

Region Hovedstaden
Den Præhospitale Virksomhed

Årsrapport 2012 for Den Præhospitale Virksomhed - Akutberedskabet i Region Hovedstaden

REGION

Resumé

Dette er en årsrapport for Den Præhospitale Virksomhed - Akutberedskabet i Region Hovedstaden omfattende hele 2012. Rapporten beskriver aktiviteter og resultatet samt udviklingsområder.

Rapporten indeholder en beskrivelse af etableringen af Den Præhospitale Virksomhed samt en beskrivelse af aktiviteterne og resultater for de forskellige præhospitale funktioner, herunder AMK-Vagtcentralen med modtagelse og visitation af sundhedsfaglige 112-opkald, aktiviteten på regionens nye Akuttelevon 1813, ambulancetjenesten, akutlægebilerne, akutlægehelikopteren og den liggende patientbefordring (liggende sygetransport).

Desuden indeholder rapporten en beskrivelse af kvalitetsudvikling samt særlige arrangementer og akutte hændelser, som regionens akutberedskab har været involveret i 2012.

Særlige opnåede resultater i Akutberedskabet 2012

- De 36 af de 42 anbefalinger, der indgår i planen for ”Præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedstaden” fra 2008, er nu opfyldt.
- Det danske, og herunder Region Hovedstadens, præhospitale system anerkendes af et internationalt tidsskrift som værende blandt de bedste i Europa.
- I 2012 blev Den Præhospitale Virksomhed akkrediteret.
- Der blev i løbet af 2012 afviklet i alt godt 248.000 kørselsopgaver af regionens præhospitale beredskaber. Godt 125.000 af disse var akutte ambulancekørsler.
- Akutberedskabet har Danmarks bedste responstid på akut ambulancekørsel med udrykning, idet 50 % af alle disse er fremme på godt 6 minutter - en responstid der også er blandt de bedste i Europa.
- Akuttelevonen 1813 modtog gennemsnitligt 13.200 opkald per måned.
- Målet om, at 90 % af alle ambulancer med udrykning er fremme hos borgerne indenfor 13 minutter, er igen opfyldt i 2012 for den samlede region.

Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet blev etableret 1. januar 2012 som en ny tværgående virksomhed med samling af regionens præhospitale akutfunktioner. Kort herefter den 30. januar 2012 blev regionens Akuttelefon 1813 etableret, med denne fik borgerne én telefonisk døgndækket indgang til regionens sundhedsvæsen. Der er i de 11 måneder af 2012 modtaget 145.030 opkald, svarende til et gennemsnit på ca. 13.200 opkald per måned.

Der blev i løbet af 2012 afviklet i alt 248.765 kørselsopgaver af regionens præhospitale beredskaber. Det samlede antal opgaver er på et tilsvarende niveau som i 2011.

Regionens mål for responstid for udrykningskørsler er, at tiden fra AMK-Vagtcentralen modtager opgaven til disponering, til en ambulance med udrykning er fremme hos borgeren, højst må være 13 minutter i 90 % af tilfældene (responstid).

Den mediane responstid i 2012 varierer hen over månederne fra 6 minutter og 0 sekunder til 6 minutter og 24 sekunder for den samlede region, og tilsvarende fra 10 minutter og 35 sekunder til 11 minutter og 52 sekunder for 90 % af tilfældene.

Det fremgår af rapporten, at responstider for regionen samlet og for næsten alle enkelte planområder opfylder det tilstræbte mål (90 % indenfor 13 minutter). Samtidig ligger den mediane responstid, det vil sige, hvornår halvdelen af ambulancerne seneste er fremme for hele regionen, på den akutte ambulancekørsel med udrykning på 6 minutter og 12 sekunder, hvilket er de bedste responstider i Danmark og blandt de bedste i Europa.

Responstidsmålet for de ikke-livstruende akutte ambulancekørsler er, at 90 % er fremme senest inden for 25 minutter. Dette opfyldes tilnærmelsesvis, men varierer planområderne imellem fra 17 til 32 minutter for 2012 samlet.

Regionens akutlægebiler er en vigtig del af regionens daglige beredskab. Regionen har fem akutlægebiler, hvoraf de tre er døgndækkende. Disse disponeres af regionens AMK-Vagtcentral til alle akutte, ofte livstruende tilstande, hvor en tidlig avanceret behandling og lægelig vurdering kan have betydning for patientens videre forløb. Akutlægebilerne varetager ligeledes de interhospital transport af akutte og kritiske patienter. Dette sikrer, at overflytninger sker hurtigt og med rutineret personale samtidig med, at det enkelte hospital aflastes i den akutte situation.

Derudover råder regionen i samarbejde med Region Sjælland over en akutlægehelikopter, der frem til maj 2012 var finansieret af TrygFonden. Ordningen finansieret nu via Finansloven som en midlertidig ordning frem til den kommende landsdækkende akutlægehelikopterordning idriftsættes medio 2014. Akutlægehelikopteren flyver til patienter med tidskritiske tilstande som traumer, blodpropper i hjernen og hjertet, og hvor kørsel med ambulance til specialiseret behandling kan tage mere end 25 minutter.

I 2012 blev regionens akutberedskab ligeledes akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) som den første region i Danmark. Tilsvarende blev regionens ambulanceleverandører også akkrediteret. Det betyder, at virksomhedens arbejde med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring for det præhospitale område i Region Hovedstaden lever op til de nationale standarder, som er fastsat i DDKM.

På patientsikkerhedsområdet er der i 2012 blev rapporteret 241 utilsigtede hændelser og iværksat tre kerneårsagsanalyser med henblik på læring og udvikling. Den Præhospitale Virksomhed har i 2012 modtaget 62 klager.

Region Hovedstadens Præhospitale Virksomhed havde i sommeren 2012 besøg af det anerkendte britiske tidsskrift Ambulance Today, som efter besøg i Danmark, deriblandt et besøg på Region Hovedstadens AMK-Vagtcentral, fastslog at det danske præhospitale system og herunder Region Hovedstadens præhospitale system, er blandt de bedste i Europa. Dette skyldes bl.a. den høje integrationen af det præhospitale system i det overordnede sundhedsvæsen samt de anvendte telemedicinske løsninger.

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	2
Det præhospitale område.....	6
Etablering af et samlet akutberedskab	6
Regionens AMK-Vagtcentral og Akuttelefonen 1813	7
Ambulancer og akutlægebiler.....	8
Akutlægehelikopter	8
Liggende sygetransport.....	8
Aktiviteter og resultater.....	10
Visitation af 112-opkald	10
Akuttelefonen 1813	11
Antal patienttransporter	13
Responstider.....	15
Akut ambulancekørsel kategori A	15
Akut ambulancekørsel kategori B	17
Ikke-hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver (kategori C) samt liggende sygetransport (kategori D).....	18
Akutlægebiler	21
Akutlægehelikopter	23
Sundhedsberedskabet	24
Særlige hændelser	24
Øvelser.....	25
Kvalitetsudvikling.....	26
Kvalitetssikring af det præhospitale område	26
Akkreditering.....	26
Registrering af utilsigtede hændelser på det præhospitale område....	27
Klagesager	28
Forskning og udviklingsprojekter	30
Central udlæsning af hjertestartere	30
Bachelorprojekt	30
Ventelister på akutmodtagelser og akutklinikker	31
Belægningsoversigt på intensivafdelinger	31
Erkendelse af hjertestop ved 112-opkald og opfølgning til tilstedeværelsen ved hjertestop.....	32
Offentliggjorte forskningspublikationer	32
Økonomi.....	33
Samlet drift:	33
Udvalgte hovedposter fra drift:	33
Investering.....	34
Perspektivering	35

Det præhospitale område

Den præhospitale indsats i Region Hovedstaden er samlet i Den Præhospitale Virksomhed og udøves af ambulancer, akutlægebiler, akutlægehelikopter (HEMS), liggende sygetransporter samt af regionens AMK-Vagtcentral.

Etablering af et samlet akutberedskab

Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet blev pr 1. januar 2012, etableret som en ny tværgående virksomhed i regionen med henblik på at samle en række tværgående akutfunktioner og skabe sammenhæng i og udvikle de akutte tilbud til regionens borgere.

Virksomhedsdannelsen skete som led i en samlet reorganisering af regionens administrative struktur i 2011 og er således en politisk beslutning om samling af regionens præhospitale funktioner, som desuden ligger i forlængelse af rapporten ”Præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedstaden” med 42 anbefalinger for området fra 2008. Langt hovedparten af de politiske anbefalinger fra 2008 er således opfyldt (36 ud af 42). De resterende kun delvist eller ikke-opfyldte anbefalinger drejer sig eksempelvis om, at Region Hovedstaden kun skal være betjent af én alarmcentral - men en beslutning om sammenlægning af de to nuværende alarmcentraler hos hhv. politiet og Københavns Brandvæsen ligger uden for regionens beslutningskompetence.

Etableringen af Den Præhospitale Virksomhed understøtter ligeledes Sundhedsstyrelsens anbefalinger i rapporten ”Styrket akutberedskab” 2007 samt regionens Hospitals- og Psykiatriplan 2020.

Samling af de tværgående opgaver inden for akutområdet bidrager til at skabe lighed og samme høje kvalitet i alle dele af det præhospitale patientforløb samt styrker overblikket og koordinationen af regionens præhospitale beredskab og dermed sikrer en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Den Præhospitale Virksomhed består på nuværende tidspunkt af to store sundhedsfaglige enheder samt en administrationsenhed. Organiseringen af virksomheden skal sikre entydig ledelse og dermed entydigt ansvar og samtidig tilgodese, at en lang række af de akutte opgaver varetages på tværs, hvorfor en høj grad af fleksibilitet i organisationen er nødvendig.

Overordnet har Den Præhospitale Virksomhed det ledelsesmæssige og økonomiske ansvar for løsning af følgende opgaver samt drift af de tilhørende funktioner:

- Sundhedsfaglig rådgivning, visitation og disponering af præhospitale ressourcer gennem de sundhedsfaglige 112-opkald og opkald til Akuttelefonen 1813
- Akutlægebiler, akutlægehelikopter og psykiatrisk akutberedskab
- Kontrakter for ambulancekørsel og liggende patientbefordring med monitorering og kvalitetssikring af kontrakterne

- Akut Medicinsk Koordination (AMK), som er det operative akutte beredskab i regionen og koordination af beredskabet mellem det præhospitale område og regionens hospitaler samt psykiatrien
- Sundhedsberedskabsplaner og øvelsesaktiviteter i samarbejde med andre myndigheder, herunder politi og redningsberedskaber samt en løbende opdatering af regionale beredskabsplaner
- Forsknings- og udviklingsprojekter samt tværgående uddannelsesaktiviteter inden for det præhospitale område
- Sikring af en høj kvalitet og en bestandig kvalitetsudvikling på det præhospitale område

Regionens AMK-Vagtcentral og Akuttefonen 1813

Regionens AMK-Vagtcentral er ”kommandocentral” for regionens samlede akutte beredskab og dermed den koordinerende funktion for al præhospitals indsats med ambulancer, akutlægebiler, akutlægehelikopter og liggende sygetransporter. AMK-Vagtcentralen er beliggende ved Herlev Hospital.

AMK-Vagtcentralen har siden maj 2011 modtaget alle sundhedsfaglige 112-opkald. Det sundhedsfaglige personale vurderer, prioriterer og visiterer opkaldene efter behov og hastegrad og rådgiver borgerne samtidig med, at en dispatcher sikrer den hurtigste og bedst mulige logistiske løsning under hensyn til ressourcer og det samlede beredskab.

Opgaverne til regionens AMK-Vagtcentral kommer dels via telefoniske 112-opkald overleveret fra 112-alarmcentralerne og dels direkte fra regionens eget personale, fx de centrale visitationer (CVI), hospitalsafdelinger, psykiatriske centre og lægevagten.

Der gennemføres i gennemsnit knapt 700 kørselsopgaver per døgn, hvoraf ca. 60 % er akutte opgaver (ambulance- og akutlægebilskørsel). Alle opgaver registreres elektronisk og 112-samtalerne voicelogges (optages) med henblik på dokumentation, kvalitetssikring og læring.

Akuttefonen 1813, der også er en del af AMK-Vagtcentralen, tilbyder regionens borgere vejledning i almindelige forholdsregler ved akut opstået sygdom og skade samt oplyser om ventetider på regionens akutmodtagelser og akutklinikker. Der modtages gennemsnitlig 13.200 opkald per måned. Alle 1813-samtalerne voicelogges ligeledes med henblik på dokumentation, kvalitetssikring og læring. Borgerne har med Akuttefonen 1813 fået én telefonisk døgndækket indgang til sundhedsvæsenet, som rådgiver patienten om det rette niveau for behandling og derigennem sikres en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

AMK-Vagtcentralen varetager desuden regionens koordinerende opgaver i forbindelse med det operative sundhedsberedskab. Ved større ulykker og beredskabshændelser leder og koordinerer AMK-Vagtcentralen regionens samlede indsats, der involverer sundhedsvæsenet. AMK-Vagtcentralen er den akutte indgang til regionens sundhedsberedskab for de enkelte hospitaler og for de eksterne samarbejdspartnere, herunder redningsberedskabet, politi, regionens kommuner, Sundhedsstyrelsen med flere. Endvidere er det AMK-

Vagtcentralen, der fra eksterne samarbejdsparter modtager beredskabsinformation og sikrer, at det videreformidles til de rette inden for regionen.

Ambulancer og akutlægebiler

Regionen har kontrakt med tre ambulanceleverandører: Falck A/S, Københavns Brandvæsen og Frederiksberg Brandvæsen. Kontrakterne er alle indgået som en leverance af driftstid, som regionens AMK-Vagtcentral kan disponere over til løsning af opgaver i hele regionen.

Regionens akutlægebiler yder støtte til ambulancerne samt yder avanceret lægelig behandling præhospitalt. Akutlægebilerne disponeres af regionens AMK-Vagtcentral til alle akutte, livstruende tilstande, hvor en tidlig avanceret behandling og lægelig vurdering har betydning for diagnostik, behandling og visitation.

Ved alle større ulykker og særlige hændelser fungerer en på forhånd udpeget akutlæge som sundhedsvæsenets indsatsleder (Indsatsleder Sund, tidligere kaldet KOOL). Indsatslederen indgår i den fælles indsatsledelse sammen med politiets og redningsberedskabets indsatsledere. Der er hver dag en udpeget indsatslederuddannet læge til at varetage indsatslederfunktionen, som samtidig har vagt på en af de fem akutlægebiler.

Akutlægebilerne bistår endvidere med lægelig ledsagelse og assistance til udvalgte interhospital transport, det vil sige overflytninger af kritisk syge patienter mellem hospitalerne, der kræver ledsagelse på speciallægeniveau. Det sker med henblik på at sikre højere kvalitet i de kritiske overflytninger og samtidig at aflaste det enkelte hospitals akutte beredskab i situationen. En interhospital transport visiteres altid i samarbejde med den vagthavende læge på regionens AMK-Vagtcentral.

Akutlægehelikopter

Region Hovedstaden har sammen med Region Sjælland siden maj 2010 haft en akutlægehelikopter som del af akutberedskabet (ALH eller HEMS for Helicopter Emergency Medical Services). Forsøgsordningsprojektet var frem til maj 2012 finansieret af TrygFonden og siden ved finanslovsmidler.

Projektets første år er blevet sundhedsfagligt og økonomisk evalueret ved et Ph.d.-projekt og en uafhængig DSI rapport (nu KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning). Evalueringen blev offentliggjort i januar 2012 og har sammen med evalueringen fra den tilsvarende jyske akutlægehelikopterforsøgsordning dannet grundlag for planlægning af det kommende landsdækkende udbud om tre døgndækkede akutlægehelikoptere i Danmark fra medio 2014.

Liggende sygetransport

Regionens AMK-Vagtcentral står for planlægning og disponering af den liggende sygetransport, der er adskilt fra den siddende sygetransport, som ikke er en del af regionens akutberedskab.

Der er i forbindelse med de aktuelle kontrakter for den liggende sygetransport fastsat et 90 minutters servicevindue, hvilket betyder, at senest 90 minutter efter ønsket afhentning eller tidligst 90 minutter før ønsket afsætning, skal borgeren være under transport henholdsvis afleveret på den ønskede adresse.

Aktiviteter og resultater

Der er i hele 2012 afviklet i alt godt 248.000 opgaver af de præhospitale beredskaber samlet for regionen. Fordelingen på enheder fremgår af nedenstående tabel:

Akutte ambulancekørsler	125.381
Akutlægebilskørsler	18.189
Planlagte ambulancekørsler	34.437
Akutte interhospital transport	10.189
Sygetransporter (liggende)	60.569
I alt	248.765

Note: Akutte interhospital transport udføres af akutte ambulancer og akutlægebiler fordelt henholdsvis med 8.815 og 1.374 kørsler. De 1.374 kørsler er således ikke indeholdt i tallet for akutlægebilskørsler. Det totale antal akutlægebilskørsler er 19.563 inkl. de interhospital transport.

Kørselskategori	Service mål	2012	2011
Ambulancer med udrykning (kategori A)	Median responstid 6-8 min.	06:12	06:34
	90 % percentil $\leq$ 13 min.	11:10	10:50
Ambulance uden udrykning (kategori B)	90 % percentil $\leq$ 25 min.	26:27	26:16
	90 % indenfor 90 min.	70 %	74 %
Sygetransporter (liggende)	90 % indenfor 90 min.	70 %	74 %

Note: Tal er opgjort i minutter og i sekunder. Den mediane responstid er et udtryk for, hvornår 50 % af ambulancer med udrykning senest er fremme hos borgerne. 90 % percentilerne er et udtryk for, hvornår 90 % af ambulancerne senest er fremme hos borgerne. Servicemålet for, at mindst 90 % ambulancer med udrykning er fremme inden for 13 minutter, er et krav fastlagt af regionsrådet.

Visitation af 112-opkald

Det er 112-alarcentralen, der modtager alle opkald fra borgerne. 112-operatøren har til opgave at stedfæste hændelsen. Det vil sige, at afklare hvilken adresse hændelsen foregår på, og derefter videresende alle opkald vedrørende sygdom og tilskadekomst til regionens sundhedsfaglige medarbejdere på regionens AMK-Vagtcentral. Det er regionens servicemål, at 90 % af opkaldene skal være besvaret inden for 10 sekunder. Dette servicemål er opfyldt, idet 99,6 % af opkaldene er besvaret inden for 10 sekunder, og med et gennemsnitlig tid på 4 sekunder fra opkaldet er overdraget til AMK-Vagtcentralen, til den sundhedsfaglige medarbejder besvarer opkaldet.

Nedenstående tabel viser antal sundhedsfaglige 112-opkald til AMK-Vagtcentralen, samt hvilket respons opkaldet har resulteret i.

Kørselsprioritet	Antal opkald	Procent
Kategori A	51.141	42,8 %
Kategori B	40.067	33,5 %
Kategori C og D	593	0,5 %
Kategori F (rådgivning)	27.799	23,2 %
I alt	119.600	100,0 %

Note: Akutlægebilskørsler er inkluderet i tabellen.

Ved samtalen med den sundhedsfaglige medarbejder fastlægges behovet for indsats og hastegraden heraf for den pågældende borgers sygdom eller tilskadekomst. Visitationstiden, det vil sige, tiden fra regionen har modtaget samtalen fra 112-alarmcentralerne til opgaven er visiteret og sendt til disponering, har ligget på 83 sekunder (median) for det samlede antal opkald i 2012 mod 90 sekunder i 2011. For opgaver i kategori A (livs - eller førlighedstruende tilstande) er tiden 64 sekunder (median) i 2012 mod 72 sekunder i 2011.

Efter visitation og disponering af den korrekte præhospitale indsats fortsætter samtalen med rådgivning af indringer til en gennemsnitlig samtalevarighed på 3 minutter i 2012, hvilket er uændret i forhold til 2011. Gennemsnittet dækker dog over en meget stor variation fra de situationer, hvor der ikke er behov for råd og vejledning til de komplicerede og/eller livstruende tilfælde, hvor vejledningen fortsætter frem til, at ambulance eller akutlægebil er fremme hos patienten.

Til at vurdere, hvilket respons der er korrekt i forhold til indringers behov for hjælp, benyttes Dansk Indeks for Akuthjælp, der er et medicinsk beslutningsstøtteværktøj for de sundhedsfaglige medarbejdere på regionens AMK-Vagtcentral.

De overordnede kategorier er kort beskrevet nedenfor:

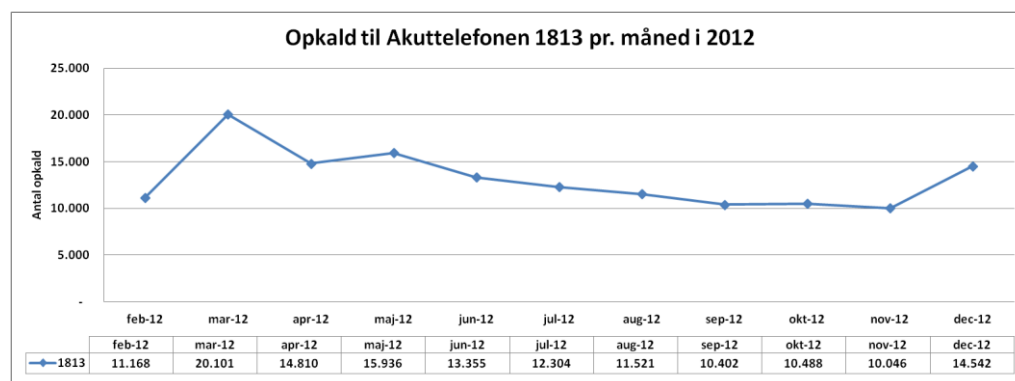
Kategori A: Livs - eller førlighedstruende tilstande , hvor der ud over ambulancen ofte vil være brug for supplerende indsats med paramediciner og/eller akutlæge. Disse kørsler afvikles altid med udrykning.
Kategori B: Hastende opgaver , men hvor der ikke er umiddelbar risiko for liv eller førlighed. Anvendelse af udrykning beror på en konkret vurdering.
Kategori C: Ikke-hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver, der kræver medicinsk behandling eller overvågning. Disse kørsler afvikles uden udrykning.
Kategori D: Liggende transport , der ikke kræver behandling eller medicinsk overvågning. Disse kørsler afvikles i de fleste tilfælde med en sygetransportvogn.

Kategori A og B er akutte ambulanceopgaver, kategori C er ikke-hastende og planlagte ambulanceopgaver og kategori D er liggende sygetransportkørsler.

Akuttelefonen 1813

Med oprettelsen af Akuttelefonen 1813 yder de sundhedsfaglige medarbejdere på AMK-Vagtcentralen vejledning i almindelige forholdsregler ved akut opstået sygdom og tilskadekomst samt oplyser ventetider på regionens akutmodtagelser og -klinikker. Det er regionens servicemål, at minimum 90 % af opkaldene skal være besvaret inden for 2 minutter. Dette servicemål er opfyldt, idet 96 % er besvaret inden for 2 minutter med en gennemsnitlig samtalevarighed på 4½ minutter. Der blev i 2012 modtaget 145.030 opkald, svarende til et gennemsnit på 13.200 opkald per måned i de 11 måneder Akuttelefonen i 2012 var i drift.

Nedenstående tabel viser antal opkald til Akuttelefonen per måned i 2012.

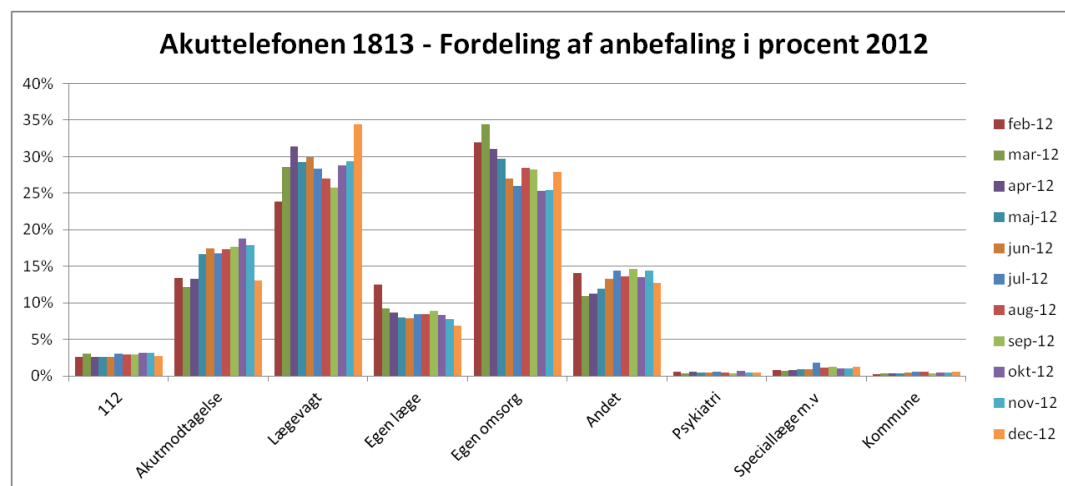


Note: Akuttelefonen startede den 30. januar 2012.

Til at vurdere, hvilken anbefaling der er korrekt i forhold til indringers behov for hjælp, benyttes et beslutningsstøtteværktøj for de sundhedsfaglige medarbejdere på regionens AMK-Vagtcentral for hjælp til korrekt spørgen ind til indringers behov for rådgivning og behandling.

I december 2012 gav den øgede influenzaaktivitet i Region Hovedstaden udslag i flere opkald til Akuttelefonen, svarende til 8-10 % af de samlede opkald.

Nedenstående tabel viser en kategoriseret fordeling af den sundhedsfaglige medarbejders rådgivning og henvisning i procent fra februar til december 2012.



Ved opkald fra borgere, hvor det efter den sundhedsfaglige medarbejders vurdering har vist sig at vedrøre alvorlig og akut sygdom, er der blevet akut visiteret en ambulance, svarende til ca. 3 % af opkaldene. Dette sker direkte fra Akuttelefonen og uden viderestilling eller forsinkelse i øvrigt. Dermed opnås en sammenhæng og synergieffekt til gavn for borgerne ved, at medarbejderne kan betjene begge systemer og er placeret sammen på AMK-Vagtcentralen.

Antal patienttransporter

Aktivitetmæssigt er den samlede kørselsmængde i 2012 i forhold til 2011 stort set uændret. Forskellen mellem de nedenstående 230.576 patienttransporter og det samlede antal på 248.765 kørsler skyldes antallet af akutlægebilskørsler, hvor ambulance og akutlægebil sendes til samme patient. Tallene dækker dog over betydelige forskelle indenfor de enkelte kørselskategorier.

Af de 10.189 akutte interhospital kørsler (kategori A og B) i 2012 har 1.374 været med akutlægeledsagelse svarende til, at ca. 13,5 % af kørslerne foregik med kritisk syge patienter.

Patienttransport opgaver i 2011 og 2012				
Transport kategori	Antal 2012	Antal 2011	Ændring (Antal)	Ændring (%)
Ambulance kategori A	52.421	52.713	-292	-0,6 %
Ambulance kategori B	72.960	71.434	1.526	2,1 %
Akutte interhospital transport	10.189	8.525	1.664	16,3 %
Ambulance kategori C	34.437	42.225	-7.788	-22,6 %
Sygetransport kategori D	60.569	54.184	6.385	10,5 %
Total	230.576	229.081	1.495	0,6 %

Forskydningen mellem kategori C og D skyldes en ændret opgørelsesform i forhold til 2011, hvor kørslerne blev opgjort efter hvilken type køretøj, der havde varetaget opgaven. I 2012 er opgørelsen lavet ud fra, hvilken prioritet opgaven har, således at transporter med D-prioritet, der er udført af ambulancer nu er registreret som D-kørsler. For kørsel C og D tilsammen er der fra 2011 til 2012 sket et mindre fald på 1.403 kørsler, svarende til 1,5 %.

Det fremgår, at det samlede antal opgaver/kørsler i 2012 tilnærmelsesvis er det samme som i 2011. Historisk set har det været normen med en tilvækst i ambulancekørsler med 3-7 % årligt. I perioden fra 2008 til 2010 var den samlede stigning på 9,6 % i al væsentlighed udløst af en stigning i akutkørsler. Der er dog sket en vis forskydning mellem de enkelte kørselskategorier.

Ved idriftsættelsen af den centrale visitation i maj 2010 skete der et markant forskydning fra C-kørsler til B-kørsler. En sådan bevægelse ses fortsat i 2012, men i betydeligt mindre omfang (2,1 %). Denne forskydning er fortsat et fokusområde i 2013, da en stor del af kørslerne ikke reelt opfylder kriterierne for en B-kørsel, men er forårsaget af et manglende kendskab hos bestillerne til det forventede serviceniveau ved C-kørsler. B-kørsler er i langt mindre grad end C-kørsler planlægningsbare og medfører derfor en uhensigtsmæssig logistik og dermed dårligere udnyttelse af de præhospitale ressourcer. En akut ambulancekørsel afvikles med den første ledige ambulance, hvilket er uhensigtsmæssigt ud fra hensynet til den samlede opgavevaretagelse, ressourceudnyttelse og logistik, såfremt patientens tilstand ikke berettiger til en sådan hastegrad og tidskrav.

Antallet af akutte intrahospitale transporter er steget markant (16,3 %). Dette må ses som en konsekvens af den centralisering af behandling, som er sket i overensstemmelse med hospitalsplanen for at understøtte stort fagligt volumen og høj faglig kvalitet i de sundhedsfaglige behandlingstilbud til regionens borgere.

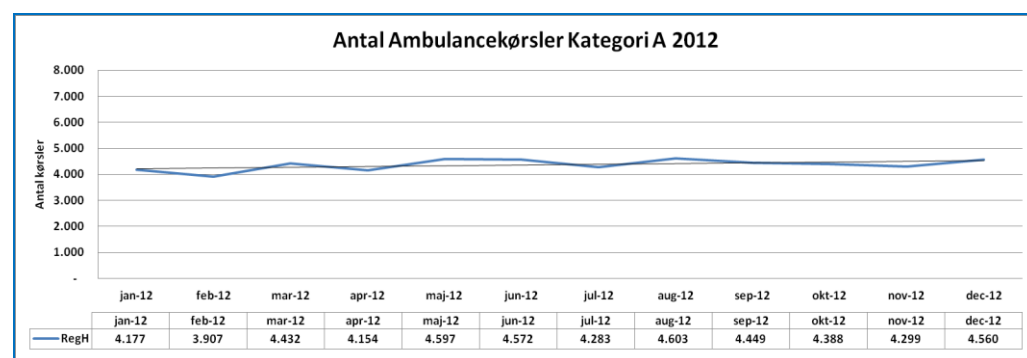
Opgavetid

Opgavetiden er den del af den samlede driftstid, hvor et køretøj er beskæftiget med en transportopgave. På trods af et nogenlunde konstant antal transporter i 2011 og 2012 er opgavetiden til gennemførelse af opgaverne steget. Fra 2010 til 2011 er stigningen på 41 timer dagligt og fra 2011 til 2012 15 timer, hvilket i alt svarer til driftstiden for lidt mere end 4 deldøgnsambulancer eller sygetransportkøretøjer. Stigningen har indtil videre kunnet kompenseres ved en højere og mere effektiv anvendelse af køretøjerne. Som det kan ses ud fra responstider for akutkørsel og servicetider for planlagte transporter det næppe muligt at effektivisere yderligere. Tidspunkterne for yderligere driftstidsbehov er koncentreret til dagtid og tidlig aften, hvor antallet af samtidige opgaver er størst.

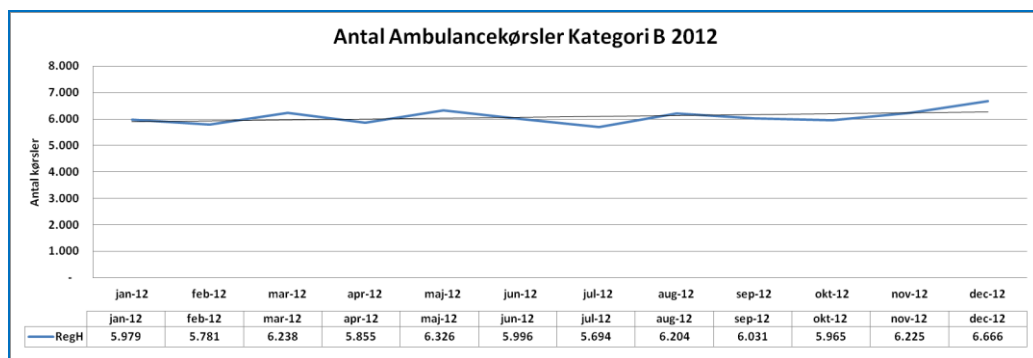
Prioritering af opgaverne gør, at effekten af mangellende ressourcer først viser sig på servicetider og dernæst på responstiderne primært 90 og 98 percentilen. Der er ikke nogen indlysende enkeltfaktor i forhold til køretid, modtagetid på hospital eller andre delelementer, der er ansvarlig for dette øgede tidsforbrug.

Akut ambulancekørsel

I 2012 har antallet af ambulancekørsler i kategori A ligget på et relativt stabilt niveau med et gennemsnit på ca. 4.400 kørsler per måned. Dette er samme niveau som i 2011.



I 2012 har antallet af kategori B opgaver ligeledes ligget stabilt fordelt på ca. 6.000 kørsler per måned, dog med en mindre stigning i slutningen af året. Om der er tale om en reel stigning, eller det er led i en årtidsvariation kan ikke afgøres på nuværende tidspunkt.



Samlet set er der en mindre stigning i det samlede antal akutte kørsler (kategori A og B) som skyldes den før omtalte effekt af bestillingspraksis internt i sundhedsvæsenet.

Sammenlagt betyder stigning i opgavetid og forskydning af opgaver fra planlagt til akutte kørsler, at responstiderne er blevet længere.

Responstider

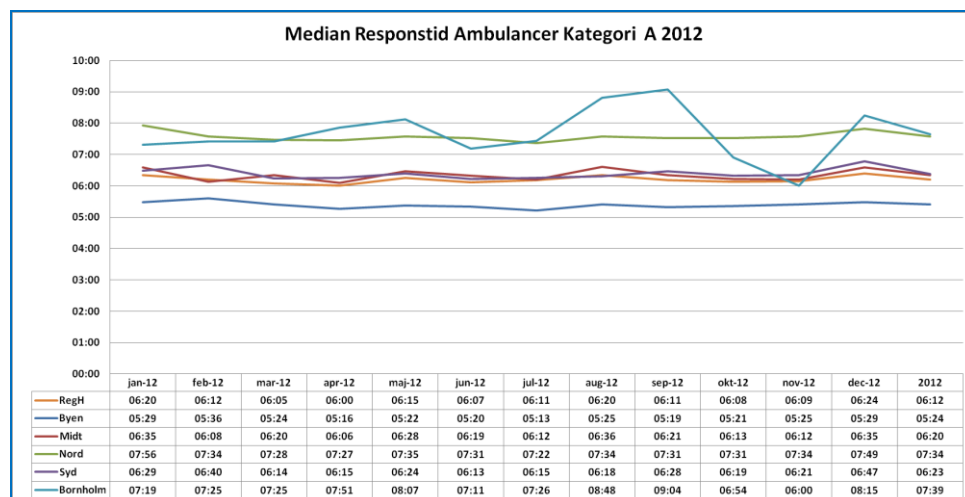
Akut ambulancekørsel kategori A

Regionsrådet har opsat krav til servicemål for responstiderne for ambulancer med udrykning. Kravene betyder, at der stilles samme minimumskrav til udrykning i alle regionens planområder. Kravet til responstider for ambulancer med udrykning (kategori A) er, at 90 % af alle ambulancerne skal være fremme hos borgerne indenfor 13 minutter, efter opgaven er modtaget til disponering på AMK-Vagtcentralen fra 112-alarmcentralerne. Yderligere tilstræbes det, at den mediane responstid opgjort på planområder er mellem seks og otte minutter.

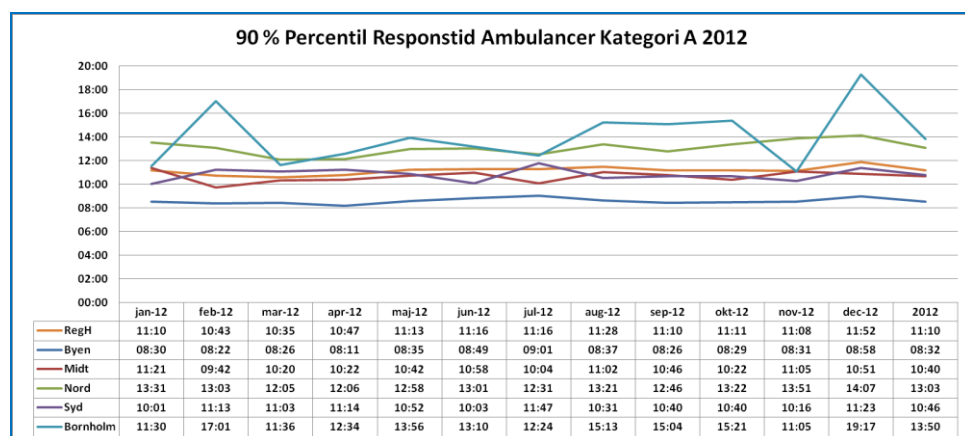
Siden 2010 er responstiderne præsenteret som en median (50 %) og en 90 % percentil. Medianen fortæller indenfor, hvilken tid 50 % af ambulancerne senest har været fremme og 90 % percentilen indenfor, hvilken tid 90 % af ambulancerne senest har været fremme. Et gennemsnit er ikke egnet til at vise fordelingen af responstiderne, hvorimod median og 90 % percentil i højere grad giver en reel beskrivelse af responstiderne og specielt fordelingen heraf. Desuden er 98 % percentiler angivet.

Responstiderne er opgjort i henhold til definitionerne i den præhospitale bekendtgørelse (BKG 1150 af 09/12/2011 og tidligere BKG 977 af 26/09/2006) og er således direkte sammenlignelig med tidligere opgørelser.

Den mediane responstid i 2012 for akut ambulancekørsel (kategori A) varierer hen over månederne fra 6 minutter og 0 sekunder til 6 minutter og 24 sekunder for den samlede region, og tilsvarende fra 10 minutter og 35 sekunder til 11 minutter og 52 sekunder for 90 % af tilfældene.

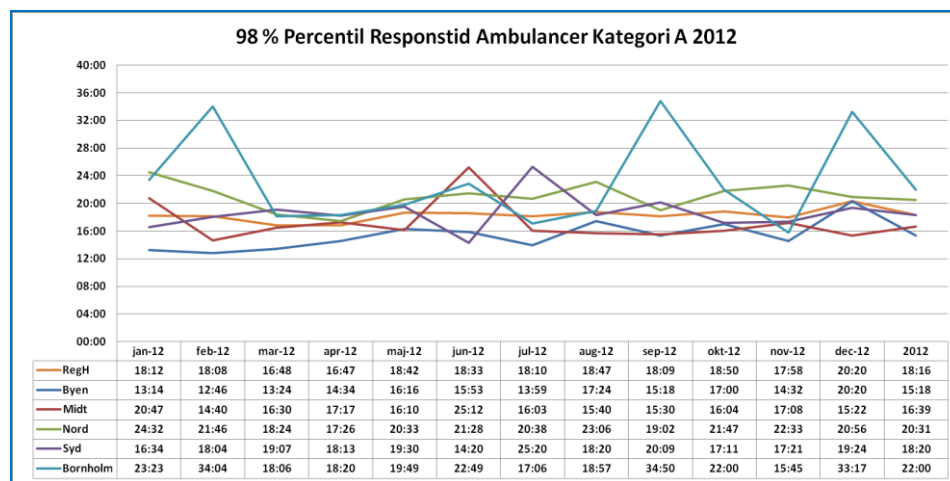


Der er et mindre fald i responstiden for den samlede region for kategori A kørslerne på 22 sekunder i mediantid og en stigning på 20 sekunder for 90 % percentilen (maksimal responstid) i forhold til 2011. De aktuelle værdier ligger fortsat indenfor de krav til servicemål, der er fastlagt af Regionsrådet, det vil sige, at mindst 90 % af kategori A ambulancer er fremme indenfor 13 minutter for den samlede region.



For Bornholm samt planområde Nords vedkommende er målene ikke opfyldt i en del af månederne. På både Bornholm og i planområde Nord afspejler de længere responstider en mere udstrakt geografi og en lavere befolkningstæthed, som er svær at udligne selv med et øget beredskab og deraf følgende større udgifter samt en uforholdsmæssig lav anvendelsesgrad af ambulancerne end tilfældet allerede er i dag.

Tillige medfører det relativt lille antal kørsler på Bornholm store udsving fra måned til måned.

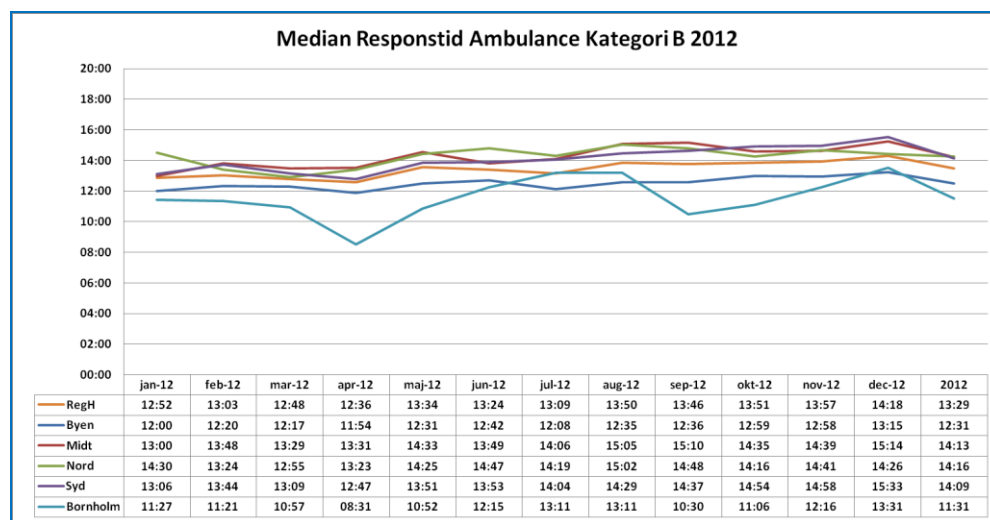


Der er siden regionsdannelsen arbejdet målrettet på en ensartet præhospitals indsats i regionen, herunder at ensrette ambulance- og akutlægedækningen og sikre ensartet disponering af de præhospitale ressourcer uafhængig af leverandører og geografiske forskelle. Endvidere har det også været målet at mindske forskellene mellem responstider i regionens yderområder og det centrale København, hvilket er lykkedes. Forskellen i den mediane responstid er således nu kun ca. 2 minutter og 14 sekunder mod de ca. 4 minutter, der før regionsdannelsen var til forskel mellem de områder med den længste og den korteste responstid.

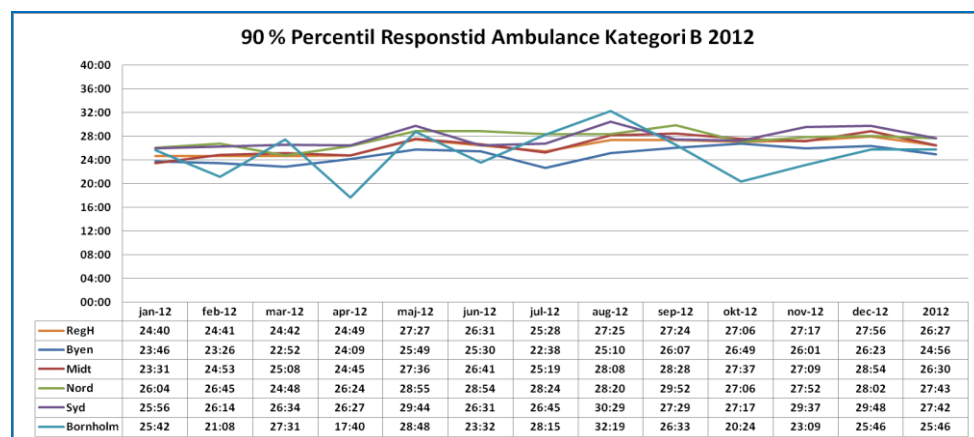
I tæt befolkede områder er antallet af samtidige opgaver den væsentligste faktor for behovet for beredskaber. I tyndt befolkede områder er det den geografiske afstand mellem opgaverne, der er den væsentligste faktor.

Akut ambulancekørsel kategori B

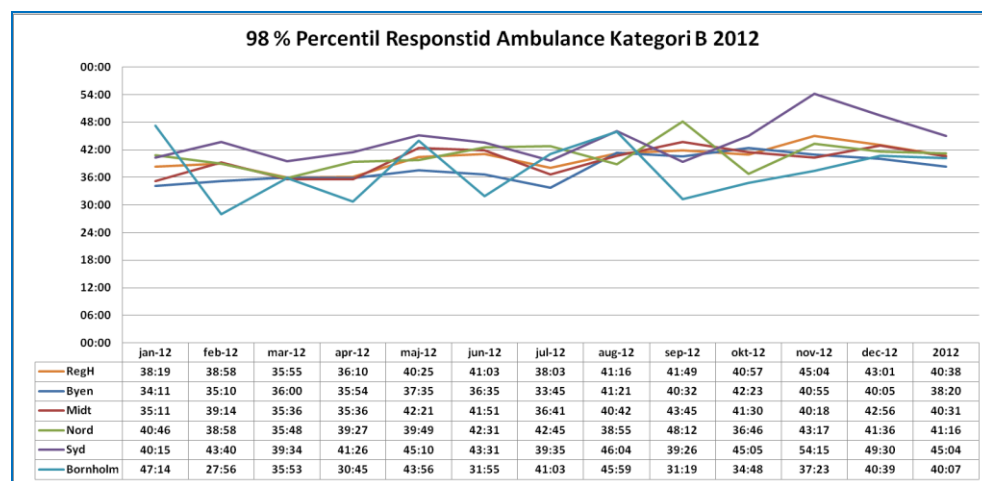
Responstiderne for kategori B ambulancekørsler er angivet nedenfor. Der er ikke fastlagt et politisk servicemål for denne kørselskategori – ambulancekørsel uden udrykning, men akutberedskabet arbejder på at sikre, at 90 % af disse er fremme indenfor senest 25 minutter.



Den mediane responstid i 2012 for kategori B varierer fra 12 minutter og 36 sekunder til 14 minutter og 18 sekunder for den samlede region, og tilsvarende fra 24 minutter og 40 sekunder til 27 minutter og 56 sekunder for 90 % af tilfældene. For kategori B kørslerne er mediantiden samt 90 % percentilen for responstiden på tilsvarende niveau som i 2011 med en difference på ca. 10 sekunder.



Responstiderne er fortsat lave og blandt de bedste i Danmark. Der er fortsat fokus på at sikre en korrekt bestillingsprioritering fra hospitalerne i forhold til patienternes behov. Det øgede tidsforbrug, der skyldes længere kørevej til relevant behandlingssted, er uundgåeligt, når patienterne skal sikres visitation til specialist behandling. Et eventuelt øget tidsforbrug i forbindelse med overlevering skal håndteres i samarbejde med akutmodtagelser/-klinikker.

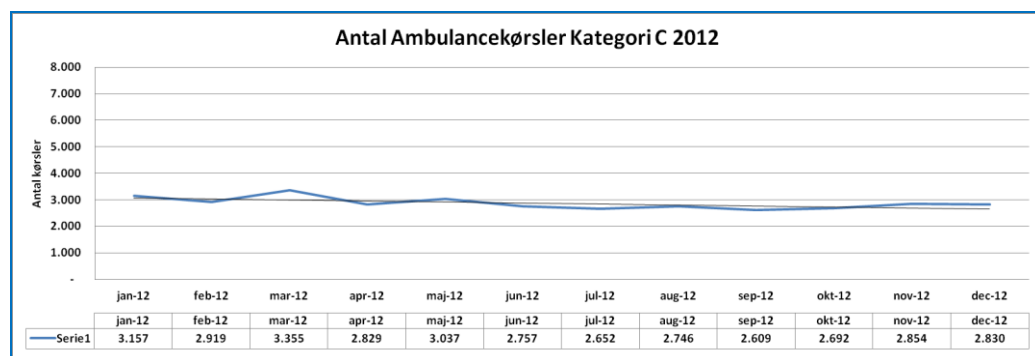


Ikke-hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver (kategori C) samt liggende sygetransport (kategori D)

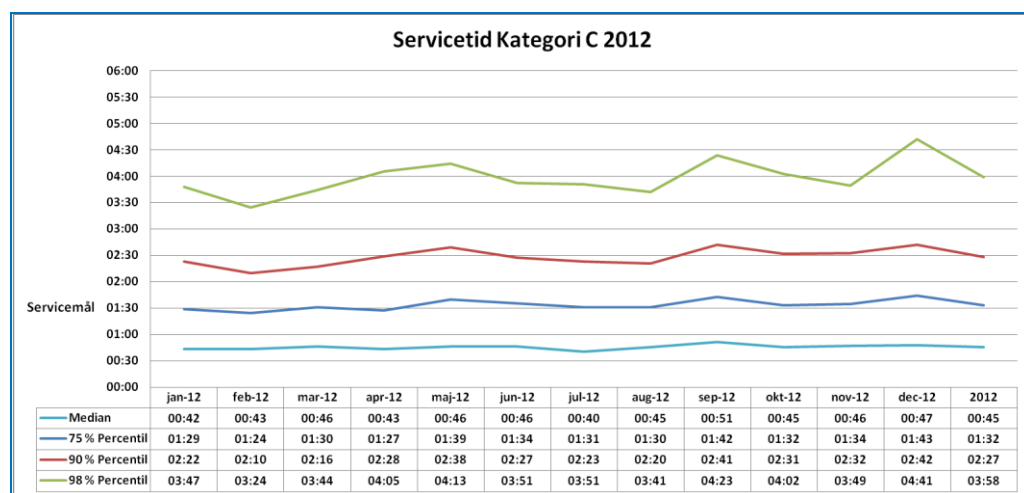
Det gælder for begge kørselskategorier, at der er tale om ikke-hastende og/eller forudbestilte opgaver. Forskellen mellem kategori C og D består i, hvorvidt der er behov for medicinsk overvågning og/eller behandling under transporten (kategori C) eller ikke (kategori D).

Der har været i alt 95.006 kørsler i disse to kategorier i 2012 mod 96.409 kørsler i 2011, svarende til en ændring med 22,6 % færre kørsler i kategori C

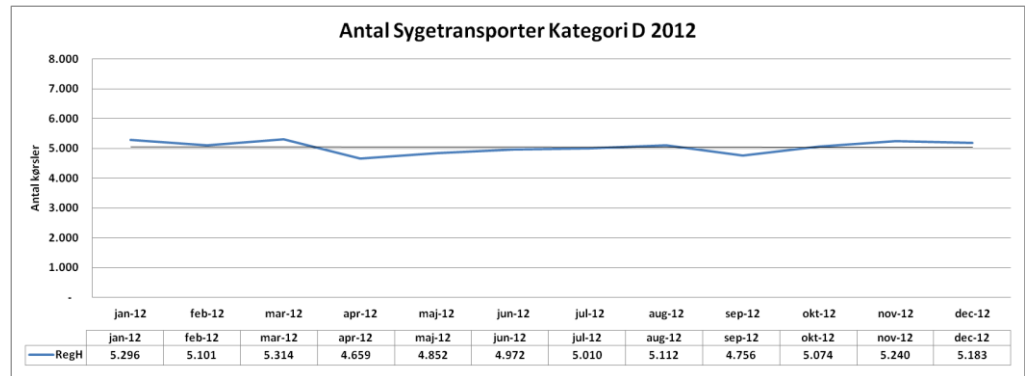
og 10,5 % flere i kategori D. Skiftet mellem kategori C og D skyldes som tidligere nævnt en ændret opgørelsesmetode. I 2011 blev kørslerne angivet ud fra hvilken køretøjskategori, der udførte kørslen. I 2012 er det kørselens prioritet, der opgøres efter. Forskellen er således ikke nødvendigvis udtryk for en ændring i opgaverne. I henhold til ambulancekontrakterne kan op til 20 % af kategori D afvikles med ambulancer.



Ovenstående graf viser ikke-hastende ambulanceopgaver i kategori C i 2012. Antallet af kørsler har ligget på et stabilt niveau med et gennemsnit på ca. 2.900 kørsler per måned. Der er dog sket et markant fald på ca. 22,6 % i forhold til 2011, som skyldes den ændrede opgørelsesmetode. Der er, som ovenfor beskrevet, et mindre fald i antallet af kategori C kørsler som følge af en mindre opprioritering til kategori B kørsler.



Den mediane servicetid for ikke-hastende ambulancekørsel kategori C varierer fra 40 minutter til 51 minutter, hvor 75 % percentilen ligger på 1 time og 32 minutter i for hele regionen i 2012.



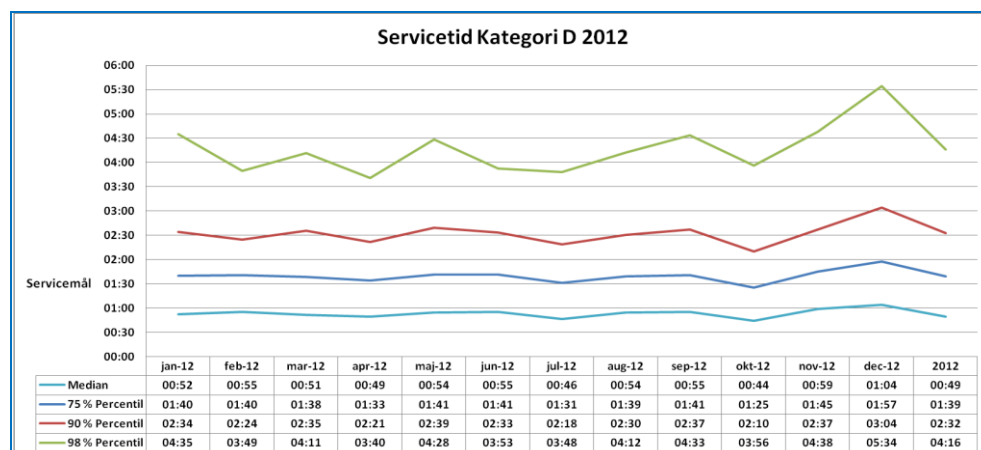
I 2012 har antallet af kørsel D ligeledes ligget på et stabilt niveau med et gennemsnit på ca. 5.000 kørsler per måned. Der skete en stigning i antallet af D-kørsler fra 2010 til 2011 på 10 %, som er fortsat i 2012 med en stigning på ca. 10,5 % i forhold til 2011, hvilket skyldes den ændrede opgørelsesmetode.

Kategori D kørsler udføres som udgangspunkt med sygetransportkøretøjer, der er indrettet til båretransport uden behandlingsmæssigt udstyr og bemandet med to mand, der ikke er ambulancebehandleruddannede og derfor ikke kan varetage akutte eller behandlingskrævende transporter.

I forbindelse med den politiske beslutning om dimensionering af den liggende sygetransport var forudsætningen et servicevindue på 90 minutter. I praksis betyder dette, at transporten ved en bestilt afhentning ikke må komme før og højst 90 minutter senere hos borgeren. Tilsvarende for bestilt afsætning må transporten og dermed borgeren ikke ankomme for sent til det aftalte tidspunkt og tidligst 90 minutter før.

Opfyldelsen af servicemålene (afvikling indenfor 90 minutter) ligger på et lidt lavere niveau end i 2011 med 70 % af kørslerne afviklet indenfor servicemålet og yderligere 12 % mindre end 30 minutter forsinket. Afvigelserne sker typisk i spidsbelastningsperioder, hvor den akutte ambulancetjeneste også er belastet og dermed ikke kan hjælpe med afvikling af ikke-akutte opgaver. Det er fortsat målet, at 90 % skal være afviklet indenfor serviceintervallet på 90 minutter, men det forudsætter enten en mulighed for at fordele transporterne over et længere tidsinterval eller tilførelse af yderligere transportressourcer.

Fordelingen på percentiler over året ses i nedenstående tabel.

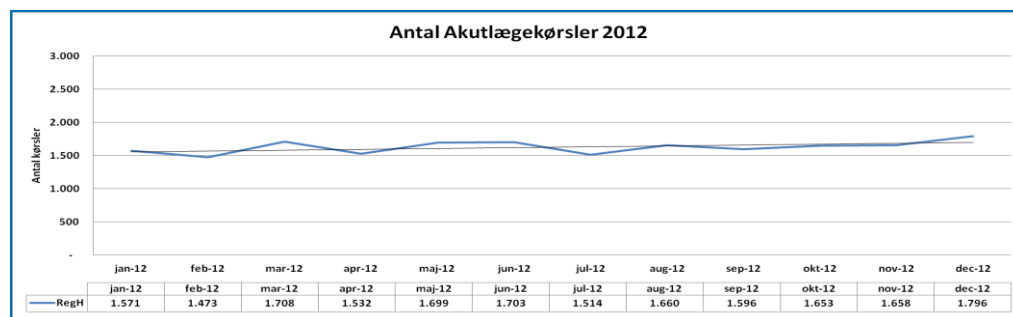


En fortsat vigtig indsats er at optimere den elektroniske booking med henblik på at fordele belastningen over et større tidsrum. Ved en del af bestillingerne er det konkrete afhentningstidspunkt ikke afgørende, så længe både hospitalet og borgeren kender det. Der er således mulighed for, at kørslen kan flyttes til et tidspunkt, hvor der er ledig kapacitet samtidig med, at borgerens og hospitalets ønsker tilgodeses. En optimering af denne funktion skønnes at kunne bringe en større del af målopfyldelsen tættere på det ønskede niveau. Den Præhospitale Virksomhed vil tage initiativ til at drøfte dette med hospitalerne.

Akutlægebiler

Akutlægebilerne yder primært avanceret lægelig behandling på speciallægeniveau som supplement til ambulancernes præhospitale indsats.

Der er fem akutlægebiler i Region Hovedstaden til at dække hele regionen og heraf er de tre døgndækkende. Akutlægebiler disponeres altid som en supplerende ressource og dækker enkeltvis et større geografisk område end ambulancerne. Nedenstående graf viser akutlægebilernes aktivitet fordelt på måneder.



Det totale antal akutlægebilskørsler i 2012 sammenlignet med 2011 er steget fra 16.411 kørsler i 2011 til 19.563 i 2012, svarende til en stigning på 16,1 %. Det skyldes blandt andet, at visitation af sundhedsfaglige 112-opkald fra maj 2011 er overgået fra 112-alarmcentralerne til AMK-Vagtcentralen. På AMK-Vagtcentralen kvalificeres 112-opkald efter de standardiserede nationale

retningslinjer i "Dansk Indeks for Akuthjælp", og dette har resulteret i, at der oftere bliver sendt en akutlægebil, end da visitationen lå hos 112-alarmscentralerne. Der foregår løbende tilretning af "Dansk Indeks for Akuthjælp" med henblik på at optimere ressourceforbruget.

Akutlægebilerne varetager ligeledes den lægelige behandling under de særligt komplicerede interhospital transport af kritisk syge patienter, samt yder telefonisk vejledning til ambulancebehandlere om behandlings – og visitationsmæssige spørgsmål jf. nedenstående tabel.

Opgavetype	I alt
Kørsler	19.563
Udrykningskørsler	18.189
Akutte interhospital transport	1.374
Telefonisk rådgivning	1.357
Opgaver i alt	20.920

Note: Kørsler: Opgaver fratrukket telefonrådgivning; Udrykningskørsler: Kørsler fratrukket akutte interhospital transport; Telefonisk rådgivning: Telefonisk rådgivning/konference af ambulancepersonale.

Akutlægebilerne har bl.a. i 2012 været sendt til 1.249 hjertestop uden for hospital, hvor i alt 340 blev genoplivet af de 823 patienter med hjertestop, hvor det var muligt og relevant at iværksætte behandling. Derudover yder akutlægebilerne assistance til akut syge og særligt komplicerede tilstande, hvor særlige kompetencer, herunder lægelig vurdering eller visitation er påkrævet.

Akutlægen har kompetence til at yde særlig behandling ved sjældne, men livstruende tilstande.

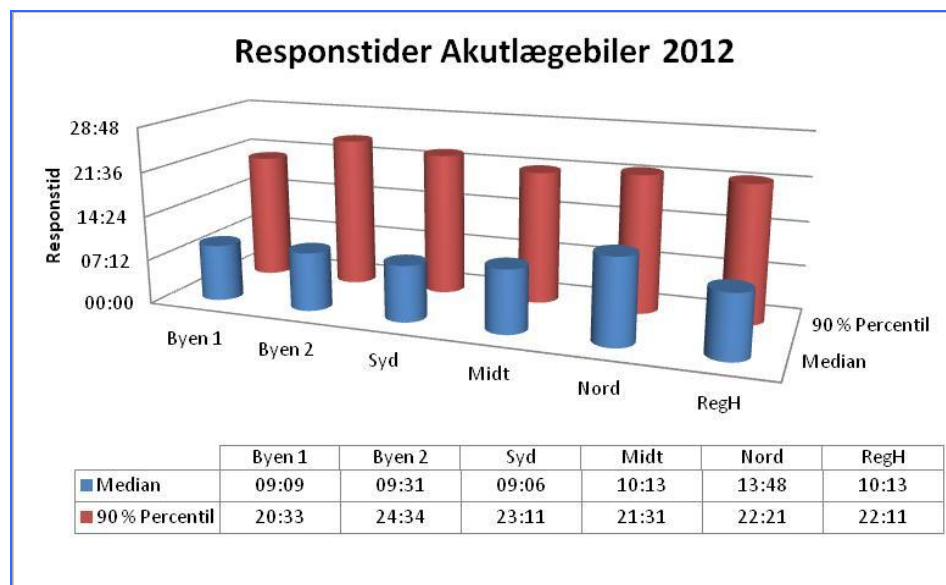
Behandling	I alt
Særlige kompetencer	
Intubation (respiratorbehandling)	615
Ekstern pacing ved hjertesvigt	6
Pleuradræn (kirurgisk anlæggelse af dræn til akut aflastning af vejtrækning)	11
Nødtracheotomi (akut kirurgisk nødbehandling til at skabe frie luftveje)	1

Akutlægen har desuden kompetence til at afslutte behandling på stedet.

Konsekvens af behandling	I alt
Færdigbehandlet på stedet	9 %
Indlæggelse med ambulancepersonale	53 %
Indlæggelse med ledsagelse af læge	38 %
I alt	100 %

Responstiderne for akutlægebilerne fremgår af nedenstående figur. Responstiderne er stort set på samme niveau som i 2011. Den øgede aktivitet har derfor ikke haft væsentlig negativ indflydelse på responstiderne. I lighed

med forholdene i 2011 stiger responstiderne i takt med størrelsen af det geografiske område, som er akutlægebilens primære dækningsområde.



Akutlægebilernes indsats omfatter dels opgaver, hvor de visiteres samtidig med ambulancen, og dels opgaver, hvor de visiteres efterfølgende på grund af supplerende oplysninger fra indringer eller på anmodning fra ambulancemandskab på stedet. I alle tilfælde regnes responstiden fra det tidspunkt, hvor opgaven er visiteret til akutlægebil.

Når akutlægebilerne har længere responstider end ambulancerne skyldes det primært, at der er færre af dem, og de derfor dækker et større areal, og dels at de nogen gange vil være optaget af en anden opgave, der først skal afsluttes før den nye opgave påbegyndes. Specielt den sidste situation kan medvirke til længere responstider. Det er dog vigtigt at fremhæve, at behandlingen starter ved første køretøjs ankomst, det vil sige ambulance eller akutlægebil, og i de tilfælde hvor ambulancepersonalet er først på stedet, og har behov for råd og vejledning, kan der oprettes kontakt via radio eller telefon til akutlægebilen, medens den er på vej.

Akutlægehelikopter

De primære opgaver for akutlægehelikopteren er hurtig indsats og transport til specialbehandling af svært tilskadekomne patienter og syge patienter med visse tidskritiske medicinske tilstande (fx blodprop i hjertet eller hjernen). Akutlægehelikopteren disponeres ud fra en disponeringsvejledning bl.a. indeholdende geografiske kriterier og hvor transporttid med ambulance forventes at overstige 25 minutter.

Akutlægehelikopteren har i 2012 fløjet 789 missioner, hvoraf de 108 har været i Region Hovedstaden og resten primært i Region Sjælland, men også et mindre antal missioner i Det Sydfynske Øhav. Det skal ses i forhold til ovenstående disponeringskriterier, og det vil således ofte være hurtigere at sende en ambulance og akutlægebil til patienten i Region Hovedstaden på grund af regionens geografi og øvrige lægekompetencer i akutberedskabet.

Sundhedsberedskabet

2012 har sat fokus på samling og koordination af regionens sundhedsberedskab med sammenlægning af AMK-lægevagtlagene og Vagtcentralen i Den Præhospitale Virksomhed. Herved sikres overblik og koordination fra det daglige beredskab til større hændelser og muligheden for en mere hensigtsmæssig eskalering af regionens beredskab.

Dette har også haft betydning for beredskabsplanlægningen i regionen. Regionens udvalg for sundhedsberedskabsplanlægning, som blev etableret i 2011, har i 2012 arbejdet med at standardisere og operationalisere hospitaler og virksomheders beredskabsplaner. Det er sket med fokus på at sikre overblik, genkendelighed og høj kvalitet på tværs af de regionale planer. Udvalget har taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet for dette arbejde. Derudover inddrager udvalget løbende erfaringerne fra særlige hændelser og arrangementer i arbejdet. Udvalget består af repræsentanter fra alle hospitalerne, regionens psykiatri, apotek og lægevagten samt flere koncernstabe. Sekretariatet for udvalget ligger i Den Præhospitale Virksomhed.

I 2012 har der foruden det daglige beredskab og driftsopgaver været en række aktiviteter og hændelser af særlig karakter for det præhospitale indsatspersonale, regionens AMK-Vagtcentral og det samlede regionale sundhedsberedskab. Dette er typisk udrykninger med flere ambulancer og akutlægebiler til større trafikulykker, til stand-by ved brandsteder og ved sikkerhedslandinger i Københavns Lufthavn og tilsvarende.

Særlige hændelser

Allerede i januar 2012 var der brug for en særlig indsats fra akutberedskabet ved en busulykke på Istedrødvejen med bussen fuld af børnehavebørn. Hertil blev der sendt 19 ambulancer og 3 akutlægebiler, og hovedparten af de uskadte eller lettere tilskadekomne børn blev kørt til Hillerød Hospital. Kun få børn blev kørt Rigshospitalet for behandling. Indsatsen forløb godt, og samarbejdet med politiet, redningsberedskab og regionens akutberedskab er siden evalueret med henblik på læring og tilpasning af beredskabsplaner.

Akutberedskabet har desuden i 2012 været involveret i at formidle information fra de centrale sundhedsmyndigheder ud til relevante parter i regionen med henblik på vejledning af borgere og sundhedspersonale ved forskellige sygdomsudbrud (Hantavirus, Coronavirus, E-coli).

Regionens akutberedskab involveres desuden hvert år i forskellige arrangementer, som kræver ekstra præhospitale beredskabsressourcer. I 2012 drejede det sig bl.a. om Danmarks EU-formandskab, hvor møderne i det første kvartal blev afholdt i Bella Center, hvor regionen i samarbejde med Udenrigsministeriet havde etableret et akut medicinsk beredskab, som lignede det, der var etableret under COP15 i 2009. Derudover har der været en række arrangementer af kortere varighed, som bl.a. karnevallet og Distortion i juni, Folkemødet på Bornholm i juni samt White Sensation i oktober.

Tilsvarende inddrages akutberedskabet i planlægningen af beredskabshændelser. Det var fx tilfældet med lukning af Kronprins Frederiks Bro, hvor der bl.a. måtte indgås aftaler med Region Sjælland om, at deres sygehuse kunne modtage patienter fra Region Hovedstaden under natlukningen af broen.

Ligeledes indgik akutberedskabet i november i planlægningen af it-lukkevinduet i regionen, da AMK-Vagtcentralen skulle sikre modtagelse af 112-opkald til visitation og disponering samtidig med koordination af det samlede sundhedsberedskab på tværs af hospitalerne.

I december og ind i 2013 har AMK-Vagtcentralen desuden været koordinator og formidler ved sygdoms- og belastningsmonitorering i forbindelse med den øgede influenzaaktivitet.

Øvelser

Regionen indgår i flere koordinationsgrupper og øvelsesgrupper med andre myndigheder omkring særlige forhold af beredskabsmæssig interesse, som fx Metroen, Lufthavnen og Øresundsbron. Regionen deltager i udarbejdelsen af beredskabsplanerne foruden planlægning og gennemførelse af øvelser.

Regionen indgik i planlægningen af en stor terrorøvelse i samarbejde med Københavns Politi med afholdelse i maj. Øvelsen omhandlede flere skadesteder i København og involverede både regionens præhospitale beredskaber med ambulance, akutlægebil og indsatsleder samt flere hospitaler og psykiatrien. Øvelsen foregik på papir og planspilsborde.

I september blev der afholdt fuldskalaøvelse for Øresundsbron med deltagelse af ambulancer og akutlægebiler samt et antal figuranter. Øvelsen foregik på svensk side, så regionens akutberedskab skulle bistå de svenske kollegaer og indgå i deres indsats. Øvelsen viste gode samarbejdsrelationer, men også forhold som kan udvikles og med fordel øves yderligere. Det gjaldt bl.a. kommunikation, som kan være vanskelig på grund af dels sproglige forskelle og dels radiokommunikation.

Derudover har der været afholdt øvelse i Københavns Lufthavn om modtagelse af fly med patient med farlig smitsom sygdom. Her omhandlede øvelsen samarbejde mellem regionens akutberedskab, embedslæge og regionens infektionsmedicinske ekspertise.

Kvalitetsudvikling

Kvalitetssikring af det præhospitale område

Kvalitetsudvikling er integreret i de daglige rutiner på alle niveauer i Den Præhospitale Virksomhed, og det er et fælles ansvar for ledere og medarbejdere at sikre kvalitet i de enkelte opgaver.

I 2012 har der været stor fokus på kvalitetsarbejdet i Den Præhospitale Virksomhed i henhold til standarderne i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for det præhospitale område. Ikke mindst med henblik på gennemførelse af det første nationale akkrediterings survey på det præhospitale område. Det eksterne survey førte til den flotte akkrediteringsstatus: Akkrediteret. Om tre år skal akkrediteringen gentages for Den Præhospitale Virksomhed, men kvalitetsarbejdet foregår kontinuerligt i hverdagen.

Det samlede kvalitetsarbejde og udviklingsinitiativer hviler på et stort og dybdegående datagrundlag. Data indsamles primært fra regionens AMK-Vagtcentral ved dokumentation af visitation, disponering, og den præhospitale indsats. Data analyseres løbende med henblik på læring og hensigtsmæssig tilrettelæggelse af beredskabet.

Datagrundlaget består endvidere af dokumentationen fra fx opfølgning på kontrakter med ambulanceleverandørerne, hvor der løbende følges op på bl.a. køretøjerne/materiel, efteruddannelse, patientklager og opfølgning på juridiske forhold.

Akkreditering

Kvalitetsarbejdet i Den Præhospitale Virksomhed baserer sig på standarderne i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for det præhospitale område. Standarderne er udarbejdet af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). IKAS er ansvarlig for DDKM, som er en del af den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, og det er ligeledes IKAS, der sikrer, at organisationers kvalitetsarbejde lever op til standarderne ved at gennemføre eksterne surveys.

Det blev besluttet, at Region Hovedstaden, som den første region på det præhospitale område, skulle have eksternt survey i juni af 2012. For at forberede organisationen til dette, blev der arbejdet intenst med at implementere alle standarder i Den Præhospitale Virksomhed og i samarbejdet med ambulanceleverandørerne. Standarderne beskriver de forskellige områder af den præhospitale indsats såsom sundhedsfaglig visitation og teknisk disponering, lægemiddelordination, hjertestopbehandling, datasikkerhed og overdragelse af patienten.

Som led i forberedelserne til akkrediteringen blev regionens nye dokumentstyringssystem VIP (www.vip.regionh.dk) ibrugtaget. I henhold hertil er der foretaget et større arbejde med udarbejdelse af instrukser og

vejledninger samt med at fusionere de allerede udarbejdede instrukser fra de forskellige præhospitale områder, der med etableringen af Den Præhospitale Virksomhed blev samlet i en organisation.

I juni gik et surveyteam fra IKAS eksternt survey i Den Præhospitale Virksomhed, hos regionens ambulanceleverandører, Falck A/S, Københavns Brandvæsen og Frederiksberg Brandvæsen. Surveyteamet bestod af personer fra de andre regioners præhospitale organisationer samt sygehus-surveyors ligeledes fra de øvrige regioner. Surveyet var et varslet besøg, hvor surveyteamet gennemgik instrukser, vejledninger og politikker, observerede arbejdsgange og interviewede ledelsesrepræsentanter og medarbejdere på AMK-Vagtcentralen, flere akutlægebaser og ambulancestationer.

Resultatet på besøget var, at både Den Præhospitale Virksomhed og de tre ambulanceleverandører fik tildelt den højeste akkrediteringsstatus: Akkrediteret. Det viser, at Den Præhospitale Virksomhed sammen med de tre ambulanceleverandører arbejder med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring på et niveau, som lever op til standarderne i DDKM.

Gyldighedsperioden for akkrediteringen er 3 år og 8 uger fra den sidste dag af det eksterne survey, som var den 8. juni 2012. Derfor er der nu også et stort fokus i virksomheden på at fortsætte arbejdet med at udvikle kvaliteten i dagligdagen på baggrund af standarderne til glæde og gavn for medarbejdere, patienter og borgere.

De øvrige regioner havde eksternt survey ved IKAS i den sidste halvdel af 2012. Status for disse fremgår af IKAS's hjemmeside.

Registrering af utilsigtede hændelser på det præhospitale område

Alle utilsigtede hændelser skal rapporteres til et nationalt rapporteringssystem. Det overordnede formål med rapporteringssystemet er at forbedre patientsikkerheden gennem indsamling, analyse og formidling af viden om utilsigtede hændelser. Den Præhospitale Virksomhed bidrager således til at rapportere utilsigtede hændelser, med henblik på, at der sker en systematisk læring, der kan medvirke til at undgå lignende situationer i fremtiden.

Den Præhospitale Virksomhed har en kontaktperson i Enhed for Patientsikkerhed, som i samarbejde med ledelsen, ambulanceleverandørerne og de øvrige aktører, behandler de rapporterede utilsigtede hændelser.

Der er i 2012 på det præhospitale område rapporteret 241 utilsigtede hændelser og startet tre kerneårsagsanalyser. Kerneårsagsanalyserne er en teambaseret og grundig analyse af en alvorlig utilsigtet hændelse. Det er en proces, hvor der systematisk indsamles og analyseres informationer om en alvorlig utilsigtet hændelse for at finde frem til de grundlæggende årsager til hændelsen, samt for at opnå læring og dermed forhindre gentagelse. En kerneårsagsanalyse vil altid munde ud i forslag til konkrete initiativer, der vil mindske risikoen for, at samme type hændelse sker igen.

De tre kerneårsagsanalyser der er foretaget i 2012 har omhandlet:

- Sikring af skadested (banelegemer)
- Manglende tvangsindlæggelse hos selvmordstruet patient
- Bristet uterus, som ikke var erkendt

På baggrund af analyserne er der udfærdiget handleplaner for at undgå, at lignende fejl sker igen. I de vedtagne handleplaner er der bl.a. iværksat arbejde med:

- At udarbejde regler og vejledning for aktivering af redningsberedskabet
- At etablere vejledning og fast praksis for entydig kommunikation om sikring af skadested mellem de involverede instanser
- At tydeliggøre retningslinjerne vedrørende tvangsindlæggelse i Region Hovedstaden og hos politiet
- At etablere organisation og regler for en enstrengt visitation af selvmordstruende patienter via AMK-Vagtcentralen
- At afklare organisatoriske og praktiske forhold som led i udvidelsen af det psykiatriske akutberedskab til at omfatte hele Region Hovedstaden
- At revidere instruksen for vaginal fødsel efter tidligere sectio
- At gennemføre øvelser i brugen af standardiseret sikker mundtlig kommunikation

Andre fokusområder for arbejdet med utilsigtede hændelser fra det præhospitale område har blandt andet indeholdt følgende:

- Afslutning på skadested uden indbringelse af patienter
- Beslutningstagning på skadested, når det er vanskeligt
- Vurdering af patienter med sjældne tilstande
- Sikker kommunikation
- Fejl i adresseoplysninger
- Samarbejde med og overgang til hospital

Klagesager

I 2012 har Den Præhospitale Virksomhed modtaget i alt 62 klager for det præhospitale område. I 2011 modtog regionen sammenlignet 43 klager. Dette skal bl.a. ses i forhold meraktivitet med varetagelse af den sundhedsfaglige visitation, som i maj 2011 blev overdraget til Den Præhospitale Virksomhed samt oprettelse af akuttelefonen 1813.

Klagerne omhandler flere forskellige forhold inden for området, men flest har handlet om vurderingen og behandling af sundhedsfaglige 112-opkald på AMK-Vagtcentralen, ventetid på ambulancen/sygetransporten, samt ambulancemandskabets håndtering af forløbet på skadestedet eller hos patienten i hjemmet.

Klagerne er undersøgt og besvaret af Den Præhospitale Virksomhed. Såfremt klagen har omhandlet forhold på 112-alarmcentralen, fx klage over afvisning, og regionens AMK-Vagtcentral og ambulancetjeneste dermed ikke var involveret, er klagen videresendt til relevant 112-alarmcentral med henblik på besvarelse der.

Klager, der alene vedrører ambulancemandskabets opførsel eller sprogbrug, videresendes til kommentering og besvarelse hos den relevante

ambulanceleverandør, dvs. Københavns Brandvæsen, Frederiksberg Brandvæsen eller Falck A/S.

Den Præhospitale Virksomhed har desuden en hotline, som borgerne kan henvende sig til, såfremt de ønsker at kommentere oplevelser eller har spørgsmål til præhospitale forhold. Hotlinen bliver også brugt som en servicetelefon, fx hvis patienter har mistet ejendele under kørslen eller på hospitalet eller ønsker tilsendt ambulancejournalen mv. foruden spørgsmål eller forhold vedrørende klagevejledning.

Forskning og udviklingsprojekter

Med dokumentation og forskning kan den præhospital indsats forbedres målrettet. Der er mange data på det præhospitale område og Den Præhospitale Virksomhed vil derfor satse aktivt på forskning de kommende år, og gerne i tværgående regionale projekter. På hjemmesiden er der allerede en række publikationer og virksomheden er involveret i en række forskningsprojekter både nationalt og internationalt, med eksempelvis samarbejde om fire igangværende Ph.d.-studier. Akutberedskabet er også i stand til at dokumentere den præhospital indsats og får løbende henvendelser fra andre forskningsgrupper om samarbejde.

Central udlæsning af hjertestartere

I perioden fra september 2011 til september 2012 har Region Hovedstadens AMK-Vagtcentral i samarbejde med læge, Ph.d. Anne Møller Nielsen og TrygFonden deltaget i et projekt med central udlæsning af hjertestartere brugt udenfor hospital. Der er i denne periode udlæst 62 hjertestartere. Resultaterne er under udarbejdelse.

Efter projektperiodens udløb er AMK-Vagtcentralen fortsat med udlæsning af hjertestartere, og runder snart 100 samlet fra Region Hovedstaden og Region Sjælland. EKG-data fra det præhospitale forløb kan således stilles til rådighed for den kliniske afdeling, der modtager patienten samtidig med, at der samles væsentlig information til forskningsmæssig brug. Det kan være til at belyse særlige karakteristika ved de tilfælde, hvor en borger vælger at anvende en hjertestarter: Hvilke hjertestartere anvendes (offentlige, private, udendørs placerede, hvor langt væk fra hentes de osv.) og til hvilke patienter (demografiske data, lokalitet for hertestop osv.).

Bachelorprojekt

I starten af 2012 blev der udarbejdet et bachelorprojekt ved stud. med. Kirsten Stougaard omhandlende patienttilfredshed og effekt af sundhedsfaglig rådgivning på Akuttelefonen 1813. Følgende problemstillinger blev undersøgt:

- Demografisk beskrivelse af Akuttelefonens brugere
- Føler indringerne, at deres spørgsmål bliver besvaret tilfredsstillende?
- Følger indringerne de givne råd?
- Føler det sundhedsfaglige personale sig godt nok rustet til at besvare spørgsmålene?

Undersøgelsen bestod i en retrospektiv gennemgang af alle henvendelser til Akuttelefonen 1813 i februar 2012, telefon-interview med 200 tilfældigt udvalgte indringere samt interviews med seks sundhedsfaglige personer, der besvarer 1813-opkald.

Undersøgelsen viste følgende:

- 57 % af indringerne var kvinder
- 67 % af opkaldene vedrørte voksne med en stor spredning blandt aldersgrupperne
- Blandt mindreårige var opringninger vedrørende aldersgruppen 0-3 år mest hyppige
- 36 % af indringere blev henvist til egen omsorg
- 24 % blev henvist til lægevagten.

Alle de adspurgte angav at være overordnet tilfredse med samtalen. 92 % følte at have fået svar på deres spørgsmål, mens 97 % følte, at der blev lyttet til det, de sagde. 86 % angav at have fulgt de givne råd fra Akuttelefonen.

Det sundhedsfaglige personale svarede, at de følte sig godt rustet til at besvare spørgsmålene, dog viste undersøgelsen også, at der er behov for en fortsat udbygning af spørgeguiden (beslutningsstøttesystemet).

Ventelister på akutmodtagelser og akutklinikker

Samtidig med etableringen af Akuttelefonen 1813 blev der udviklet en portalløsning, hvor akutmodtagelser og – klinikker kan se og registrere estimerede ventetider for borgere, der henvises fra Akuttelefonen eller henvender sig uden forudgående henvisning. Ventetidsopgørelserne er baseret på manuelle registreringer fra akutmodtagelser og -klinikker hver anden time i tidsrummet 08-22. Disse ventetidsregistreringer er integreret i Akuttelefonens visitationssystem, så borgerne kan vejledes ud fra de mest aktuelle oplysninger. Ventetiderne kan ses af alle med adgang til regionens net og vises endvidere på info-TV skærme i akutmodtagelser og -klinikkers venteværelser, så de ventende borgere kan følge med i udviklingen. Med henblik på den kommende visiterede adgang til akutmodtagelser og – klinikker er en automatiseret ventetidsregistrering under etablering, så der kan vejledes ud fra et helt aktuelt overblik.

Portalløsningen giver endvidere mulighed for, at akutmodtagelser og – klinikker kan se, hvilke ambulancer og sygetransporter der er på vej til det enkelte hospital, således at personalet bedre kan planlægge deres arbejde.

Belægningsoversigt på intensivafdelinger

Oversigt over belægningen på regionens intensivafdelinger opgøres af AMK-Vagtcentralen to gange i døgnet og videreformidles til alle afdelinger, samt akutlægebilerne. Ved stor belastning på den intensive sengekapacitet, kan AMK-Vagtcentralen i de konkrete situationer hjælpe med til at finde ledige senge. Siden efteråret er der arbejdet på en online tidstro registrering baseret på den portalløsning, der i forvejen anvendes til ventetidsoversigt og -registrering på akutmodtagelser og -klinikker. Denne løsning forventes idriftsat i første kvartal 2013.

Erkendelse af hjertestop ved 112-opkald og opfølgning til tilstedeværelsen ved hjertestop

AMK-Vagtcentralen modtager dagligt opkald om muligt hjertestop, hvor en hurtig afklaring er vigtig af hensyn til både disponering af indsats og den vejledning borgerne har behov for.

Med det formål at undersøge hvor ofte hjertestop blev erkendt ved 112-opkald gennemførte stud. med. Søren Viereck en undersøgelse før og efter at regionen overtog de sundhedsfaglige 112-opkald. At der var tale om et hjertestop blev erkendt i telefonen, i ca. 45 % af tilfældene før 1. maj. Efter 1. maj og sundhedsfagligt personale ved telefonen, erkendes ca. 65 % af hjertestoppene allerede under opkaldet, hvilket er en betydelig forbedring fra tidligere. Det betyder, at AMK-Vagtcentralen kan vejlede borgerne målrettet i hjerte-lunge-redning i tiden, indtil ambulance eller akutlægebil når frem. Der er potentiale for forbedring af prognosen for borgere med hjertestop ved en yderligere øgning i erkendelseshyppigheden, hvorfor der i 2012 er taget initiativ til et Ph.d. projekt, der skal belyse kriterier for bedre erkendelsen af hjertestop. Dette vil blandt andet ske via telefoninterviews med indringere.

Offentliggjorte forskningspublikationer

Den Præhospitale Virksomhed samarbejder om en række forskningsprojekter og trods en ny virksomhed var der en række forskningspublikationer som blev offentliggjort i 2012 og kan ses på <http://forskning.regionh.dk>.

Økonomi

Budgetrammen for Den Præhospitale Virksomhed er holdt i 2012 og, trods en række nye initiativer og ændret aktivitet, er der et mindreforbrug på 3,8 mio.kr, svarende til ca. 0,7 % i forhold til budgetrammen.

Samlet drift:

(1000kr)	Budget 2012	Forbrug 2012	Forskel
I alt	546.865	543.075	3.790

Nedenstående giver en oversigt over udvalgte hovedposter

Udvalgte hovedposter fra drift:

Opgaver	Budget 2012	Forbrug 2012	Forskel
Akut kørsel	379.790	388.546	8.756
Liggende sygetransport	50.817	48.282	-2.535
Akutlægebiler	36.033	34.906	-1.127
AMK-Vagtcentralen	52.381	55.181	2.800
<i>Heraf løn</i>	<i>41.490</i>	<i>45.126</i>	<i>3.636</i>
<i>Heraf drift</i>	<i>10.891</i>	<i>10.055</i>	<i>-836</i>
Øvrige udgifter	27.844	16.160	-11.684
I alt	546.865	543.075	-3.790

Der blev i Region Hovedstaden disponeret i alt 248.765 kørselsopgaver i 2012, hvilket er en lille stigning i den samlede aktivitet i forhold til 2011. Stigningen til trods blev regionens målsætning for responstider opretholdt. En forudsætning for dette har været en sammentænkning af de akutte tilbud og samdriftsfordele disse imellem, som ligger helt i tråd med dannelsen af Den Præhospitale Virksomhed. Hovedposterne vedr. kørsler afspejler denne sammentænkning og heraf udsving på de enkelte budgetposter

AMK-Vagtcentralen blev udvidet primo 2012 med Akuttelefonen 1813, hvilket har betydet nye opgaver. For optimal udnyttelse af ressourcerne varetager medarbejderne både 112 og 1813 opkald, dels i rotation men også skiftende alt efter, hvor arbejdspresset er størst. Det er således ikke muligt at skelne mellem lønforbruget til de to typer af opkald.

Budgettet er i 2012 udvidet som følge af samling af en række præhospitale opgaver, der tidligere har været organisatorisk placeret på forskellige hospitaler i regionen. Dette drejer sig blandt andet om budget til akutlægebilerne i byen, AMK-lægevagtlaget samt uddannelse af ambulancebehandlere.

Opstart af den nye funktion og svingningerne i antallet af opkald, specielt til 1813, og ikke mindst udflytningen af AMK-funktionen til AMK-Vagtcentralen har betydet en overskridelse på det sundhedsfaglige lønforbrug. Der er iværksat tiltag for at reducere lønforbruget således, at der forventes balance på området i 2013.

Merforbruget på akutkørsler svarer til forrige års udgiftsniveau, og kan henføres til, at der ikke initialt blev givet budget til variabelt forbrug. Merforbruget er finansieret af mindre forbrug på andre områder.

Investering

Akutberedskabet har i 2012 foretaget en planlagt fornyelse af vognparken, herunder tre nye lægebiler, en indsatslederbil samt en udrykningsbil til det psykiatriske akutberedskab. Der er desuden investeret yderlig i it, der skal sikre et fortsat teknisk velfungerende vagtcentralssystem til visitation og disponering. It-løsningen er bl.a. udvidet med et AMK-modul, som skal understøtte den fremtidige elektroniske præhospitale patientjournal.

Dertil er der afholdt udgifter til modernisering og indretning af virksomhedens nye lokaler i Ballerup, Telegraf 5. I 2012 er der indrettet lokaler til ledelse og administration. I 2013 følger indretningen af lokaler til den operative del af virksomheden.

Udgifter til mekanisk hjertekompressionsudstyr er finansieret af mindre forbrug på andre investeringsposter.

(1000kr)	Budget 2012	Forbrug 2012	Forskel
Biler	4.372	3.422	950
Ombygning, lokaler	4.200	3.290	910
AMK - modul	2.000	2.051	51
Mekanisk Hjerterekompressions udstyr		604	-604

Perspektivering

2012 har været et travlt år for det præhospitale område i Region Hovedstaden og til stor gavn for regionens borgere.

Det akutte patientforløb starter allerede i telefonen og med etableringen af regionens Akuttelefon 1813 i januar 2012 fik borgerne én telefonisk døgndækket indgang til sundhedsvæsenet ved tvivl om sygdom og skade samt oplysning om ventetider på regionens akutmodtagelser/-klinikker.

Den telefoniske rådgivning vil fremadrettet blive en endnu større del af det samlede patientforløb, når Akuttelefonen 1813 fra foråret 2014 skal visitere borgerne til akutmodtagelser og – klinikker. Ved at sammentænke den telefoniske lægevagt hermed, kunne den telefoniske rådgivning optimeres yderligere til gavn for borgerne, som får én indgang til sundhedsvæsenet og samtidig opnå en mere rationel opgaveløsning.

Der skal fortsat sættes fokus på sammenhængende patientforløb og kvalitetssikring af patientoverdragelsen fra det præhospitale forløb til modtagelsen på et af regionens hospitaler/psykiatriske centre.

Fra 2013 er det psykiatriske akutberedskab således overgået til Den Præhospitale Virksomhed for at skabe sammenhæng til det øvrige akutberedskab i regionen. Samtidig er det psykiatriske akutberedskab udvidet til at dække hele den sjællandske del af Region Hovedstaden. På Bornholm kan patienten ved behov transporteres til Psykiatrisk Center med ambulance. Det psykiatriske akutberedskab er bemandet med lægeassistenter (paramedicinere eller erfarne ambulancebehandlere ansat i Den Præhospitale Virksomhed) samt speciallæger i psykiatri.

En brugerundersøgelse af det præhospitale område vil yderligere kunne bidrage til at sætte fokus på det sammenhængende akutte patientforløb og understøtte udviklingen og forbedring af den patientoplevede kvalitet i Region Hovedstaden.

Den Præhospitale Virksomhed skal samles på nye faciliteter i Ballerup inden foråret 2014 med henblik på at kunne varetage de allerede eksisterende tværgående opgaver, foruden den kommende opgave med visitation. Med flytningen opnås samtidig en nødvendig lokalitet til back-up for regionens samfunds-kritiske AMK-Vagtcentralfunktion i de eksisterende lokaler på Herlev Hospital.

I 2013 vil der tillige blive arbejdet målrettet på at skabe en ensartet og koordineret opgaveløsning på det præhospitale område i forbindelse med planlægning af kommende ambulanceudbud. Selve ambulancekørslen er i dag udliciteret, mens ansvaret for den samlede opgavevaretagelse, herunder visitation og disponering varetages af regionens AMK-Vagtcentral. Samarbejdet med operatørerne fungerer i dag tilfredsstillende, men der kan i fremtiden blive behov for at overveje andre samarbejds- og organisationsformer ud fra såvel kvalitetsmæssige som økonomiske hensyn både for så vidt angår ambulancekørsel og liggende sygetransport.