

Rapport: Audit af kø-opkald til 1-1-2

Indholdsfortegnelse

Baggrund og formål	2
Materiale.....	4
Metode.....	7
Patientforløb udvalgt til nærmere gennemgang	8
Patientforløb til ekspertvurdering	9
Resultater.....	10
Konklusion.....	12
Bilag 1	13
Respons- og kørselstyper.....	13

Version: 1
Udformet af: Center for Sundhed
Senest opdateret: 17. november 2021

Baggrund og formål

Regionsrådet i Region Hovedstaden igangsatte den 21. september 2021 en redegørelse af Region Hovedstadens Akutberedskab på baggrund af udtalelser fra nuværende og tidligere medarbejdere i Akutberedskabet. I uge 36 og 37 blev det af flere nyhedsmedier beskrevet, at medarbejdere ved Region Hovedstadens 1-1-2 vagtcentral oplever, at et stigende antal af de opkald, der viderestilles fra alarmcentralen til 1-1-2 vagtcentralen, ikke bliver besvaret inden for 22 sekunder.¹

Disse opkald er flere steder blevet omtalt som 'mistede opkald'. Opkaldene mistes ikke, men der kan ved kø på telefonerne blive iværksat en særlig procedure for opkaldenes håndtering. I det følgende anvendes betegnelsen kø-opkald.

Redegørelsen blev offentliggjort den 5. oktober 2021 og indeholder en undersøgelse af problemerne samt 17 anbefalinger og løsningsforslag på de fremførte problemer. Redegørelsen er udført af ekstern undersøger, Mads Koch Hansen, med sekretariatsbistand fra Center for Sundhed. Redegørelsen viser bl.a.²:

- At Region Hovedstadens Akutberedskab havde kapacitetsudfordringer i sommeren 2021, hvilket kom til udtryk ved en stigning i antallet af kø-opkald, hvor viderestillingen af opkald fra Hovedstadens Beredskab eller Rigspolitiet ikke lykkedes i første eller andet forsøg. Stigningen i antallet af kø-opkald skete på baggrund af en generel stigning i antallet af opkald til Region Hovedstaden 1-1-2 vagtcentral hen over sommeren 2021 (juni, juli og august).
- At hovedparten af opkaldene, hvor viderestillingen ikke blev besvaret i første forsøg, blev besvaret i andet forsøg.
- At det inden for redegørelsens rammer ikke har været muligt at afdække, hvorvidt kø-opkaldene har haft sundhedsfaglige konsekvenser for borgerne som følge af forsinket afsendelse af akutambulance og forsinket vejledning i førstehjælp samt hjertelungeredning.

På baggrund af redegørelsen besluttede Regionsrådet, at der skulle udarbejdes en audit af de hændelser, hvor det i perioden fra 1. juni til 31. august 2021 ikke har været muligt at viderestille et opkald til 1-1-2 vagtcentralen.

¹ Der opereres med omstilling til 1-1-2 vagtcentral inden for hhv. 22 sekunder hos Hovedstadens Beredskab og 29 sekunder hos Rigspolitiet.

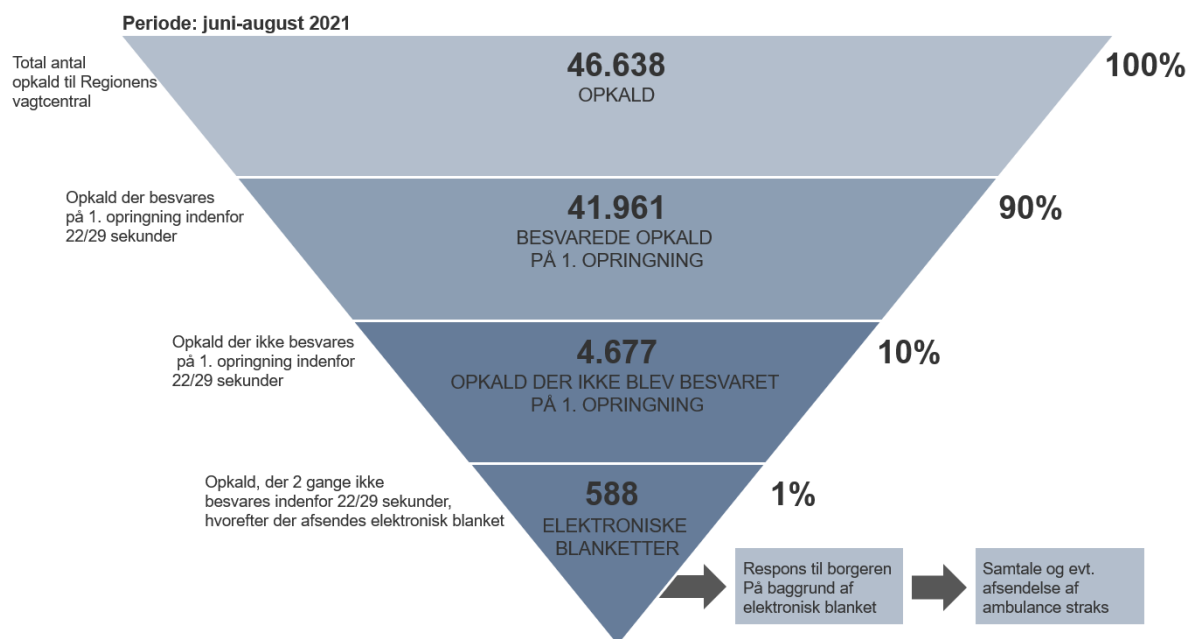
² Ovenstående opsummering af redegørelsen er tilpasset denne rapport med fokus på kø-opkald. Redegørelsens øvrige pointer, såsom medarbejderes oplevelser af arbejdsmiljø, løsningsforslag mv., ligger uden for denne rapports genstandsfelt.

Auditten skal afdække, hvorvidt udfordringer med at viderestille opkald fra Rigspolitiet og Hovedstadens Beredskab til 1-1-2 vagtcentralen i perioden fra 1. juni til 31. august 2021 har haft mulige sundhedsfaglige konsekvenser for borgerne.

Denne rapport beskriver resultaterne af auditten. Resultaterne forelægges på møde i Region Hovedstadens Forretningsudvalg den 7. december 2021.

Materiale

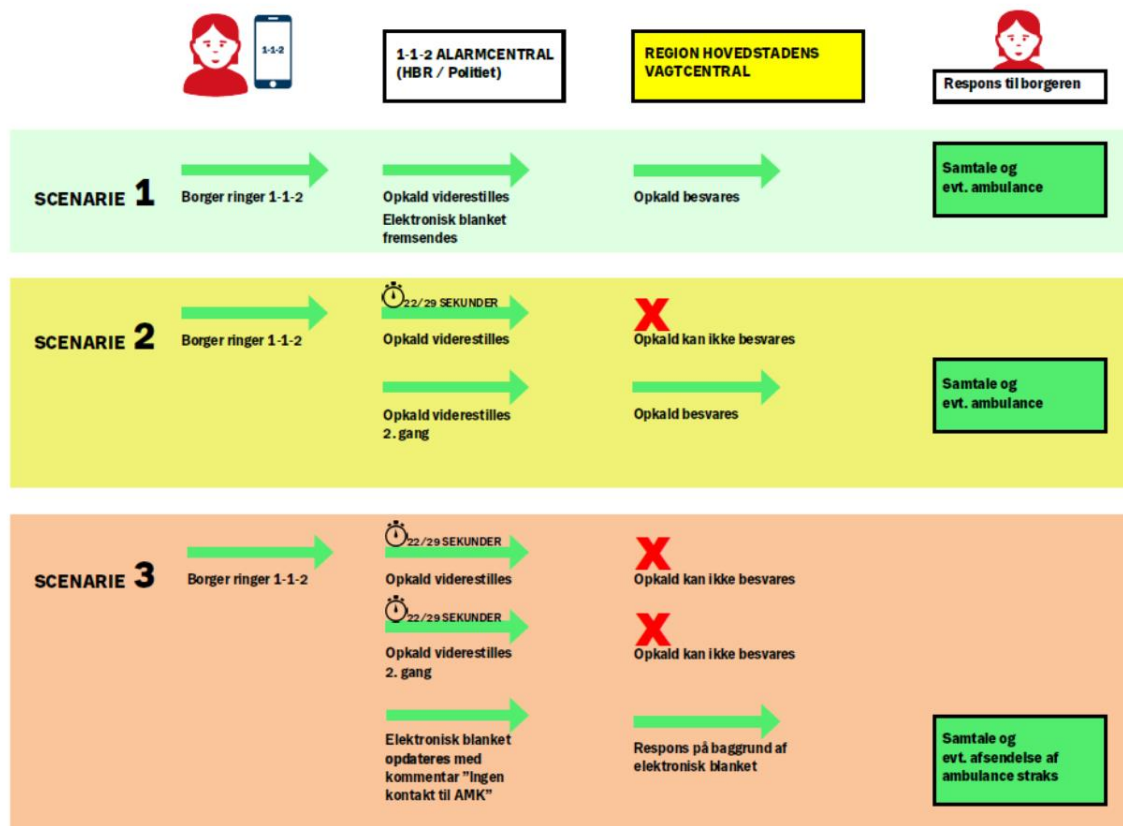
Figur A viser alle opkald i perioden fra 1. juni til 31. august 2021, der er viderestillet til Region Hovedstadens 1-1-2 vagtcentral.



Figur A: Antal opkald, der besvares efter første viderestilling, antal opkald, der besvares enten ved anden viderestilling eller resulterer i en elektronisk blanket med "ingen kontakt til AMK" samt antal hændelser, hvor blanketten opdateres med "Ingen kontakt til AMK" og sendes elektronisk til Region Hovedstadens 1-1-2 vagtcentral.

I perioden fra 1. juni til 31. august 2021 er der identificeret 588 hændelser, hvor det ikke var muligt for Rigspolitiet eller Hovedstadens Beredskabs alarmcentraler, inden for to forsøg, at viderestille opkald til Region Hovedstadens 1-1-2 vagtcentral. Det er disse 588 hændelser, denne audit omhandler.

Når en borger ringer 1-1-2, kommer vedkommende først igennem til alarmcentralen ved Hovedstadens Beredskab eller Rigspolitiet. Her kan der forekomme ét ud af tre mulige scenarier. Ved scenarie 1 kommer borgeren med det samme igennem til en sundhedsfaglig visitator ved Region Hovedstadens 1-1-2 vagtcentral. Ved scenarie 2 kommer borgeren igennem til sundhedsfaglig visitator ved andet forsøg på viderestilling. Ved scenarie 3 er det ikke muligt for alarmcentralen at viderestille hverken første eller anden gang til 1-1-2 vagtcentralen. Her opdateres i stedet den elektroniske blanket, som allerede ved første opkaldsforsøg fremsendes til 1-1-2 vagtcentralen, med teksten "ingen kontakt til AMK". Figur B illustrerer denne arbejdsgang.



Figur B: De tre scenarier ved opkald til 1-1-2. Scenarie 3 beskriver et kø-opkald. HBR står for Hovedstadens Beredskab.

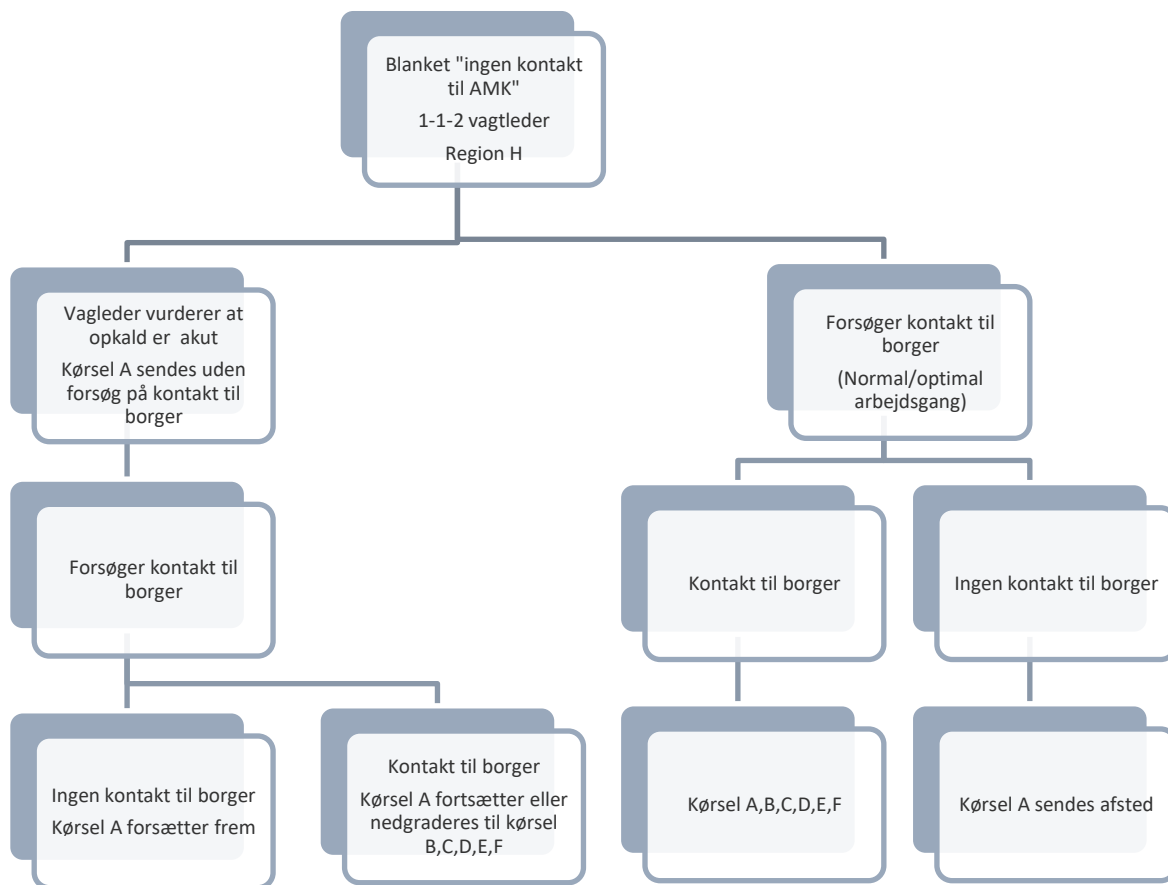
De angivne 588 hændelser, der fandt sted i perioden fra 1. juni til 31. august 2021, falder således ind under scenarie 3. I disse tilfælde blev der ikke opnået kontakt til 1-1-2 vagtcentralen ved de to viderestillingsforsøg, men i stedet opdateres den fremsendte elektroniske blanket med teksten "ingen kontakt til AMK". Herudover er oplysninger om hændelsesforløbet og borgerens symptomer beskrevet i den elektroniske blanket.

På baggrund af en opdateret elektronisk blanket sendt fra alarmcentralen til 1-1-2 vagtcentralen vurderer vagtlederen, hvorvidt der skal sendes en ambulance med det samme, eller om en eventuel ambulancebestilling kan afvente telefonopkald til borgeren (tilbagekald), når første sundhedsfaglige visitator er ledig.

I forbindelse med tilbagekald vurderes det, hvilken kørselstype der skal sendes til patienten. I de tilfælde, hvor det ikke lykkes at opnå kontakt til borgeren ved tilbagekald, sendes der altid en ambulance med udrykning (A-kørsel).

I livstruende situationer (som fx hjertestop eller lign.) vil personalet i Hovedstadens Beredskab eller Rigspolitiet fastholde borgeren i røret, indtil der er opnået kontakt til regionens 1-

1-2 vagtcentral, med henblik på at rådgive om relevant førstehjælp. Personalet i Hovedstadens Beredskab og Rigspolitiet kan i livstruende situationer desuden telefonisk kontakte regionens 1-1-2 vagtleder direkte med henblik på hurtig aktivering af ambulance med udrykning (A-kørsel). Beskrivelse af proceduren ved kø-opkald er leveret af Akutberedskabet. Se figur C for fremstilling af arbejdsgang.

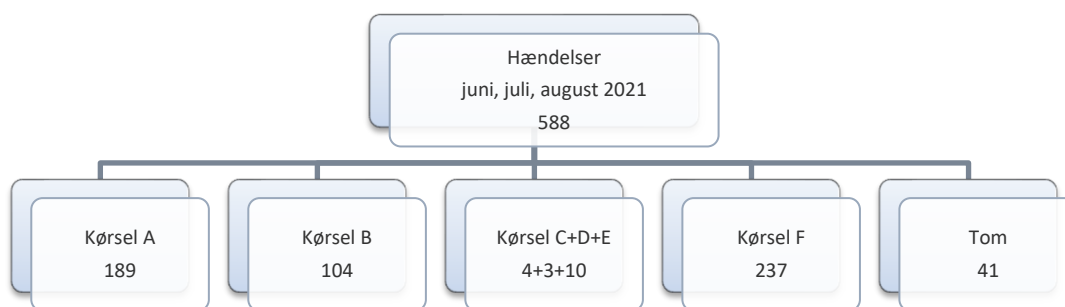


Figur C: Arbejdsgang, når 1-1-2 vagtleder modtager elektronisk blanket "Ingen kontakt til AMK".

Metode

Auditten er gennemført af læger, der arbejder med patientsikkerhed i Center for Sundhed, samt to eksperter og speciallæger i akutmedicin, som har været konsulteret og har gennemgået udvalgte forløb. De to eksperter er udpeget af Region Hovedstadens koncerndirektion. Denne gruppe udgjorde auditgruppen.

De 588 hændelser blev gennemgået i forhold til, hvilken kørselstype der blev sendt til borgeren. Figur D viser antal hændelser fordelt på kørselstype sendt til borgeren.



Figur D: Fordeling af hændelser, efter hvilken kørselstype der er sendt til borgeren. "Tom" betegner de hændelser, hvor det ikke er angivet, hvilken kørselstype der blev sendt til borgeren.

Kørselstyperne er inddelt efter, hvor hurtigt og på hvilken måde borgeren skal transporteres til hospitalet. Kørsel A er den mest akutte og omfatter en ambulance med udrykning, der ifølge servicemålet skal være fremme inden for 15 minutter i 93 pct. af kørslerne. Se bilag 1 for yderligere beskrivelse af kørselstyper og servicemål. Kørsel F betyder, at borgeren selv skal transportere sig til relevant sundhedsfaglig hjælp.

Ud af de samlede 588 hændelser blev der i 189 tilfælde sendt en ambulance med udrykning (kørsel A).

358 hændelser fik tildelt en kørsel B, C, D, E eller F på baggrund af den efterfølgende kontakt, hvor den sundhedsfaglige visitator vurderede, at borgeren ikke havde brug for akut, livreddende hjælp.

Ved 41 hændelser blev det ikke registreret, hvilken kørselstype borgeren fik tildelt.

For de borgere, hvor det ikke var muligt at opnå telefonisk kontakt ved tilbagekald, blev der sendt en ambulance med udrykning (kørsel A). Se Figur C for beskrivelse af arbejdsgang, når 1-1-2 vagtleder modtager en elektronisk blanket med teksten "Ingen kontakt til AMK.

Patientforløb udvalgt til nærmere gennemgang

Auditgruppen besluttede at foretage en nærmere gennemgang af de forløb, der blev visiteret til kørsel A, da 1-1-2 vagtcentralen i disse tilfælde vurderede, at patientens tilstand var potentielt livstruende.

Det blev vurderet, at en eventuel forsinkelse ved 1-1-2 vagtcentralen ikke ville have haft en sundhedsfaglig konsekvens for borgeren, hvis den givne skade blev håndteret ved at sende en kørsel B, C, D, E eller F, da der netop ved disse kørsler ikke vurderes at være en umiddelbar risiko for liv eller færghed. Derfor er disse hændelser ikke omfattet af den nærmere gennemgang.

Det blev derudover besluttet også at gennemgå de forløb, hvor kørselstypen ikke var registreret.

Der var 230 unikke hændelser, hvor der enten blev visiteret kørsel A, eller hvor kørselstypen ikke er registreret. I forbindelse med to af hændelserne er der registreret to forskellige patienter på samme hændelse, hvorfor der i alt er gennemgået 232 patientforløb.

For 22 patientforløb, ud af de samlede 232 forløb, fremgår patientens CPR-nummer ingen steder, og der er ingen ambulancejournal. Derfor var det ikke muligt at slå patienten op i Sundhedsplatformen. Det fremgår af 1-1-2 vagtcentralens IT-system, at ambulancen blev annulleret inden ankomst, enten fordi en anden ambulance var på vej til samme hændelse, fordi patienten ikke var at finde, da ambulancen kom frem, eller fordi patienten ikke ønskede at blive kørt på hospitalet.

De resterende 210 patientforløb er blevet slået op i Sundhedsplatformen eller i ambulancejournalen (PPJ). For syv patientforløb er der intet notat i Sundhedsplatformen og ingen ambulancejournal. Af 1-1-2 vagtcentralens IT-system fremgår det, at opkaldene til 1-1-2 blev stillet over til en læge på 1813, som vurderede, at patienten ikke behøvede at blive set på hospitalet, hvilket forklarer, hvorfor der ikke er et notat i Sundhedsplatformen.

For de resterende 203 patientforløb blev der på baggrund af journalnotater fra Sundhedsplatformen og/eller ambulancejournalen (PPJ) foretaget en lægefaglig vurdering af, hvorvidt den forsinkede afsendelse af ambulance i forbindelse med kø-opkaldshændelsen kan have haft sundhedsfaglig konsekvens for borgerne. Relevante journalnotater fra den givne indlæggelse er gennemlæst med særligt fokus på diagnose, symptomernes alvorlighed og behovet for akut behandling.

De 210 patientforløb blev inddelt i to kategorier:

1. Ingen sundhedsfaglig konsekvens af forsinkelsen ved kø-opkald.

2. Behov for nærmere ekspertvurdering af en eventuel sundhedsfaglig konsekvens. Alle patienter afdøet ved døden blev placeret i denne kategori, uanset om døden indtraf i forbindelse med den givne indlæggelse eller på et senere tidspunkt.

Læger, der dagligt arbejder med patientsikkerhed i Center for Sundhed, foretog denne vurdering. Vurderingen blev foretaget individuelt, og lægerne mødtes efterfølgende for at afklare, om der var enighed om kategoriseringen. Der var gennemgående enighed om kategoriseringen, og ved den mindste tvivl om, hvorvidt der kunne have været en sundhedsfaglig konsekvens, blev patientforløbet sendt til ekspertvurdering.

På baggrund af ovenstående kategorisering blev det vurderet, at 26 patientforløb skulle vurderes af de to eksperter i akut medicin.

Patientforløb til ekspertvurdering

De akutmedicinske eksperter, som skulle vurdere de udvalgte 26 patientforløb, er ansat på to forskellige hospitaler og har ikke relation til Region Hovedstadens Akutberedskab. Den ene ekspert er Jens Rasmussen, der er ledende overlæge ved Akutmodtagelsen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og uddannet speciallæge i både almen medicin og akutmedicin. Den anden ekspert er Kasper Karmark Iversen, der er overlæge ved Akutmodtagelsen på Herlev og Gentofte Hospital, speciallæge i kardiologi og akutmedicin og professor i akutmedicin ved Københavns Universitet.

I forbindelse med vurderingen af de 26 patientforløb havde de to eksperter adgang til Sundhedsplatformen, ambulancejournalen samt oplysninger om tider for modtagelse af den elektroniske blanket, bestilling af ambulance og ankomst og afgang af de rekvirerede ambulancer.

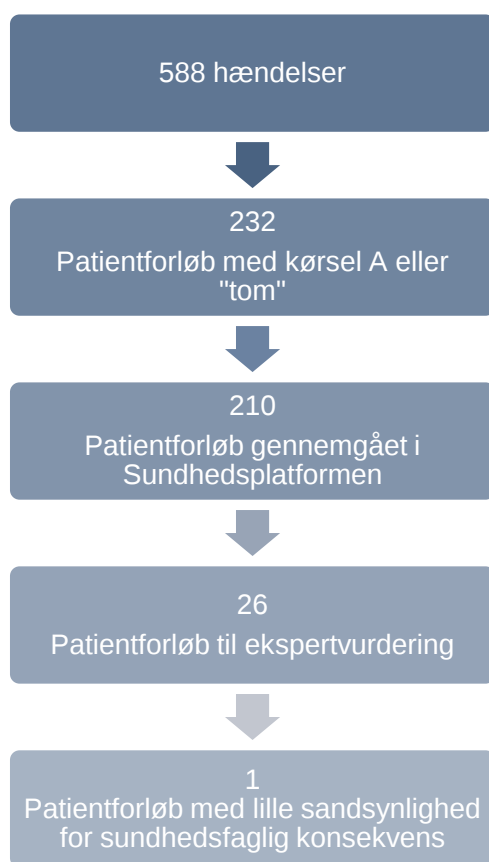
Eksperterne gennemgik forløbene individuelt og inddelte dem i følgende fire kategorier:

- A. Ingen sandsynlighed for, at forsinkelse har haft sundhedsfaglig konsekvens
- B. Lille sandsynlighed for, at forsinkelse har haft sundhedsfaglig konsekvens
- C. Moderat sandsynlighed for, at forsinkelse har haft sundhedsfaglig konsekvens
- D. Overvejende sandsynligt, at forsinkelse har haft sundhedsfaglig konsekvens

Eksperterne foretog først vurderingerne individuelt og mødtes herefter for at afklare, hvorvidt der var enighed om kategoriseringerne. Der var enighed om vurderingen og kategoriseringen af alle 26 patientforløb.

Resultater

Ved gennemgang af de 588 forløb som beskrevet er der kun ét patientforløb, hvor det vurderes, at der kan være en lille sandsynlighed for, at forsinkelsen i afsendelsen af ambulance som følge af kø-opkald har haft sundhedsfaglig konsekvens for borgeren. Der er således ingen patientforløb, som er kategoriseret med en moderat eller overvejende sandsynlighed for, at en forsinkelse har haft sundhedsfaglig konsekvens.



Figur C: Gennemgang af patientforløb.

Det patientforløb, hvor eksperterne fandt en lille sandsynlighed for en sundhedsfaglig konsekvens af forsinkelsen, omhandler et forløb med hjertestop og beskrives (i anonymiseret form) i det følgende:

75-årig kvinde faldet om med hjertestop i København. Hun led af hjertekarsygdom.

Episoden blev bevidnet af en civil person, der startede hjerte-lunge-redning ved brug af en hjertestarter. Denne indsats var stoppet ved ambulancens ankomst, som derfor straks genoptog den livredende behandling.

Der gik 53 sekunder, fra 1-1-2 vagtcentralen modtog den elektroniske blanket vedrørende hændelsen, til vagtlederen meldte, at en ambulancekørsel A var klar til at blive disponeret til skadestedet.

Ambulancen var fremme ved skadestedet 4 minutter og 13 sekunder, efter den blev disponeret af den sundhedsfaglige visitator ved 1-1-2 vagtcentralen.

Efter yderligere 4 minutter ankom der en akutmægebil til stedet, hvorefter patienten blev intuberet (fik hjælp til at trække vejret) og medicinsk behandlet.

Inden ankomst til hospitalet var der etableret en vedvarende hjerterytme (ROSC) hos patienten. En røntgenundersøgelse af hjertets kranspulsårer (KAG) viste kronisk åreforkalkning af hjertets blodkar. Dette blev vurderet at være årsagen til patientens hjertestop.

Patienten blev, efter længere tids indlæggelse, udskrevet til fortsat genoptræning grundet svækkelse på baggrund af hjertestoppet og tilkommen infektion under indlæggelsen.

Borgeren overlevede, men ved hjertestop kan minutter være afgørende for prognosen, da selv relativt kortvarig iltmangel kan medføre skade på organer som hjerne og hjerte. Udover tiden, hvor en persons hjerte ikke pumper, er personens øvrige sygdomme og forudgående funktionsniveau også betydende for udfaldet. I det givne tilfælde gik der 53 sekunder, fra 1-1-2 vagtcentralen modtog den elektroniske blanket vedrørende opkaldet, til der blev disponeret en ambulance med kørsel A af den sundhedsfaglige visitator. Ambulancen var fremme ved skadestedet 4 minutter og 13 sekunder, efter den blev bestilt af den sundhedsfaglige visitator ved 1-1-2 vagtcentralen. Denne responstid vurderes for hurtig. Hvis det forudsættes, at de 53 sekunders forsinkelse i disponeringen af ambulancen også betød, at ambulancen ankom 53 sekunder senere til skadestedet, og det samtidig forudsættes, at kvinden ikke havde cirkulation i den tid, så kan det ikke udelukkes, at dette kan have haft betydning for forløbet. Der vurderes samlet set at være en lille sandsynlighed for, at forsinkelsen kan have medført et dårligere funktionsniveau for borgeren efter udskrivelse.

Konklusion

I perioden fra 1. juni til 31. august 2021 er der identificeret 588 hændelser, hvor det ikke var muligt for alarmcentralen, inden for to forsøg, at viderestille opkald til Region Hovedstadens 1-1-2 vagtcentral. Formålet med denne audit var at afdække, hvorvidt den heraf affødte forsinkelse i 1-1-2 vagtcentralens respons har haft sundhedsfaglige konsekvenser for de berørte borgere.

Der er identificeret ét patientforløb, hvor der er en lille sandsynlighed for, at forsinkelsen kan have haft sundhedsfaglig konsekvens for borgeren. I det identificerede patientforløb overlevede patienten, men det kan ikke udelukkes, at den beskedne forsinkelse på 53 sekunder kan have haft betydning for borgerens funktion efter genoptræning, da få minutter uden hjertecirkulation kan have stor betydning for udfaldet.

For de øvrige 587 hændelser vurderes det, at forsinkelsen ikke har haft nogen sundhedsfaglig konsekvens for borgeren.

Samlet set vurderes det, at der **ikke** har været alvorlige sundhedsfaglige konsekvenser ved forsinkelse i forbindelse med håndtering af kø-opkald i denne periode.

Bilag 1

Respons- og kørselstyper

Respons- og kørselstyper	Servicemål
Kategori A: Livs- eller førlighedstruende opgaver, og udover ambulancen vil der ofte være brug for supplerende indsatser med paramediciner og/eller akutlæge. Kategori A afvikles altid med udrykning.	Det politisk fastsatte servicemål for A-kørsler er, at 93 pct. af A-kørslerne skal være fremme inden for 15 minutter.
Kategori B: Hastende opgaver, hvor der ikke umiddelbart er risiko for liv eller førlighed. Anvendelse af udrykning til B-kørsler beror på en konkret vurdering hos ambulancemandskabet.	Det administrativt fastsatte servicemål for B-kørsler er, at 93 pct. af B-kørslerne skal være fremme inden for 30 minutter.
Kategori C: Ambulancekørsel til ikke-hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver, der kræver medicinsk behandling eller overvågning. C-kørsler afvikles uden udrykning.	Det interne administrativt fastsatte servicemål er, at 90 pct. af C-kørslerne skal være fremme inden for 2 timer.
Kategori D: Liggende sygetransportkørsler, der ikke kræver behandling eller medicinsk overvågning. Disse afvikles oftest af sygetransportvogne, men kan varetages af ambulan- cer ved ledig kapacitet.	Det interne administrativt fastsatte servicemål er, at 90 pct. af D-kørslerne skal være fremme inden for 2 timer.
Kategori E: Siddende patientbefordring, som er kørsel af borgere, der af helbreds- mæssige årsager ikke kan tage offentlige transportmidler til fx undersøgelse eller be- handling på hospitalet. Det er kørsler, der ikke kræver behandling eller medicinsk over- vågning.	
Kategori F: Egen transport til hospital.	

