Danskernes Historie Online
Danske Slægtsforskeres Bibliotek

Dette værk er downloadet fra Danskernes Historie Online

Danskernes Historie Online er Danmarks største digitaliserings-projekt af litteratur inden for emner som personalhistorie, lokalhistorie og slægtsforskning. Biblioteket hører under den almennyttige forening Danske Slægtsforskere. Vi bevarer vores fælles kulturarv, digitaliserer den og stiller den til rådighed for alle interesserede.

Støt vores arbejde – Bliv sponsor

Som sponsor i biblioteket opnår du en række fordele. Læs mere om fordele og sponsorat her: https://slaegtsbibliotek.dk/sponsorat

Ophavsret

Biblioteket indeholder værker både med og uden ophavsret. For værker, som er omfattet af ophavsret, må PDF-filen kun benyttes til personligt brug.

Links

Slægtsforskernes Bibliotek: https://slaegtsbibliotek.dk
Danske Slægtsforskere: https://slaegt.dk

Frederiksborg amtskommune



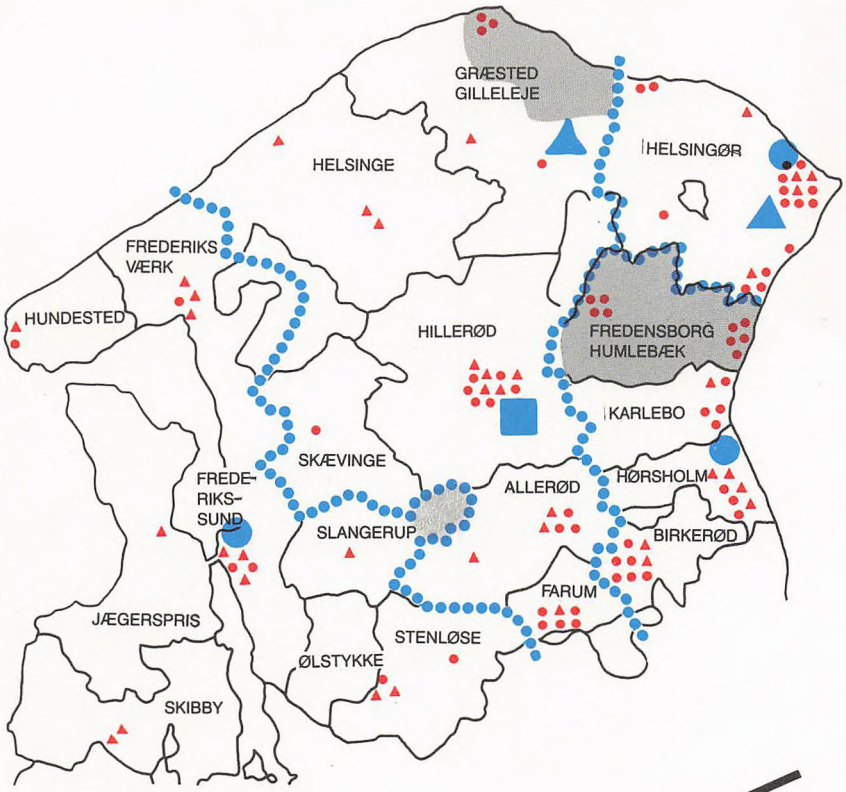
SYGEHUS PLAN 1985 1996

POLITISK DEL

SP84

MAJ 1985

Frederiksborg Amtskommune



POLITISK DEL

SP84

SYGEHUS PLAN 1985-1996

Produktion:
Elliot CBO + GS Grafik
Tryk:
Bogtrykkeriet

Amtsrådets resolution

Denne plan er den 6. maj 1985 godkendt af et enigt Frederiksborg amtsråd. I forbindelse med godkendelsen besluttede amtsrådet at understrege overfor primærkommunerne, at amtskommunen hverken ved denne eller den foregående sygehusplan har villet påtvinge kommunerne en bestemt rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Tilbud til kommunerne

Sygehusvæsenet er og skal også i fremtiden være det sekundære led i et integreret sundhedsvæsen. De forslag til øget samordning med kommunerne og sygehusvæsenets ændrede rolle med større vægt på konsulentvirksomhed og uddannelsesvirksomhed overfor kommunerne, som er indeholdt i SP 84, er tilbud fra sygehusvæsenet.

„Vi kan sammen gøre det bedre i 80'erne."

Indhold

Forord 5

Resume 6

1. Indledning 8

2. Overordnede politiske målsætninger 8
2.1 Sygehusstruktur 13
2.1.1 Sengebehov 14
2.2 Øget samordning mellem sektorerne 17
2.3 Bedre patientservice 27
2.4 Forstærket forebyggende og sundheds-fremmende indsats 28
2.5 Leder- og personaleudvikling 29

3. Sygehusenes funktioner 29
3.1 Den kirurgiske sygehusbetjening 32
3.2 Den medicinske sygehusbetjening 34
3.3 Den pædiatriske sygehusbetjening 35
3.4 Den psykiatriske sygehusbetjening 35
3.5 De tværgående afdelinger 36
3.6 Uddannelse og forskning 38

4. Forbedret styring på sygehuset 39
4.1 Forsøg med decentralisering af ansvar og kompetence 40
4.2 Forbedret registrering 41

5. Samordning med den primære sundhedssektor 42
5.1 Alment praktiserende læger 46
5.2 Ambulant speciallægebetjening 46
5.3 Social- og sundhedsforvaltninger 46

6. SP 84's ressourcemæssige konsekvenser 47
6.1 Strukturelle og omfordelingsmæssige konsekvenser 47
6.2 Udgiftsmæssige konsekvenser 48

POLITISK DEL

I tilslutning til sygehusplanens politiske del er udgivet et særligt bind indeholdende teknisk del, obligatoriske skemaer samt høringssvar.

Forord

Den foreliggende sygehusplan 1985-1996 er udarbejdet af det af sygehusudvalget nedsatte planlægningssekretariat.
Planlægningssekretariatets medlemmer er:

- *administrationschef Bent Greisholm, Centralsygehuset i Hillerød*
- *forstanderinde Maren Beck Jørgensen, Centralsygehuset i Hillerød*
- *overlæge Stig Pors Nielsen, Centralsygehuset i Hillerød*
- *praktiserende læge Ole Heerwagen*
- *amtssygehusdirektør Jørgen Varder, formand*
- *kontorchef Anita Alban, sygehusdirektoratet (pr. 1. april 1985 kontorchef Jens Chr. Sørensen)*
- *fuldmægtig Tove Tovgaard, sygehusdirektoratet.*

Forslag til sygehusplan 1985-1996 (SP 84) har været drøftet i sygehusudvalget den 6. august 1984, den 18. september 1984 (heldagsmøde), den 7. januar 1985 og den 18. marts 1985.
Herudover har forslaget to gange været drøftet i det udvidede samordningsudvalg (§23, stk. 2-udvalget), to gange i Sundhedsplanlægningsudvalget og én gang i Socialplanlægningsudvalget.
Følgende interessenter har herudover været hørt:

- *Primærkommunerne i Frederiksborg amt*
- *Hovedsamarbejdsudvalgene på sygehusene*
- *Lægekredsforeningen*
- *Amtsoverlægerådet*
- *Forstanderinderådet*
- *Administratorrådet*
- *Foreningen af sociale udvalg i Frederiksborg amt*
- *Social- og sundhedsudvalget i Frederiksborg amt*
- *Dansk Sygeplejeråd, amtskredsen*
- *Dansk Kommunal Arbejderforbund, amtskredsen*
- *Amtsreservelægerådet.*

Sygehusplanen 1985-1996 med obligatoriske skemaer og høringssvar, er godkendt af amtsrådet den 6. maj 1985.

Resumé

Det økonomiske og personalemæssige udgangspunkt er en i forhold til budget 1985 uændret udvikling i sygehusvæsenet generelt. Det samlede driftsbudget udgør i 1985 godt 1,2 mia. kr. og personalet udgør knapt 4.600 fuldtidsbeskæftigede.
Inden for denne ressourceramme skal sygehusvæsenet i planperioden tage højde for en stigende ældreandel, ibrugtagning af ny medicinsk teknologi samt en ændret rolle i det samlede sundhedsvæsen.
Ifølge SP 84 er det sygehuspolitikkens overordnede mål, at det enkelte sygehus i højere grad gennem en øget decentralisering indgår i et samspil med det øvrige sundhedsvæsen i dets optageområde for herigennem at sikre borgeren tilbud om undersøgelse, behandling og pleje, som i mindst muligt omfang kræver ophold på institution.
Er ophold på sygehus nødvendigt, skal alle borgere sikres lige adgang til en kvalificeret behandling, hvad enten dette måtte være en lokal-, amts-, landsdels- eller landsfunktion. Den kvalificerede behandling skal ske på det nærmeste sygehus, som kan yde denne behandling.
Det må endvidere kræves, at sygehusbehandlingen og plejen i videst muligt omfang tager hensyn til borgerens identitet, således at fremmed- og sygeliggørelse undgås.
Gennem fastlæggelse af denne strategiske målsætning er SP 84 på mange områder i god overensstemmelse med WHO's program »Sundhed for alle år 2000«, som den danske regering tiltrådte i september 1984.
Den ovennævnte strategiske målsætning for Frederiksborg amts sygehusvæsen søges opfyldt ved på det taktiske plan at satse på:

- *øget samarbejde mellem primærsektoren og sygehussektoren*
- *forstærket sundhedspædagogisk indsats*
- *forbedret patientservice*
- *leder- og personaleudvikling*
- *fortsat omstilling/effektivisering på sygehusene.*

For at kunne opfylde målsætningen inden for den samme udgiftsramme er det nødvendigt at fortsætte den igangværende omstillings- og effektiviseringsproces på sygehusene. Der vil således i planperioden fortsat være behov for konvertering af hidtidig stationær virksomhed til korttidsafsnit og ambulant virksomhed.
Samarbejdet mellem sygehusene og primærsektoren (praktiserende læger o.a. samt social- og sundhedsforvaltningerne) er ofte afgørende for sygehusvæsenets effektivitet. I sygehusplanen er udpeget en række hovedområder, hvor en forstærket koordination bør ske i programperioden:

- *ældreomsorgsområdet*
- *det psykiatriske område*
- *det pædiatriske område*
- *den ambulante speciallægeservice*
- *diagnostisk udredning*
- *ambulante fødsler.*

For at sikre borgeren den mest hensigtsmæssige undersøgelse, behandling og pleje på længere sigt - uden skelen til hvem der betaler (amtet, primærkommunen, staten), vil der i programperioden blive gennemført forskellige forsøgsordninger i samarbejde med primærkommunerne. Amtskommunen vil stille midler til rådighed for en sådan forsøgsvirksomhed.
Der lægges i planperioden vægt på en øget sundhedspædagogisk indsats over for borgeren. Dels gennem øget information, som tilstræber, at den enkelte bliver mere bevidst om sine egne og det etablerede sundhedsvæsens muligheder. Dels ved, gennem undervisning og vejledning, at give den enkelte mulighed for at erkende sin situation, styrke egne ressourcer og ændre livsvaner.
Herudover må sygehusvæsenet være indstillet på at gå ud i en primær forebyggende indsats i et samarbejde med andre sektorer.
Samtidig med, at det nuværende, høje behandlings- og plejeniveau fastholdes, skal den kvalitative side af sygehusservicen forbedres i planperioden. Dette skal ske ved:

- *kortere indlæggelser med planlagte forløb*
- *udvidet ambulant virksomhed med lettere adgang (fleksible åbningstider)*
- *effektiv kontakt (patienten møder så få behandlere som muligt)*
- *bevarelse af patientens identitet.*

For at sygehusvæsenet kan være i stand til at leve op til et øget samarbejde med primærsektoren, herunder i højere grad varetage konsulentopgaver for denne, og forbedre det kvalitative serviceniveau, må der ske en målrettet, tværfaglig og tværsektoriel efteruddannelse af det samlede sundhedsvæsens personale.
Denne efteruddannelse etableres i amtskommunalt regie.
Den samlede finansiering af midlerne til opfyldelse af den overordnede sygehuspolitik skønnes i programperioden at beløbe sig til 15-20 mio. kr. Dette beløb finansieres gennem omstillingskontoen for hele amtskommunen, sygehusudvalgets omstillingskonto, apparaturkontoen samt ved de beløb, der frigøres ved løbende effektiviseringer.

1. Indledning

Grundlaget for udviklingen af Frederiksborg amts sygehusvæsen har siden 1981 været sygehusplanen for 1981-92 (SP 80). Den foreliggende sygehusplan, som omfatter perioden 1985-96 (SP 84) er først og fremmest en revision af plangrundlaget og en status over planlægningens stade i forhold til intentionerne i SP 80. SP 84 indeholder således en besvarelse af spørgsmålene om, hvor langt man er nået og i hvilken retning amtsrådet ønsker udviklingen skal forløbe i såvel programperioden (1985-88) som i perspektivperioden (1989-96).
Sygehusplanen er i overensstemmelse med de af indenrigsministeriet fastsatte retningslinier opdelt i en politisk del og en teknisk del. I den tekniske del tages endvidere en række særlige spørgsmål op, såsom aftaler om benyttelse af fremmede lands- og landsdelsafdelinger. Denne del indeholder ligeledes de obligatoriske skemaer for historisk og fremtidig aktivitet samt de over planen indkomne høringssvar.

2. De overordnede politiske målsætninger

Den forrige sygehusplan, SP 80, fastlagde tre overordnede politiske målsætninger for sygehusstrukturen:

Princippet om kvalificeret behandling
Enhver borger skal sikres en kvalificeret behandling, hvad enten dette måtte være en lokal-, amts-, landsdels- eller landsfunktion,

Nærhedsprincippet
den kvalificerede behandling skal ske på det nærmest liggende sygehus, der kan yde denne kvalificerede behandling og

Ligeværdighedsprincippet
- alle amtskommunens sygehuse skal være i stand til at yde en kvalificeret behandling for det altovervejende antal patienter.

Det blev endvidere besluttet at opdele Frederiksborg amtskommune i tre vejledende optageområder for såvel somatik som psykiatri samt i fire vejledende optageområder for fødsler.
Formålet med etableringen af de vejledende optageområder var at styrke samarbejdet mellem sygehuset, de praktiserende læger og sociale myndigheder i området.
Ved opdelingen i optageområder og fastlæggelse af opgavefordelingen mellem sygehusene (opdelingen i amts- og lokalfunktioner) blev der samtidig tilvejebragt et grundlag for dimensionering og bemanding af sygehusene. Dette har medvirket til, at patienterne i dag modtager en kvalificeret og ligeværdig behandling på det geografisk nærmest liggende sygehus.
Med udarbejdelsen af SP 80 blev der via de mekaniske fremskrivninger konstateret et behov for udvidelse af de bygningsmæssige og personalemæssige rammer. Ud fra de ændrede økonomiske forudsætninger for 1980'erne og ud fra en overbevisning om, at patienter i videst muligt omfang ønsker at undgå indlæggelse og såfremt dette ikke kan undgås, da at begrænse liggetiden mest muligt – blev det besluttet at satse på alternativer til stationær indlæggelse. Hensigten var at få overblik over, i hvilket omfang intensiveret ambulant behandling, dagafsnit og 5-døgnsafsnit kunne erstatte den stationære indlæggelsesform. Forsøgene har været gjort inden for såvel kirurgi, medicin og pædiatri som psykiatri. Erfaringen har vist, at en stor del af de stationære indlæggelser har kunnet konverteres til ambulant virksomhed og forskellige former for korttidsafsnit inden for sygehusvæsenet.
Konverteringen har:

- *afværget en udvidelse af de bygningsmæssige og personalemæssige rammer*
- *øget effektiviteten og mulighederne for ressourceallokering*
- *ikke haft afledte sociale konsekvenser*
- *ikke øget antallet af genindlæggelser*
- *medvirket til en reduktion af ventelisterne.*

Da de tilgrundliggende struktur- og rammeprincipper således har vist sig at fungere hensigtsmæssigt i den forløbne planperiode, foreslås disse ikke ændret, men alene tilpasset den stedfundne udvikling.
Målet for sundhedspolitikken i 1980'erne fastlægges af Frederiksborg amtsråd således:
Det er den overordnede sundhedspolitiks mål, at den kvalificerede patientbehandling og -pleje finder sted på det mindst ressourcekrævende niveau i sundhedsvæsenet, hvilket oftest ikke vil være i institutionsregie. Ved valg af behandlings- og plejetilbud bør der tages videst muligt hensyn til borgernes egne ønsker.
Det er sygehuspolitikkens mål, at det enkelte sygehus i højere grad gennem en øget decentralisering indgår i et samspil med det øvrige sundhedsvæsen i dets vejledende optageområde for herigennem at sikre borgeren tilbud om undersøgelse, behandling og pleje, som i mindst muligt omfang kræver ophold på institution.

Er ophold på sygehus nødvendigt, skal alle borgere sikres lige adgang til en kvalificeret behandling, hvad enten dette måtte være en lokal-, amts-, landsdels- eller landsfunktion. Den kvalificerede behandling skal ske på det nærmeste sygehus, som kan yde denne behandling.
Der vil i planperioden blive tale om en øget decentralisering, så det enkelte sygehus i højere grad bliver en del af det samlede sundhedsvæsen i optageområdet. I den forbindelse lægger amtsrådet vægt på, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i de *lokale koordineringsudvalg* øges. Amtsrådet finder det hensigtsmæssigt at opsplitte det østlige optageområde i to - i første omgang inden for det somatiske område. Helsingør sygehus skal således i fremtiden hovedsageligt samarbejde med Helsingør kommune.
Hørsholm sygehus skal i fremtiden hovedsageligt samarbejde med Fredensborg-Humlebæk, Karlebo, Birkerød og Hørsholm kommuner. I VEST-området foreslås Slangerup kommune flyttet fra MIDT-området til VEST-området.
Ved fastlæggelsen af optageområder i SP 80 skete der en grænsedragning efter hele kommuner. Det er imidlertid vigtigt, at befolkningen i sygehusenes optageområder føler en naturlig tilknytning til det lokale sygehus og her spiller bl.a. trafiklinier en vigtig rolle.
Optageområderne er vejledende. Det hidtidige indlæggelsesmønster udpeger inden for det somatiske område nogle *grå zoner*, hvor en kommunes borgere traditionelt indlægges på flere sygehuse. Som sådanne grå zoner kan udpeges:

- *Fredensborg-Humlebæk, hvor en mindre del af kommunens borgere benytter Helsingør sygehus, medens Centralsygehuset i Hillerød og Hørsholm sygehus tilsyneladende benyttes lige meget som lokalsygehus (LPR, 1983).*
- *Græsted-Gilleleje kommune, hvor 12% af indenamtsindlæggelserne sker på Helsingør sygehus (LPR, 1983).*
- *Slangerup kommune, hvor ca. halvdelen af lokalsygehusindlæggelserne sker på Centralsygehuset i Hillerød (LPR, 1983).*

Amtsrådet vil fortsat respektere de grå zoner, hvor trafiklinier og befolkningens egne ønsker gør det naturligt.
Ved den nye opdeling vil der stort set være overensstemmelse mellem optageområderne for somatik, psykiatri og fødsler med følgende undtagelser: Græsted-Gilleleje hører somatisk og psykiatrisk til Hillerød, men for så vidt angår fødsler til Helsingør. Allerød hører somatisk og psykiatrisk til Hillerød, medens halvdelen af fødslerne går til Hørsholm.

VEJLEDENDE OPTAGEOMRÅDER

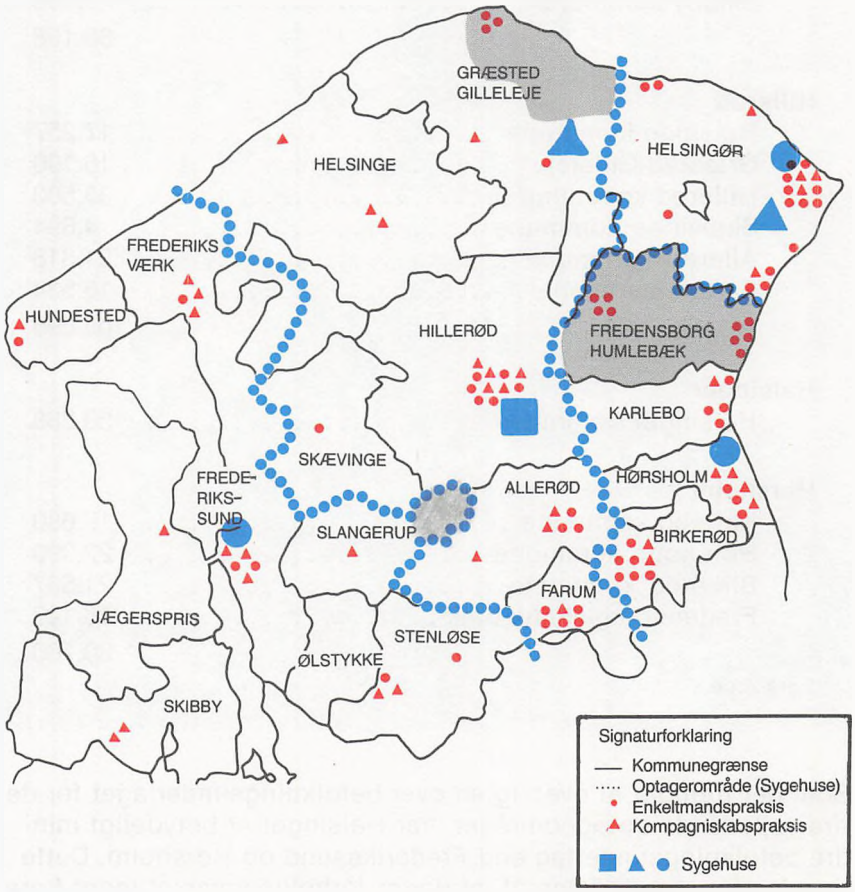
Kommuner	Indbyggertal pr. 1. jan. 1985
Frederikssund	
Hundested kommune	8.346
Frederiksværk kommune	17.400
Frederikssund kommune	16.089
Slangerup kommune*	7.640
Ølstykke kommune	12.973
Stenløse kommune	12.618
Jægerspris kommune	7.537
Skibby kommune	5.505
	88.108
Hillerød	
Helsinge kommune	17.257
Græsted-Gilleleje*	16.190
Hillerød kommune	33.503
Skævinge kommune	4.894
Allerød kommune	21.318
Farum kommune	16.534
	109.696
Helsingør	
Helsingør kommune	56.388
Hørsholm	
Karlebo kommune	18.680
Hørsholm kommune	22.390
Birkerød kommune	21.567
Fredensborg-Humlebæk	18.123
	80.760

* grå zone

Som det fremgår af oversigten over befolkningsunderlaget for de fire vejledende optageområder, har Helsingør et betydeligt mindre befolkningsunderlag end Frederikssund og Hørsholm. Dette opvejes for størstedelen af, at der er forholdsmæssigt langt flere indlæggelser i Helsingør området end hvad der gælder for de øvrige lokale sygehuse - jfr. tabel 7.2 C og 7.2 D i den tekniske del.
Fordele og ulemper ved at opdele psykiatrien i Øst i de samme to optageområder skal snarest afklares.
De vejledende optageområder incl. de grå zoner fremgår af fig. 2.

Fig. 2.

Sygehusstruktur og lokalisering af de praktiserende læger samt optageområder.



Kilde: Sygehusdirektoratet.

Sygehusstruktur

2.1

Fra udgangen af 1985 er sygehusstrukturen i Frederiksborg amt et centralsygehus i Hillerød, som også fungerer som lokalsygehus og tre ligeværdige lokale sygehus i Hørsholm, Helsingør og i den vestlige del af amtet, Dybendal. Det nye sygehus i vest får fra begyndelsen 189 somatiske sengepladser.
Amtsrådet finder, at der ved en opbygning af sygehusvæsenet med et centralsygehus og tre lokale sygehuse med akutfunktioner er skabt en struktur, der vil opfylde behovet for sygehusservice i Frederiksborg amt i hele planperioden. Det er amtsrådets overordnede målsætning, at de tre lokale sygehuse er ligeværdige. Det må imidlertid erkendes, at den bygningsmæssige standard for Helsingør (ibrugtaget 1976) og Dybendal (ibrugtages 1985) langt overstiger Hørsholms standard. Dette forhold vil amtsrådet i planperioden udbedre, idet man i programperioden vil gennemføre den første fase af en ændring af ambulatorieforholdene, og i perspektivperioden vil gennemføre anden fase af ændringen af undersøgelses- og behandlingsfaciliteter samt enten opføre en nu kirurgisk sengebygning eller renovere den nuværende.
Amtets to specialsygehuse, Esbønderup sygehus (fysiurgisk) og Montebello (psykiatrisk) bevares som sådanne.
Med hensyn til *psykiatrisk sygehusbetjening* er denne i dag bygget op omkring tre voksenpsykiatriske afdelinger i Hillerød, der hver betjener sit distrikt.
Specialsygehuset Montebello i Helsingør modtager som en amtsfunktion patienter med lettere sindslidelser fra hele amtet, henvist af de psykiatriske afdelinger i Hillerød eller af praktiserende læger.
På Montebello er placeret en ungdomspsykiatrisk afdeling til behandling af psykiatrisk lidelse hos unge i alderen 14-20 år.
På Centralsygehuset i Hillerød er der en amtsdækkende børnepsykiatrisk afdeling med 10 dagpladser for børn op til 10 år og ambulante funktioner til behandling af børn op til 15 år.
Herudover er der etableret fremskudte ambulatorier og forvisitation på de tre lokalsygehuse i Helsingør, Hørsholm og Frederikssund, betjent af de respektive afdelinger i Hillerød (afd. R og afd. S). Endvidere er der i en bygning beliggende på Montebello etableret et behandlingscenter med henblik på behandling af visse kroniske psykiatriske patienter i et forsøg på at undgå hyppige genindlæggelser. Ligeledes som et led i den psykiatriske sygehusbetjening findes et værkstedstilbud såvel i Hillerød og Helsingør som i en privat virksomhed i Glostrup. Herudover er der etableret udslusningsboliger i sygehusregie i en bolig på Centralsygehuset i Hillerød. (For en samlet oversigt over amtskommunens psykiatriske tilbud se tabel 2.2 B).
Der er ikke etableret sikrede pladser i eget regie, hvorfor tvangsindlæggelse o.lign. finder sted på Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland.
Amtsrådet overvejer allerede i programperioden (1985-88) etablering af psykiatrisk sygehusservice på Frederikssund sygehus, Dybendal. Der er til udbygning af psykiatrien på anlægskontoen afsat 36,6 mill. kr., og det skal undersøges, hvad denne service

skal indeholde. I overvejelserne vil også indgå spørgsmålet om udflytning af psykiatriske funktioner fra Hillerød til Helsingør.

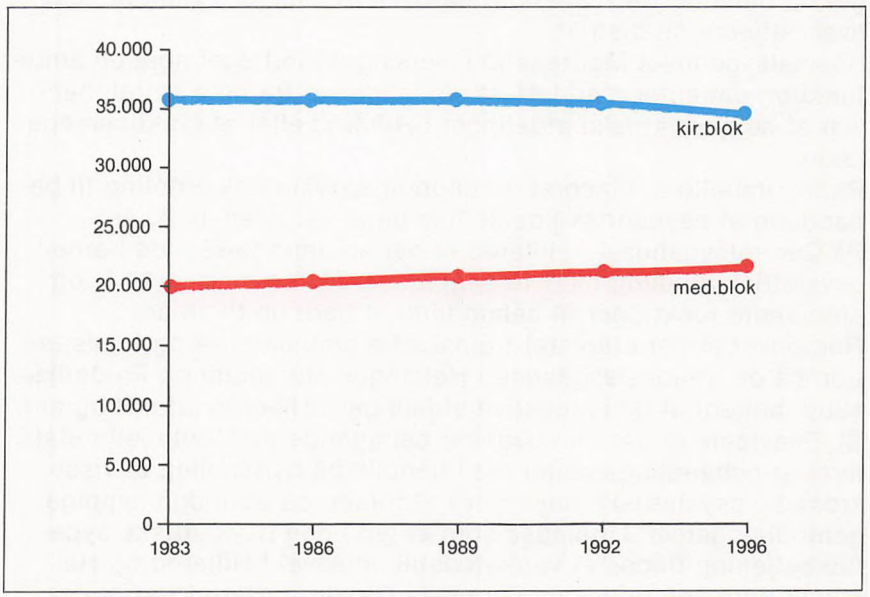
2.1.1 Sengebehov

Den sygehuspolitik, der blev fastlagt i SP 80 tog sit udgangspunkt i et stærkt stigende sengedagsbehov i Frederiksborg amt. Den omstilling, som siden 1980 har fundet sted, hvor stationære senge er blevet konverteret til korttidsafsnit og ambulant behandling, har gjort denne problemstilling uaktuel ved denne revision af planen.

Det somatiske område
Nedenfor i figur 2.1.1 A og 2.1.1 B er vist, hvorledes det somatiske sygehusforbrug for hhv. kirurgi og medicin vil udvikle sig fra 1983-96, når der tages udgangspunkt i forbrugsmønstret i 1983.

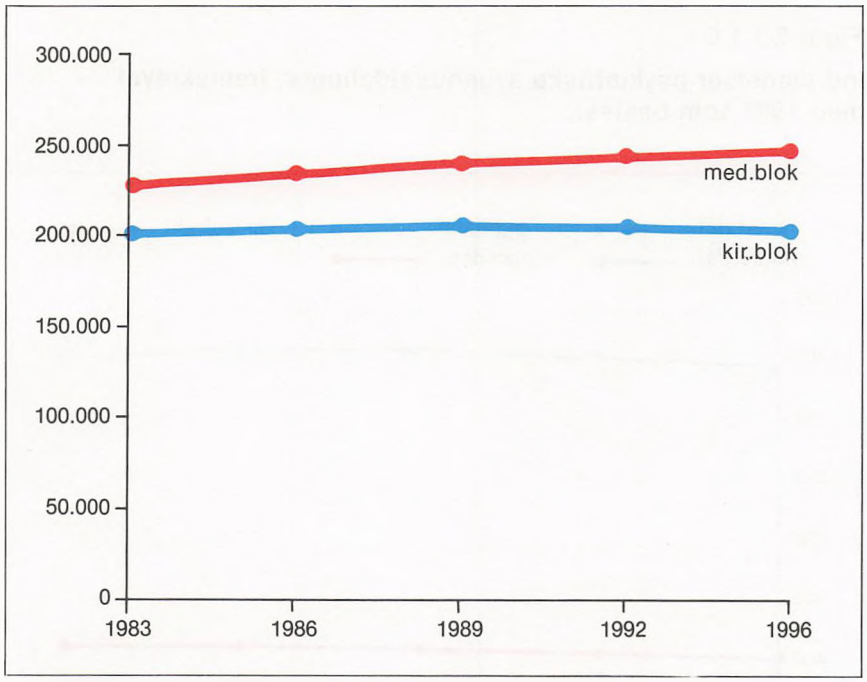
Figur 2.1.1 A

Antal indlæggelser somatiske sygehusafdelinger, fremskrevet med 1983 som basisår.



Figur 2.1.1 B

Antal sengedage somatiske sygehusafdelinger, fremskrevet med 1983 som basisår.



Som det ses, vil udviklingen ved en sådan mekanisk fremskrivning vise et meget forskelligt billede for hhv. den kirurgiske og den medicinske blok i Frederiksborg amt. Behovet for kirurgiske senge vil stort set være uændret, medens der vil være behov for ca. 100 nye medicinske senge (ved en belægningsprocent på 85). Det er imidlertid realistisk at forestille sig, at der kan ske en fortsat konvertering af heldøgnssenge til deldøgnssenge og ambulatorievirksomhed. Dette gælder for såvel kirurgi som medicin. Hertil kommer effekten af den forventede øgede samordning mellem sygehusvæsenet og primærsektoren samt ændringer i den medicinske teknologi. Sammenfattende skønnes, at der i perioden kan nedlægges 50 kirurgiske sengepladser - hovedsageligt på Centralsygehuset i Hillerød. Disse 50 sengepladser omdannes til medicinske sengepladser, således at der i perioden 1985-96 ikke tilføres sygehusvæsenet yderligere senge, men der sker en løbende omstilling internt mellem kirurgiske og medicinske senge.

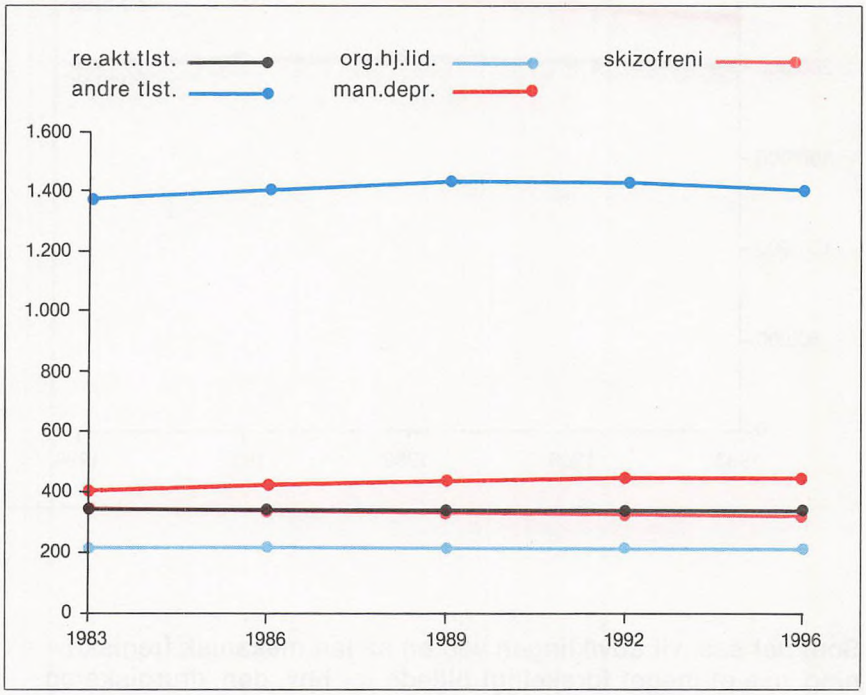
Hvis det imidlertid viser sig umuligt at dække behovet for medicinske sengepladser, så der i en overgangsperiode opstår uhensigtsmæssige ventelister, er de fysiske rammer for at efterkomme efterspørgslen til stede: 25 midlertidigt lukkede senge på Esbønderup sygehus, 64 ikke indrettede sengepladser på Frederikssund sygehus, Dybendal, samt den endnu ikke ibrugtagne P 6 bygning (11.000 m²) på Centralsygehuset i Hillerød.

Det psykiatriske område

Nedenfor i figur 2.1.1 C er vist, hvorledes det psykiatriske sygehusforbrug vil udvikle sig fra 1983-96, når der tages udgangspunkt i forbrugsmønstret i 1983.

Figur 2.1.1 C

Indlæggelser psykiatriske sygehusafdelinger, fremskrevet med 1983 som basisår.



Udviklingen inden for psykiatrien ved en sådan mekanisk fremskrivning viser en stigning i perioden 1983-96 svarende til 33 nye sengepladser (ved en belægningsprocent på 85). En mekanisk fremskrivning baseret på 1983 som udgangsår giver imidlertid et skævt billede, da det var det sidste år, hvor der forekom nyindlæggelser på Amtssygehuset i Nykøbing Sjælland. Dette skete ikke længere i 1984, hvorfor en tilrettelæggelse af distriktspsykiatrien i Frederiksborg amt retteligt bør baseres på en 1984-prognose. Der må i 1984 og følgende år forudsættes et forholdsvist større indenamtsligt forbrug og et forholdsvis mindre udenamtsligt forbrug.

Til en kvalificering af en sådan fremskrivning hører en fortsat konvertering af heldøgnspladser til dagpladser og ambulant behandling og effekten af den øgede samordning mellem sygehusvæsenet og primærsektoren samt ændringer i behandlingsformerne. En etablering af nye psykiatriske plejehjemspladser i planperioden i socialt regie vil endvidere også lette presset på de psykiatriske sengepladser. Den kraftige stigning i antallet af plejehjemsindstillede psykiatriske patienter på sygehuse er ikke hensigtsmæssig for patienten og en dyr løsning for amtet på længere sigt. (Se iøvrigt skema 9, de obligatoriske skemaer).

Disse forhold under ét tilsiger, at det fremskrevne sengebehov på yderligere 33 (udgangspunkt 1983) ikke er realistisk. Der kan derimod blive tale om evt. at styrke psykiatrien ved at etablere psykiatriske plejehjemspladser og øge den ambulante og semiambulante virksomhed i sygehusregie. De fysiske rammer for en eventuel udvidelse af den ambulante og semiambulante virksomhed eksisterer fra 1985 på Frederikssund sygehus, Dybendal.

Øget samordning mellem sektorerne 2.2

Samarbejdet mellem amtskommunen og primærkommunerne er ofte afgørende for sygehusvæsenets effektivitet. Til at intensivere dette samarbejde er der i foråret 1983 etableret en organisation for koordineret social- og sundhedsplanlægning. Organisationen er bygget op omkring sygesikringslovens §23 stk. 2-udvalg, som er udvidet med yderligere 4 politiske repræsentanter fra primærkommunerne, således at der er en ligelig repræsentation af amtsråds- og kommunalpolitikere. Det udvidede samordningsudvalg udgør således det sundhedspolitiske forum, gennem hvilket alle større tværgående sundhedspolitiske opgaver kanaliseres med henblik på konsekvensdiskussioner og rådgivning inden den endelige politiske behandling i amtet og kommunerne.
Under samordningsudvalget er etableret to administrative planlægningsudvalg, Socialplanlægningsudvalget (SOP) og Sundhedsplanlægningsudvalget (SUP).
Disse to udvalg, der er tværfagligt sammensat, har til opgave at forestå planlægningen inden for alle aspekter af det sociale og sundhedsmæssige område. Specielt skal nævnes, at SUP primært skal medvirke til at sikre en koordinering inden for det lægelige område, dvs. mellem sygehussektoren og primærsektoren.
Sygesikringslovens §23, stk. 4-udvalg (fællesudvalg) fortsætter med varetagelsen af opgaver, der ved lov eller overenskomst er henlagt til dette udvalg, ligesom udvalget drøfter lægelige spørgsmål, der er behandlet i hhv. SUP og SOP, forinden forelæggelsen i §23, stk. 2-udvalget.
Herudover er der i sygehusudvalgets regie etableret en række andre administrative udvalg med repræsentation fra såvel primærsektoren som sygehussektoren.
Amtsrådet lægger stor vægt på dette samarbejde og er opmærksom på, at der skal overflyttes specielt administrative ressourcer til dette formål i en gennemførelsesfase. Der kan udpeges 6 hovedområder, hvor en forstærket koordination mellem sektorerne bør ske i programperioden:

- *ældreomsorgsområdet*
- *det psykiatriske område*
- *det pædiatriske område*
- *den ambulante speciallægebetjening*
- *ambulante fødsler*
- *diagnostisk udredning.*

Ad ældreomsorgsområdet
I 1983 udgjorde andelen af ældre over 67 år i Frederiksborg amt

10%. Denne befolkningsgruppe forbrugte ud af det samlede somatiske sygehusforbrug på 56.275 indlæggelser og 423.324 sengedage hhv. 21% af indlæggelserne og 39% af sengedagene. Det er navnlig de medicinske senge, som ældreandelen lægger beslag på. I 1983 udgjorde de ældres forbrug af sengedage på medicinske afdelinger 48%, medens de kun udgjorde 29% af de kirurgiske afdelingers sengedage.

Den primærkommunale indsats for ældre indeholder en bred vifte af tilbud. Indsatsen for *ældre i eget hjem* kan spænde fra tilbud af adspredende karakter som f.eks. pensionistklubber til egentlige plejetilbud i form af hjemmehjælp og hjemmesygepleje. For de ældre, som af den ene eller anden grund ikke længere ønsker, eller er i stand til at bo i egen bolig, findes forskellige former for *specialboliger for ældre.* F.eks. beskyttede boliger og kollektivboliger. Endelig findes der i kommunerne *plejehjem.*

Udformningen og sammensætningen af de enkelte primærkommuners tilbud for ældre varierer. Således har ca. halvdelen af amtets primærkommuner udvidet hjemmesygeplejerske- og hjemmehjælpsordning (efter kl. 17.00), mens en enkelt kommune, nemlig Allerød, har etableret en egentlig døgnservice. Fælles for primærkommunerne er dog målsætningen om, at de ældre skal have mulighed for, efter eget ønske, at blive i eget hjem længst muligt.

Som et forsøg på at belyse variationen i tilbudene for ældre, er i nedenstående tabel vist niveauet for hhv. hjemmehjælp, specialboliger for ældre samt plejehjem i de enkelte primærkommuner i amtet.

Tabel 2.2 A.

Antal normerede hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker, specialboliger for ældre samt antal plejehjemspladser pr. 100 indb. over 67 år i de enkelte primærkommuner 1984.

Pr. 100 indb. over 67 år: primærkommune	normeret hjemme-hjælp	normeret hjemme-sygepleje	antal spe-cialboliger for ældre	antal pleje-hjems-pladser[1)]
Allerød	3,0	0,6	14,9	5,7
Birkerød	2,2	0,5	12,7	7,8
Farum	4,4	0,8	15,2	6,6
Fredensborg-Humlebæk	2,4	0,4	8,6	7,1
Frederikssund	4,8	0,6	6,2	6,4
Frederiksværk	3,8	0,8	8,8	5,4
Græsted-Gilleleje	3,6	0,4	3,3	8,4
Helsinge	3,6	0,7	4,9	7,4
Helsingør	4,6	0,5	11,0	8,3
Hillerød	3,1	0,3	8,2	8,1
Hundested	3,9	0,5	5,0	7,0
Hørsholm	2,9	0,4	8,4	3,2
Jægerspris	3,4	0,5	14,9	7,4
Karlebo	4,2	1,0	3,9	3,9
Skibby	2,3	0,5	4,3	10,1
Skævinge	1,6	0,9	3,1	12,1
Slangerup	2,1	0,7	5,9	10,1
Stenløse	4,0	0,8	6,0	6,0
Ølstykke	4,6	1,3	11,9	1,8
Gennemsnit for de 19 kommuner	3,4	0,6	8,3	7,0

1) omfatter også aflastnings- og observationspladser.
Kilde: Social og sundhedsforvaltningen, oktober 1984.

Tabellen viser bl.a., at kommuner med en plejehjemsdækning over gennemsnittet for amtet, ofte har en hjemmehjælps- og hjemmesygeplejedækning, som ligger under gennemsnittet. Medens omvendt en lav plejehjemsdækning ofte modsvares af et højt niveau for hjemmehjælps- og hjemmesygeplejedækning. Enkelte kommuner, som f.eks. Helsingør, ligger dog over gennemsnittet både hvad angår hjemmehjælpere, specialboliger og plejehjem.

Primærkommunernes plejetilbud er dog ikke altid tilstrækkeligt. Således ligger mange ældre patienter på sygehuset i kortere eller længere tid og venter på et relevant plejetilbud i primærkommunerne. Andelen af samtlige somatiske stationære sengedage i Frederiksborg amtskommune, som er belagt med plejepatienter, udgjorde i 1981 5,3% stigende til 7,0% i 1983, men faldende til 5,4% i 1984.

Det stigende antal af ældre i amtet fra de nuværende 10% til 12% i 1996 tilsiger, at der lægges stor vægt på en forstærket koordination på netop dette område. Amtsrådet er indstillet på at finansiere forsøgsordninger inden for dette område, så det bliver muligt at finde de mest hensigtsmæssige løsninger både med hensyn til den ældres velfærd og det samfundsøkonomiske perspektiv uden skelen til de nugældende finansieringsformer.

Med henblik på at styrke samordningen mellem amtskommunen og primærkommunerne på ældreområdet, blev der den 21. november 1984 afholdt en konference om sundhedspolitik for ældre.
På konferencen blev fremlagt følgende målsætning for den fremtidige sundhedspolitik for ældre i Frederiksborg amt:

1. Det bør generelt tilstræbes at understøtte og udvikle den ældres fysiske, psykiske og sociale ressourcer for herigennem at højne livskvaliteten.
2. Det skal sikres at den ældre, efter eget ønske, har mulighed for at forblive længst muligt i eget hjem.
3. Det skal sikres at den ældre i videst muligt omfang kan undgå længerevarende ophold på institution.
4. Når længerevarende behandling og pleje samt ophold på institution er nødvendig, skal behandling og pleje tage hensyn til den ældres identitet, således at fremmed- og sygeliggørelse undgås.

Ad det psykiatriske område
Den psykiatriske sygehusstruktur er kort beskrevet i afsnit 2.1. Imidlertid er der netop inden for dette område behov for en forstærket koordinering af indsatsen fra sygehusvæsenet og primærsektoren, dvs. både social- og sundhedsforvaltningerne og lægepraksis, hvilket også er udtrykt i følgende 3 hovedmålsætninger nedfældet i psykiatriplanen fra 1979 og gentaget i SP 80:

- *behandlings- og plejeforløbet skal ske uafhængigt af de administrative adskilte elementer: Praksissektor, socialsektor og sygehussektor*
- *socialsektoren bør betjenes af sygehusvæsenet i henseende til lægelig bistand*
- *sygehusvæsenet har pligt til udadgående aktiviteter.*

På denne baggrund er det derfor pålagt socialplanlægningsudvalget (SOP) særligt at beskæftige sig med koordination og samarbejde inden for det psykiatriske område med henblik på i endnu højere grad at medvirke til at føre disse hovedmålsætninger ud i livet.
Udviklingen i antallet af psykiatriske pladser i Frederiksborg amt siden sidste sygehusplan er illustreret i tabel 2.2 B.

Tabel 2.2 B.

Udviklingen i forbruget af psykiatriske pladser i Frederiksborg amt i perioden 1980-84.

Institution:	Klienter:	Pladstype	1980	1981	1982	1983	1984
Hillerød	voksne	senge	160	160	160	160	160
		dagpladser	26	40	40	60	60
	børn	dagpladser	8	10	10	10	10
Montebello-institutionerne (Montebello, Helsingør overtaget af amtet 1982)	voksne	senge	*56	*56	39	39	39
	unge	dagpladser	24	24	24	24	24
		senge	11	11	11	11	11
I alt			285	301	284	304	304
Fremmede psykiatriske sygehuse (Kilde: LPR)	voksne og børn	senge	287	245	172	131	107
		dagpladser	38	34	5	10	5
I alt		senge	514	472	382	341	317
		dagpladser	96	108	79	104	99
Total			610	580	461	445	416

Udviklingen i Frederiksborg amts forbrug af værkstedspladser 1980-84.

Hillerød Værkstedsterapi		værksteds-pladser	80	80	80	80	80
Ellehammervej (opstart i 1983)		værksteds-pladser	-	-	-	25	25
I alt			80	80	80	105	105
Fabianhus (opstart i 1981)	voksne/ unge	plejehjems-pladser	-	15	15	8	7
		udslusnings-pladser	-	-	-	11	12
Skibbyhøj (opstart i 1982)	voksne	døgnpladser	-	-	10	10	10
		værksteds-pladser	-	-	22	22	22
I alt			-	15	47	51	51
Klintegården	voksne	plejehjems-pladser	48	48	68	68	68
		dagcenter	20	20	20	20	20
Lindevang (opstart i 1982)	voksne	plejehjems-pladser	-	-	13	48	48
		dagpladser	-	-	-	20	20
I alt			68	68	101	156	156
Beskyttede boliger under Klintegården (opstart i 1982)	voksne	pladser	-	-	6	12	16
Stubbevang (opstart i 1983)	voksne	udslusnings-pladser	-	-	-	6	6
I alt			-	-	6	18	22
I alt		senge	48	63	112	163	167
		dagpladser	20	20	42	62	62
Total			68	83	154	225	229

* Pladserne udregnet på basis af Montebello-aftalen om sygedage.
Sygedage: 365 = seng resp. dagplads.

Der er i dag allerede etableret et vist samarbejde med den selvejende institution, Fabianhus, beliggende i Græsted/Gilleleje kommune, der har vist sig i stand til at aflaste de psykiatriske sygehusafdelinger og værkstedsterapien ved at modtage patienter, der ellers kunne forventes at ligge længere på sygehuset. Noget tilsvarende gør sig gældende med den amtskommunale institution, bo- og arbejdsinstitutionen Skibbyhøj. Beskyttede boliger i socialt regie er etableret i tidligere funktionærboliger på Frederikssund sygehus.

Endvidere foregår der et tæt samarbejde mellem sygehusafdelingerne og de psykiatriske plejehjem Klintegården i Frederikssund og Lindevang i Helsingør. Bl.a. varetages speciallægebetjeningen af de to hjem af de respektive psykiatriske afdelinger. I programperioden overvejes behovet for et tredje psykiatrisk plejehjem eller alternativer hertil.

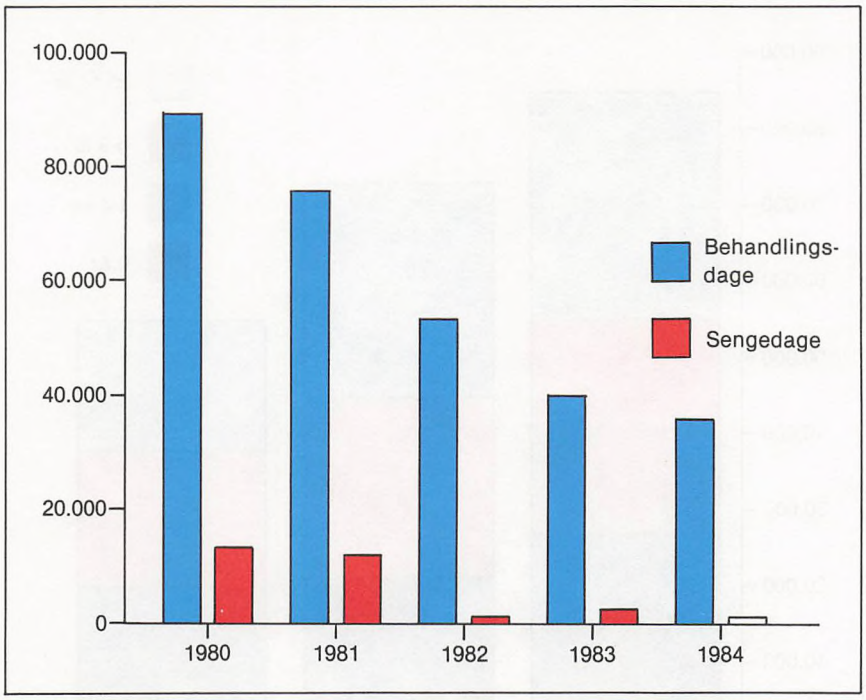
De psykiatriske afdelingers forvisitation vil fortsat i samarbejde med henvisende læge og de primærkommunale plejehjem tilstræbe, at patienterne ikke belastes ved overflytning til sygehusvæsenet, men at den psykiatriske behandling gennemføres på stedet.

Specielt inden for det sygeplejefaglige område er der ved at blive oparbejdet et tæt samarbejde mellem sygehusplejen (ambulatoriesygeplejerske), den primærkommunale hjemmesygepleje samt de i distriktet liggende primærkommunale plejehjem.

Den *ungdomspsykiatriske funktion* varetages på afdelingen på Montebello, hvor Frederiksborg amt råder over ca. 1/3 af de 36 stationære pladser. De resterende pladser belægges i henhold til aftale af Københavns kommune og Københavns amtskommune. Et udvalg nedsat af sygehusudvalget har i en rapport fra februar 1984 påpeget behovet for en øget ambulant funktion, et mere udbygget samarbejde med praktiserende læger, skoler samt sociale institutioner. Endvidere er redegjort for fordele og ulemper ved at overflytte funktionen – som er en amtsfunktion – til Hillerød. På baggrund af udvalgets forslag er nedsat et visitations- og koordineringsudvalg, som i løbet af 1985 skal kortlægge behovet for og tilrettelæggelse af den ungdomspsykiatriske funktion.
Da Københavns kommune frigøres fra aftalen fra 1. januar 1986, er udvalget pålagt at fremkomme med en redegørelse medio 1985 med henblik på beslutning om den fremtidige struktur af den ungdomspsykiatriske funktion.
Ved behov for døgnindlæggelse af *børn* benyttes udenamtssygehus (Rigshospitalet og Nordvang). Spørgsmålet om behovet for og i givet fald formen for etableringen af indenamtslige døgnpladser må afklares nærmere i planperioden. Den ambulante funktion omfatter udover egentlig undersøgelse og behandling et tæt samarbejde med praktiserende læger, skolepsykologer samt sociale institutioner. Denne funktion er styrket efter overflytning af en børnepsykiatrisk overlæge fra den tidligere særforsorg. Afdelingen varetager herefter et egentligt speciallægetilsyn med boinstitutioner og skoler for børn med vidtgående fysiske og/eller psykiske handicap.
Det samlede psykiatriske sygehusforbrug på fremmede sygehuse i perioden 1980-84 uden for Frederiksborg amt er vist i figur 2.2C.

Figur 2.2 C.

Forbruget af sygedage og behandlingsdage på fremmede sygehuse 1980-1984.



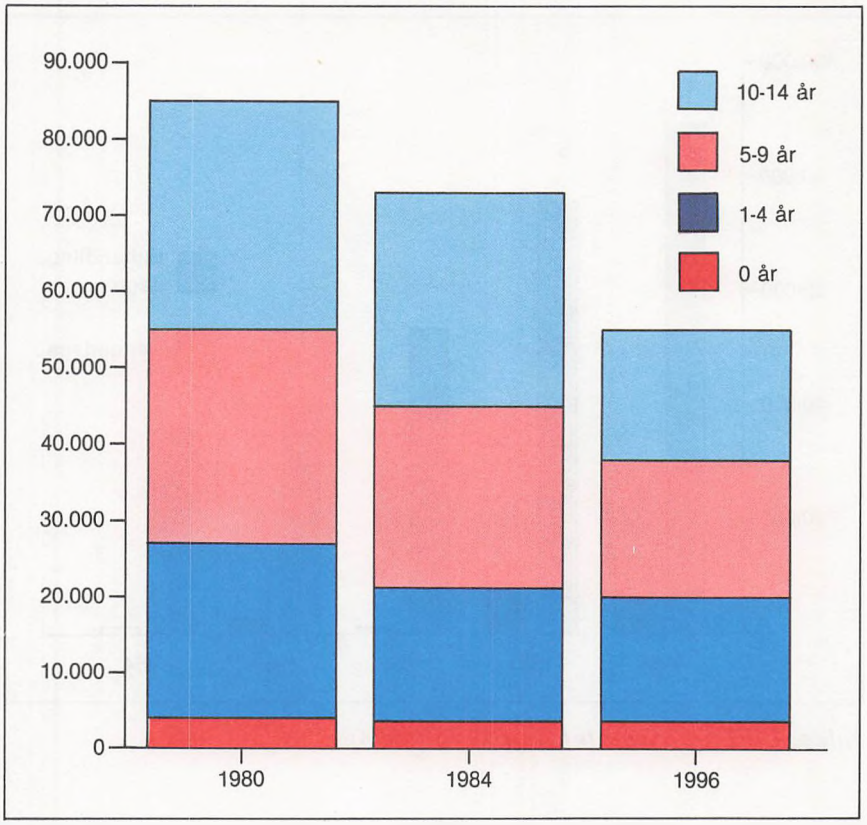
Kilde: LPR og forventet regnskab (1984).

Stigningen i antallet af indenamtslige psykiatriske pladser i perioden 1980-84 er i alt 224, som vist i tabel 2.2 B.
Det modsvares i nogen grad af et fald i sengedagsforbruget på fremmede sygehuse, som det fremgår af figur 2.2 C, svarende til 170 senge og 32 dag-/natpladser i samme periode (80-84).

Ad det pædiatriske område
Den pædiatriske service inklusive et neonatalt afsnit er i dag placeret på Centralsygehuset i Hillerød. Amtsrådet lægger vægt på, at den pædiatriske sengekapacitet indskrænkes i takt med det faldende børnetal i amtet, som er vist nedenstående:

Figur 2.2 D.

Antal børn i Frederiksborg amt fordelt på aldersgrupper, 1980, 1984 og 1996.



Kilde: Hovedstadsrådets befolkningsprognose 1983.

Det kraftige fald i antallet af børn giver mulighed for nytænkning inden for tilrettelæggelsen af den pædiatriske service. Denne mulighed ønsker sygehusudvalget anvendt til en undersøgelse af mulighederne for at tilrettelægge en distriktspædiatrisk service i amtet i smarbejde med primærsektoren. Børnene er særligt følsomme over for det bratte miljøskift mellem hjem og sygehus. På børneafdelingen har man hidtil søgt af afbøde dette for børnene ved at tilbyde forældrene mulighed for at opholde sig hos barnet hele døgnet. Denne mulighed ønsker amtsrådet bevaret. De kategorier af børn, der først og fremmest kan blive tale om at tilbyde distriktspædiatrisk service er børn, som i dag indlægges på sygehuset for sygdomme, som lægeligt vurderes som værende af en lettere sværhedsgrad, samt børn, der behandles i ambulatorieregie.

Ad den ambulante speciallægebetjening

Den ambulante speciallægebetjening bør, efter sygehusudvalgets opfattelse, vurderes samlet. Ellers risikerer man at udbygge i sygehussektoren, hvor behovet allerede er dækket i primærsektoren og omvendt.

Udviklingen i speciallægebetjeningen i sygesikringsregie fremgår af tabel 2.2 D.

Tabel 2.2 D.

Antallet af speciallæger, fordelt på speciale, i perioden 1981-84.

Speciale:	1/1-1981 heltid	1/1-1981 deltid	1/1-1982 heltid	1/1-1982 deltid	1/1-1983 heltid	1/1-1983 deltid	1/1-1984 heltid	1/1-1984 deltid	overlæge
19 Øjenlæger	8	0	8	0	8	0	7	0	0
21 Ørelæger	14	6	15	6	15	6	15	4	2
Øvrige:	46 (5)	81 (8)	50 (5)	86 (8)	51 (5)	87 (8)	51 (5)	51 (3)	38 (5)
Heraf:									
01 Anæstesiologi	0	5	0	5	0	6	0	5	1
04 Dermato-Venerologi	12	0	13	0	13	0	13	0	0
06 Fysiurgi	2	7	5	11	5	10	5	9	2
07 Gynækologi	11	6	11	6	11	6	11	3	3
08 Intern medicin	4 (2)	17 (1)	4 (2)	17 (1)	4 (2)	17 (1)	4 (2)	7	10 (1)
09 Kirurgi	2 (1)	17 (5)	2 (1)	17 (5)	2 (1)	18 (5)	2 (1)	7 (1)	12 (4)
18 Neurokirurgi/-medicin	2 (1)	5 (1)	2 (1)	5 (1)	2 (1)	5 (1)	2 (1)	3 (1)	2
20 Ortopædisk kirurgi	0	8 (1)	0	8 (1)	0	8 (1)	0	4 (1)	4
22 Patologi	0	3	0	3	0	3	0	3	0
23 Plastisk kirurgi	1 (1)	0	1 (1)	0	1 (1)	0	1 (1)	0	0
24 Psykiatri	9	11	9	11	11	11	11	8	3
25 Pædiatri	2	2	2	3	1	3	1	2	1
28 Tropemedicin	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Ialt antal specialer:	68	87	73	92	74	93	73	55	40
Ialt antal speciallæger:	63	79	68	84	69	85	68	52	35

Bemærk: Kolonnen »overlæge« dækker antallet af overlæger med praksis på sygehuset.
Hver speciallæge er medtaget både i hovedspecialet og i eventuelt bispeciale.
Tallene i parentes angiver: heraf som bispeciale. Derfor er antallet af speciallæger lavere end antallet af repræsentanter for specialerne.

Kilde: Lægekredsforeningen.

Sundhedsplanlægningsudvalget har ladet foretage en beskrivelse af praksisforholdene på speciallægeområdet. Denne beskrivelse skal danne baggrund for en samlet planlægning af den ambulante speciallægebetjening. Det er amtsrådets opfattelse, at indlæggelser i videst muligt omfang bør erstattes af ambulant behandling. Der bør i den forbindelse tages stilling til, hvilke specialer der er praksisrelevante og omfanget heraf. Der bør derfor for hvert speciale tages stilling til, om der skal satses på udbygning eller nedtrapning af praksissektorens speciallægebetjening. Hensigten hermed er at undgå uhensigtsmæssig dobbeltfunktion i speciallægepraksis og sygehusambulatorier.

Ad ambulante fødsler

Ambulant fødsel tilbydes fra 1985 alle gravide, hvor graviditeten, fødslen eller de sociale forhold ikke fremviser problemer, der taler imod det.

Den gravide kan på et hvilket som helst tidspunkt i graviditeten udtrykke ønske om at føde ambulant. Ved ønske om ambulant fødsel kommer jordemoderen på hjemmebesøg ca. 4 uger før forventet fødsel. I enkelte kommuner er der også tilbud om besøg af sundhedsplejerske før fødslen.

Ved fødslen vurderes det, om den er forløbet på en sådan måde, at både mor og barns tilstand er tilfredsstillende. Herefter kan udskrivning finde sted tidligst to timer og inden for 24 timer efter fødslen. Hvis fødslen finder sted sent om aftenen eller om natten, kan mor og barn blive til næste morgen.

Før afdelingen forlades bliver barnet undersøgt af jordemoder og læge.

Hjemtransporten sørger sygehusvæsenet for, hvis man ikke ønsker at køre hjem i egen bil.

Ad diagnostisk udredning

For at styrke samordningen omkring diagnostisk udredning (forundersøgelser) har der siden 1980 været nedsat et udvalg med repræsentanter fra både primærsektor og sygehussektor: *Udvalget vedrørende koordinerede forundersøgelser.*

Udvalget for koordinerende forundersøgelsers hidtil største opgaver har været at ændre tilrettelæggelsen af folkeundersøgelsen for livmoderhalskræft samt koordineret tilrettelæggelse af diabetesbehandlingen. Amtsrådet lægger stor vægt på, at dette arbejde intensiveres, så antallet af unødvendige undersøgelser ved diagnostisk udredning ikke finder sted. Sådanne er belastende og tidsrøvende for patienterne og økonomisk uhensigtsmæssige. Det overvejes at udvide udvalgets kommissorirum til generelt at omfatte koordinerede behandlingsforløb. Udvalgets opgaver vil endvidere kunne udstrækkes til at omfatte en overordnet koordination af de lokale koordineringsudvalgs initiativer. Sker dette, vil udvalgets medlemskreds også omfatte sygeplejen.

Det bør i programperioden endvidere overvejes, om det er muligt at dæmpe forbruget af skadestuerne ved at lade de alment praktiserende læger overtage noget af den *akutte skadesbehandling* - både i dag-tiden og aften/nat. Undersøgelser, bl.a. i Frederiksborg amt, har vist, at ca. 50% af henvendelserne i skadestu-

erne, kan behandles af de alment praktiserende læger uden anvendelse af særligt udstyr, f.eks. røntgen.
Antallet af diagnostiske undersøgelser i Frederiksborg amt fremgår af tabel 2.2 E.

Tabel 2.2 E.

Antallet af diagnostiske undersøgelser i Frederiksborg amt i perioden 1980-83.

	1980	1981	1982	1983
Antal røntgenundersøgelser i alt	153.578	148.050	151.903	143.511
- heraf henvist fra prakt.(special) læge	58.384	57.755	61.511	58.300
i %	38,0%	39,0%	40,5%	40,6%
Patologisk Institut, antal rekvisitioner, ialt	23.975	23.294	21.345	20.852
Klinisk kemisk. antal rekvirerede analyser	1650.267	1630.021	1339.085	1420.904
- heraf fra praksissektoren, ca.				23%
Klinisk fysiologisk, antal undersøgelser	27.147	27.870	29.527	28.261

Kilde: Sygehusdirektoratet.

Bedre patientservice

2.3

Amtsrådet er opmærksom på, at der i befolkningen er en stigende bevidsthed omkring serviceniveauet. Dette gælder ikke blot den kvantitative side (om servicen stilles til rådighed og i hvilket omfang), men i lige så høj grad den kvalitative side, dvs. hvordan servicen ydes.
Frederiksborg amts kvantitative serviceniveau er blandt de højeste i hele landet. Næppe noget andet amt stiller så hurtigt nye behandlingstilbud til rådighed for dets befolkning. Men hvad angår den kvalitative side af serviceniveauet kan og bør dette til stadighed forbedres. Her kan særligt udpeges områder som:

- *korte indlæggelser med planlagt forløb*
- *udvidet ambulant virksomhed med lettere adgang (fleksible åbningstider)*
- *effektiv kontakt (patienten møder så få behandlere som muligt)*
- *god information til såvel patient som pårørende*
- *bevare patientens identitet.*

Det er til stor gene for patienterne og deres familie, hvis der i et indlæggelsesforløb opstår unødig ventetid, fordi behandlingsfor-

løbet ikke er tilstrækkeligt planlagt og koordineret fra sygehusenes side.
Da det er amtsrådets overbevisning, at patienter i videst muligt omfang ønsker at undgå indlæggelse, bør der i planperioden ske en udvidelse af den ambulante behandlingsvirksomhed. Da amtets befolkning bl.a. er karakteriseret ved, at både mand og kvinde er udearbejdende, bør der være mulighed for vekslende åbningstider for den ambulante virksomhed. Der bør således etableres mulighed for åbning én gang om ugen uden for normal arbejdstid på sygehusenes ambulatorier, hvor der skønnes at være behov herfor, i lighed med almen praksis og de primærkommunale social- og sundhedsforvaltninger. En undersøgelse om behovet for fleksible åbningstider er igang på et af amtets sygehuse.
De kontaktpersoner patienten møder på sygehuset bør være så få som mulige. Patientens tillid til sygehusvæsenet svækkes, hvis mange personer af samme faggruppe giver en - for patienten - usammenhængende information eller stiller de samme spørgsmål. Patientforløbet bør derfor planlægges med størst muligt hensyn til en effektiv kontakt mellem patient og behandlere.
Det er af stor betydning for patientens tryghed og viden om sin sundhedstilstand, at hun eller han får en tilstrækkelig information til i højere grad, at kunne bruge egne ressourcer. Endvidere må det sikres, at de pårørende får tilstrækkelig information til at kunne støtte patienten. Det gælder såvel den skriftlige som mundtlige information.
Amtsrådet lægger vægt på, at sygehusenes betjening af patienterne sker med rimelig hensyntagen til den enkeltes behov og med respekt for den enkeltes identitet.

2.4 Forstærket forebyggende og sundhedsfremmende indsats

Formålet med en sundhedspædagogisk indsats er dobbelt. Det er dels at give den enkelte mulighed for at erkende sin situation og ændre livsvaner, således at viden om opnåelse af en bedre sundhedstilstand udnyttes i højere grad, eller at patienten lærer at mestre sin sygdom og leve med eventuelle handicap bl.a. for at undgå unødvendige genindlæggelser, dels er det også et bevidst forsøg på, gennem information, at ændre holdninger til anvendelsen af sundhedsvæsenet, således at den enkelte i højere grad bliver bevidst om sine egne og det etablerede sundhedsvæsens muligheder.
Amtsrådet lægger vægt på en forstærket indsats inden for begge områder. Hvad angår det sidste formål udsendtes i 1983 til alle husstande i amtet et skadestuehæfte, hvis formål var at oplyse befolkningen om, hvad de selv kunne gøre, og hvor i sundhedsvæsenet de kunne søge hjælp ved tilskadekomst. Herudover søger man gennem en målrettet information af borgerne i Helsingør sygehus' optageområde at oplyse om det lokale sygehus' tilbud til befolkningen i forbindelse med et større udviklingsprojekt for sygehuset og dets optageområde.

Da Frederiksborg amt sammenlignet med landets øvrige amter har et meget højt forbrug af sygehusydelser set i forhold til befolkningens størrelse og aldersmæssige sammensætning, vil en målrettet sundhedspædagogisk indsats kunne forventes at bidrage til at nedbringe dette. Dette bør både ske generelt og på enkeltområder. Det overvejes at gennemføre forsøg med alternativ skadesbehandling fulgt op af en oplysningskampagne, og der vil snarest blive givet gravide skriftlig information om tilbud i forbindelse med svangerskab, fødsel og barsel. Det bør endvidere overvejes i højere grad at trække på sygehusvæsenets ressourcer i en primær forebyggende indsats. jfr. afsnit 9.3.

Leder- og personaleudvikling

2.5

Sygehusenes opgaveløsning er ændret væsentligt de sidste ti år, men dette har ikke været fulgt op af en tilstrækkelig, systematisk efteruddannelse af alle faggrupper. De nye arbejdsformer nødvendiggør i stigende grad en personalepolitik, som både kan forbedre kvalifikationerne hos personalet og skabe bedre arbejdsvilkår.
Amtsrådet tillægger efteruddannelsen af sygehuspersonalet afgørende betydning for niveauet af såvel den kvantitative som kvalitative sygehusbetjening. Udviklingen har hidtil været centreret inden for den enkelte faggruppe. Denne udvikling bør fortsættes, men suppleres af en tværfaglig indsats. For at kunne yde en tilstrækkelig kvalitativ sygehusservice er samspillet mellem de enkelte faggrupper på såvel ledelses- som personaleplan af den største betydning.
Sygehusvæsenet må også i den forbindelse gå ind i en mere direkte konsultativ funktion over for primærsektoren, og der må endvidere tilbydes efteruddannelse for såvel sygehussektorens som primærsektorens personalegrupper.

3. Sygehusenes funktioner

Sygehusbetjeningen i amtet kan opsplittes i en kirurgisk, en medicinsk og en psykiatrisk del. Herudover er der til planlægningsformål nedenfor sket en yderligere udskillelse af den pædiatriske sygehusbetjening og de tværgående afdelinger.
Oversigt over afdelingernes specialefordeling og lægestabe fremgår af tabel 3, nedenfor.

Tabel 3.

Oversigt over afdelingernes specialefordeling og normerede lægestillinger pr. 1. januar 1985.

Sygehus Afdeling	Speciale	Grenspeciale	Overlæger	1. reservelæger	reservelæger
Hillerød:					
Afd. A	Organkir.		3	6	12
Afd. B	Intern med.	Kardiologi, med.gastro., med.allergol.	4	5	7
Afd. C	Oto-rhino-laryngologi		2	4	5
Afd. E	Tidl. speciale: fysiurgi og rehabilitering	Rheumatologi (grenspeciale af intern medicin)	2	2	3
Afd. F	Intern medicin	Med. endokrin., med. lungesygdomme	3	5	7
Afd. G	Gynækologi og obstetrik		3	7	12
Afd. H	Pædiatri		4	8	8
Afd. M	Børnepsykiatri		3	1	2
Afd. N	Neuromedicin		2	3	2
Afd. O	Ortopædisk kir.		3	7	12
Afd. P	Psykiatri		3	5	5
Afd. R	Psykiatri		6	7	4
Afd. S	Psykiatri		3	4	3
Afd. Ø	Ofthalmologi		3	-	-
Anæsthesiafd.	Anæsthesiologi		3	7	9
Arbejdsmed. ambulatorium	Arbejdsmedicin		1	-	-
Centrallab.	Klinisk kemi		3	-	1
Klin.-fys. afdeling	Klinisk fysiologi og nuklearmedicin		2	1	1
Klinisk-mikrobiolog.afd.	Klinisk mikrobiologi		2	2	1
Odontologisk afdeling	Hospitalsodontologi		1	-	-
Patologisk institut	Patologisk anatomi/histologi		5	2	1
Røntgenafd.	Diagnostisk radiologi		3	3	2
Hillerød, ialt			64	79	97

Kilde: Sygehusdirektoratet.

Sygehus Afdeling	Speciale	Grenspeciale	Overlæger	1. reservelæger	reservelæger
Helsingør:					
Kir. afd.	Kirurgi		3	5	15
Med. afd.	Intern medicin		2	5	7
Røntgenafd.	Diagnostisk radiologi		2	-	-
Anæsthesiologisk afd.	Anæsthesiologi		2	-	-
Helsingør, ialt			9	10	22
Hørsholm:					
Kir. afd.	Kirurgi	Karkirurgi	3	7	13
Med. afd.	Intern medicin		2	5	7
Røntgenafd.	Diagnostisk radiologi		2	-	-
Anæsthesiologisk afd.	Anæsthesiologi		2	-	-
Hørsholm, ialt			9	12	20
Frederikssund:					
Kir. afd.	Kirurgi		5	12	13
Med. afd.	Intern medicin		2	5	7
Røntgenafd.	Diagnostisk radiologi		2	-	-
Anæsthesiologisk afd.	Anæsthesiologi		2	-	-
Frederikssund, ialt			11	17	20
Montebello	Psykiatri		6	3	4
Esbønderup	Tidl. speciale: fysiurgi og rehabilitering	Rheumatologi (grenspeciale af intern medicin)	2	2	3

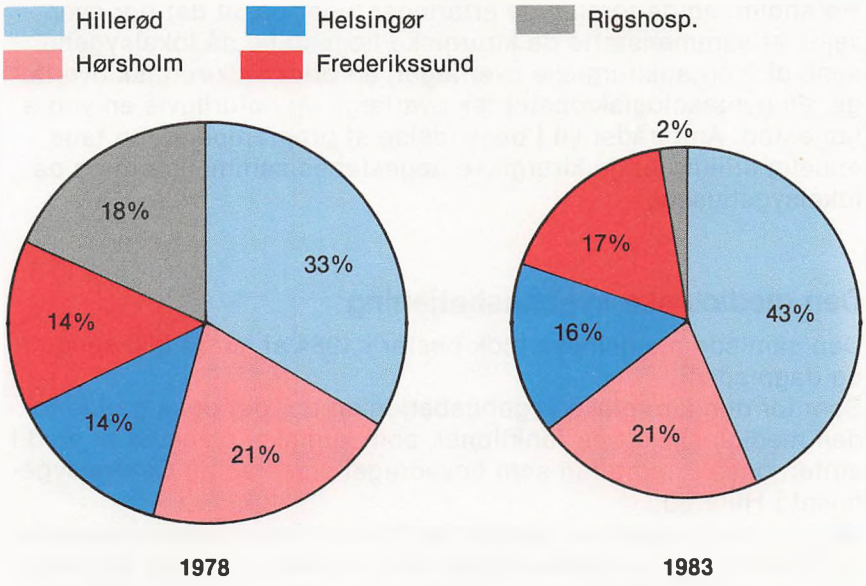
Fælles for såvel den somatiske som den psykiatriske sygehusfunktion er, at den siden sidste sygehusplan har undergået en betydelig strukturel forandring, idet de stationære indlæggelser i betydelig grad er overgået til alternative indlæggelsesformer i korttidsafsnit og øget ambulant virksomhed. (En oversigt over udviklingen 1978-84 findes i tabel 7.2).
I perioden siden sidste sygehusplan er knapt 10% af den somatiske sengemasse forsvundet, og andre knapt 10% er omdannet til ambulant og semiambulant behandling.
Såvel Centralsygehuset i Hillerød som de tre lokale sygehuse med akutfunktioner samt Montebello har dagafsnit under en eller anden form.
Amtsrådet lægger vægt på, at udviklingen med en større andel af korttidsafsnit fortsættes i planperioden, dog således, at indsatsen fremover i højere grad samler de ambulante funktioner og korttidsafsnittene under én fysisk ramme.
Udviklingen vil således gå i retning af at samle læger og sygeplejersker i undersøgelses- og behandlingsområder, således at disse ikke, som det oftest sker i dag, spredes på afdelingens mange afsnit. Herved vil det i højere grad være muligt at efterkomme patientønsker om at se den samme/eller de samme læger/sygeplejersker under et undersøgelses-, behandlings- og plejeforløb.
Endvidere vil en sådan tilrettelæggelse af det lægelige arbejde gøre dette mindre sårbart over for tilfældigt fravær.
Forambulatorier bør ligeledes oprettes, hvor der er behov herfor.
Der vil i programperioden blive taget initiativ til en yderligere udbygning af den forambulante virksomhed.

3.1 Den kirurgiske sygehusbetjening

Den kirurgiske blok råder i 1984 over knapt 600 senge (stationære og korttid). Kirurgiske funktioner, som kun skal forefindes et sted i amtet, bør også i fremtiden som hovedregel placeres på Centralsygehuset i Hillerød.
Den kirurgiske bloks store specialer er organkirurgi, ortopædisk kirurgi og gynækologi/obstetrik, der alle er udspecialiseret fra almenkirurgien. Da der ikke længere uddannes almenkirurger, vedtoges ved sidste sygehusplan (SP 80) at ansætte speciallæger i de pågældende tre specialer på de lokale sygehuse i Helsingør, Hørsholm og Frederikssund dog uden en egentlig sengemæssig opdeling i afdelinger. Denne lægelige oprustning er siden sket, dog således at Hørsholm og Helsingør sygehuse fortsat ikke har en overlæge i gynækologi/obstetrik. Den ene af organkirurgerne i Hørsholm forestår den væsentligste del af den karkirurgiske funktion i amtet. Stillingtagen i programperioden om karkirurgiens placering vil ske på grundlag af vurderinger af den forventede udvikling inden for specialet og det dermed forbundne ressourceforbrug.
Det gynækologiske/obstetriske speciale i Hørsholm er i dag styrket ved en konsulentordning.
I dag foregår fødslerne i amtet på fire fødesteder. Antal fødsler fordelt på fødested i 1978 og 1983 er vist i fig. 3.1.:

Figur 3.1.

Fordeling af fødsler på fødesteder i 1978 og 1983.



Kilde: Sygehusdirektoratet.

Der er i dag i amtskommunen en samlet kapacitet til 4.400-4.500 fødsler. Der er imidlertid ingen overskudskapacitet på Centralsygehuset. Amtsrådet fastholder indtil videre opretholdelsen af de fire fødesteder, svarende til de fire somatiske optageområder, men vil nøje følge udviklingen i fødselstallene og disses fordeling på optageområder, samt udviklingen inden for ambulante fødsler.

Den audiologiske service, der i dag er fordelt på Rigshospitalet og Hillerød, må overvejes etableret samlet på Hillerød i programperioden.

Der er på Centralsygehuset ansat en overtandlæge. Det overvejes i programperioden at styrke tandlægefunktionen på Centralsygehuset, således at de patienter, der i dag må opereres for kæbelidelser på Rigshospitalet, kan hjemtages. I den forbindelse må også konsulentbetjeningen af lokalsygehusene afklares.

Siden sidste planrunde er der på Centralsygehuset etableret øjenkirurgisk speciale med en sengekapacitet i 1984 på 6 senge og en planlagt udvidelse med 4 senge i 1985. Specialet råder ved udgangen af 1984 over tre overlæger.

Amtsrådet finder nu den kirurgiske blok i amtet af en sådan sammensætning, at der ikke forventes etableret flere grenspecialer i programperioden. Dog vil amtsrådet overveje etablering af plastic-kirurgi i programperioden. Hvad angår perspektivperioden må blokkens indhold bl.a. afhænge af den medicinske teknologis udvikling inden for området. Hvad angår blokkens størrelse forventes en nedgang i sengetallet i planperioden på ca. 50.

De kirurgiske lægestabe på lokalsygehusene har endnu ikke fundet deres endelige form. Der er som nævnt endnu ikke ansat gynækologisk/obstetrisk overlæger på sygehusene i Helsingør og Hørsholm, og de foreløbige erfaringer tyder på, at det bør overvejes at sammensætte de kirurgiske lægestabe på lokalsygehusene af 2 organkirurgiske overlæger, en ortopædkirurgisk overlæge, en gynækologisk/obstetrisk overlæge og naturligvis en yngre lægestab. Amtsrådet vil i begyndelse af programperioden tage endelig stilling til de kirurgiske lægestabes sammensætning på lokalsygehusene.

3.2 Den medicinske sygehusbetjening

Den samlede medicinske blok består i 1984 af knapt 550 senge – og dagpladser.
Som for den kirurgiske sygehusbetjening bør det også gælde for den medicinske, at de funktioner, som kun skal placeres et sted i amtet, også i fremtiden som hovedregel placeres på Centralsygehuset i Hillerød.
De tre lokale sygehuse i amtet har hver en intern medicinsk afdeling, som i dag har varierende patientgennemstrømning pr. seng. Af hensyn til den stigende ældreandel og den deraf afledte forventede stigning i aktiviteten for navnlig de medicinske funktioner på sygehusene må det sikres, at de medicinske afdelinger får en mere ensartet belastning, hvilket vil ske, såfremt de medicinske indlæggelser i højere grad følger inddelingen i optageområder. De medicinske afdelinger på Centralsygehuset i Hillerød belastes i dag af et stort antal akutte indlæggelser fra de øvrige optageområder. Det øgede behov for medicinsk behandlingskapacitet vil i planperioden søges imødekommet ved at konvertere medicinske senge til semiambulant og ambulant virksomhed samt ved at konvertere kirurgiske senge til medicinske.
Frederiksborg amt har ikke etableret et langtidsmedicinsk speciale. Det er amtsrådets indstilling, at den langtidsmedicinske funktion også i fremtiden bør være en del af den interne medicin på såvel Centralsygehuset som på de lokale sygehuse. En styrkelse af den langtidsmedicinske funktion på de medicinske stamafdelinger bør dog overvejes i programperioden.
Den medicinske og kirurgiske rehabiliteringsfunktion varetages i dag i et samarbejde mellem den reumatologiske specialafdeling på Hillerød, det fysiurgiske sygehus Esbønderup og stamafdelingerne. Den reumatologiske specialafdeling varetager akutte diagnostiske og behandlingsmæssige problemer inden for sygdomme i bevægeapparatet, medens det fysiurgiske sygehus som hovedopgave varetager rehabilitering af patienter med sygdomstilfælde, som afficerer bevægeapparatet. I 1984 er der sket en reduktion af sengetallet på Esbønderup fra 100 til 75 senge, ligesom sygehusudvalget har truffet beslutning om, at den reumatologiske afdeling skal indgå i en medicinsk blok på Centralsygehuset i Hillerød. På det nye Dybendal sygehus, der åbnes 1. november 1985, er der indrettet et større fysiurgisk afsnit med bl.a. træningsbassin, hvorfor stamafdelingerne på dette sygehus vil være i stand til selv at færdiggøre et større antal patienter. Et udvalg

vuderer for tiden den fremtidige tilrettelæggelse af den fysiurgiske/reumatologiske funktion, og amtsrådets stillingtagen til den fremtidige tilrettelæggelse afventer dette udvalgsarbejdes afslutning.
Siden sidste planrunde er der på Centralsygehuset ikke etableret flere specialer, men der er oprettet et fælles medicinsk dagafsnit med 25 pladser. En oversigt over medicinske og kirurgiske specialer fremgår af tabel 3.
Sygehusudvalget har truffet principbeslutning om etablering af en samlet medicinsk blok på Centralsygehuset, bestående af de to medicinske afdelinger, den reumatologiske afdeling samt arbejdsmedicinsk ambulatorium.
Den nærmere tilrettelæggelse af den arbejdsmedicinske funktion bør overvejes i programperioden.
Der bør snarest ske en styrkelse af den onkologiske service i amtet. Der behandles for nærværende ca. 1.500 patienter for forskellige kræftlidelser på amtets sygehuse hvert år. Denne gruppe af patienter forbruger omkring 30.000 sengedage. En arbejdsgruppe skal i løbet af 1985 vurdere, hvorledes der sikres denne gruppe af patienter en kvalitativ bedre service.

Den pædiatriske sygehusbetjening 3.3

Den pædiatriske afdeling på Centralsygehuset i Hillerød råder pr. 1.1.1985 over 65 senge og 6 dagpladser. Det faldende børnetal stiller store krav til tilpasningsevnen inden for netop dette område. Det har været forsøgt at skabe den fornødne fleksibilitet ved at gennemføre forsøg med børn på dag- og 5-døgnsafsnit i løbet af 1983/84. Resultatet af forsøgene kombineret med det stadig faldende børnetal har imidlertid bevirket, at dag- og 5-døgnsafsnittet med en mindre justering af antal senge på pædiatrisk afdeling kan nedlægges og erstattes af et forambulatorium og 6 dagpladser. Sygehusudvalget forventer, at det med etablering af dette forambulatorium vil være muligt at begrænse det pædiatriske sengetal yderligere. For børneafdelingen kan det endvidere overvejes, om det ved en omrokering af funktionerne på Centralsygehuset i Hillerød, vil være muligt at etablere et sengeafsnit for mødrene i tilknytning til neonatalafsnittet.
Fra den tidligere særforsorg er der i 1984 overflyttet en pædiatrisk overlægestilling til Centralsygehuset i Hillerød. I den forbindelse vil afdelingen i 1985 overtage udadgående forpligtelser over for institutioner under social- og skolesektoren.

Den psykiatriske sygehusbetjening 3.4

Den psykiatriske sygehusbetjening er i dag centraliseret på Centralsygehuset i Hillerød, således, at de tre afdelinger P, R og S betjener hver sit distrikt, ØST, MIDT og VEST. De tre afdelinger råder tilsammen over 160 senge og 60 dagpladser. Hertil kommer 10 børnepsykiatriske dagpladser, som også er placeret på Centralsygehuset. Herudover modtager det psykiatriske sygehus, Montebello, voksenpatienter med lettere sindslidelser fra hele amtet.

Da Frederiksborg amt stod over for at etablere egen psykiatri i 1976, overtog man de fysiske rammer fra staten. Det er således ikke en bevidst strategi, der har ført til, at den akutte psykiatri er samlet ét sted, men et spørgsmål om fysiske rammer.
Der er inden for de seneste år sket en opblødning i centraliseringen, idet der på lokalsygehusene i Helsingør, Hørsholm og Frederikssund er etableret forvisitations- og efterbehandlingsambulatorier samt et behandlingscenter i Helsingør for visse kroniske patienter. Hertil kommer, at amtsrådet inden for den nærmeste fremtid står over for at skulle planlægge den nærmere udformning af den psykiatriske funktion på Frederikssund sygehus, Dybendal.
Amtsrådet ønsker mulighederne for en ændret distriktspsykiatrisk betjening af optageområderne undersøgt. Udgangspunktet er en ensartet betjening af amtets borgere i perspektivperioden, men med mulighed for at afprøve forskellige modeller i programperioden. Det er endvidere en forudsætning, at den primære sektor inddrages i sådanne forsøg fra begyndelsen, og at de forskellige distriktspsykiatriske modeller er udgiftsneutrale for amtet på længere sigt.
Endvidere må der i planperioden tages stilling til eventuel etablering af sikrede pladser i tilslutning til afdelingerne i Hillerød. Alternativet hertil vil være, at tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser efter aftale med Vestsjællands Amtskommune fortsat skal kunne foregå på Amtssygehuset i Nykøbing Sjælland.

3.5 De tværgående afdelinger

Da det må forudses, at sygehusene i planperioden vil varetage et større antal ambulante og semiambulante funktioner og at antallet af stationære senge vil falde yderligere, vil de tværgående afdelinger få en mere central position på sygehusene, og det bør tilstræbes at oprette diagnosestationer for en hurtig og rationel diagnoseudredning. Hertil kommer, at lægerne i primærsektoren må forudses at overtage diagnoseudredningsopgaver og behandlingsopfølgning fra sygehusene, hvilket forudsætter et tæt planlægningssamarbejde. De anførte forhold vil stille øgede krav til de tværgående afdelingers mulighed for kommunikation og koordinering, idet det bør undgås, at disse afdelinger kommer til at optræde som et forsinkende led i undersøgelsen og behandlingen af patienterne.
Man bør i planperioden være opmærksom på udviklingen inden for de enkelte specialer med en forbedring af de behandlingsmæssige og diagnostiske muligheder. De tværfaglige specialer bør have mulighed for at rationalisere driften af afdelingerne og for at imødekomme krav om forbedret diagnostik.
Amtsrådet er opmærksom på denne udvikling og ønsker at sikre sig, at der ikke sker unødvendige og fordyrende undersøgelser. Dette problem bør de tværfaglige specialer være opmærksomme på og være indstillet på at indgå i en dialog med de ordinerende læger fra såvel de kliniske afdelinger som fra praksis om indikation for de forskellige undersøgelser.
Endelig er amtsrådet opmærksom på ønsker fra de tværgående

afdelinger om at forbedre registrerings- og kommunikationsmuligheder ved hjælp af EDB.
Vedrørende de enkelte specialer skal yderligere anføres:

Anæstesiologi
De vigtigste anæstesiologiske funktioner er anæstesigivning, intensiv terapi, bistand ved akutte livstruende tilstande samt smertebehandling. Denne udvikling giver anledning til overvejelser i programperioden om den personalemæssige sammensætning på de anæstesiologiske afdelinger.

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin samt diagnostisk radiologi
I 1984 er der på Centralsygehuset påbegyndt en planlægning af en samordning af disse specialer som et første skridt til etablering af en egentlig billeddannende diagnostisk virksomhed. Samtidig er der iværksat en styrkelse af Centralsygehusets ultralydsdiagnostik samt en udbygning af denne på lokalsygehusene. Disse foranstaltninger vil gøre det muligt snarest og gradvist at iværksætte et tilbud til de alment praktiserende læger om anvendelse af ultralydsdiagnostik og visse klinisk fysiologiske undersøgelser.
Udviklingen af diagnostiske muligheder inden for de billeddannende specialer har vist sig lovende, og det må forudses, at det kan blive aktuelt at tage anvendelse af nye tekniske metoder op til overvejelse i programperioden, herunder udbredelse af mammografiske undersøgelser.

Klinisk kemi
Inden for dette speciale fremhæves særligt forbedret service over for ambulante patienter og over for primærsektoren med mulighed for udvidede åbningstider samt mulighed for blodprøvetagning uden for sygehusene. Yderligere bør man arbejde for en forbedret koordination mellem analysearbejdet udført i almen praksis og analysearbejde udført på sygehusene. Enkelte klinisk kemiske analyser foretages fortsat uden for amtet og kan med økonomisk fordel udføres på klinisk kemisk afdeling på Centralsygehuset. I denne forbindelse kan det overvejes at styrke klinisk kemisk funktion inden for blodtypeserologien.

Klinisk mikrobiologi
Inden for dette speciale sker ligeledes en udvikling som følge af bl.a. teknologiske fremskridt. Det bør overvejes at skabe muligheder for hurtig diagnostik ved infektioner byggende på immunologiske metoder, ligesom det kan vise sig hensigtsmæssigt at hjemtage substratfremstilling til afdelingen.

Hygiejnesygeplejerske
Som noget nyt etableredes i Frederiksborg amt i 1981 en hygiejnesygeplejerskefunktion. Formålet med denne service er at bekæmpe og forebygge hospitalsinfektioner. Hygiejnesygeplejersken er fysisk placeret på klinisk-mikrobiologisk afdeling på Centralsygehuset.

Patologisk anatomi
Inden for dette speciale kan der forudses et stigende behov for mere specificerede diagnostiske undersøgelser i form af specielle undersøgelser af histokemisk, ultrastrukturel og immunologisk karakter.

Med den nye apotekerlov af 6. juni 1984 er der åbnet mulighed for at **sygehusapoteker** kan samhandle. Det nærmere indhold af en sådan samhandel er endnu ikke afklaret. Når denne afklaring foreligger, bør det vurderes, om etablering af et sygehusapotek i tilknytning til Centralsygehuset i Hillerød er økonomisk attraktivt for Frederiksborg amtskommune.

3.6 Uddannelse og forskning

Uddannelse
En del af sygehusvæsenets opgaver er at varetage uddannelsen af plejepersonale, dvs. sygeplejersker, sygehjælpere og plejere ikke alene til sygehusvæsenet, men også til sundhedsvæsenets øvrige sektorer.
Herudover stiller sygehusvæsenet praktikpladser til rådighed for visse statslige uddannelser, herunder fysio- og ergoterapeutelever, laborantelever, jordemoderelever samt psykologistuderende.
En i forbindelse med »martspakken« påtænkt plejehjemsassistentskole i Frederiksborg amtskommune er endnu ikke realiseret.
Videre er etableret en lægesekretærskole og en økonomaskole.
Frederiksborg amts sygehusvæsen deltager endvidere i den postgraduate uddannelse af medicinske kandidater. De fleste kliniske afdelinger deltager i uddannelsen til selvstændigt virke som læge (turnusuddannelsen) og til alment praktiserende læge.
Næsten alle kliniske og tværgående afdelinger deltager i speciallægeuddannelsen inden for afdelingernes specialer, og nogle af de kliniske afdelinger på Centralsygehuset tager desuden del i uddannelsen inden for en række grenspecialer.
Et særligt udvalg har i april 1983 afgivet rapport med vurdering af behovet for uddannelse af plejepersonale i Frederiksborg amt frem til 1992.
Inden for plejeuddannelserne råder Frederiksborg amts sygehusvæsen p.t. over følgende årlige optagelseskapacitet:

Sygeplejersker:	104 elever årligt
Sygehjælpere:	142 elever årligt
Plejere:	18 elever årligt*)

*) *Er foreløbig besluttet gennemført i 1984, 1985 og 1986.*

På baggrund af beregninger om erhvervsfrekvens, plejepersonalets alderssammensætning, andelen af deltidsbeskæftigelse m.v. samt under iagttagelse af følgende forudsætninger:

- *befolkningsprognosen for Frederiksborg amtskommune*
- *omstillingsprocessen, der stiller ændrede krav til plejepersonalet i sundhedsvæsenet*
- *ændring af kommunernes ældrepolitik*
- *ændrede økonomiske rammer*

vurderes behovet for årlig uddannelseskapacitet til:

	Min.	Max.
Sygeplejersker:	96	104
Sygehjælpere:	120	142
Plejere		18

Herudover har udvalget ikke kunnet afdække noget behov for at etablere en statslig plejehjemsassistentskole i Frederiksborg amt. Derimod blev der kortlagt et stort behov for efteruddannelse af plejepersonale i primærsektoren.
Der er ikke i nærværende plan taget stilling til at uddannelsespolitiske hensyn evt. vil kunne begrunde en udvidelse af uddannelseskapaciteten.

Forskning
Der foregår til stadighed en vis forskningsmæssig aktivitet på de enkelte sygehusafdelinger. Denne aktivitet drejer sig dels om opgørelser med karakter af »kvalitetskontrol«, en aktivitet, der er nødvendig for at sikre afdelingernes optimale funktion. Hertil kommer imidlertid også langsigtet forskning, der tager sigte på at forbedre sygdomsforebyggelse, behandling og pleje samt at gøre diagnostikken mere rationel og skånsom.
Det kunne overvejes at gennemføre en koordinering af forskningsprægede aktiviteter med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne hertil.

4. Forbedret styring på sygehuse

De problemer, som sygehusvæsenet udmiddelbart skal tilpasse sig i planperioden, er et stærkt faldende børnetal, en vækst i ældreandelen, en ændret rolle i det samlede sundhedsvæsen samt udviklingen i medicinsk teknologi. Det må forudses, at denne tilpasning skal finde sted inden for stort set uændrede økonomiske rammer, uanset at den demografiske udvikling i sig selv kunne begrunde en udvidelse.
Det blev i SP 80 fastslået, at sygehusvæsenets opgave er den spcialiserede undersøgelse, behandling og pleje, der ikke mere hensigtsmæssigt kan finde sted i hjemmet eller i primærsektoren. Det udvidede samarbejde med primærsektoren vil betyde en fortsat stigende specialisering inden for sygehusene, der kan for-

ventes at få stadig færre sengepladser, men øget ambulant og semiambulant virksomhed. Erfaringsmæssigt giver en øget specialisering mindre fleksibilitet.
Amtsrådet lægger stor vægt på, at sygehusvæsenet gøres så fleksibelt som muligt. For at sikre dette, vil man i programperioden gennemføre forsøg med decentralisering af ansvar og kompetence, og man vil udvikle bedre styringsværktøjer i form af relevante nøgledata, som sammenkæder ressourceforbrug og aktivitet på funktionsniveau. Sådanne nøgledata skal både tjene den overordnede politiske styring og den centrale driftstyring.

4.1 Forsøg med decentralisering af ansvar og kompetence

Der er i 1984 ansat ca. 3.600 fuldtidsbeskæftigede på amtets sygehuse, og hertil kommer ca. 700 fuldtidsbeskæftigede ansat i sygehusvæsenets uddannelsesinstitutioner og servicevirksomheder.
Det er amtsrådets opfattelse, at der kan ske en langt bedre udnyttelse af disse menneskelige ressourcer til gavn for såvel patienterne som de ansatte selv, hvis der sker en decentralisering af ansvar og kompetence til de udførende led. Det er væsentligt, at det personale, som er tættest på patienterne får øget kompetence til og ansvar for selv at tilrettelægge deres virksomhed. En sådan decentralisering vil give mulighed for en udstrakt lokal frihed i valg af metoder til at opfylde de centralt fastlagte mål. Det må endvidere sikres, at decentraliseringen skaber det nødvendige incitament for personalet til at handle både fagligt og økonomisk effektivt.
Hvis en decentralisering skal lykkes, således at sygehusvæsenets effektive drift skal sikres til enhver tid, må der skabes den nødvendige fleksibilitet. Sygehusvæsenet er en komplekst sammensat organisation, som er karakteriseret af højt professionaliserede faggrupper. Erfaringerne de seneste år med omstilling inden for sygehusene fra stationær til semiambulant og ambulant virksomhed har vist, hvor vanskeligt det kan være at foretage strukturændringer. Den fornødne fleksibilitet i systemet har ikke været til stede. For at sikre denne fleksibilitet er det derfor væsentligt, at de valgte modeller for decentralisering af ansvar og kompetence kommer til at indeholde muligheder for at koordinere på tværs af den nuværende strukturs fag- og afdelingsgrænser. Den meget kraftige grenspecialisering inden for det lægelige område de sidste 10-20 år må ikke blive det grundlag, de decentrale modeller bygges op omkring.
I betænkningen fra indenrigsministeriets produktivitetsudvalg fra 1984 om »Sygehusenes organisation og økonomi« er der peget på, at der må tilvejebringes overensstemmelse mellem ledelsesstrukturen på det udførende område på sygehusene og sygehusvæsenets økonomisk- administrative ledelsesstruktur. En sådan overensstemmelse vil være en forudsætning for, at ressourceudnyttelsen kan forbedres, uden at det får negative konsekvenser for undersøgelse, behandling og pleje af patienterne. Der peges endvidere på, at en fremtidig ledelsesstruktur må sikre

- *en styrkelse af den tværgående planlægnings- og prioriteringsfunktion*
- *en supplering af den administrative ledelse på sygehusene og i sygehusforvaltningerne med anden sygehusfaglig ekspertise*
- *inddragelse af denne ekspertise i forberedelsen af initiativer fra den administrative ledelse og i denne ledelses løbende behandling af sager, som rejses over for den administrative ledelse af enkeltafdelinger, personalegrupper m.v.*
- *opbygning af en ledelse på afdelingsniveau, som i størst muligt omfang kan sikre gennemførelse af sygehusvæsenets mål, og således at den tværgående prioritering ikke hindres.*

Amtsrådet vil ikke allerede nu lægge sig fast på en bestemt ledelsesstruktur, men vil i stedet i programperioden gennemføre forskellige forsøg med en decentralisering af ansvar og kompetence, hvis resultater skal være en del af beslutningsgrundlaget for senere at vælge en model eller flere for sygehusvæsenet i Frederiksborg amt.

Forbedret registrering

4.2

Gennemførelse af en øget decentralisering af det økonomiske ansvar må naturligt følges af mulighederne for at styre på overordnede mål og institutionernes mulighed for at skabe sig overblik over ressourceforbrug versus aktivitet på funktionsniveau.
Der må således etableres et styringssystem, der tjener såvel det overordnede som det underordnede beslutningsniveau.
Dette mål kan sikres gennem en økonomisk rammestyring og overordnet fastlæggelse af mål for aktiviteten - herunder kvaliteten - af institutionernes ydelser.
Det er tvingende nødvendigt, at decentraliseringen følges op af en sammenbinding af ressourceforbrug og mål for aktiviteten på funktionsniveau. Denne mulighed for at sammenholde disse to er ikke til stede i dag, hvilket må sikres i planperioden.
Et andet registreringsproblem, som skal finde sin løsning i programperioden er i 1. fase en relevant ambulant og semiambulant registrering. Da en stigende andel af sygehusvæsenets aktivitet er koncentreret på sådanne ydelser må dette problem løses først.
Målet for aktivitetsregistreringen må imidlertid være at kunne danne sig et overblik over et helt patientforløb i sygehusvæsenet. 2. fase må således løse sammenkædningsproblemet mellem den ambulante, semiambulante og stationære aktivitet.
Det bør endvidere tilstræbes at forbedre registreringskvaliteten og undgå unødig dobbeltregistrering.
Desuden bør de registrerede data gøres lettere tilgængelige til planlægningsformål ved hjælp af særligt edb-programmel samt oprettelse af særlige edb-registre med statistiske aktivitetsoplysninger m.v.
Disse tiltag forudsættes gennemført inden for edb-brugerorganisationen.

5. Samordning med den primære sundhedssektor

En afgørende forudsætning for en højere grad af samordning mellem sygehussektoren og den primære sundhedssektor er skabelsen af et forum, hvor dialogen mellem de to sektorer kan foregå. Sådanne fora er i dag på amtsplan skabt via Sundhedsplanlægningsudvalget, Socialplanlægningsudvalget og det udvidede §23 stk. 2-udvalg.
I planperioden fra 1980-1984 er det decentrale samarbejde mellem primærsektoren og sygehusvæsenet blevet udviklet på flere områder, dels omkring den enkelte patient/familie dels omkring befolkningen i et optageområde.
Der er etableret

- *lokale koordineringsudvalg på sygehusniveau*
- *møder mellem sygehuslægerne og de praktiserende læger*
- *møder med ledende hjemmesygeplejersker/hjemmeplejeledere og sygehussygeplejersker*
- *udbygget kontakt ved indlæggelse og udskrivelse*
- *oprustning af sygehusenes socialrådgiverfunktion*
- *møder mellem plejehjemsledere og ledende sygeplejersker i sygehusvæsenet*
- *gensidige studiebesøg i sygeplejen*
- *fælles undervisning, herunder*
  kortere undervisningsforløb
  efteruddannelseskurser
- *konsulentbistand inden for specifikke områder.*

Effekten af det øgede samarbejde har bl.a. vist sig ved fleksible og individuelle ordninger i forbindelse med forskellige patienters udskrivelse til eget hjem.
En anden forudsætning for en udlægning af opgaver til primærsektoren er motivation og opbakning i såvel sygehusvæsenet som primærsektoren. Denne motivation skønnes i dag at være tilstede. Den tredje forudsætning er, at primærsektoren er tilstrækkeligt organisatorisk, uddannelsesmæssigt og ressourcemæssigt udrustet til at overtage flere opgaver fra sygehusvæsenet. Den primærkommunale organisation bl.a. med en ledende sygeplejerske må anses for at være et godt udgangspunkt. Nogle opgavers udlægning til primærlægerne - eksempelvis skadesbehandling - må forudsættes bedre at kunne løses i lægehuse end enkeltmandspraksis. Uddannelsesmæssigt må sygehusvæsenet være indstillet på at stille efteruddannelseskapacitet til rådighed for primærsektoren i et større omfang end det sker i dag. Dette gælder såvel lægegruppen som plejegruppen. Herudover må sygehusvæsenets faggrupper i højere grad end det hidtil er sket gå ind i en mere direkte konsulentfunktion over for primærsektorens personale.
Aktiviteten omkring en øget samordning har foreløbig resulteret i at nedenstående opgaver er blevet flyttet fra sygehussektoren til den primære sundhedssektor:

Figur 5 A.

Samordning mellem sygehusvæsen og almen praksis.

Sygehus-væsenet	Primærsektoren	Bemærkninger
Diabetes-behandling	koordineret samarbejde mellem sygehusvæsenet og almen praksis	der er vedtaget en ordning, hvorefter hovedparten af diabeteskontroller af patienter med insulinkrævende sukkersyge foretages skiftevis hos den praktiserende læge og i medicinsk ambulatorium
fertilitetsundersøgelser	adgang for almen praksis til at rekvirere HSG-undersøgelse, hormonundersøgelser m.v.	ændrede retningslinier efter forslag fremsat i 1982 af udvalg vedr. koordinerende undersøgelser
ultralydsundersøgelser	planlagt forsøg med adgang for alment praktiserende læger til at foretage ultralydsundersøgelser	forsøg med primærsektorens brug af ultralyd afvikles fra 1.12.84. Resultatet heraf vil være retningsgivende for den fremtidige tilrettelæggelse.
Blodprøvetagning	blodprøvetagning i almen praksis	prøvetagning foregår i voksende grad i almen praksis, bl.a. som følge af visse forbedringer i sygehusvæsenets laboratoriebetjening, som laboratorieudvalget har foreslået.
Forebyggende livmoderhalskræftundersøgelser	Forebyggende undersøgelser i almen praksis	omlægning af undersøgelse fra pipette til smear i almen praksis kombineret med centralregistrering. Alternativt pipette.

Figur 5 B.

Flyttet fra sygehussektoren til den kommunale socialsektor.

Sygehus-væsenet	Socialsektoren	Bemærkninger
Alkoholist-behandling	mulighed for afrusning på social institution	forsorgshjemmet Skansegården, Hillerød: Siden 1981 har der været 18 akutte afrusningssenge, der imidlertid først fra maj 1982 har kørt med fuld kapacitet. I 1984 blev modtaget 1.100 klienter til akut afrusning. Rapport udarbejdes af alkohol- og narkotikarådet. Helsingør: Samordningsudvalget vedr. alkohol- og narkotikamisbrug i Frederiksborg amt har fremsat plan om etablering af afrusningsklinik i Helsingør området. Planen er under videre bearbejdelse i socialplanlægningsudvalget.
Psykiatri	udadgående konsultation og superviserende funktion fra sygehusvæsenets sygeplejersker til de kommunale hjemmesygeplejersker og plejehjem	
	koordineret samarbejde vedr. alkoholistbehandling	samordningsudvalget vedr. alkohol- og narkotikamisbrug i Frederiksborg amt har i efteråret 1983 afgivet forslag til et forsøgsambulatorium i Frederikssund området med henblik på et koordineret samarbejde mellem primærkommunale socialforvaltninger, alment praktiserende læger, hjemmesygepleje og personale ansat ved alkoholambulatorium. Planen er ikke færdigbehandlet, men er under overvejelse i socialplanlægningsudvalget.
ældreområdet/ventepatienter på sygehuse	døgnplejeordninger	Allerød kommune: døgnhjemmepleje indført 1.10.1982. Hillerød: Projekt vedr. aftenplejeordning i en forsøgsperiode 1982-85. Embedslægeinstitutionen har medvirket ved tilrettelæggelsen. Birkerød: aftenplejeordning fra den 15.5.1984. Hørsholm: Der har fungeret aftenplejeordning siden 1.10.1982. Helsinge: Aftenplejeordning under etablering.

Sygehus-væsenet	Socialsektoren	Bemærkninger
	visitationspladser	Hillerød: Visitationspladser i kommunen siden 1980. Farum: Visitationspladser på Fredtofteparken. Foregår også uformelt i en række andre kommuner.
	aflastningspladser	størstedelen af Frederiksborg amts kommuner har aflastningspladser på deres plejehjem.
psykiatrisk behandling	sygehusvæsenet yder psykiatrisk konsulentbistand til plejehjem	der er truffet en række aftaler vedr. bistand fra de psykiatriske sygehusafdelinger med henblik på konsulentbistand til amtskommunens plejehjem, ligesom samarbejdet med primærkommunerne er blevet udbygget som led i distrikts psykiatrien.
afd. Birkerød vidtgående psykisk og fysisk handicappede	oprettelse af specialplejehjem	i 1983 blev sygehusafdelingen med senge for det tidligere særforsorgsklientel på Svaneparken nedlagt og erstattet med specialplejehjem under sygeplejemæssig ledelse. Der er etableret mulighed for midlertidig indlæggelse svarende til aflastningspladser på almindelige plejehjem.

Bemærkning:
Figur 5 A og B er eksempler på den hidtidige opgaveomlægning, og gør som sådan ikke krav på at være fyldestgørende. Oversigten er udarbejdet i samarbejde med embedslægerne i Frederiksborg amt.

Amtsrådet er indstillet på, at en fortsat udlægning af sygehusopgaver til primærsektoren vil betyde en oprustning af sygehusenes uddannelses- og konsulentmæssige forpligtelser og er derfor indstillet på at stille de fornødne ressourcer til rådighed hertil i planperioden. Det må imidlertid som generelt princip gælde, at opgaveudlægningen skal være udgiftsneutral på længere sigt for amtskommunen og primærkommunerne under et.

5.1 Alment praktiserende læger

Samarbejdet med de praktiserende læger bør i planperioden udbygges yderligere med henblik på øget udlægning af opgaver fra sygehusvæsen til alment praktiserende læger.
En af forudsætningerne for denne udlægning er øget mulighed for alment praktiserende læger til at anvende undersøgelsesmetoder, der i dag er forbeholdt sygehuslæger eller praktiserende speciallæger.
Man vil herved hos de alment praktiserende læger kunne komme meget længere med den diagnostiske udredning og herved færdigbehandle flere patienter i almen praksis, end det i dag er muligt.
Koordineringen af arbejdsopgaverne mellem sygehusvæsenet og alment praktiserende læger bør yderligere styrkes. Her kan peges på fødselsbetjeningen, omsorg for ældre, skadebehandling og forundersøgelse med henblik på senere hospitalbehandling.
Nogle af de sundhedspædagogiske initiativer kunne med fordel udføres i et samarbejde med de alment praktiserende læger, der igennem deres daglige arbejde bl.a. forsøger at formidle en sundhedspædagogisk indsats på mange områder.

5.2 Ambulant speciallægebetjening

Amtsrådet vil i programperioden foretage en nøje vurdering i samarbejde med social- og sundhedsudvalget om hvilke speciallægefunktioner, der hensigtsmæssigt bør udbygges og hvilke, der bør nedtrappes i primærsektoren. Dette arbejde vil blive koordineret gennem Sundhedsplanlægningsudvalget (SUP). Dette sker for ikke at opbygge fordyrende dobbeltfunktioner i form af udstrakt speciallægeservice både i primærsektoren og i sygehussektorens ambulatorier. Det er amtsrådets opfattelse, at vurderingen bør foretages specialevis.

5.3 Social- og sundhedsforvaltninger

Det problem, der påkalder sig størst opmærksomhed ved samarbejdet med de kommunale social- og sundhedsforvaltninger, er omsorgen for de ældre. Sygehusene kan konstatere, at et stigende antal ældre, som er indstillet til plejehjem, navnlig ligger på de medicinske afdelinger og venter.
Sygehusudvalget vil i programperioden undersøge årsagerne til dette - herunder hvilke muligheder der er for sygehusvæsenet til at bedre situationen: Om en mere udadgående konsultativ funktion f.eks. inden for det fysiurgiske område kan være medvirkende til, at flere ældre kan forblive i eget hjem. Hermed kunne syhusvæsenet være med til at yde sit bidrag til, at plejehjemspladserne ikke bliver flaskehalsen i omsorgen for de ældre. Herudover er amtsrådet indstillet på at stille ressourcer til rådighed til forsøg og forsøgsevaluering af aktiviteter, som kan dæmpe de ældres træk på sygehussektoren, eksempelvis etablering af behandlings- og genoptræningspladser på plejehjemmene, hvor såvel egen læge som sygehusvæsenet kan henvise til.

Etablering af egentlig distriktspsykiatri og distriktspædiatri forudsætter et udbygget samarbejde ikke blot med de praktiserende læger i distriktet, men i lige så høj grad med de lokale social- og sundhedsforvaltninger. Indførelsen af ambulante fødsler som tilbud til alle gravide kræver endvidere øget samarbejde mellem jordemoder og sundhedsplejerske/hjemmesygeplejerske.

Det økonomiske og personalemæssige udgangspunkt er en i forhold til budget 1985 uændret udvikling i sygehusvæsenet generelt. Det samlede driftsbudget udgør i 1985 1,2 mia. kr., og der er 4.600 fuldtidsansatte.
Inden for denne ressourceramme skal sygehusvæsenet i planperioden tage højde for en stigende ældreandel, ibrugtagning af ny medicinsk teknologi samt en ændret rolle i det samlede sundhedsvæsen.

6. SP 84's ressourcemæssige konsekvenser

6.1 Strukturelle og omfordelingsmæssige konsekvenser

Skal ressourceforbruget fastholdes på det nuværende niveau, må den igangværende omstillings- og effektiviseringsproces fortsættes på sygehusene.
Samarbejdet mellem sygehusene og den primære sundhedssektor er ofte afgørende for sygehusvæsenets effektivitet. Der er her i planen peget på en forstærket koordination inden for:

- *ældreomsorgsområdet*
- *det psykiatriske område*
- *det pædiatriske område*
- *den ambulante speciallægeservice*
- *ambulante fødsler*
- *diagnostisk udredning*
- *skadesbehandlingen.*

For at sikre borgeren den mest hensigtsmæssige undersøgelse, behandling og pleje på længere sigt – uden skelen til hvem der betaler (staten, amtet, kommunen), vil der i programperioden blive gennemført forskellige forsøgsordninger, inden for de ovenfor udpegede områder, i tæt samarbejde med primærkommunerne. Amtskommunen vil stille midler til rådighed for en sådan forsøgsvirksomhed.
Der vil i planperioden blive gennemført en øget sundhedspædagogisk indsats over for borgeren, og der vil endvidere blive gennemført en forbedret patientservice.

For at sygehusvæsenet kan være i stand til at leve op til et øget samarbejde med primærsektoren, herunder i højere grad varetage konsulentopgaver for denne, og forbedre det kvalitative serviceniveau, må der ske en målrettet, tværfaglig og tværsektoriel efteruddannelse af det samlede sundhedsvæsens personale. Denne efteruddannelse etableres i amtskommunalt regie.
Sammenfattende får sygehusene en ændret rolle i planperioden. Dels ved i højere grad at indgå som en del af ét fælles sundhedsvæsen med den konsulentfunktion, det medfører som den sekundære, højt specialiserede part. Dels ved målrettet at tilrettelægge behandlingen og plejen ud fra et patientservicesynspunkt. Hvilke omfordelingsmæssige konsekvenser en sådan sygehuspolitik får i forhold til primærkommunerne, må en udstrakt forsøgsvirksomhed afgøre. Som finansielt udgangspunkt må princippet om udgiftsneutralitet fastholdes.

6.2 Udgiftsmæssige konsekvenser

Neden for i tabel 6.2 er opstillet et skøn over udgifterne i forbindelse med gennemførelse af SP 84's politiske målsætninger samt deres mulige finansieringskilder.

Tabel 6.2.

Oversigt over skøn for udgifter og finansiering af nye initiativer i SP 84 i 1985-88.

Udgiftsformål	Skøn 1985-88 (mill. kr.)	Finansiering
- Forsøgsvirksomhed		- Fortsat omstilling og effektivisering
- Uddannelse m.v.		- Apparaturkontoen
- Sundhedspædagogisk indsats		- Amtskommunens omstillingskonto
		- Sygehusudvalgets omstillingskonto
	15 - 20	

Som det fremgår skønnes den samlede finansiering af midlerne til opfyldelse af intentionerne i SP 84 at beløbe sig til 15-20 mill. kr. (1984-prisniveauet). Dette beløb forventes finansieret gennem omstillingskontoen for hele amtskommunen, sygehusudvalgets omstillingskonto, apparaturkontoen for sygehusvæsenet samt ved de beløb, der frigøres ved løbende effektiviseringer.
Et skøn ud over programperioden er ikke realistisk, da forløbet i 1985-88 vil være afgørende for den videre udvikling i sygehusvæsenet.

SP84