Akutklinikken kan også betegnes 'lægevagtsklinik'.

Skadeklinik: sygeplejebemandet behandlingssted, der kun varetager behandling af visiterede småskader. Sædvanligvis vil skadeklinikker være bemandede med sygeplejersker med særlige kompetencer (behandlersygeplejersker), 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 koordinering 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 almenmedicinske indsats, herunder i forhold til sygebesøg. Lægens sygebesøg er en regional opgave, men for borgere 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 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 i videre udstrækning samarbejder med kommunen om opgaver relateret til gennemførelse af sygebesøg hos ældre patienter i vagttid. For borgere 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 alene ikke vurderes at kræve sygehusbehandling, men som heller ikke vurderes at kunne vente til tilbud næste hverdag i almen praksis eller ved sygehusambulatorium, bør i fremtiden benævnes 'akutklinik'. Sygeplejebemandede behandlingssteder som kun 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 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 samlokalisert 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.

7.2.2. 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, kvalitetsudvikling m.v. 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. Yderligere afhænger planlægningen af regionernes geografi, befolkningstal- og tæthed samt antallet af akutsygehuse med akutmodtagelse.

Præhospitale akutlæger er i den danske præhospitale indsats centrale af sundhedsfaglige og organisatoriske årsager. Beskrivelsen af den præhospitale akutlæge fremgår af Boks .

Boks 9

Definitioner på præhospitale akutlæger; se også ordliste side 113

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 'akutmedicinere'), 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 (ABCD). Dette indbefatter blandt andet grundlæggende kompetencer og daglig rutine i forhold til avanceret luftvejs-håndtering, herunder intubering og respiratorbehandling m.v., varetagelse af specialiseret vurdering og visitation på skadestedet samt fulde kompetencer 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 inter-hospitale transporter 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 akutsygehuse ift. vedligeholdelse af kompetencer, kendskab til sygehusorganisation m.v. Der bør desuden være etableret faste rammer om samarbejde mellem akutsygehuse og akutlægebiler.

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

På den baggrund anbefales det:

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 præhospitale akutlæge kan disponeres til skadested med akutlægebil eller med lægehelikopter, 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, der er placeret i henholdsvis Ringsted, Billund, Skive og Aalborg, 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 PCI 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 transporters dvs. kritisk syge og ustabile patienter med akut og tidskritisk behov for overflytning, samt planlagte eller

sub-akutte transportere, med kritisk syge, men stabile patienter, med behov for overflytning til højere specialiseringsniveau.

På den baggrund anbefales det:

12. Anvendelsen af akuttelægehelikopter

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

For at imødekomme den stigende kompleksitet i både patientgrundlag og i organisationen i det samlede akutsystem bør der ske en yderligere styrkelse og udvikling af kompetencerne hos de forskellige faggrupper i den fremtidige præhospitale indsats, herunder særligt vedrørende ambulancebehandlere med særlig kompetencer (paramedicinere), se evt. ordliste side 113.

Det er væsentligt, at 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 præhospitale indsats og i den samlede akutindsats.

Det bør således undersøges, hvordan man kan sikre udvikling og løft af faggruppens kompetencer og i den forbindelse undersøge muligheder for efter- og videreuddannelse, oprettelse af paramedicin som sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse mm.

I dag er uddannelsen til paramedicinere en overbygning på uddannelsen til ambulancebehandler. I modsætning hertil er uddannelsen til paramedicinere på bachelorniveau i for eksempel Norge og England. Det kan overvejes at styrke uddannelsen i paramedicin i Danmark, således 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. En professionsbacheloruddannelse varer sædvanligvis 3,5 år og vil dermed afkorte uddannelsesstiden væsentlig. En professionsbachelor vil desuden medføre, at paramedicineren efterfølgende vil kunne søge om videreuddannelse i det generelle videreuddannelsessystem. Herudover vil en professionsbacheloruddannelse i højere grad matche de øvrige sundhedsuddannelser og gøre paramedicinereuddannelsen til en egentlig sundhedsfaglig uddannelse.

Ved en opkvalificering af paramedicineren; eksempelvis ved en professionsbacheloruddannelse eller ved udvikling og løft af kompetencerne på anden vis gennem efter- og videreuddannelse, bør der sikres 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, kom-

munerne, sygehuse m.v. For at styrke rekruttering og robustheden både i forhold til uddannelse af paramedicinere og i forhold til det samlede akutsystem, bør paramedicineres uddannelse og opgavevaretagelse ikke begrænses til den præhospitale indsats, men også omfatte for eksempel kommunale akutfunktioner, sygehusenes akutmodtagelser m.v.

På den baggrund anbefales det:

13. Styrke robustheden og paramedicinerens rolle i det samlede akutsystem

For at styrke rekruttering til paramedicin, sikre robusthed i det samlede akutsystem, imødekomme den faglige og teknologiske udvikling på området, udvide beslutningskompetence i den samlede præhospitale indsats samt styrke patientsikkerheden vil Sundhedsstyrelsen sammen med relevante myndigheder og aktører drøfte mulighederne for, hvordan man kan styrke paramedicinerens rolle. Man bør blandt andet undersøge, hvordan man kan sikre udvikling og løft af kompetence og i den forbindelse undersøge muligheder for efter- og videreuddannelse til paramedicinere, oprettelse af paramedicin som sundhedsfaglig professionsbacheloruddannelse mm.

Regionerne kan med fordel etablere udrykningstjenester i form af udgående akutfunktioner til særlige målgrupper af patienter med psykiske lidelser⁹, for eksempel hvor politi og sundhedsfagligt personale sammen tager ud til patienten. De udgående funktioner bør kunne komme ud til patienter med psykiske lidelser, herunder borgere i kommunale botilbud. De udgående funktioner bør samarbejde med både de kommunale socialfaglige akuttilbud og sundhedsfaglige akutfunktioner.

På den baggrund anbefales det:

14. Regionale tilbud til mennesker med psykisk lidelse

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

7.2.3. Den kommunale sygepleje som samarbejdspart 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, herunder for eksempel i form af 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 på side

⁹ Den daværende regering afsatte 80 mio.kr. på Finansloven 2018 til akutte psykiatriske udrykningstjenester, som går til alle regioner

113. Sundhedsstyrelsen udsendte i 2017 anbefalinger for den faglige organisering af de kommunale akutfunktioner, der beskrev de overordnede rammer for de kommunale akutfunktioner, og inden for disse rammer, er det styrelsens vurdering, at kommunerne har valgt at organiseret sig meget forskelligt i forhold til faglige kompetencer, rammer, tilbud, faciliteter, samarbejde med sygehus og praksissektor m.v. 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 – jf. blandt andet undersøgelse fra VIVE 2018 af akutmodtagelserne.

Samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og de øvrige akutte sundhedstilbud er centralt før, under og efter, patienten har været i kontakt med akutmodtagelse, almen praksis eller præhospital indsats. Mange ældre medicinske patienter og mennesker med kroniske sygdomme 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. 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 sårbar patient skal tilbage til eget hjem efter en akut sygehuskontakt. Det kan eksempelvis være relevant for ældre medicinske patienter eller patienter med psykisk lidelse. En fremskudt visitation kan indebære, at akutmodtagelsen har adgang til kommunale visitatorer enten telefonisk, via skærmløsning eller ved fysisk tilstedeværelse. Det skal bidrage til for ek-

sempel at vurdere behovet for kommunale indsatser efter udskrivelse og iværksætte, eller vurdere og sparre med sygehuspersonalet om patienter, som eventuelt vil kunne have gavn af en indsats i kommunen, og samtidig 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 er gensidig 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 regionale akutindsats, både på sygehuse og i det præhospitale, og den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner, 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.

Mennesker med psykisk lidelse 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 mennesker med psykisk lidelse, 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 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 og præcisering af anbefalingerne, herunder i forhold til at det sundhedsfaglige tilbud fremadrettet ikke alene varetager somatiske problemstillinger

16. Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud

At samarbejdsformer mellem regionale akuttilbud og den kommunale sygepleje, herunder akutfunktioner opbygges og udvikles, herunder eksempelvis udbredelse af erfaringerne med fremskudt kommunal visitation på akutsygehuset, fælles retningslinjer og kommunikationsveje mellem regionale og præhospitale organisationer og den kommunale sygepleje m.v.

7.2.4. 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. Ved 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 eller 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 sygehusmatrikler, 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 afsnit 3.1.5 reelt være tale om, at i alt 32 akutte sygehusenheder eller sygehusmatrikler i Danmark, hvoraf nogle er 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 med forskellig specialedækning, både hvad angår bredde, og hvad angår 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 samspil mellem akutmodtagelse, akutsygehus, øvrige sygehuse og med primær sektor med henblik på at sikre et hensigtsmæssigt patientflow og hermed 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 somatisk og psykiatrisk – 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 derfor fremadrettet bruge følgende betegnelse om sygehuse der modtager akutte patienter: akutsygehus, akutsygehus med særlig geografi og traumesygehus. Anbefalingerne til de tre typer akutsygehus udfoldes i de følgende afsnit, og for en detaljeret beskrivelse heraf se Boks 10 og ordliste side 113.

Ud over akutsygehuse er der specialsygehuse, der primært modtager patienter til elektiv behandling. For uddybende beskrivelse heraf se ligeledes Boks 1 og ordliste.

Boks 10

Definitioner på akutsygehuse, traumesygehuse og specialsygehuse

Akutsygehuse, der kan varetage langt de fleste tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom eller skade – enten somatisk eller psykisk, eller begge dele – fra eget optageområde, 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. Akutsygehuse forventes planlagt ud fra et befolkningsunderlag mellem 0,2-0,4 mio. indbyggere. Alle relevante akutte specialer skal være repræsenteret på matriklen, afhængig af om der er tale om et akutsygehuse, der alene modtager akutte somatiske patienter, alene modtager akutte psykiatriske patienter, eller om der er tale om et akutsygehuse, der modtager begge typer patienter. Akutsygehuse kan i varierende omfang have specialfunktioner, herunder højt specialiserede funktioner. Ligeledes kan der være variationer i, hvilke akutte specialer der er til rådighed på sygehuset, dog under hensyn til anbefaling 21, 22 og 23. Der skal være velfungerende samarbejdsaftaler på tværs af specialer, herunder 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 akutsygehuse at være enten visteret eller indbragt med ambulance m.v. 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, som 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 akutsygehuse vil typisk kunne varetage behandling af et begrænset omfang og kompleksitet af akut sygdom m.v., blandt andet som følge af begrænsede kompetencer og vagtberedskab. Sygehuset 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 akutsygehuse, brug af telemedicin m.v. Disse sygehuse forventes at være planlagt med et væsentligt mindre befolkningsunderlag end 0,2 mio.

Traumesygehuse, er somatiske akutsygehuse med et traumecenter og relevante specialfunktioner som kan behandle meget alvorligt syge, herunder svært tilskadede patienter. Målgruppen for traumesygehuset 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 lidelse (komorbiditet) eller anden meget alvorlig sygdom. Det somatiske traumesygehuse forventes således, med enkelte undtagelser (for eksempel børnekirurgi, trykkammerbehandling, 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 0,4 mio., 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 kun modtager patienter til elektiv behandling. Specialsygehuse og andre institutioner, herunder almen praksis, akutklinikker, præhospital virksomhed m.v. kan dog i begrænset omfang varetage behandling af akut opstået sygdom og skade, men her vil det typisk være tale om enten visiteret behandling af akutte medicinske tilstande for eksempel akut forværring af bestående og velkendt sygdom, eller der vil være tale om behandling af lettere tilfælde af sygdom eller skade, der ikke kræver sygehusbehandling, eller der vil være tale om initial vurdering og evt. stabilisering med henblik på visitation til akutsygehus. I det omfang der på regionale specialsygehuse 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.

Befolkningsunderlag for sygehusplanlægning

Sygehusbehandling kan foregå på to overordnede niveauer; hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau.

Størstedelen af akutte patienter varetages på hovedfunktionsniveau, mens en mindre del af de akutte patienter varetages i henhold til Sundhedsstyrelsens Specialeplanlægning.

I 2007 anbefalede man, 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. 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 personaleressourcer 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:

17. 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. I tætbefolkede områder kan faglige, driftsmæssige og geografiske forhold gøre det 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 m.v. skal funktioner på akutsygehuse planlægges ud fra et større befolkningsunderlag som fastlægges i Sundhedsstyrelsens Specialeplanlægning.

18. Befolkningsunderlag under 200.000

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 varetagelse af akutfunktioner.

19. Krav til traumesygehuse

Traumesygehuse skal kunne modtage alle typer af akut opstået somatisk sygdom og skade, også tilstande hvor kompleksitet, sjældenhed, kompetencer, ressourcer

m.v. tilsiger behandling på højt specialiseret niveau, fraset ganske enkelte funktioner der er samlet ét eller få steder i landet som for eksempel replantation 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 psykiske lidelser. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, 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 kommende år ændres. Det kan for udvalgte grupper af patienter være fagligt relevant, at man modtages direkte på specialafsnit, og i så fald bør der foreligge klare retningslinjer.

På den baggrund anbefales det at:

20. Visiteret modtagelse til akut sygehusbehandling

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, selvmordsforsøg, seksuelle overgreb m.v. kan selvvisitation være hensigtsmæssigt, og der bør foreligge klare retningslinjer og patientinformation for for eksempel brug af jordmodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v. Undtagelsesvist, og kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner som for eksempel opblussen af kendt kronisk sygdom kan patienter modtages akut på specialsygehuse.

21. Akutte patienter modtages i en fælles akutmodtagelse

På akutsygehuset skal alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade modtages i en fælles akutmodtagelse. For udvalgte patientgrupper, for eksempel kvinder i fødsel, præhospitalt diagnosticeret akut koronarsygdom, eller indlæggelse med tvang i henhold til psykiatriloven, kan det være relevant med modtagelse direkte på specialafsnit, og der bør foreligge klare procedurer samt relevant patientinformation for for eksempel brug af jordmodertelefon, åbne indlæggelser, brugerstyrede senge m.v.

Akutmodtagelsen og akutsygehuset

En forudsætning for at man i akutmodtagelsen og på akutsygehuse kan varetage opgaven med at vurdere, stabilisere og opstarte initial udredning og behandling af den akutte

patient med høj kvalitet er at der er tilstrækkeligt personale tilstede, herunder læger, plejepersonale og andet personale med de relevante og forudsatte 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 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

Ved krav om 'umiddelbart assistance' forstås, at lægen kan være fysisk til stede hos patienten inden for få minutter fra tilkald.

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

Ved 'umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning' forstås, at lægen kan kontaktes på telefon, med umiddelbart tilbagesvar, hvilket også kan omfatte tilbagekald på person-søger/SMS/telefonsvarer inden for få minutter.

I anbefalingerne fra 2007 var der særligt fokus på modtagelsen af den akutte patient i en fælles akutmodtagelsen, og her blev det defineret hvilke specialer, der umiddelbart skulle være tilstede i selve akutmodtagelsen. Efterfølgende er der i specialeplanen beskrevet anbefalinger og krav til assistance for alle specialer på både hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau i relation til det samlede akutsygehus.

I Tabel 10 fremgår de nuværende anbefalinger til assistance i specialeplanen i relation til den akutte indsats på hovedfunktionsniveau gældende for alle akutsygehuse. For pædiatri og gynækologi og obstetrik gælder det kun, såfremt de to specialer varetages på akutsygehuset.

Tabel 10

Anbefalinger til assistance på akutsygehus ved modtagelse af akutte somatiske patienter i henhold til nuværende specialeplan

Speciale	Tilstedeværelse hovedfunktion
Anæstesiologi	Umiddelbart
Gynækologi & obstetrik	Umiddelbart
Kirurgi	Umiddelbart
Ortopædisk kirurgi	Umiddelbart
Pædiatri	Umiddelbart
Intern medicin (et af nedenstående)	Umiddelbart
Intern medicin: Endokrinologi	Umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning

Intern medicin: Gastroenterologi og hepatologi	Umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning
Intern medicin: Geriatri	Umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning
Intern medicin: Kardiologi	Umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning
Intern medicin: Lungesygdomme	Umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning
Intern medicin: Nefrologi	Umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning
Intern medicin: Infektionsmedicin	Umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning

For intern medicin: kardiologi fremgår det desuden 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 er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der bør ske en faglig drøftelse af området, og at formuleringen bør præciseres og eventuelt justeres. Der kan være andre specialevejledninger, hvor anbefalingerne for den akutte indsats på hovedfunktionsniveau ligeledes skal præciseres.

For en række andre specialer er der jf. gældende specialeplan anbefalinger til assistance inden for kort tid, såfremt specialet varetages på akutsygehuset, dette er beskrevet i Tabel 11 Tabel . Som tidligere beskrevet har akutsygehusene forskellige profiler.

Tabel 11

Anbefalinger til assistance for udvalgte specialer, såfremt specialet er repræsenteret på akutsygehuset i henhold til nuværende specialeplan

Børne- og ungdomspsykiatri	Kort tid
Karkirurgi	Kort tid
Neurokirurgi	Kort tid
Neurologi	Kort tid
Oto-rhino-laryngologi	Kort tid
Psykiatri	Kort tid
Radiologi	Kort tid
Thoraxkirurgi	Kort tid
Urologi	Kort tid

Siden den seneste specialeplan er der oprettet en ny speciallægeuddannelse i akutmedicin. Den nye speciallæge i akutmedicin skal varetage en kernerolle i akutmodtagelsen. Det er 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 jf. blandt andet kapitel 3, 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 sengekapalet, udskrivning m.v.

Nogle særligt udsatte patientgrupper, eksempelvis patienter med psykiske lidelser og den ældre medicinske patient, kan have gavn af personale med særlige kompetencer, eller

omgivelser som er tilpasset deres behov, hvilket bør tænkes ind, når akutmodtagelserne indrettes og bemandes.

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 procedure for overdragelse af patienter på akutsygehuset mellem akutmodtagelse og relevante specialafdelinger, mellem somatiske og psykiatriske akutsygehuse og mellem specialsygehuse og akutmodtagelser, således at overflytninger sker uden unødigt forsinkelse.

På den baggrund anbefales det at:

22. Akutsygehusets opgaver

Et akutsygehus som varetager både somatik og psykiatri skal døgnet rundt:

- kunne modtage patienter med alle typer af skade samt akut opstået eller forværret sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner. Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør dog kun modtages på sygehusematrikler med børne- og ungdomspsykiatri.
- kunne iværksætte umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar diagnostik, at behandle intensivt og til at udføre livreddende- og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
- have klare procedure for overdragelse til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuse og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor

Et somatisk akutsygehus skal døgnet rundt:

- kunne modtage patienter med alle typer af somatisk skade samt akut opstået eller forværret somatisk sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner
- kunne iværksætte umiddelbar diagnostik og behandling på speciallægeniveau
- have faciliteter og kompetencer til at stabilisere patienter, at sikre relevant umiddelbar udredning og diagnostik, at iværksætte umiddelbar, intensiv samt livreddende- og førlighedsbevarende behandling
- have klare procedurer for overdragelse fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
- have klare procedure for overdragelse til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuse og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor

- have klare procedurer for overdragelse fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
- have klare procedure for overdragelse til akutmodtagelse fra andre dele af sygehuse og specialsygehuse, hvis der opstår behov herfor

Et psykiatrisk akutsygehus skal døgnet rundt:

- kunne modtage patienter med alle typer af psykisk traume samt akut opstået eller forværret psykisk sygdom. Børn og unge under 18 år med akut opstået eller forværret psykisk sygdom bør dog kun modtages på sygehusematrikler med børne- og ungdomspsykiatri.
- have klare procedurer for overdragelse fra akutmodtagelse til relevant specialafdeling, uanset om det er på samme eller anden matrikel
- have klare procedure for samarbejde med somatisk akutmodtagelse og somatiske specialer i øvrigt.

23. Krav til assistance i akutmodtagelsen

I den fælles akutmodtagelse på et somatisk akutsygehus eller et akutsygehus, der varetager både somatik og psykiatri, skal der altid 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 desuden sikres nødvendige kompetencer hos øvrigt sundhedspersonale, herunder sygeplejersker med særlige kompetencer og erfaring i initial vurdering, pleje og behandling af akutte patienter, der på sigt opfyldes af ny specialuddannelse i akutsygepleje.

Krav til assistance på akutsygehuset er beskrevet i anbefaling 25 og 26.

24. Krav til assistance i psykiatrisk akutmodtagelse

Hvor det ikke er geografisk muligt at samlokalisere skal der på den psykiatriske akutmodtagelse sikres assistance umiddelbart af relevante lægelige kompetencer til at sikre vurdering, stabilisering og opstart af initial udredning og behandling af patienter med psykisk skade 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. Der skal derudover etableres faste aftaler for samarbejdet med den somatiske akutmodtagelse.

25. Krav til assistance på somatisk akutsygehus

På akutsygehuset med somatiske funktioner skal der altid være mulighed for assistance umiddelbart af speciallæger i anæstesiologi, i ét af de syv specialer inden for intern medicin, kirurgi, samt i pædiatri og gynækologi-obstetrik, hvis disse to specialer varetages på matriklen. 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.

26. Krav til assistance på akutsygehus med både somatik og psykiatri

På akutsygehuset med både somatiske og psykiatriske funktioner og med fælles akutmodtagelse skal der udover ovennævnte 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.

27. Præcisering af specialevejledninger

For øvrige specialer der modtager akutte patienter skal Sundhedsstyrelsen gennemgå specialevejledninger i forhold til for præcisering af krav til kompetencer og robusthed med henblik på eventuel revidering.

28. Flow på akutsygehuset

Arbejdet på akutsygehuset skal døgnet rundt 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.

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 og dernæst 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 arbejde på baggrund af sparsomme oplysninger om patienten, på trods af at der i et andet led af den akutte sundhedsindsats måtte være oplysninger tilgængelig om for eksempel kronisk sygdom, allergier, medicinforbrug mm. Der er ikke i dag etableret nemme og entydige kommunikationsveje for datadeling og udveksling af viden i det enkelte patientforløb på tværs af sektorgrænser og fagfolk. Ændringen af sundhedsloven i 2018 (vedrørende bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet) sigter på at gøre 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 til en eller flere fælles nationale databaser, og at den præhospitale indsats skulle dokumenteres i en samlet fælles og landsdækkende patientjournal der skulle koordineres med arbejdet omkring den elektroniske patientjournal (13).

Status i dag er, at der er etableret en landsdækkende fælles præhospital patientjournal (PPJ). Denne er dog endnu ikke i alle regioner integreret med den elektroniske patientjournal på sygehusene (EPJ), hvorfor oplysninger fra ambulancer, akutlægebil osv. ikke nødvendigvis bliver viderebragt 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 samt kommunerne har adgang til Fælles Medicinkort (FMK), og de fire lægevagtsordninger og Region Hovedstadens akuttelefon 1813 har desuden adgang til vaccinationsregistret (CAVE).

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, hvis denne overgår til et andet led eller en anden sundhedsprofessionel i den akutte indsats 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

8.2.1. 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 at udveksle centrale oplysninger om den enkelte patient med relation til det konkrete patientforløb. Det skal ske på tværs af myndigheder og sektorer, på tværs af kommune, region og almen praksis, med henblik på at sikre høj kvalitet i behandlingen og effektiv anvendelse af ressourcer, hvilket samtidigt kan bidrage til øget patientsikkerhed.

Den sundhedsprofessionelle bør have adgang til relevante dele af patientens journal fra øvrige sektorer med henblik på at sikre et patientoverblik med patientens vigtigste/centrale oplysninger.

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 digitalt samarbejde om komplekse patientforløb'¹⁰ 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. Der er i delprojektet ikke lagt op til, at sundhedspersonerne kan få adgang til helbredsoplysninger om patienten, for eksempel kroniske sygdomme.

Generelt vil det være hensigtsmæssigt at tekniske løsninger i den nationale infrastruktur på sundhedsområdet udvikles, og at regler forenkles 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 inddrages. Integrationen mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse og i kommunalt regi, herunder også elektronisk billeddokumentation, bør styrkes.

På den baggrund anbefales det:

29. 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.

30. Integration mellem dokumentationssystemer på tværs

At der sikres integration mellem de dokumentationssystemer, der anvendes i den sundhedsfaglige visitation, præhospitalt, på sygehuse, i kommunalt regi og almen praksis, herunder også elektronisk billeddokumentation.

8.2.2. 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

¹⁰ 'Program for digitalt samarbejde om komplekse patientforløb' startede op i efteråret 2016 og afsluttes ved udgangen af 2019. Programmet er et samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner, Praktiserende Lægers Organisation, Sundhedsdatastyrelsen, Digitaliseringsstyrelsen og MedCom ([link](#))

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 Akuttelefonen 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 præhospital 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.

Generelt kan den lærende indsats sikres blandt andet 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 AQTТ anvendes til lokal kvalitetsudvikling, undervisning og systematisk audit (44).

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 præhospitale 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 en løbende teknologisk udvikling ift. 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 Landspatientregisteret (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 præhospitale indsats og akutmodtagelserne, idet symptomer registreres i det præhospitale 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 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 kvalitet 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 registrer dermed efter samme klassifikationer på tværs af kommuner, herunder også registreringer vedrørende kommunale akutfunktioner, som er en del af sygeplejen. 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 er bedrevet og bedrives 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, 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 et besøg på en akutmodtagelse eller en skadestue.

I henhold til sundhedsloven skal kommunerne medvirke til udviklings- og forskningsarbejde. 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 (6) 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.

I forhold til at styrke den datamæssige mulighed for at vurdere aktivitet og kvalitet på tværs af akutsygehuse, almen medicinske indsatser, det præhospitale system og de kommunale akutfunktioner m.v. 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 fællesprog 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 anvendelse 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 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.

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

På den baggrund anbefales det:

31. 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.

32. 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.

10. Implementering og opfølgning

10.1. Implementering af anbefalingerne

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

Implementeringen af anbefalingerne vil ligeledes 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. Sundhedsstyrelsen forventer, at regioner, kommune og almen praksis fra start tænker anbefalingerne ind i deres planlægning på sundhedsområdet. Styrelsen forestiller sig samtidig, at implementeringen vil ske løbende de næste fem - ti år, afhængig 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 fire-fem år. I relation hertil vil Sundhedsstyrelsen blandt andet følge op på anbefalingerne til de kommunale akutfunktioner (6), ligesom Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at følge, om den gældende specialeplan er tidssvarende, relevant og dækkende jf. sundhedsloven.

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 i planlægningen af den akutte sundhedsindsats. 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 tydlige 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. 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 set up, krav til organisering, udstyr mv. 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 døgndækket 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 bemandet 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>
Akutklinik	Et lægebemandet behandlingssted, der	Som udgangspunkt er der tale om telefonviserede tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom eller skade, der ved telefonvisitation alene ikke vurderes at kræve sygehusbehandling,

	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>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 sygehusmatrikel, 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 sygeplejerske	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 vil i 2019 fastlægge rammerne for en anerkendt specialuddannelse i akutsygepleje, hvorefter der bør bruges betegnelsen 'akutmedicinsk specialsygeplejerske'</p>
Akutmodtagelse	En fysisk lokation på et akutsygehus, hvor akutte patienter modtages og behandles	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 sygehusafdeling (for eksempel en PAM), eller der kan være tale om en fælles fysisk lokation, med flere ledelsessestrenger (for eksempel en fælles somatisk/pædiatrisk/voksenpsykiatrisk/børnepsykiatrisk akutmodtagelse).

		<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 <i>fælles</i> akutmodtagelse. Hvis der er tale om lokationer med modtagelse af afgrænsede akutte patientgrupper, vil der typisk anvendes betegnelse som 'psykiatrisk akutmodtagelse', 'børneakutmodtagelse', 'fødemodtagelse' m.v.</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 Ålborg Universitetshospital), 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 m.v.</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 mistanker 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> <p>Specialsygehuse og andre institutioner, herunder praksis, akutklinikker, præhospital virksomhed m.v. kan også varetage behandling af akut opstået sygdom og skade, men her vil det typisk være tale om enten visiteret behandling af medicinske tilstande for eksempel akut forværring af bestående sygdom, eller der vil være tale om behandling af lettere tilfælde af sygdom eller skade, der ikke kræver sygehusbehandling, eller der vil</p>

		være tale om initial vurdering og evt. stabilisering mhp. visitation til akutsygehus.
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 sygdom m.v., 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> <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, tilskadedkomne og fødende, og hvor der kan ydes visse former for behandling,	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>	<p>Definition følger VEJ nr. 9321 af 01/04/2017 og VEJ nr. 9321 af 01/04/2017.</p>
Borgerrettet visitation	<p>Borgerrettet visitation er den visitation borgeren selv foretager.</p>	
Fremmødekrav	<p>Krav til sundhedsfaglig assistance ved akut opstået sygdom, skade m.v.</p>	<p>Bruges typisk ved krav til lægelig assistance, men kan også bruges ved krav til anden sundhedsfaglig assistance, herunder tandlæger, jordemødre, anæstesisygeplejersker m.v.</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 ½ time fra tilkald.</p> <p>Ved 'umiddelbar adgang til telefonisk rådgivning' forstås, at lægen kan kontaktes på telefon, med umiddelbart tilbagesvar,</p>

		<p>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>Den kommunale sygepleje er en kommunal opgave jf. sundhedslovens kapitel 38, hvor den er betegnet som 'hjemmesygepleje'. 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> <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 lidelse vil således ikke være den primære målgruppe for de kommunale akutfunktioner, men patienter med samtidig betydende somatisk og psykisk sygdom kan være det.</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>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>

		Den kommunale akutfunktion kan varetage opgaver ift. borgere, der midlertidigt eller fast bor på plejecenter, eller ift. borgere i eget hjem.
Paramediciner	Ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner) er uddannet til at varetage mere avanceret præhospital behandling, herunder at administrere udvalgte former for medicin intravenøst	Se BEK nr. 1264 af 09/11/2018. Aktuelt omtales en ambulancebehandler med særlige kompetencer (paramediciner) som en "paramediciner". Når der oprettes en autoriseret uddannelse til paramediciner, vil betegnelsen <i>paramediciner</i> blive en beskyttet titel.
Præhospital akutlæge	Speciallæge med erfaring og særlige kompetencer i præhospital indsats	Definition følger VEJ nr. 9321 af 01/04/2017 I en dansk kontekst varetages funktionen af speciallæger i anæstesi og intensiv medicin med særlige kompetencer i præhospital indsats. 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.
Præhospital indsats	Behandling af akut sygdom og skade uden for praksissektor, sygehus og akutklinikker m.v.	Den præhospital indsats er et regionalt ansvar jfr. 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. 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. Den præhospital indsats skal koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats ved akut sygdom og skade, indtil modtagelse på sygehus. AMK-vagtcentralen (Akut Medicinsk Koordination) 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.
Skadeklinik	Sygeplejebemandet behandlingssted, der kun varetager behandling af visiterede småskader	Sædvanligvis vil skadeklinikker være bemandede med sygeplejersker med særlige kompetencer (behandlersygeplejersker), 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).</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> <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"> • 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. • 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.
Speciallæge	En læge med dansk autorisation, som har opnået dansk speciallægeanerkendelse	Hvor der i Sundhedsstyrelsens anbefalinger m.v. stilles krav om speciallægekompetencer, vil dette som udgangspunkt også kunne opfyldes ved varetagelse ved læger, der er i den aller sidste 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 kun varetager elektiv behandling	<p>Jf. ovenfor kan et specialsygehus varetage for eksempel visiteret behandling af medicinske tilstande for eksempel akut forværring af bestående sygdom.</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	Den sundhedsprofessionelle visitation betegner visitationen, der foretages af sundhedspersoner, der visiterer patienten til relevant sundhedstilbud.	
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 bemannet 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 ift. 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.</p>

		<p>ved omfanget af overvågning, behandling, specialkompetencer, udstyr m.v.</p> <p>Et sygehus vil herudover også varetage ambulant behandling dvs. hvor patienten kun opholder sig i kortere tid på sygehuset. Ophold af længere varighed, hvor patienten er ambulant 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 udøver 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> <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 m.v. Kliniske afdelinger inkl. diagnostik m.v. vil typisk være afgrænset ud fra lægefaglige eller odontologisk 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 enstrengt 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 enstrengt ledelse, med en sygehusdirektion, der har både fagligt og budgetmæssigt ansvar for sygehusydelse, 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 jfr. § 2 stk. 1 og 2 m.v. tilsyneladende definerer 'sygehusenhed' som et behandlingssted på en specifik adresse</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 'Psikiatrien Region Sjælland', der omfatter sygehusdrift på institutioner i Vordingborg, Roskilde og Slagelse, samt ambulante funktioner i Holbæk, Næstved, Greve, Køge, Haslev, Nykøbing F., Nykøbing SJ., Maribo, Kalundborg, Sorø og Faxe.</p>
Sygehusmatrikel	En geografisk lokation, hvor der drives sygehus.	<p>En sygehusmatrikel kan rumme én fuldstændig 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>Definition følger 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav', men bemærk at definition ikke flugter med øvrig dansk ret, herunder særligt det matrikelbegreb der anvendes ved udmåling og registrering af arealer for fast ejendom jfr. Geodatastyrelsens regler m.v.</p>

Sygehusvisitation	Enhed der modtager og visiterer henvisninger til behandling på sygehus	Sygehusvisitationen vil typisk være bemanded med sygeplejersker, og være organiseret ved eller i tæt relation til en akutmodtagelse. Hospitalsvisitationen kan visitere til indlæggelse på relevant sygehusafdeling, til akutte og subakutte ambulante tilbud på sygehus, samt rådgive ift. for eksempel udgående teams fra hospitalerne, samt brug af kommunale akutfunktioner m.v.
Traumesygehus ('traumecenter')	Et akutsygehus der kan behandle meget alvorligt syge patienter, herunder svært tilskadekomne 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 lidelse (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> <p>Definition følger HSF 18 i gældende specialevejledning for ortopædkirurgi, men det bør overvejes om der skal udarbejdes selvstændig specialevejledning for det nye speciale i akutmedicin, hvor denne definition så overføres og opdateres.</p>

[Tekst - slet ikke næste linje indeholder et sektionsskifte]

HØRINGSUDKAST

Referenceliste

- (1) Sundheds- og Ældreministeriet. LBK nr 1286 af 02/11/2018 - Sundhedsloven. 2018.
- (2) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 1501 af 13/12/2018 - Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren. 2018.
- (3) Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser. 2014.
- (4) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 679 af 30/05/2018 - Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. 08-06-2018.
- (5) Børne- og Socialministeriet. LBK nr 1114 af 30/08/2018 - Serviceloven. 2018.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser. 2017.
- (7) Sundheds- og Ældreministeriet. LBK nr 1160 af 29/09/2015 - Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. 2015.
- (8) Sundheds- og Ældreministeriet. LBK nr 126 af 27/01/2019 - Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile. 2019.
- (9) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 1264 af 09/11/2018 - Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v. 2018.
- (10) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 971 af 28/06/2016 - Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet. 2016.
- (11) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 1658 af 22/12/2017 - Bekendtgørelse om tandpleje. 2017.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Den akutte indsats på psykiatriområdet - Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. 2009.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab - Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. 2007.
- (14) Akutudvalget (Udvalget om det præhospitale akutberedskab). Ventetider i akutmodtagelser. 2012.
- (15) Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. 2013.
- (16) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser - Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling. 2018.
- (17) Sundhedsstyrelsen. Vurdering af et speciale i akutmedicin i Danmark. 2017.
- (18) Sundhedsstyrelsen. Nyt lægespeciale i akutmedicin. 2017;
<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 enstrengt og visiteret akutsystem frem til 1. april 2014. 2014.
- (23) KORA Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Evaluering af Enstrengt 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) Region Hovedstaden. Undersøgelse af telefonisk kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden. 2017.
- (27) Region Midtjylland. Tilgængelighedsundersøgelser 2012 - 2016. 2016.
- (28) Akutudvalget (Udvalget om det præhospitalt akutberedskab). Status for udvalget om det præhospitalt akutberedskabs arbejde - sammenfatning. 2010.
- (29) DEFACTUM. Betydningen af uddannelsesniveau for effekten af udvalgte dele af den præhospitalt indsats – en systematisk litteraturgennemgang. 2017.
- (30) Akutudvalget (Udvalget om det præhospitalt akutberedskab). Kortlægning af behov for flere akutbiler og akutlægebiler. 2012.
- (31) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient - fagligt oplæg til en handlingsplan 2016-2019. 2016.
- (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; <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 pre-hospital 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 AQTT – an assessment tool measuring communication, patient safety and efficiency. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2019;37(1):18-29.

HØRINGSUDKAST

HØRINGSUDKAST

