

Landets akuthospitaler deler opgaverne og hjælper hinanden

De fleste akuthospitaler har et optageområde på mellem 200-400.000 borgere, og de varetager behandling af de mest almindeligt forekommende tilstande hos borgerne i deres optage-område. Udvalgte behandlinger er dog så komplekse og sjældne, at de ikke kan foretages på alle akuthospitaler. Akuthospitalernes størrelse er både afhængig af hvor mange borgere, der er i deres optageområde, og hvor stor en andel af specialiserede funktioner, de varetager. De fem universitetshospitaler kan – sammen med regionens øvrige akuthospitaler – tilbyde størstedelen af den behandling, som borgerne i den enkelte region har brug for og kan derudover aflaste hinanden i spidsbelastnings situationer. Der er dog også tilstande, der er så sjældne, at behandlingen kun tilbydes ét, to eller tre steder i landet. Arbejdsdelingen i det danske hospitalsvæsen sikrer, at borgere i hele landet kan få behandling af høj ensartet kvalitet, men skaber samtidig behov for planlægning og koordinering på tværs af hospitalerne.

Hospitalsstrukturen

Flere end 2,8 millioner danskere har kontakt med hospitalet en eller flere gange om året. På baggrund af data fra Landspatientregistret har Danske Regioner udarbejdet en analyse af patientkontakter på hospitaler og [et interaktivt kort](#), hvor man for hver kommune kan se, hvor dens borgere behandles på hospitalet. Analysen viser, at borgere i væsentlig grad behandles på andre hospitaler, end det akuthospital som ligger indenfor den klynge, som de bor i.

Baggrunden er, at akuthospitalerne har forskellig størrelse afhængig af befolkningsunderlag og omfanget af den specialiseret behandling de varetager.

I dette notat beskrives sammenhængen mellem hospitalsstrukturen og borgernes kontaktmønstre med hospitalerne, samt baggrunden for at hospitalsstrukturen ser ud, som den gør.

Den regionale hospitalsplanlægning og hospitalsstruktur

Siden 2007 er hospitalsstrukturen blev udviklet med omdrejningspunkt i de fem regioners demografi og geografi. Regionerne planlægger hospitalsstrukturen i hver region, herunder antallet og placeringen af regionens hospitaler og arbejdsdelingen mellem dem.

Regionernes hospitalsplanlægning sker med udgangspunkt i bl.a. den historiske hospitalsstruktur, den løbende faglige og teknologiske udvikling, samt krav fra sundhedsmyndighederne og de økonomiske rammer, som aftales med staten.

I hver region er der ét universitetshospital og et antal akuthospitaler afhængig af regionens størrelse. Tilsammen er der i regionerne 21 akuthospitaler med døgnåbne somatiske akutmodtagelser. Fire af dem er universitetshospitaler. Dertil kommer Rigshospitalet, som fortrinsvis har højt specialiserede akutte funktioner og et traumecenter. Derudover er psykiatrien i hver region organiseret som et samlet hospital, hvor behandlingen sker på en række forskellige matrikler.

De fleste akuthospitaler består af flere hospitalsmatrikler med en fælles hospitalsledelse – for eksempel *Amager- og Hvidovre Hospital i Region Hovedstaden* eller *Hospitalsenheden Midt i Region Midtjylland*. De hospitalsmatrikler, som ikke har en fælles akutmodtagelse, kaldes typisk for specialhospitaler og varetager planlagt behandling. Nogle af specialhospitalerne har en særlig profil – for eksempel Vejle Sygehus (som er en del af Sygehus Lillebælt, hvis akutmodtagelse ligger på matriklen i Kolding) som har specialiseret sig i behandling af kræftpatienter.

Borgernes kontakt med forskellige hospitaler

Der er tæt sammenhæng mellem borgerens bopæl, og hvor de modtager akut behandling. For de planlagte opgaver er sammenhængen mellem borgerens bopæl, og hvor de modtager behandling mindre tydelig.

Borgernes kontaktmønstre med hospitalerne kan bedst illustreres med et konkret eksempel. Nedenfor illustreres oplysningerne med behandlingsmønstre for borgere i Frederikshavn Kommune. Frederikshavn Kommune tilhører Klynge Nord som har omdrejningspunkt i Regionshospital Nordjylland. Hvis der alene ses på fysiske fremmøder i somatikken på Region Nordjyllands egne hospitaler, har borgerne 60 procent af deres fysiske fremmøder på Regionshospital Nordjylland og 40 procent på Aalborg Universitetshospital. Baggrunden På matriklen i Aalborg varetages størstedelen af de specialiserede behandlinger.

Frederikshavn Kommune



Kortet viser de kommuner, hvori der ligger et eller flere hospitaler, hvor kommunens borgere blev behandlet i løbet af 2022. Jo mere gul og rød en kommune er, jo flere fysiske fremmøder havde kommunens borgere på et hospital placeret i den pågældende kommune. Hospitaler i kommuner med mindre end 25 fysiske fremmøder vises ikke.

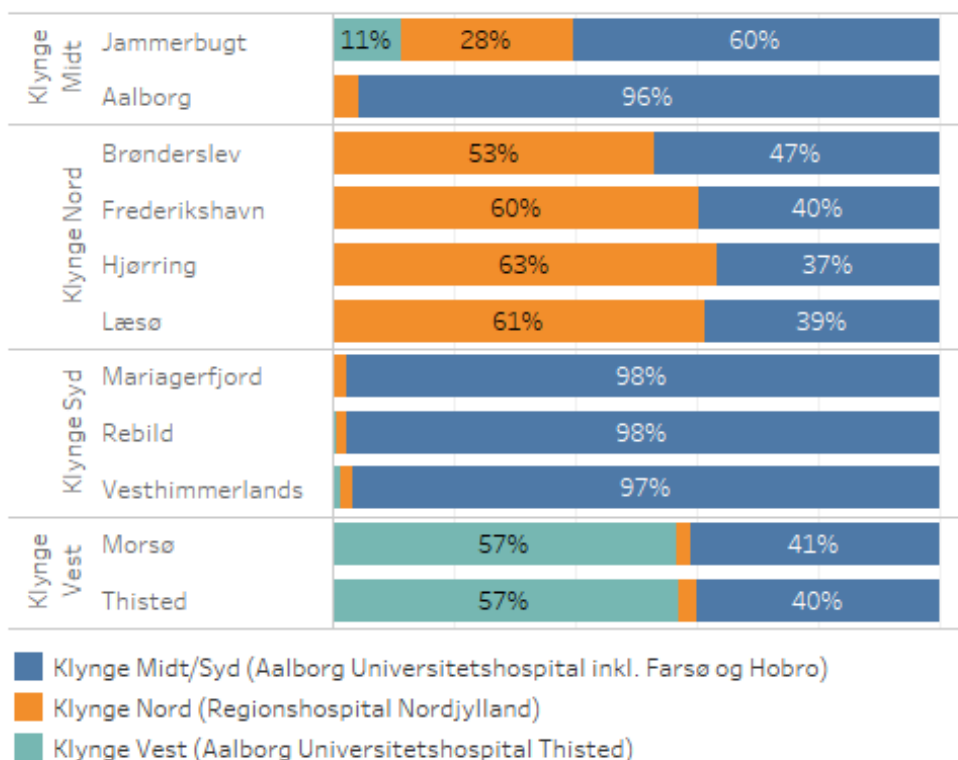
Antal fysiske fremmøder



Aalborg, Aarhus, Odense og Sjællands Universitetshospitaler kan i kraft af deres størrelse og funktion som akuthospital tilbyde borgerne i deres optageområde langt størstedelen af den behandling, som de måtte have brug for. Borgerne i optageområdet til de øvrige akuthospitaler bliver i større grad tilbudt behandling på andre hospitaler for at sikre, at de får samme høje behandlingskvalitet.

Et eksempel er i Region Nordjylland, hvor Aalborg Universitetshospital leverer 96 procent af behandlingen til borgerne i Aalborg kommune, mens akutsygehusene i Klynge Vest og Klynge Nord varetager godt halvdelen af behandlingen for de tilhørende kommuners borgere, mens den resterende del varetages af Aalborg Universitetshospital.

I figuren nedenfor fremgår andelen af fysiske fremmøder blandt borgere i kommunerne i Region Nordjylland fordelt på den klynge, hvor hospitalet geografisk er placeret (2022).



Kilde: Egne beregninger baseret på Landspatientregistret, DRG-grupperet (2022) og SOR.

Note: Kun fysiske fremmøder i somatikken på Region Nordjyllands egne hospitaler indgår i figuren.

Hospitalsdrift

Regionernes hospitalsdrift omfatter såvel hospitalsenheder for mennesker med fysiske og psykiske sygdomme samt den præhospitale indsats. Derudover har regionerne driftsoverenskomst med selvejende hospices og de private specialsygehuse som fremgår af Sundhedsloven § 79 stk. 2. Desuden indgår regionerne hver især udbudsaftaler med private hospitaler, når de i en kortere eller længere periode, har behov for at udvide deres kapacitet indenfor et bestemt område. Udover regionernes lokale aftaler indgår Danske Regioner, på vegne af regionerne, centrale aftaler med privathospitaler i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg.

Vejen til den nuværende hospitalsstruktur

Hvis man går tilpas langt tilbage i hospitalshistorien, havde langt de fleste større provinsbyer et lokalt hospital. Det bestod typisk af en enkelt afdeling, hvor alle patienter blev behandlet af den samme læge uanset, hvad de fejlede. Det specialiserede hospitalsvæsen begyndte at tage form i 1930'erne. Der blev oprettet såkaldte centralsygehuse, hvor der både var en medicinsk og kirurgisk afdeling – og nogle steder også en røntgenafdeling. Specialiseringen tog for alvor fart efter 2. verdenskrig, hvor antallet af specialafdelinger og lægelige specialer blev mangedoblet. Samtidig toppede antallet af hospitaler i 1937 med 200, hvorefter antallet er gået stødt nedad.

De seneste 20 år har staten fået en mere fremtrædende rolle i påvirkningen af hospitalsstrukturen – dels gennem finansiering og dermed prioritering af nye hospitalsbyggerier, dels gennem Sundhedsstyrelsens planlægningsarbejde.

Hvad angår den planlagte behandling, fik Sundhedsstyrelsen fra 2005 myndighed til at planlægge, på hvilke hospitaler den specialiserede behandling skulle foregå. Sundhedsstyrelsens første specialeplan i 2010 medførte en samling af en lang række behandlinger på især universitetshospitalerne. Hvad angår den akutte behandling har Sundhedsstyrelsen siden 2007 opstillet anbefalinger til hvilke kompetencer og udstyr hospitalerne skal have, hvis de skal modtage akutte patienter.

I 2007 overtog de fem regioner opgaven med hospitalsplanlægning fra de 14 amter. Sundhedsstyrelsens akutanbefalinger har i høj grad sat rammerne for regionernes udvikling af de 21 akuthospitaler.

De seneste 20 års strukturændringer har betydet, at en stribe mindre hospitaler er blevet nedlagt, omdannet til sundhedshuse eller fået status af specialhospitaler og blevet lagt sammen med andre hospitaler under en fælles hospitalsledelse. Udover samling af den specialiserede behandling er de seneste år kendetegnet ved en markant omlægning af behandlingen, så færre bliver indlagt, indlæggelsestiden er forkortet og flere bliver behandlet ambulant, via telekommunikation og derhjemme.

Hensyn i hospitalsplanlægning

Der er flere – og til tider modstridende – hensyn til hospitalsplanlægning, herunder:

- Faglig kvalitet, som kalder på en arbejdsdeling og samling af den specialiserede behandling, så der sikres tilstrækkelig patientvolumen og dermed erfaring ud fra tankegangen om "at øvelse gør mester"
- Sammenhæng i patientforløb, som kalder på få og tæt koordinerede overgange mellem afdelinger og sektorer
- Nærhed, som kalder på, at borgere kan behandles for de almindeligt forekommende sygdomme i nærheden af deres bopæl uden unødvendige overflytninger til andre hospitaler
- Effektivitet, som kalder på understøttende logistiske funktioner, herunder it og udstyr, der kan sikre høj produktivitet.
- Robusthed, så enheder kan hjælpe og aflaste hinanden ved behov

Udover at levere behandling har hospitalerne to yderligere kerneopgaver, nemlig forskning og uddannelse af sundhedspersonale, som der også skal tages hensyn til i hospitalsplanlægning.

Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning

Hospitalsbehandling foregår på to overordnede planlægningsniveauer: hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau. Fra 2005 fik Sundhedsstyrelsen juridisk kompetence til at foretage national specialeplanlægning og i den forbindelse fastsætte krav til specialfunktioner, herunder placering på landets hospitaler, samt fastsætte anbefalinger til hovedfunktionsniveau.

På hovedfunktionsniveauet varetages opgaver, hvor såvel sygdommene som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau. Det er hver enkelt region som har ansvaret for at planlægge behandlingen på hovedfunktionsniveau med rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.¹

Fastlæggelsen af, hvilke funktioner der er specialfunktioner, sker på baggrund af en vurdering af funktionen, herunder patientgruppens størrelse og funktionens kompleksitet og ressourceforbrug. Specialfunktionerne omfatter regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, herunder højt specialiseret behandling i udlandet.

Specialeplanen har bidraget til betydelige ændringer på hospitalerne i retning af samling af specialiserede funktioner på færre matrikler. Specialeplanen er udmøntet i 37 specialevejledninger på tværs af 35 lægefaglige specialer, et tandlægefaglig speciale samt en specialevejledning med tværgående specialfunktioner, og den rummer omkring 1.000 specialfunktioner. Heraf er der ca. 670 højt specialiserede funktioner og ca. 330 regionsfunktioner.

Placeringen af specialfunktionerne under de enkelte specialer fremgår af specialevejledningerne for hvert speciale. Alle specialevejledningerne udgør tilsammen den nationale specialeplan.²

Højt specialiserede funktioner varetages typisk på 1-3 hospitaler i landet, og det sker primært på Ålborg Universitetshospital, Århus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Sjællands Universitetshospital, Rigshospitalet, Hvidovre Hospital samt Herlev og Gentofte Hospital. Der er enkelte andre hospitaler, der også varetager nogle få højt specialiserede funktioner.

Regionsfunktioner varetages typisk på flere hospitaler i hver region. De fleste hospitaler varetager regionsfunktioner, men det er forskelligt fra hospital til hospital, hvor mange regionsfunktioner der varetages.

1 Jf. Sundhedsloven § 206 skal Regionsrådet udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. *Stk. 2.* Forud for regionsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal regionsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

2 [Rapport \(sst.dk\)](#)

Specialernes fordeling på hospitalerne

Specialernes organisering er afhængig af hvor mange patienter, der har brug for behandling indenfor specialiet. De fleste specialer har både hovedfunktions-, regionsfunktions- og højt specialiseret funktionsniveau. Der er dog nogle specialer, for eksempel thoraxkirurgi og neurokirurgi, som udelukkende har højt specialiseret hospitalsbehandling og derfor behandles patienter indenfor disse specialer kun på få hospitaler. Andre specialer, som for eksempel de kirurgiske specialer samt pædiatri, gynækologi, neurologi og kardiologi, har forholdsvis mange højt specialiserede funktioner, men atter andre specialer så som geriatri stort set udelukkende har hovedfunktioner.

Sundhedsstyrelsen stiller en række krav til akuthospitalerne om tilstedeværelse eller assistance inden for kort fra en række lægefaglige specialer. Disse specialer findes derfor på alle akuthospitaler med undtagelse af de tre akuthospitaler med særlig geografi, som samarbejder med større akuthospitaler om at varetage deres akutfunktioner.³

Robusthed og synergi på tværs af matrikler

Langt de fleste hospitaler i Danmark har både specialiserede funktioner og hovedfunktion, det gælder fx også universitetshospitalerne i Århus, Odense, Ålborg og Sjælland, hvorimod Rigshospitalet primært behandler patienter med behov for specialiseret behandling. Det betyder at de største hospitaler også behandler patienter i deres eget optageområde og dermed har et populationsansvar for en del af befolkningen.

Hospitalernes forskellige størrelse og profiler betyder, at det kan være nødvendigt at hjælpe hinanden på tværs af regionen i situationer, hvor der opstår en øget og eventuel ujævn belastning – som det for eksempel skete under corona-pandemien. Samtidig kan der også opnås robusthed og synergier i den daglige drift gennem samarbejde mellem hospitaler. Det kan handle om at sikre adgang til bestemte speciallægekompetencer fra det store hospital til de mindre, så eksempelvis en patient fra Bornholm ikke behøver at blive fløjet til København for at få foretaget en bestemt undersøgelse.

Eller hvor et universitetshospital som Sjællands Universitetshospital lægges sammen med Nykøbing Falster hospital for bedre at kunne opretholde nære tilbud i rekrutteringsudfordrede områder. Og det kan handle om at udjævne akutte spidsbelastninger mellem hospitaler, der ligger tæt på hinanden, hvis der eksempelvis er mange akutte patienter, mange fødende eller mange alvorligt tilskadede i ét af hospitalernes optageområde.

³ Akuthospitaler med særlig geografi, tidligere kaldet akutsygehuse med ø-lignende status, er nogle få mindre sygehuse med begrænsede kompetencer og vagtberedskab, der er placeret, hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og hensigtsmæssigt, at der kan varetages behandling af akut sygdom og skade. I den nuværende nationale sygehusplanlægning gælder dette blandt andet for de somatiske sygehuse på Bornholm, i Thisted og i Nykøbing Falster. Akuthospitaler med en særlig geografi forventes ikke at have fuld bredde i kompetencer og vagtberedskaber, og skal derfor indgå i et fastlagt samarbejde med et eller flere større akutsygehuse med henblik på at sikre optimal præhospital visitation samt understøttelse af varetagelsen af akutfunktioner jf. Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats - Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år (sst.dk): side 106

Eksempel: Hospitalsplanlægning i Region Nordjylland

Region Nordjylland har to akuthospitaler – Aalborg Universitetshospital og Regionshospitalet Nordjylland.

Aalborg Universitetshospital er Region Nordjyllands højt specialiserede hospital og behandler patienter med behov for specialiseret behandling fra hele regionen. Aalborg Universitetshospital har også en vigtig rolle som hospital for befolkningen i lokalområdet. Aalborg Universitetshospital er fordelt på fire matrikler: Aalborg Universitetshospital i Aalborg, Thisted, Farsø og Hobro. På matriklen i Aalborg varetages størstedelen af de specialiserede behandlinger. Thisted fungerer som akuthospital med medicinske og kirurgiske hovedfunktioner, herunder ambulant udredning samt fødsler.

Kræftbehandlingen i Region Nordjylland er centreret omkring Aalborg Universitetshospital. Hospitalet behandler langt de fleste former for kræft, men patienter med enkelte sjældne kræftformer bliver henvist til behandling på andre centre i Danmark.

Regionshospitalet Nordjylland varetager primært hovedfunktioner men med enkelte udvalgte specialfunktioner. Regionshospitalet Nordjylland er fordelt på fire matrikler: Regionshospitalet Hjørring (som fungerer som akuthospital), Frederikshavn, Skagen og Brønderslev (som er dedikeret til varetagelse af regionsfunktionen i Neurorehabilitering).¹

1 [Profilplan 2021-2025 \(rn.dk\)](#)