

Afrapportering vedrørende status for det præhospitale område Maj 2012



Dato 03.05.2012

Frede Dueholm Nørgaard

Tel. +45 7841 2049

frenoe@rm.dk

j.nr. 1-30-72-133-10

Side 1

Disposition

1) Indledning – baggrunden for evalueringen og den politiske proces frem til april 2012	3
2) Den aktuelle præhospitale indsats i Region Midtjylland.....	4
3) De enkelte indsatsområder og anbefalinger.....	9
1) Førsteindsatsen	9
1) Hjertestartere	9
2) Alarmering.....	10
1) Alarmcentralen.....	10
2) AMK-vagtcentralen.....	11
3) Baggrund for hjemtagelse af AMK-vagtcentralen.....	12
4) Erfaringer med AMK-vagtcentralen efter hjemtagelsen.....	12
3) Ambulanceberedskabet.....	15
1) Kapacitet.....	15
2) Kvalitetskrav til udstyr i Ambulancerne.....	15
3) Dimensionering.....	15
4) Servicemål og responstider.....	16
5) Fleksibilitet.....	17
6) Opgaver.....	17
7) Hjemtagelse af præhospitale opgaver.....	18
8) Udbud af ambulancetjenesten.....	21
9) Paramedicinerbemanding af ambulancer i Region Midtjylland.....	22
10) Anæstesisygeplejersker og Paramedicinere i det præhospitale Beredskab (Region Nordjylland).....	23
11) Telemedicin.....	24

12) Tele- og videokommunikations- projekt.....	25
4) Akutlægebiler og akutbil.....	26
1) Kapacitet.....	26
2) Vedrørende akutlægebiler og akutbiler i Vest.....	27
3) Placering af akutlægebilen på Djursland.....	27
5) Forsøgsordning med akutlægeheli- kopter i Region Midtjylland og Region Nordjylland.....	28
6) Ø-beredskabet – den præhospitale indsats på øerne.....	29
7) Øvrige supplerende præhospitale ordninger.....	30
4) Monitorering.....	34
5) Bilag.....	35
Bilag 5.1: Geografisk placering af akutlægeheli- kopterens flyvninger 1. juni–31. december 2011.....	35
Bilag 5.2: Region Midtjyllands præ- hospitale dækning.....	36
Bilag 5.3: : Kort over ambulancebered- skaber – dagtid.....	37
Bilag 5.4: Kort over ambulancebered- skaber – uden for dagtid.....	38
Bilag 5.5: Tilkendegivelse fra Nord- djurs Kommune om placering af akut- lægebilen på Djursland.....	39
Bilag 5.6: Tilkendegivelse fra Syd- djurs Kommune om placering af akut- lægebilen på Djursland.....	41
Bilag 5.7: Notat: Akutlægebilen på Djursland.....	43
Bilag 5.8: Oplysninger om responstider på Djursland.....	49

1. Indledning – baggrunden for evalueringen og den politiske proces frem til maj 2012

I 2008 blev ambulanceberedskabet i Region Midtjylland sendt i udbud. Med de nye kontrakter fra 1. december 2009 er der tale om omfattende ændringer i fundamentet for den præhospitale indsats, hvorfor det blev politisk besluttet, at der skulle foretages en evaluering af det samlede præhospitale område.

Formålet med evalueringen var:

- at gennemgå og vurdere status på det præhospitale område og på baggrund heraf at skabe grundlag for fremadrettet at planlægge og prioritere ressourceanvendelse inden for det præhospitale område,
- at perspektivere status for det præhospitale område (herunder på udvalgte områder) i forhold til målsætninger, igangværende udvikling og ændrede vilkår på området, og
- på baggrund heraf at fremsætte anbefalinger for den videre udvikling af det præhospitale område.

Evalueringen blev drøftet på Regionsrådets møde den 23. februar 2011. Regionsrådet besluttede, at der skulle foretages en tematiseret drøftelse af evalueringen i Det rådgivende udvalg vedrørende hospitaler. Udvalget vedtog på mødet den 9. maj 2011 en plan for gennemgangen af evalueringen. Udvalget har således i den forgangne periode drøftet perspektiveringer, der udspringer af evalueringsrapporten.

Udvalget og Regionsrådet har endvidere behandlet en række særskilte problemstillinger på det præhospitale område, herunder Karup Udrykningsbilen samt løbende fulgt udviklingen i responstider gennem kvartalsvise rapporter. Regionsrådet har derudover i Budgetforliget vedtaget udvidelse af akutlægebilsdækningen i Horsens og Randers.

Nærværende rapport indeholder således en status for den aktuelle indsats samt forslag til anbefalinger for den fremtidige indsats.

2. Den aktuelle præhospitale indsats i Region Midtjylland

Præhospitalet har ansvaret for patienten fra denne henvender sig via 112 og indtil patienten er ankommet til og modtaget på hospitalet – eller færdigbehandlet uden at komme på hospital.

Den første sundhedsperson, som borgeren får kontakt med, er den sundhedsfaglige visitator på AMK-vagtcentralen, som giver hjælp og råd, om nødvendigt indtil ambulancen er fremme. Fundamentet i den præhospitale behandling af patienten på stedet er ambulanceberedskabet suppleret med akutlægebiler, akutbiler og akutlægehelikopter. I særlige områder er der desuden øvrige supplerende ordninger. Det drejer sig om 112-førstehjælperkorps, de særlige Ø-beredskaber samt lokale ordninger fra amternes tid (hjemmesygeplejerskeordninger, udrykningslæger, forsøgsordning med hjertestarter m.m.).



Budgettet for Præhospitalet i 2012 udgør 706 mio. kr., og er udmøntet på følgende poster:

Side 4

I mio. kr.

Siddende befordring	139,6
Akutbiler, akutlægebiler samt andre supplerende præhospitale ordninger	43,8
Ambulancedrift	461,0
Sundhedsberedskab, indsatslederudd., forskning mv.	3,3
AMK-Vagtcentralen	30,3
IT-drift, mobilapplikation, DNK mv.	18,1
Administration og stab	7,1
Præhospital ledelse inkl. sekretariat	2,8
I alt	706

I Bilag 5.2 vises på et kort en oversigt over den samlede præhospitale dækning i Region Midtjylland primo 2012.

Den aktuelle indsats er følgende:

1. Ambulanceberedskabet:

64 ambulanceberedskaber, heraf 48 døgnbemandede, 15 dagberedskaber, 1 babyambulance. Der er 29 beredskaber til liggende sygetransport. 24 hverdagsberedskaber og 5 weekend- og helligdagsberedskaber. Der er 36 ambulancestationer.

Der henvises til Bilag 5.3 og Bilag 5.4, hvor ambulanceberedskabernes baser er vist på kort.

2. Servicemål/Responstider:

De vedtagne servicemål for responstider ved de mest hastende ambulancekørsler er 10, 15 og 20 minutter og overholdes.

Udviklingen fra 2010 til 2011 viser forbedringer af responstiderne. Dette skyldes bl.a. at der med den sundhedsfaglige visitation er kommet færre A-opgaver – og dermed er der flere ambulanceberedskaber klar til de mest hastende opgaver. Der er opnået en række "udjævninger", således at responstiderne er blevet kortere i visse områder, mens responstider er blevet lidt længere i visse større byer. Ved godt 93 % af A-kørslerne i 2011 var ambulance fremme inden for 15 minutter.

3. Sundhedsfaglig rådgivning:

Fra maj 2011 er der indført sundhedsfaglig visitation og rådgivning. AMK-vagtcentralernes sundhedsfaglige personale (sygeplejersker, ambulancebehandlere og superviserende AMKlæge) visiterer nu 112 opkald. Alle alarmopkald om alvorlig sygdom og ulykke bliver således direkte tilkoblet en sygeplejerske eller en ambulanceredder og borgeren får på den måde sundhedsvæsnet direkte i røret og kan få råd og hjælp. I de alvorligste tilfælde hvor det er nødvendigt at sende en ambulance, får borgerne vejledning i, hvad de kan gøre indtil ambulancen er fremme.

Disponeringen håndteres bl.a. ved hjælp af beslutningsstøtteværktøjet Dansk Indeks for Akuthjælp. I Dansk Indeks for Akuthjælp er der faglige anbefalinger for, hvilken respons der skal sendes: ambulance, akutlægebil, akutbil med paramediciner/sygeplejerske. Det konkrete respons kan variere afhængig af de præhospitale resurser i de enkelte regioner, der fastlægger det præhospitale serviceniveau.

4. Brugertilfredshed med ambulancetjenesten:
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har gennemført en brugerundersøgelse i december 2011. Undersøgelsen er en pilotundersøgelse til den undersøgelse, som skal indgå i akkrediteringen af det præhospitale system i Region Midtjylland. Den endelige undersøgelse gennemføres i marts-maj 2012, og resultatet ventes at foreligge analyseret i efteråret 2012.

Side 5

Undersøgelsen omhandler patienternes vurdering af alarmcentralen, ambulancepersonalet, ambulancen og overlevering til hospitalet. Pilotundersøgelsens overordnede resultat er, at der er stor tilfredshed med den præhospitale indsats.

93 procent af patienterne svarer, at deres samlede indtryk af ambulancetransporten og – personalet er enestående eller meget godt. Patienterne vurderer, at ambulancepersonalet er det, der har størst betydning for deres samlede indtryk. Det kan fremhæves, at 91 procent i høj grad er tilfredse med ambulancepersonalets håndtering af situationen, og 89 procent i høj grad mener, at ambulancepersonalet viser omsorg overfor patienten. I de åbne kommentarfelder kommenterer mange svarpersoner netop på, at behandlingen er kompetent og omsorgsfuld.

5. Tele- og videokommunikationsprojekt:
I områder med langt til nærmeste akutmodtagelse kan det være relevant at styrke fasen af et patientforløb, efter ambulancen er nået frem, og indtil ambulancen og lægebilen mødes (rendez-vous modellen), eller indtil ambulancen når frem til akutmodtagelsen. Denne styrkelse kan bl.a. ske ved udvidet brug af tele- og videokommunikation mellem ambulance og henholdsvis akutmodtagelse, AMK-vagtcentral og akutlægebil. Herved gives de modtagende enheder vigtige præhospitale informationer, således at relevant behandling og optimal modtagelse og visitation af patienten opnås. Gevinsten ved et sådant system vil være størst i områder med relativt lang afstand til nærmeste akutmodtagelse.

Projekt udføres i et samarbejde mellem Regionshospitalet Horsens akutafdeling, Præhospitalets AMK-vagtcentral, akutlægebil samt ambulancetjenesten (Response A/S). Projektet er delvist finansieret af statslige puljemidler i projektperioden, der løber til primo 2014.

6. Supplerende ordninger/akutlægebiler:
9 akutlægebiler:
Lemvig
Holstebro

Herning
Viborg
Silkeborg
Randers
Grenaa
Aarhus
Horsens

I starten af 2. kvartal 2012 udvides akutlægebilerne i Horsens og Randers til at være døgndækkende jf. Regionsrådets budgetforlig for 2012.

Jf. Regionsrådet beslutning den 25. april 2012 gøres akutlægebilen i Herning til en fuld tilgængelig døgndækkende ordning fra 1.1.2013.

Akutlægebilerne er bemanded med en anæstesilæge og en lægeassistent med undtagelse af akutlægebilerne i Herning og Holstebro, hvor lægen selv fører bilen.

7. Supplerende ordninger/akutbiler:

5 akutbiler:
Holstebro
Herning
Ringkøbing
Tarm
Skive

De fire førstnævnte er døgndækkende bemanded med anæstesisygeplejersker og ambulancebehandler. Skive-bilen er i dagtid på hverdage bemanded med anæstesisygeplejerske og paramediciner, mens den i den resterende tid er bemanded med paramediciner.

Jf. Regionsrådet beslutning den 25. april 2012 gøres akutlægebilen i Herning til en fuld tilgængelig døgndækkende ordning fra 1.1.2013, samtidig nedlægges akutbilen i Herning.

8. Akutlægehelikopter:

Forsøgsordningen med akutlægehelikopter i Region Midtjylland og Region Nordjylland har været i gang siden d. 1. juni 2011 for en 13 måneders periode. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er ansøgt om en forlængelse af ordningen for yderligere et år, således at den samlede forsøgsordning udløber pr. 1. juni 2013.

Opgørelse over den geografiske fordeling af aktiviteten viser, at akutlægehelikopteren, som det var målsætningen, har bidraget til en styrkelse af det præhospitale beredskab herunder i Nordvestjylland. Se Bilag 5.1.

Der foreligger evaluering af forsøgsordningen i april 2012.

9. Øvrige supplerende ordninger:

- a) I 2011 er der oprettet 8 112-førstehjælperkorps i den nordvestlige del af regionen i tæt samarbejde med de stedlige kommuner. Korpsene er finansieret af statslige puljemidler indtil udgangen af 2013.

I hvert korps er der normalt 8-10 frivillige fra lokalområdet. Alle 112-førstehjælperne gennemgår et førstehjælpskursus inklusiv uddannelse i brug af hjertestarter. Den enkelte deltager står i

princippet til rådighed døgnet rundt for sms-kald, men forventes kun at rykke ud, når det er muligt.

Korpsene er oprettet med base i Hvidbjerg, Jegindø, Uglev, Thyborøn, Harboøre, Nees, Staby og Thorsminde.

- b) Hjemmesygeplejerskeordninger mellem Region og Kommuner.
Omkring:
Thyborøn/Harboøre
Ulfborg
Ikast

Hjemmesygeplejerskeordningerne består af kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker, der kan disponeres fra AMK-vagtcentralen til syge og tilskadekomne borgere. Efter indførelsen af sundhedsfaglig visitation af alle 112-opkald disponeres hjemmesygeplejerskerne til A-opgaver i de situationer, hvor der er lang kørevej for nærmeste ordinære præhospitale beredskab og hvor hjemmesygeplejersken forventes at kunne være først fremme hos patienten. Dette sker af hensyn til borgernes tryghed i livstruende situationer.

- c) Karup Udrykningsbilen
Karup-udrykningsbilen, der startede i 2005 som et samarbejde mellem den daværende Karup Kommune og det daværende Viborg Amt samt Forsvarets Sundhedstjeneste, er en udrykningsbil, der har base på Flyvestation Karup og som i dagtiden på hverdage bemannes af læger Infirmeriet. Udenfor dagtiden, i weekender, på helligdage samt i lukkeperioder på Flyvestationen har bilen været bemannet med to nødbehandlere, der er personer med forskellig baggrund, som har gennemgået et udvidet 40-timers førstehjælpskursus.

Regionsrådet har den 21. marts 2012 besluttet, at ordningen nedlægges, og at der søges etableret en frivillig døgndækkende 112-førstehjælperordning. Ordningen uden for dagtid er i praksis nedlagt pr. 21. marts 2012, og Forsvarets deltagelse i ordningen i dagtid ophører pr. 1. juni 2012.

- d) Udrykningslæger
Ordninger med udrykningslæger omfatter aftaler om praktiserende lægers udrykning til patienter efter konkret disponering fra AMK-vagtcentralen.

Der er p.t. aftale med udrykningslæge der vedrører postnummer 8420 (Knebel/Mols/Helgenæs). Lægen rykker ud i gennemsnit ca. 8-9 gange pr. måned.

Herudover indgår 2 udrykningslæger i Ø-beredskabet på Samsø.

I Thyborøn er der mulighed for at kontakte praktiserende læge i dagtiden på hverdage.

- e) Forsøgsordning i Aarhus
Aftale med Aarhus Brandvæsen, Aarhus kommune om forsøg med brandfolks førstehjælp og anvendelse af hjertestartere i Aarhus (førstehjælpsordning). Området er Aarhus midtby.

Aftalens indhold vedrører, at brandfolk kan være førstehjælpsenhed på skadestedet ved mistanke om hjertestop. Forsøgsperioden er udløbet. Aarhus Kommune har tidligere tilkendegivet ønske om, at regionen overtager en væsentlig del af driftsudgiften.

10. Ø-beredskaber (i øvrigt)

I Region Midtjylland ligger flere øer, hvor den præhospitale indsats ikke umiddelbart kan baseres på de ordninger, som er gældende på fastlandet. Det gælder Samsø, Tunø, Anholt, Endelave, Fur, Venø og Hjarnø.

Der er således etableret en række specifikke Ø-beredskaber der er tilpasset de lokale muligheder på relevante øer i regionen.

Alle steder kan der opstå situationer, hvor den lokale indsats ikke er tilstrækkelig. Her er det muligt at transportere patienten til fastlandet ved hjælp af enten båd eller Forsvarets redningshelikoptere. Ved alvorlige ulykker og akut sygdom indgår akutlægehelikopteren i betjeningen af øerne. I henhold til tilsagn om statslige puljemidler tilbydes der i 2012 og 2013 mulighed for øerne om oprettelse af frivillige 112-førstehjælperkorps.

Specifikt vedrørende Tunø arbejder Odder Kommune og Region Midtjylland i øjeblikket på at undersøge mulighederne for at reetablere ordning med sygeplejerske på øen, der også kan varetage den præhospitale førsteindsats m.m.

3. De enkelte indsatsområder og anbefalinger

Den præhospitale indsats er indsatsen uden for hospitalet over for akut syge, tilskadekomne og fødende, og indsatsen har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed.

Den præhospitale indsats omfatter alle de aktiviteter, der i den præhospitale fase iværksættes ved akut sygdom eller ulykkestilfælde. Det være sig alarmering af akutbetjeningen, første hjælp, kommunikation mellem alarmcentral og vagtcentral, ambulancekørsel til skadested, behandling på skadested, transport til behandlingssted, behandling/overvågning under transporten samt overlevering til hospitalet.

Fundamentet i den præhospitale indsats er ambulanceberedskabet. Det suppleres med akutlægebiler, akutbiler og akutlægehelikopter. Herudover eksisterer der en række øvrige supplerende præhospitale ordninger, der har det til fælles, at de er etableret og fungerer i områder, hvor responstiden kan være lang for de tidligere nævnte indsatsmuligheder, og hvor ordningerne kan være et supplement i førsteindsatsen.

3.1 Førsteindsatsen

Det er enhver pligt at hjælpe efter bedste evne og træffe de foranstaltninger, der kræves for at redde nogen i øjensynlig livsfare m.v., hvis det kan ske uden særlig fare for personen selv eller andre. Undladelse heraf kan i værste fald være strafbart.

Den første indsats i forhold til den tilskadekomne ydes typisk af de nærmeste tilstedeværende. Indsatsen består i at få tilkaldt den rette hjælp og eventuelt påbegynde behandling af patienten ved at yde første hjælp.

Det kan i mange tilfælde være af afgørende betydning for den tilskadekomnes helbredsudsigter, at de tilstedeværende (lægmænd) kan yde førstehjælp.

Førstehjælp ved lægmænd består overordnet af fire hovedpunkter:

- Overblik over ulykkens/sygdommens type og omfang
- Tilkald af hjælp
- Overblik over mulighederne for at hjælpe
- Iværksættelse af første hjælp

Efter Præhospitalets overtagelse af alle sundhedsfaglige 112-opkald, har Præhospitalet overtaget politiets praksis med at kontakte naboer og lignende til borgere med hjertestop.

Præhospitalet har indført en procedure, som består i, at AMK-vagtcentralen umiddelbart efter en konkret hændelse ringer tilbage til lægmanden, der er blevet bedt om at assistere. Lægmanden takkes for assistancen og orienteres om, at der kan opstå psykiske reaktioner efterfølgende. Lægmanden kan kontakte egen læge eller Præhospitalet, der kan visitere til psykologisk krisehjælp i overensstemmelse med "Samarbejdsaftale om akut psykologisk krisehjælp i særlige situationer". Samarbejdsaftalen er indgået mellem Region Midtjylland og Falck Healthcare.

3.1.1 Hjertestartere

Hvert år rammes ca. 3.500 personer af hjertestop, mens de opholder sig uden for sygehus. Tal fra Dansk Hjertestopregister opgjort til og med 2007 viser, at ca. 255 eller 7,3% af disse personer overlevede.

Chancen for at overleve et hjertestop stiger, hvis der hurtigt ydes livreddende førstehjælp eventuelt med anvendelse af hjertestarter.

Der er evidens for, at kendskabet til brugen af hjertestartere, øger villigheden til at bruge hjertestartere, og giver en mere positiv holdning overfor hjertelungeredning. Sundhedsstyrelsen vurderer, at hjertestartere udgør et godt supplement til den samlede behandlingsindsats over for præhospitals hjertestop. Der er god videnskabelig evidens for effekt af førstehjælp ved hjertestop med hjertelungeredning og anvendelse af hjertestarter.

På Sundhedsstyrelsen og Trygfondens konference om hjertestarter 4.11. 2011 blev der fremlagt tal for overlevelse efter hjertestop udenfor hospital (gælder hele landet):

I 2001 blev der kun givet førstehjælp i 20 % af tilfældene før ambulancen kom og 30-dages overlevelsen var 4 %. I 2010 gav flere lægfolk førstehjælp, nu i 44 % af tilfældene før ambulancen kom og 30-dages overlevelsen var nu steget til 10 %. Der var en klar sammenhæng mellem den øgede overlevelse og at flere nu giver førstehjælp på stedet.

Hjertestartere fås i flere forskellige udgaver og kvaliteter m.v. – herunder med servicepakker fra producenterne, der dækker løbende udgifter. Der er angiveligt ca. 15 leverandører/producenter på det danske marked p.t. Hjertestartere kan eksempelvis købes i en større dansk supermarkeds kæde. Køberen kan vælge at tilmelde sin hjertestarter til Trygfondens "hjertestarter-netværk" på internettet.

Ud fra salgstallene fra flere producenter af hjertestartere vurderes der at være ca. 15.000 hjertestartere i Danmark.

Imidlertid er der ikke nogen national sammenhængende strategi på området. Et umiddelbart spørgsmål vedrører således ansvarsforholdene. Der er således et uklart ansvarsforhold vedrørende kvalitet og vedligehold samt udgifter ved uddannelse i brug og ved anvendelse af hjertestarter.

Der er principielle problemstillinger, som der er behov for bliver belyst, således bl.a.:

- ❖ Ansvarsforholdene – hvilke hjertestartere har regionen ansvaret for. Herunder for standard, vedligehold, driftsudgifter etc.
- ❖ Opstår der et ansvarsforhold, når AMK-vagtcentralen henviser indringer el a. til en privat hjertestarter (der evt. ikke fungerer osv.).
- ❖ Skal regionen betale for reetableringsudgifter på hjertestarteren, når AMK-vagtcentralen har henvist til brug.

Danske Regioner har på foranledning af Region Midtjylland iværksat en nærmere belysning af sådanne forhold med henblik på fælles regionale retningslinier. Resultatet heraf foreligger endnu ikke.

Anbefalinger vedrørende hjertestartere:

- *Det anbefales, at Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet drøfter retningslinierne i vedrørende henvisning til anvendelse af privat hjertestarter, når forslaget fra Danske Regioner foreligger.*

3.2 Alarmering

3.2.1 Alarmcentral

Det er politiets alarmcentral, der i første omgang modtager 112-opkald. Så snart der er tale om sygdom eller tilskadekomst, kobles en sundhedsfaglig medarbejder fra Region Midtjyllands AMK-vagtcentral på samtalen med henblik

på vurdering og visitering. Efter stadfæstelse af adressen overlades opgaven fuldt til Region Midtjylland.

3.2.2 AMK-vagtcentralen

Der er i Region Midtjylland etableret en AMK-vagtcentral (Akut Medicinsk Koordination) den 1. december 2009 samtidig med, at nye ambulancekontrakter trådte i kraft. AMK-vagtcentralen vurderer og visiterer alle opkald fra 112, hospitaler, praktiserende læger, vagtlæger og kommuner. På den baggrund besluttes det hvilken præhospital hjælp, borgerne skal have, og der afsendes ambulancer, både akutte og planlagte, liggende befordring, akutbiler, akutlægebiler, helikopter, 112-førstehjælpete og andre udrykningsordninger. Herudover kan borgere henvises til anden hjælp ved praktiserende læger eller vagtlæger, hvis det er behovet, og de kan endelig tilbydes en siddende befordring, hvis det er det rette tilbud til borgeren. Formålet er at sikre patienterne den rette behandling i rette tid og give borgerne nødvendig sundhedsfaglig rådgivning.

Oversigt A: AMK-vagtcentralen i Region Midtjylland

Opgaver/kompetence	Visitere og disponere den rette præhospital hjælp til den enkelte patient, herunder afsendelse af ambulancer, både akutte og planlagte, liggende befordring samt akutbiler, akutlægebiler, lægehelikopter, 112-førstehjælpere og andre udrykningsordninger. Har samlet overblik over de præhospital ressourcer.
Sammenhæng med beredskabs-AMK	Fusion mellem beredskabs-AMK og AMK-vagtcentralen. Region Midtjylland hjemtog vagtcentralfunktionen og kombinerede den med beredskabs-AMK ved oprettelsen af AMK-vagtcentralen. AMK-vagtcentralen er bemanded med sundhedsfagligt personale og læge i dagtiden samt læger i beredskabsvagt, som er bagvagt for AMK-VC og desuden kaldes ind ved aktivering af Beredskabs-AMK. Beredskabs-AMK er således fuldt integreret med vagtcentralen.
Dækning (befolkningsgrundlag)	1,25 millioner.
Etablering og placering	Etableret 1. december 2009, placeret i lejede lokaler i Århus.

AMK-vagtcentralen er en fusion mellem det hidtidige beredskabs-AMK og AMK-vagtcentralen. AMK-vagtcentralen er bemanded med sundhedsfaglige kompetencer (sygeplejersker/paramedicinere/læger), så man kan visitere patienter til de præhospital ressourcer efter vurdering af hastegrad. AMK er fuldt integreret med vagtcentralen. AMK-lægen er bagvagt.

Den fuldt udbyggede AMK-vagtcentral trådte i fuld funktion fra 2. maj 2011, hvor der blev etableret direkte indkobling på 112-samtalerne via konferencetelefon. Borgere, der ringer 112, og som har brug for sundhedsvæsenets hjælp, får direkte kontakt med sundhedsfagligt personale, der vurderer opkaldets hastegrad, tildeler præhospital indsats og giver sundhedsfaglig rådgivning. I 2011 modtog ca. 9.000 borgere desuden, på grundlag af visitation, anden hjælp end ambulance/liggende befordring, eksempelvis hurtig adgang til egen læge eller vagtlæge.

I perioden 1. januar – 31. december 2011 er 156.143 patienter blevet betjent på AMK-vagtcentralen og har fået præhospital hjælp i form af ambulance, liggende befordring, sundhedsfaglig rådgivning eller andet. 115.539 kørsler er gennemført i ambulancer og 31.922 kørsler er gennemført i biler indrettet til liggende befordring. Endelig har det været muligt gennem sundhedsfaglig vurdering at tilbyde 8.682 borgere primært fra 1-1-2 anden hjælp (E). Det vil sige, det har ikke været nødvendigt at anvende en ambulance.

Samarbejde på tværs af regionsgrænser:

Region Midtjylland samarbejder med Region Nordjylland og Region Syddanmark om dækning af grænseområderne. De præhospital enheder anvendes fleksibelt på tværs af regionsgrænserne efter fastsatte aftaler.

3.2.3 Baggrund for hjemtagelse af AMK-vagtcentralen

I forbindelse med det første ambulanceudbud i Region Midtjylland blev der taget stilling til, hvorledes driften af vagtcentralfunktionen i Region Midtjylland skulle organiseres.

Regionsrådet besluttede på sit møde den 28. marts 2007 at adskille kørselsfunktionen (ambulancekørselsopgaven) og vagtcentralfunktionen, blandt andet for at muliggøre konkurrence vedrørende ambulancekørslen. På sit møde den 12. december 2007 besluttede Regionsrådet endvidere, at Region Midtjylland fremadrettet selv skulle drive vagtcentralfunktionen.

Siden 1. december 2009, med de nye ambulancekontraktens start, har Region Midtjylland selv drevet AMK-vagtcentralen.

3.2.4 Erfaringer med AMK-vagtcentralen efter hjemtagelsen

Motivationen for at hjemtage vagtcentralfunktionen var bl.a., at en konsulentrapport havde vist, at det ville være en væsentlig barriere for konkurrence på området, hvis der var risiko for, at én leverandørs ambulancer skulle disponeres af en konkurrents vagtcentral.

Regionens hjemtagelse har således sikret alle leverandører en fair disponering. Hvis én leverandør driver AMK-vagtcentralen, eller regionen har ansat personale fra én leverandør, vil det skabe usikkerhed omkring, om denne leverandør vil udnytte andre leverandørers beredskaber til fordel for sine egne.

Region Midtjylland var den eneste region i Danmark, der i forbindelse med udbuddet af ambulancetjenesten, fik et nyt selskab ind som leverandør, og det vurderes som udslagsgivende, at regionen valgte selv at drive AMK-vagtcentralen. Efter Administrationens vurdering har Region Midtjyllands hjemtagelse af vagtcentralfunktionen således haft stor betydning for, at Responce A/S, som driver ambulancetjeneste for regionen i Horsens-området, ønskede at byde på opgaven.

Ud over konkurrenceelementet har hjemtagelsen af AMK-vagtcentralen på en række punkter bidraget positivt til den præhospital drift til gavn for borgerne:

- Med hjemtagelsen af driften af vagtcentralen har Region Midtjylland fået direkte styring af ressourceanvendelsen på det præhospital område. Der er således ikke længere en ekstern part, som kontrollerer de præhospital enheder. Dvs. den daglige drift optimeres alene med udgangspunkt i de mål, Region Midtjylland skal opnå og ikke med udgangspunkt i den flerhed af opgaver, som den eksterne leverandør tidligere skulle løse – dels for egen forretning og dels for regionen.

- Der er således fuld kontrol over planlægningen og disponeringen af ambulancer, akutbiler, helikopter med mere. AMK-vagtcentralen har hermed givet mulighed for at optimere brugen af de tilgængelige ressourcer direkte efter regionens, herunder hospitalernes, ønsker. AMK-vagtcentralen er med andre ord en integreret del af hospitalsvæsenet i Region Midtjylland. Integrationen giver sig bl.a. udslag i, at Beredskabs-AMK i forbindelse med hjemtagelsen af vagtcentralfunktionen blev lagt sammen med denne, og idet der blev ansat sundhedsfagligt personale til visiteringen til de præhospitale ressourcer.
- Vagtcentralen blev ved hjemtagelsen en integreret enhed i en samlet organisation på akutområdet. Det er blevet nemmere at forestå den overordnede og tværgående planlægning og koordination på området, eksempelvis mellem AMK-vagtcentralen og lægevagten.
- Region Midtjylland har en forpligtigelse til at visitere og hastegradsvurdere opkald, der viderestilles fra politiets 112-alarmsentral. Samtidig rådgives og vejledes indringerne om førstehjælp af de sundhedsfaglige visitatorer, der modtager opkaldene. Såfremt Region Midtjylland skulle vælge ikke selv at drive AMK-vagtcentralen, vil regionen stadig skulle ansætte og lede sundhedsfagligt personale til at varetage rådgivnings-, visitations- og hastegradsvurderingsopgaverne. Hjemtagelsen har bidraget til, at tilknytningen af det sundhedsfaglige personale, der visiterer telefonopkald og rådgiver borgerne, er forløbet godt, herunder i et godt samarbejde med regionens hospitaler.
- AMK-vagtcentralen giver direkte adgang til alle data om driften. Det giver mulighed for detaljerede driftsanalyser, forskningsbaserede undersøgelser samt mulighed for hurtig indsigt i enkeltsager.
- Ved at have eget mandskab ansat er det muligt at sætte mandskabet til at udføre kvalitetssikringsopgaver og registreringer, alt efter driftens behov. De tekniske disponenter i Region Midtjyllands AMK-vagtcentral udfører desuden, som de eneste tekniske disponenter i landet, en backup-funktion for modtagelse af 112-opkald. Det sikrer en bedre og mere stabil betjening af de borgere, der får brug for at ringe 112. I andre regioner, hvor en privat leverandør stiller med de tekniske disponenter, er dette ikke muligt. Det har fra Rigspolitiets side været forudsat, at regionerne ville kunne besvare alle 112-opkald uden forsinkelse. Ud fra en stikprøve, som Rigspolitiet tog på basis af 14 dages drift i august 2011, ligger Region Midtjylland med en højere svarprocent for 112-opkald end de øvrige regioner. Mens Region Midtjyllands svarprocent var 95,62, lå Region Syddanmark eksempelvis på 87,70.
- Eget mandskab i vagtcentralfunktionen gør det endvidere enklere at sikre styringen af de variable aktivitetsafhængige udgifter for området, eksempelvis overtidsbetaling til ambulanceberedskaber. Dvs. her er ikke en sammenhæng mellem personale, der skal optimere driften og forsøge at undgå unødvendige ekstra udgifter ved overtid og lignende, og personale, der er kolleger til mandskabet, der skal udføre kørselsopgaverne. Der er altså ikke sammenfald mellem dem, der har til opgave at undgå unødvendig overtid, og det firma, der modtager betalingen for overtiden.

- AMK-vagtcentralen vil i fremtiden via de nye muligheder inden for bl.a. telemedicin kunne give et detaljeret overblik over regionens præhospitale patienter og ressourcer. Dette vil kunne give grundlag for en endnu bedre styring af de præhospitale ressourcer og bidrage til i endnu højere grad at sikre regionens borgere den rette præhospitale behandling i rette tid.
- Den store mængde af information og viden, der med hjemtagelsen af AMK-vagtcentralen er blevet tilgængelig for regionen, giver et grundlag for at kunne vurdere effekten af samt gennemføre en eventuel hjemtagelse af yderligere præhospitale opgaver.
- Personalet på AMK-vagtcentralen kan løbende blive bedt om at løfte nye opgaver, der er en følge af nye ønsker i Regionsrådet eller beslutninger på landsplan. En ekstern leverandør ville kun have løst de opgaver, der var udbudt. Dvs. løsning af yderligere opgaver ville skulle bero på en forhandling, med heraf følgende nye udgifter. I den nuværende kontraktperiode ville opgaver som disponering af akutlægehelikopteren samt 112-førstehjælper-ordninger være nye opgaver, der skulle have været forhandlet om.

Sammenfattende vedrørende drift af AMK-vagtcentralen:
Region Midtjylland har siden 1. december 2009 stået for driften af vagtcentralen. Der er i løbet af de to et halv år der er gået opnået gode erfaringer med denne organisering

Som beskrevet ovenfor viser erfaringerne fra de første 2½ års drift af AMK-vagtcentralen, at adskillige forhold taler for, at Region Midtjylland fortsat selv driver denne. De væsentligste erfaringer er følgende:

- Effektiv drift: Hele personalet har en målrettet opgave for Region Midtjylland, og opgavetilrettelæggelsen kan afpasses efter situationen. Der er et samspil mellem det sundhedsfaglige personale og tekniske disponenter i forhold til det fælles mål - rette hjælp i rette tid til rette borger. I andre regioner, hvor opgaven er delt mellem regionen og en ekstern leverandør, har personalet forskellige mål for opgaveløsningen, hvilket vil betyde, at effektiviteten falder.
- Fleksibel drift: AMK-vagtcentralens personales opgaver vil løbende kunne tilpasses ønsker fra det politiske niveau, dels i forhold til opgavetyper, men også i forhold til konkrete hensyn, der ønskes varetaget. Dvs. der er ikke en binding til en udbudt opgave.
- Økonomisk effektivitet: Styring af variable udgifter foretages af Region Midtjylland, som er den part, der skal betale udgiften, og ikke den part, der skal modtage betaling.
- Fuld information: Alle driftsmæssige informationer ejes af regionen, ligesom regionen har eget specialiseret personale, der efter behov kan assistere ved udførelse af analyser af driften.
- Konkurrence: Det er en helt afgørende forudsætning for kommende leverandørers ønske om at byde på præhospitale opgaver, herunder helikopterdrift mv., at den tekniske disponering og adgang til tekniske driftsdata alene tilfalder regionen og ikke en konkurrent.

Det er på baggrund af ovenstående vurderingen, at det er mest hensigtsmæssigt, at Region Midtjylland fortsat selv driver AMK-vagtcentralen.

3.3 Ambulanceberedskabet

Jf. Akutplanen skal ambulanceberedskabet udgøre grundstammen i regionens præhospitale indsats.

3.3.1 Kapacitet

64 ambulanceberedskaber, heraf 47 døgnbemandede, 16 dagberedskaber, 1 babyambulance.

Der er 29 beredskaber til liggende sygetransport. 24 hverdagsberedskaber og 5 weekend- og helligdagsberedskaber. De giver 227 rådighedstimer på hverdage og 40 rådighedstimer i weekender og på helligdage.

36 ambulancestationer.

I ovenstående er inkluderet et ekstra beredskab i Struer. Regionsrådet vedtog i budget 2012, at der skal ansøges om midler fra akutpuljen til forbedring af ambulanceberedskabet i yderområderne, herunder til en forlængelse af det ekstra beredskab med paramediciner, der midlertidigt er etableret i Struer (udløber august 2013). Puljen er endnu ikke udmøntet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

3.3.2 Kvalitetskrav til udstyr i ambulancerne

Udstyret i regionens ambulancer skal opfylde de krav, regionen fastsatte i ambulanceudbudsmaterialet i forbindelse med ambulanceudbuddet. De tre ambulanceleverandører, Samsø Redningskorps ApS, Responce A/S og Falck Danmark A/S, anvender forskellige mærker af nogle typer af udstyr, mens andet udstyr er ens. Det er udbudsretligt ikke tilladt at stille krav om anvendelse af et bestemt mærke af udstyr, men der stilles krav til, hvad udstyret skal kunne.

I forbindelse med det kommende udbud af ambulancetjenesten vil Medico Teknisk Afdeling blive inddraget i arbejdet med at fastsætte kravene til ambulanceudstyret og vil også efter den kommende kontraktindgåelse bistå med en gennemgang af, om det leverede udstyr lever op til de stillede krav.

3.3.3 Dimensionering

Dimensioneringen med ambulancer i regionen har grundlæggende to opgaver:

- 1) Varetagelse af kørsler
- 2) Beredskabsdækning

Ad 1: I forbindelse med dimensioneringen af ambulanceberedskabet i delområderne er der oprindeligt gjort antagelser i forhold til udnyttelsen af de enkelte beredskaber. Man kunne også sige forventninger til den tid, beredskabet bruger på opgaver, ud af den samlede disponible tid for beredskabet.

Ad 2: En hensigtsmæssig dimensionering kræver imidlertid ikke kun en effektiv udnyttelse af beredskaberne. Der er især i tyndt befolkede områder med større afstande behov for at placere beredskaber, selv om udnyttelsesgraden er relativt mindre end andre steder. Det er nødvendigt, for at responstiderne i området ikke skal være relativt for lange.

3.3.4 Servicemål og responstider

Ved responstid forstås den tid, der går, fra den tekniske disponent på regionens AMK-vagtcentral modtager opgaven fra den sundhedsfaglige visitator og indtil ambulancen er fremme på et skadested, hos en akut syg patient eller hos en fødende.

Servicemål og -opfyldelse i minutter*

		Mål	01.01.10 - 31.12.10	01.01.11 - 31.12.11
A	75 % er <	10	10,1	10,1
	92 % er <	15	14,7	14,3
	98 % er <	20	19,1	18,4
B	60 % er <	15	14,0	13,6
	75 % er <	20	18,0	17,2

*Servicemål er gældende for regionen som helhed

En sammenligning af responstidsopgørelsen med data fra 2010 viser, at der er sket en forbedring af responstiden (A75) ift. en række kommuner. Dette gælder Favrskov (fra 13,3 til 12,6), Hedensted (fra 13,5 til 12,7), Ikast-Brande (fra 10,6 til 10,2), Lemvig (fra 13,6 til 12,1), Norddjurs (fra 11,2 til 10,7), Odder (fra 11,1 til 9,8), Ringkøbing-Skjern (fra 13,3 til 12,5), Samsø (fra 10,0 til 9,5), Silkeborg (fra 9,9 til 9,7), Skanderborg (fra 12,2 til 11,6), Skive (fra 12,0 til 10,8) og Struer kommuner (fra 11,7 til 10,8). Tilsvarende er der som forventet sket en mindre forringelse i responstiden bl.a. i en række byområder, herunder i Herning, Holstebro, Horsens, Randers, Viborg og Århus kommuner. Responstiden (A75) i Syddjurs er uændret. Der er således sket en udjævning i responstiden på regionsniveau.

Typisk er responstiderne korte i tættere bebyggede områder, mens responstiderne er længere i tyndt befolkede områder, hvilket bl.a. skyldes balancen mellem stor udnyttelsesgrad og dækningsgraden for ambulanceberedskaberne.

En større udjævning af responstiderne fordrer udvidelse af antallet af beredskaber. En mindre udjævning vil eventuelt også kunne ske ved en omplacering af de nuværende beredskaber.

Det er dog vigtigt at understrege, at det ikke kan anbefales, at gennemføre ændringer under de nuværende kontraktvilkår, eller før end alle relevante responstider kan registreres ved samme hændelsesforløb, samt der er opnået bedre simuleringsmuligheder med henblik på at opnå en optimal dimensionering med og placering af beredskaber.

Såfremt man ønsker at foretage en flytning (fra- og tilkøb), er det vigtigt at kunne kortlægge de afledte konsekvenser for responstiden, såvel i området, hvor der frakøbes et beredskab, som i området hvor der tilkøbes et beredskab, men også virkningen på responstiden generelt. Dette kan kompliceres, bl.a. hvis der frakøbes en type beredskab og tilkøbes en anden type beredskab. Herudover er det forbundet med større udgifter at ændre vilkårene under kontrakterne i kontrakperioden.

Det nationale Akutudvalg har drøftet en maksimal responstid for A-kørslerne på 15 minutter. Region Syddanmark har foretaget en beregning, der viser, at

udgiften ved opfyldelse heraf til ambulanceberedskabet vil skulle ca. fordobles i forhold til i dag. For Region Midtjyllands vedkommende er udgiftsestimatet på et trecifret millionbeløb årligt.

Kortlægningen af konsekvenserne for responstiden sker ved hjælp af et elektronisk simuleringprogram (Optima Predict). Erfaringsmæssigt skal der tages betydelige forbehold i forhold til programmets evne til at forudsige detaljerede konsekvenser ved ændringer. Med den nye SINE kontrolrumsløsning fra ultimo 2012/2013 vil der blive langt bedre muligheder for at kunne foretage simuleringer. Det vil dog kræve udvikling af programmer, som der ikke på nuværende tidspunkt er afsat ressourcer til.

Som det er i dag opgøres responstider alene ud fra, hvornår første ambulance er fremme (uanset øvrige præhospital indsats). Der er ikke for nuværende mulighed for at lave forløbsanalyse i relation til de forskellige præhospital ordningers responstid for samme tilfælde (der er ikke fælles såkaldt hændelses-ID). Der bør derfor stræbes mod at kunne indhente og integrere data for ordningernes responstider, således at det bliver muligt at oplyse, hvor hurtigt (professionel) hjælp er nået frem.

3.3.5 Flexibilitet

Med henvisning til Evalueringsrapporten fra januar 2011, vil der frem mod næste udbudsrunde kunne ses nærmere på mulighederne for at opnå en større flexibilitet i ambulanceberedskabet. Følgende temaer bør indgå:

- Udnyttelses og dækningsgrad
- Smidiggørelse af beredskabstyper eksempelvis lavaktivitetsberedskaberne
- Dimensioneringen med beredskabstyper og deres placering
- Større indbygget flexibilitet i kommende kontakter i forhold til mulighederne for at til-/frakøbe beredskaber i kontraktens løbetid
- Nye typer beredskaber, eksempelvis "hvilende transportere" (i taxaer) som alternativ til ambulance- eller sygetransport.
- Krav til tele- og videokommunikationsudstyr.

3.3.6 Opgaver

Fordeling af opgaver efter opgavekategorier 2010 og 2011

		2010	2011	4. kv. 2011
	Forudsat fordeling	01.01.10 – 31.12.10	01.01.11 – 31.12.11	01.10.11 – 31.12.11
A	20 %	29 %	24 %	22 %
B	20 %	15 %	19 %	19 %
C	30 %	19 %	16 %	17 %
D	30 %	33 %	31 %	30 %
E	-	2 %	6 %	8 %
Ikke-angivet	-	1 %	0 %	0 %
Teknisk kørsel	-	2 %	4 %	4 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %

Fra maj 2011 overtog regionerne modtagelsen af alle 112-opkald vedr. akut sygdom og tilskadekomst på AMK-vagtcentralerne. Det vil sige, at Præhospitalet fra dette tidspunkt overtog ansvaret for alle patienter helt fra 112-opkaldet og frem til overdragelsen til hospitalet eller afslutningen af behandlingen på skadestedet. Fordelingen af opgaver/kørsler, som ses i tabellen ovenfor er

direkte influeret af, at Region Midtjylland overgik til sundhedsfaglig visitation af alle borgerhenvendelser fra 1-1-2 primo maj 2011 på AMK-vagtcentralen.

Udviklingen i A-kørsler:

Indførelsen af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald primo maj 2011 har medført et fald i andelen af A-kørsler ift. 2010. Det vil sige færre borgere vurderes at have behov for hurtig livreddende indsats.

Udviklingen i B-kørsler:

Der er fra 2010 til 2011 sket en stigning i andelen af B-kørsler. Dette skyldes blandt andet, at en del af de kørsler, der tidligere er blevet kørt som A, efter indførelsen af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald viser sig at være hastende, men ikke livstruende (B-kørsler).

Udviklingen i C-kørsler:

Andelen af C-kørsler er faldet siden 2010. Præhospitalet har ikke fuldt kunnet kortlægge årsagen til dette fald. Årsagen kan ligge flere steder. Hospitalspersonalet kan opleve, at en ventetid på 90 minutter (som er servicemålet på C-kørsler) er for længe set i forhold til den øvrige aktivitet på stedet, og det samme gælder praktiserende læger og vagtlæger, der vurderer, at de har behov for, at patienter hentes hurtigere.

Derfor er Præhospitalet ultimo 2011 begyndt at bruge sundhedsfaglige visitatorer til at indgå i dialogen med det bestillende sundhedspersonale omkring en del af de henvendelser, der modtages i dagtiden med henblik på at sikre, at der sendes det rette respons til patienterne.

3.3.7 Hjemtagelse af præhospitale opgaver

Indledning:

Historisk set er størstedelen af de præhospitale driftsopgaver i Danmark blevet varetaget af private leverandører, mens driften af landets hospitaler fortrinsvis er og har været placeret i offentligt regi.

Overordnede hensyn

Som offentlig myndighed har Region Midtjylland mulighed for at beslutte, at en eller flere præhospitale driftsopgaver, eventuelt dele af en eller flere opgaver, skal varetages af regionen selv. Baggrunden for sådanne overvejelser om hjemtagelse vil typisk have sit udspring i en eller flere af tre overordnede hensyn:

- 1) Pris: opnåelse af en lavere pris for ydelsen
- 2) Konkurrence: mere konkurrence på området
- 3) Indflydelse: ønske om større indflydelse på den konkrete ydelse

Uanset hvilket eller hvilke af de tre hensyn, der er på spil, når en hjemtagelse overvejes, er det essentielt, at driftssikkerheden og kvaliteten er på plads, inden ændringer på det præhospitale område gennemføres.

Hvis det vurderes, at regionen vil kunne udføre opgaven billigere end den nuværende private leverandør og med samme leveringssikkerhed og kvalitet, vil en hjemtagelse eventuelt kunne være relevant.

En fastlåst konkurrencesituation, hvor der kun forventes få bydere i forbindelse med et udbud, vil ligeledes kunne være et argument for at forberede en hjemtagelse, idet det vil lægge pres på byderne, at regionen har en troværdig mulighed for hjemtagelse.

Endelig kan ønsker om større direkte indflydelse på den konkrete ydelse være et argument for at overveje hjemtagelse af en opgave. Ved en hjemtagelse af en opgave vil den detailstyring, som i dag overlades til den private leverandør, blive på regionens præmisser. Dette vil dog samtidig også betyde, at regionen selv vil have det endelige og fulde ansvar for alle sider af opgaveløsningen.

Juridiske forhold

Det er en politisk beslutning, om man som ordregivende myndighed vil hjemtage en opgave. Man skal altså i den forbindelse ikke konkret kunne dokumentere, at der vil være en bedre økonomi eller opgaveløsning ved at hjemtage opgaven. Til gengæld vil man for at have et indtryk af, om man som ordregivende myndighed vil kunne drive opgaven til samme pris eller billigere end den nuværende leverandør, kunne gennemføre et kontrolbud. "Kontrolbud" bruges sædvanligvis om den situation, hvor en intern afdeling inden for den offentlige myndighed, i forbindelse med et udbud, afgiver et "tilbud". Som regel anvendes kontrolbud altså som led i et udbud til at afgøre, om opgaven skal tildeles en ekstern leverandør, eller om den skal varetages internt.

Grundlæggende kan det overvejes, om der skal ske en hjemtagelse inden for en eller flere af følgende 3 præhospitale driftsområder:

- 1) Ambulancetjenesten
- 2) Akutlægebiler/akutbiler
- 3) Liggende sygetransport

I det følgende undersøges, om der er grundlag for at arbejde videre med overvejelser om hjemtagelse af præhospitale driftsopgaver i Region Midtjylland.

Ambulancetjenesten:

Ambulancetjenesten er grundstammen i den præhospitale opgaveløsning, og en række forudsætninger skal være på plads, før en hjemtagelse på dette område vil kunne gennemføres. Disse forudsætninger består bl.a. i en række organisatoriske og tekniske forhold angående de fysiske rammer, teknisk drift, rekruttering af personale, overenskomster m.v., men vedrører særligt også den overordnede robusthed omkring opgaveløsningen.

Organisatoriske og tekniske forhold

Et af de organisatoriske elementer, der skal være på plads før en hjemtagelse, består i etablering af de nødvendige baser til ambulancerne. Ved en hjemtagelse vil regionen skulle indgå lejemål for eksisterende faciliteter eller selv finde tilsvarende lokaler, og der vil endvidere være behov for oprettelse af eget værksted/teknisk afdeling til flådestyring (indkøb/leasing, rotation og udskiftning).

Den største økonomiske post ved de præhospitale driftsopgaver (op til 75-80 %) udgøres af lønudgifter til personalet. Ved en hjemtagelse vil personaleledelsesopgaven med alt, hvad det indebærer, specifikt tilfalde Region Midtjylland. Der vil skulle gennemføres en rekruttering af medarbejdere, herunder ansættelse af daglig ledelse, og inden en hjemtagelse kan gennemføres, vil der også skulle forhandles en overenskomst, som tager hensyn til regionens drift, og som de kommende medarbejdere vil kunne ansættes under. Det er naturligvis en forudsætning for rentabilitet, at regionerne kan opnå en overenskomst, der er mindst lige så god og meget gerne bedre end de eksisterende, samt at overenskomsten foreligger et stykke tid forud for en eventuel hjemtagelse.

Robusthed og risikoelementer

Idet ambulancetjenesten er grundpillen på det præhospitale område, vil en hjemtagelse af ambulancedriften påføre regionen et betydeligt ansvar, og der er flere risikomomenter, som sætter spørgsmålstegn ved den mulige robusthed ved en regional hjemtagelse på området.

Sikkerheden for til stadighed at have et tilstrækkeligt antal uddannede medarbejdere udgør således en betydelig risiko, idet ambulancerne ikke kan bemannes med almindeligt hospitalspersonale, men derimod alene uddannede ambulancereddere. Ambulancereddere kan kun i begrænset omfang rekrutteres ved almindeligt opslag. Uddannelsen af den enkelte medarbejder tager flere år og består af en kombination af teori og praksis. En anden faktor, der udgør en risiko for regional drift, er, at regionen i dag ikke har erfaring med at løse de tekniske opgaver vedrørende udrykningskøretøjer og ambulanceudstyr.

En hjemtagelse på det præhospitale område skal uanset det valgte driftsområde have et vist volumen. Dette skyldes, at der er en række af de beskrevne "back office"-opgaver, der skal løses helt uafhængigt af, om den hjemtagne opgave er lille eller større. Dvs. hvis regional drift skal være rentabel, forudsættes en vis størrelse for den hjemtagne opgave. Kravet om en stor hjemtagelse forstærker betydningen af de potentielle risikoelementer.

Konkurrencesituationen på ambulanceområdet vurderes at være gunstigere for regionen end ved det seneste udbud, og når dette sammenholdes med de betydelige risikoelementer ved en hjemtagelse af opgaven, er det Administrationens vurdering, at en hjemtagelse af ambulancetjenesten pt. ikke vil være hensigtsmæssig.

Akutbiler og akutlægebiler:

I dag leverer Region Midtjylland selv anæstesi-læger og anæstesisygeplejersker til regionens akut- og akutlægebiler, mens køretøjer, dele af udstyret og bemanning med ambulancereddere leveres af en privat leverandør.

En hjemtagelse af de i dag udbudte opgaver vedrørende akut- og akutlægebiler vil forudsætte opbygning af en driftsorganisation, herunder vedrørende teknisk ekspertise og kapacitet. Det vurderes at blive uforholdsmæssigt dyrt og langt fra rentabelt at hjemtage den fulde drift af akutbiler og akutlægebiler, når der sammenlignes med de priser, der senest er indkommet ved udbud vedrørende akutbiler og akutlægebiler i Region Midtjylland. De seneste udbud har således vist, at konkurrencen har indfundet sig på området.

På baggrund af ovenstående er det Administrationens vurdering, at hjemtagelse af den fulde drift af akut- og akutlægebiler pt. ikke vurderes at være relevant for regionen.

Liggende sygetransport:

I dag varetages den liggende sygetransport i Region Midtjylland af én privat leverandør, Falck Danmark A/S.

Den liggende sygetransport udføres af chauffører, der har gennemført et kort kursus i primært udvidet førstehjælp, og den liggende sygetransport er rent teknisk en mindre kompliceret opgave end drift af ambulancetjenesten eller drift af akut- og akutlægebiler. Der vil dog ved en hjemtagelse være behov for en stor og robust driftsorganisation med en række "backoffice"-funktioner, herunder vedrørende vedligeholdelse af vognparken, mandskabsstyring, ledelse,

bygninger m.v.. Rentabel drift af liggende sygetransport forudsætter derfor også, at en eventuel hjemtagelse vil omfatte en stor del eller hele opgaven.

En hjemtagelse af den liggende sygetransport vil kunne bidrage til en stærkere integration med den øvrige præhospitale indsats og give sygetransportpersonalet en dybere forståelse for patientforløbene. Det gælder i forhold til ambulancetjenesten, men der er en særlig mulighed for at opnå en synergieffekt i forhold til den siddende befordring. Både den liggende sygetransport og den siddende befordring vedrører transport af ikke-akutte patienter, og her er mulighed for en meget mere fleksibel vekselvirkning mellem de to områder, når der er tale om egen drift. Måske vil praksis vise, at en del patienter, der transporteres med liggende sygetransport i dag, fremover vil kunne transporteres siddende, og denne overgang vil lettere kunne faciliteres ved en hjemtagelse af den liggende sygetransport. Der vil endvidere være mulighed for, at der kan etableres et vist personalemæssigt overlap mellem de to funktioner, og måske vil det også være muligt at lave jobrotation, hvor personale fra AMK-vagtcentralen har vagter i den liggende sygetransport. Dette vil naturligvis forudsætte, at de rette personlige kompetencer er til stede. Det afgørende er, at der herved vil være mulighed for, at personalet kan arbejde i et system, der er patientrettet i hele sit professionelle virke.

Grundlæggende er der således mulighed for at opnå en række positive synergieffekter ved at hjemtage den liggende sygetransport, og det anbefales, at den videre afsøgning af dette område også forholder sig til mulighederne for en tættere og mere fleksibel (sam)drift af den siddende og liggende patientbefordring.

Ved seneste udbud var Falck Danmark A/S eneste tilbudsgiver i forbindelse med udbuddet af liggende sygetransport, og på baggrund af denne begrænsede konkurrencesituation samt mulighederne for positive synergieffekter ved en hjemtagelse vurderes det som hensigtsmæssigt, at der udarbejdes beregninger af, hvad en hjemtagelse af opgaven forventes at koste Region Midtjylland. Forudsætningen for en hjemtagelse er, at den tilstrækkelige "backoffice"-funktion kan etableres i et kvalitetssikret setup, der koster det samme eller er billigere end det, man skal betale for den samme ydelse ved udbud.

En betingelse for at kunne gennemføre en sådan beregning er, at der sker en afklaring af hvilket overenskomstgrundlag, regionen vil kunne ansætte personalet efter. Præhospitalet er i dialog med Danske Regioner og de øvrige regioner om dette spørgsmål.

3.3.8 Udbud af ambulancetjenesten

De nuværende aftaler om ambulancekørsel mellem Region Midtjylland og de respektive private leverandører udløber den 30. november 2013. Det samme er tilfældet for kontrakterne vedrørende liggende sygetransport. Undtaget for ovenstående er dog aftalen med Samsø Redningskorps ApS vedrørende Samsø. Denne aftale udløber den 30. november 2015.

Der er i aftalerne mulighed for en forlængelse af kontrakterne med op til to gange tolv måneder. En forlængelse skal ske med minimum tolv måneders varsel. Denne mulighed for forlængelse er nødvendig at gøre brug af, fordi det ikke er muligt at nå det til 2013. Det skyldes, at den nærværende afrapportering vedrørende status for det præhospitale område, samt de første erfaringer med Favrskov-ordningen, har været afventet.

Der er samtidig flere fordele ved en forlængelse af de nuværende kontrakter for ambulancetjenesten og liggende sygetransport:

- Konkurrencesituationen: Af hensyn til at få eventuelle nye firmaer til at deltage i udbuddene er det afgørende, at det nye firma har minimum et år fra en eventuel tildeling af kontrakt og til kontraktens start. Da gennemførelsen af et udbud samtidig tager op mod et år, vil det intensive forberedelsesarbejde vedrørende de kommende udbud hensigtsmæssigt skulle indledes to år før kontraktstart.
- Økonomiske forhold: De nuværende kontrakter giver en stabil og forholdsvis begrænset udgiftsstigning, idet denne er baseret på indeks fra Danmarks Statistik. På baggrund af de danske overenskomstforhold, som gør det vanskeligt for nye entreprenører på området, er det usikkert, hvordan prisudviklingen vil være ved et nyt udbud. Selv en god konkurrencesituation vil ikke påvirke det faktum, at de nuværende kontrakter er beregnet på grund af den viden, man havde i 2008, og kørselsmønstrene vil fra 2008 til 2013 have ændret sig meget. Det vil i sig selv kunne påvirke udgiftsniveauet.
- Øvrige regioners forhold: Vedrørende de øvrige regioner gælder det, at de planlægger kontraktudløbet af deres kontrakter til at falde i perioden 2014-2016. Ved at afvente dette vil Region Midtjylland kunne drage fordel af eksempelvis at kunne samordne udbudsbetingelserne med de øvrige regioner samt gøre brug af de erfaringer, der i øvrigt gøres og er gjort.
- Udskiftning af nuværende kontrolrum: I perioden 2012-2013 gennemføres en udskiftning af AMK-vagtcentralens kontrolrumsløsning. Det nye kontrolrum skal være i stabil drift, før det vil være hensigtsmæssigt at gennemføre omlægninger af de nuværende kontrakter for ambulancedrift og liggende sygetransport, herunder evt. udskiftninger af leverandører i enkelte områder.

3.3.9 Paramedicinerbemanding af ambulancer i Region Midtjylland

Af "Aftale om budget 2012 for Region Midtjylland" fremgår det, at:

"Ved kommende udbud undersøges mulighederne for omkostningseffektivt at bemande ambulanceberedskaberne med paramedicinere".

Alle ambulancer i Danmark, herunder ambulancerne i Region Midtjylland, er bemandet med to reddere, hvoraf mindst én er ambulancebehandler, og den anden skal være uddannet til mindst ambulanceassistent.

Ambulancekontrakten åbner dog mulighed for, at der vil kunne indgås aftale om bemanding med paramedicinere til gengæld for, at der ydes en merbetaling til ambulanceleverandøren.

Merprisen for paramedicinerbemandingen er fastsat i ambulanceleverandørens tilbud i forbindelse med ambulanceudbuddet, og behøver derfor ikke svare til forskellen i lønudgift alene. Der er således ikke tale om en beregning men om en fastsat merpris fra leverandøren. Her til vil komme merudgift til den medicin, ambulancen vil forbruge, idet paramedicineren kan anvende flere medikamenter end almindelige ambulancebehandlere og ambulanceassistenter. Der vil også være merudgifter forbundet med uddannelse af paramedicinere m.v.

Den samlede merudgift til paramedicinerbemanding af en enkelt ambulance vurderes for et lavaktivitetsberedskab (døgndækkende beredskab der varetager relativt mange af de mest hastende kørsler) at udgøre ca. 750.000 kroner om året.

Etablering af fast paramedicinerbemanding vil forudsætte videreuddannelse af ambulancebehandlere samt evt. flytning af allerede uddannede paramedicinere, og derfor må ambulanceleverandørerne gives et vist varsel (forventeligt 6-9 måneder), før en ændring af en bemanding kan effektueres.

Paramedicinerbemandede ambulancer vil ikke have en effekt på responstiden, men medvirker til, at mere avancerede behandlinger kan igangsættes hurtigere i patientforløbet. Paramedicinere kan på lægelig delegation bl.a. give smertestillende medicin, modgift ved overdosis samt kvalmestillende og vanddrivende medicin.

Det vurderes, at paramedicinerbemanding vil kunne have størst gavnlige effekt for den præhospitale indsats i Region Midtjylland ved at blive anvendt på et ambulanceberedskab (lavaktivitet) på følgende stationer (i prioriteret rækkefølge):

- 1) Ebeltoft
- 2) Rønde
- 3) Brande
- 4) Kjellerup
- 5) Hammel
- 6) Durup

Der er ved den foreslåede placering af mulige paramedicinerbemandede ambulancer anvendt en samlet vurdering af forskellige forhold, herunder er der taget hensyn til den nuværende afstand til regionens akutbiler og akutlægebiler, ligesom der er set på, om disse beredskaber vil dække et betydeligt geografisk område, herunder med høj aktivitet, således at paramedicinerne kan vedligeholde deres kvalifikationer.

For så vidt angår de to førstnævnte steder, indgår det også i vurderingen, at den nuværende Udrykningslægeordning i Knebel kan blive vakant.

Paramedicineres styrke er, at de kan iværksætte nogle af de behandlinger, som ellers må vente på ankomsten af akutbil eller akutlægebil. Af denne grund vurderes det som hensigtsmæssigt, at ambulancebaser med lang afstand til regionens akutbiler og særligt akutlægebiler tilgodeses ved en eventuel opnormering i form af paramedicinerbemanding.

Indsættelsen af paramedicinere styrker således kvaliteten af den indledende behandling. Man skal være opmærksom på, at i den udstrækning paramedicinere indsættes i eksisterende ambulanceberedskaber ændrer det ikke på responstiden i området.

Hvis der på sigt ændres på strukturen med akutbiler i Midt- og Vestjylland, vil det i den forbindelse være naturligt at vurdere, om der skal udmøntes en model med udvidet paramedicinerbemanding af ambulancerne i området.

3.3.10 Anæsthesisygeplejersker og paramedicinere i det præhospitale beredskab – rapport fra DSI

(Vedr.: Evaluering af forsøg med anæsthesisygeplejersker i paramedicinerbil i Thisted og paramedicinerbilordningen i Region Nordjylland.

Rapport udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut, april 2012)

Rapporten evaluerer først og fremmest et forsøg i Region Nordjylland, hvor anæsthesisygeplejersker supplerer paramedicinere under udrykning i

paramedicinerbilen i Thisted. Desuden indeholder rapporten også en evaluering af paramedicinerens rolle i det akutte beredskab i Region Nordjylland generelt.

Evalueringen peger på, at forsøg med anæstesisygeplejersker i paramedicinerbilen i Thisted kun i begrænset omfang har tilført yderligere kvalitet til det akutte beredskab i Region Nordjylland. I forbindelse med præhospitals indsats har anæstesisygeplejersker og paramedicinere kompetenceområder, der i vid udstrækning overlapper hinanden. Det at have begge faggrupper i en paramedicinerbil giver ikke umiddelbart synergi, og i langt de fleste tilfælde vil det være tilstrækkeligt, hvis én af de to faggrupper er repræsenteret under en udrykning.

Det spiller dog en selvstændig rolle, at paramedicinerne i Region Nordjylland indgår i et (2-årigt) projekt, hvor de må intubere voksne personer med hjertestop.

Generelt viser rapporten, at paramedicinerne spiller en væsentlig rolle i det præhospitale beredskab i Region Nordjylland. De har faglige kvalifikationer, der overstiger ambulancebehandlerens, og de bruger dem ofte. Paramedicinerbilerne spiller også en rolle i forbindelse med at sikre hurtig hjælp på stedet ved akut sygdom eller tilskadekomst, idet de i en del tilfælde er første præhospitale enhed på stedet.

3.3.11 Telemedicin

Region Midtjylland har et telemedicinsk beredskab på hjerteområdet.

Udgangspunktet for det telemedicinske beredskab er at sikre:

- Så tidlig diagnostik af stor blodprop i hjertet som muligt.
- Hurtigst muligt forløb fra patienten er diagnosticeret til behandlingen indledes.

Anvendelsen af telemedicin til præhospitals diagnostik og visitation på hjerteområdet indebærer, at ambulancebehandlere via telemedicinsk udstyr kan sende hjertekardiogrammer (EKG) direkte fra ambulancen til hospitalet. Samtidig kan der etableres telekontakt mellem lægen på hospitalet og henholdsvis patient og ambulancemandskabet. Lægen kan på baggrund af vurdering af EKG'et eventuelt suppleret med samtale med patienten om symptomforløb mv. foretage fjerndiagnostik af patienten og træffe beslutning om, hvortil patienten skal visiteres.

Region Midtjylland har siden 1999 anvendt telemedicin på hjerteområdet, særligt til identificering af patienter med stor blodprop i hjertet. Der varetages telemedicinsk diagnostik og visitation af hjertepatienter på følgende hospitaler:

- Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet Herning
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Viborg

Det er vurderet at være en fordel, hvis alle akuthospitaler indgår i det telemedicinske beredskab, og inddragelsen af Regionshospitalet i Randers overvejes for tiden.

Det vurderes, at der aktuelt gennemføres ca. 11.500 transmissioner årligt i Region Midtjylland fordelt med ca. 5.500 til Aarhus Universitetshospital, 2.200 til Regionshospitalet Herning, 2.000 til Regionshospitalet Horsens og 2.300 til Regionshospitalet Viborg. Med telemedicin diagnosticeres knap 600 patienter med stor blodprop, som kommer direkte til ballonbehandling.

En arbejdsgruppe har i løbet af 2011 lavet en udredning af det telemedicinske beredskab på hjerteområdet, som har resulteret i en række anbefalinger til den fremtidige organisering af området. Der pågår i øjeblikket en proces med henblik på implementering af gruppens anbefalinger.

Kernen i anbefalingerne er at få etableret et regionalt dækkende og ensartet telemedicinsk beredskab på hjerteområdet. Anbefalingerne inkluderer blandt andet en snarlig etablering af en regional EKG-database, så alle EKG'er fremover vil kunne tilgås fra alle hospitaler, Præhospitalet og almen praksis. Herudover er der en anbefaling om, at ambulancen i tilfælde, hvor der ikke allerede er bestilt akutlægebil/akutlægehelikopter, skal rekvirere dette i rendezvous-kørsel ved alle akutte patienter med mistanke om stor blodprop i hjertet. Herved undgås det, at ambulancen skal forbi det nærmeste akuthospital med henblik på transportledsagelse.

I fremtiden vil den elektroniske præhospitale patientjournal sammen med videooptagelser fra ambulancepersonalet (på sigt fra borgerne, der ringer 112) støtte en udvikling med en langt mere omfattende telemedicinsk indsats via AMK-vagtcentralerne – lige fra patienten ringer 112, og til patienten er fremme på hospitalet – eller færdigbehandles på stedet. I det præhospitale telemedicinske fremtidsscenario vil AMK-vagtcentralernes læger og de præhospitale læger i akutlægebiler rådgive ambulancepersonalet online i en bred vifte af kliniske situationer. De præhospitale læger og AMK-lægerne er fortrolige med ambulancebehandlernes kompetencer og kender de rammer, som de arbejder inden for. Samtidig vil hospitalernes akutafdelinger og specialafdelinger få mulighed for at se data og videooptagelser fra patienter i de ambulancer, der er på vej, og de kan dermed forberede modtagelse, planlægge undersøgelse og modtageteam til patienten.

3.3.12 Tele- og videokommunikationsprojekt

Region Midtjylland arbejder generelt på at styrke udviklingen og brugen af telemedicinske løsninger, herunder en præhospital patient-journal i den præhospitale indsats. Region Midtjylland afventer udbud af en landsdækkende præhospital patient-journal.

Yderligere er der konkret igangsat et projekt delvist finansieret af midler fra akutpuljer vedrørende Hedensted/Horsens-området, omfattende 3 ambulancer med tele- og videokommunikation med akutmodtagelsen i Horsens samt AMK-vagtcentralen. Der er tale om udvidet brug af tele- og videokommunikation mellem ambulance, akutlægebil og akutmodtagelse henholdsvis AMK-vagtcentralen. Systemet skal give akutmodtagelsen vigtige præhospitale informationer for at forbedre modtagelse af patienten og om muligt styrke behandlingsmulighederne undervejs. Herunder ikke mindst i områder med relativt lang afstand til nærmeste akutmodtagelse.

Det er et led i projektbeskrivelsen, at udbrede positive, indhøstede erfaringer fra projektet til andre områder i regionen med relativt lang afstand til nærmeste akutmodtagelse.

Projektet løber frem til primo 2014, hvor der vil foreligge en evaluering af projektet.

Anbefalinger vedrørende ambulanceberedskabet:

- *Af hensyn til at sikre de bedst mulige vilkår for et udbud anbefales det her, at de nuværende kontrakter for liggende sygetransport og ambulancetjenesten, undtaget kontrakten vedrørende Samsø, forlænges*

med foreløbigt 12 måneder, dvs. til at have udløb den 30. november 2014. Hvis dette skal effektueres, skal de præhospitale leverandører formelt varsles senest november 2012.

- Det anbefales, at der ikke ændres på servicemålene under de nuværende kontraktvilkår, og før end alle relevante responstider kan registreres ved samme hændelsesforløb.
- Vedrørende det ekstra, puljefinansierede ambulanceberedskab med paramediciner i Struer med udløb i august 2013 anbefales det, at overvejelser om permanentgørelse indgår i drøftelserne om budget 2013.
- I henhold til "Aftale om budget 2012 for Region Midtjylland" skal der ved kommende udbud undersøges mulighederne for omkostningseffektivt at bemande ambulanceberedskaberne med paramedicinere. Det anbefales, at dette sker i prioriteret rækkefølge startende med Ebeltoft/Rønde.
- Når erfaringerne fra evalueringen i 2014 af tele- og videokommunikationsprojektet foreligger, anbefales det, at der træffes beslutning om udbredelse til andre områder i regionen med relativt lang afstand til nærmeste akutmodtagelse.

3.4 Akutlægebiler og akutbiler

3.4.1 Kapacitet

Der er 9 døgndækkende akutlægebiler bemandede med læge og i de fleste tilfælde en lægeassistent. Bemandingen på de 2 døgndækkende akutlægebiler i Holstebro og Herning er dog integreret i den kliniske afdelings vagt og rykker kun ud i det omfang de kan frigøres fra deres arbejde dér, og de fører selv bilen.

Formålet med akutlægebilerne er at nedbringe den tid, der går, inden de alvorligt syge patienter tilses af en speciallæge.

Regionsrådet har i forbindelse med budget 2012 afsat 15,7 mio. kr. til udvidelse af de nuværende dagdækkende akutlægebiler i Horsens og Randers til døgndækkende ordninger. De to døgndækkende akutlægebiler bemandedes med anæstesilæge og lægeassistent.

Med virkning fra 1. marts og 1. april 2012 udvides akutlægebilerne i henholdsvis Horsens og Randers til døgndækkende drift.

A: Oversigt over akutlægebiler

	Driftstid
Lemvig	Døgndækkende
Holstebro	Døgndækkende*
Herning	Døgndækkende*
Viborg	Døgndækkende
Silkeborg	Døgndækkende
Horsens**	Døgndækkende
Århus	Døgndækkende
Randers**	Døgndækkende
Djursland	Døgndækkende

*Akutlægebilerne i Herning og Holstebro bemandedes ikke som de øvrige akutlægebiler med både en anæstesilæge og en lægeassistent, men alene med en anæstesilæge, der selv fører bilen. Lægerne der

bemander disse biler, varetager samtidig deres arbejde på regionshospitalerne, og kan kun kaldes ud med akutlægebilen, såfremt deres arbejde på hospitalet tillader det. I de tilfælde, hvor lægerne i Herning og Holstebro ikke har mulighed for at rykke ud, kaldes en af regionens øvrige akutlægebiler.

**Døgndækkende fra 2. kvartal 2012.

B: Oversigt over akutbiler

	Driftstid
Holstebro	Døgndækkende
Herning	Døgndækkende
Ringkøbing	Døgndækkende
Tarm	Døgndækkende
Skive*	Døgndækkende

* Akutbilen i Skive er i dagtiden bemanded med en anæstesisygeplejerske og en paramediciner. Udenfor dagtid på hverdage og i weekender samt på helligdage er bilen alene bemanded med en paramediciner. De øvrige biler er døgnet rundt bemanded med anæstesisygeplejerske og ambulancebehandler.

Der er 5 døgndækkende akutbiler bemanded med anæstesisygeplejerske og ambulancebehandler eller med anæstesisygeplejerske og paramediciner. Bilen i Skive er alene bemanded med paramediciner uden for dagtid på hverdage.

3.4.2 Vedrørende akutlægebiler og akutbiler i Vest

På Regionsrådets møde den 25. april 2012 blev det besluttet, at akutlægebilen i Herning udbygges til en fuldt tilgængelig døgndækkende lægebilordning til erstatning for den eksisterende lægebilordning i Herning og erstatning for den sygeplejerskebetjente akutbil i Herning fra 1.1.2013.

3.4.3 Placering af akutlægebilen på Djursland

Akutlægebilen på Djursland har sit udgangspunkt i en beslutning fra 2002 truffet i det tidligere Århus Amtsråd. Fra starten var bilen placeret i Grenaa i dagtiden og i Kolind aften og nat.

I 2005 blev der udarbejdet en evalueringsrapport om akutlægebilen på Djursland, hvor blandt andet bilens placering blev vurderet. Vurdering i evalueringsrapporten går på en mere central placering af bilen, men en endelig placering i højere grad afhænger af en prioritering af:

- *Lighedsaspektet*, dvs. alle borgerne skal stilles lige. Postdistrikterne skal dermed ikke vægtes i forhold til befolkningsgrundlaget
- *Antalsaspektet*, dvs. flest mulige borgere skal kunne nås inden for et vist tidsinterval. Dvs. postdistrikterne vægtes i forhold til befolkningsgrundlaget.

Vægtes antalsaspektet højest fastholdes placeringen i Grenaa, da flere borgere får en hurtig responstid, end det er tilfældet hvis lighedsaspektet prioriteres højest.

Lighedsaspektet vil give alle borgere på Djursland "lige lang" reponstid, hvilket betyder, at borgerne i Grenaa – hvor befolkningstætheden er størst – vil få en længere reponstid end det er tilfældet i dag, og borgerne i den sydlige og vestlige del af Djursland vil få en kortere reponstid end det er tilfældet i dag.

Med vedtagelsen af "Akutplan for Region Midtjylland" fra 2007 ændredes den delte placering, således at akutlægebilen fra maj 2008 blev placeret i Grenaa hele døgnet. Dette skete, for at lægebemandingen på bilen kunne understøtte natbemandingen på Regionshospitalet i Grenaa, hvor Akutplanen medførte en lukning af skadeklinikken i tidsrummet mellem kl. 22.00 og kl. 8.00.

I 2011 blev "Omstilling til fremtidens Sundhedsvæsen i Region Midtjylland" vedtaget. Gennemførelsen heraf har bl.a. betydet, at der fra oktober 2011 ikke længere er sengepladser på Regionshospitalet i Grenaa, hvilket igen betyder, at der ikke længere er behov for lægeligt back up på hospitalet om natten.

I 2009 afgav "Det Midlertidige Udvalg vedrørende implementering af Sundhedsberedskab- og præhospitalsplan" en betænkning, hvori det anbefales, at akutlægebilen flyttes til en mere central placering, hvis sengene på Regionshospitalet i Grenaa kan opretholdes.

I 2010 fremsendte Region Midtjylland sammen med Norddjurs Kommune en ansøgning til "Puljen til etablering af lægehuse og sundheds- og akuthuse i udkantsområder tilpasset lokale forhold". Ansøgningen afstedkom et tilsagn om 15 mio. kr. fra den statslige pulje.

I ansøgningen gives der en status for akutberedskabet i området, og heri anføres det, at der er en akutlægebil, som udgår fra Sundhedshuset/akutklinikken. Det er Administrationens opfattelse, at det ikke er en absolut forudsætning for tilsagnet om projektmidler, at akutlægebilen også fremover skal være placeret i Grenaa – der er tale om en status.

29 % af akutlægebilens opgaver i 2011 var indenfor postnummer Grenaa (8500), mens 17 procent var indenfor postnummer Ebeltoft (8400). Ca. 60 % af opgaverne er udenfor dagtiden. For yderligere oplysninger om akutlægebilens aktivitet samt responstider på Djursland henvises til Bilag 5.7 og 5.8.

Der er med gennemførelsen af Omstillingsplanen åbnet sig en mulighed for at ændre placeringen af akutlægebilen på Djursland. Men der er for nuværende ikke noget som nødvendiggør en flytning af akutlægebilen. Der kan argumenteres for begge dele jf. ligheds- og antalsaspektet.

Der foreligger tilkendegivelser omkring placeringen af akutlægebilen på Djursland fra Norddjurs Kommune og fra Syddjurs Kommune. Disse vedlægges som Bilag 5.5 og Bilag 5.6.

Anbefalinger vedrørende akutlægebiler og akutbiler:

- *Det anbefales, at akutlægebilen på Djursland indtil videre fortsat baseres i Grenaa.*

3.5. Forsøgsordning med akutlægehelikopter i Region Midtjylland og Region Nordjylland

Forsøgsordningen med akutlægehelikopter i Region Midtjylland og Region Nordjylland har været i gang siden d. 1. juni 2011 for en 13 måneders periode.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er ansøgt om en forlængelse af ordningen for yderligere et år, således at den samlede forsøgsordning udløber pr. 1. juni 2013. I medfør af finanslovsaftalen er der afsat midler til forlængelse af både den jyske og den sjællandske akutlægehelikopterordning indtil juni 2013 hhv. 50 mio. kr. i 2012 og 22 mio. kr. i 2013.

Akutlægehelikopteren i Region Midtjylland og Region Nordjylland flyver som den første af sin slags døgnet rundt, og indgår som sådan i det præhospitale beredskab i Region Midtjylland og Region Nordjylland. Én af hovedopgaverne for akutlægehelikopteren er at bidrage til adgangen til højt specialiseret præhospital hjælp og hurtig transport til relevant behandling ved alvorlig sygdom eller tilskadekomst. Akutlægehelikopteren er bemannet med henholdsvis pilot, et besætningsmedlem og en speciallæge i anæstesi.

Akutlægehelikopterens primære operationsområde er naturligvis Region Midtjylland og Region Nordjylland, men der udføres opgaver i øvrige områder i Danmark efter behov. Konkret er der indgået aftale med Region Syddanmark om et samarbejde i en række særlige situationer langs Vestkysten og ved større ulykker.

Siden driftsstarten og frem til medio marts 2012 har akutlægehelikopteren opstartet 672 flyvninger med patienter, hvoraf de 571 var opgaver vedrørende akutte patienter og de 101 var patientoverflytninger.

Opgørelser af den geografiske fordeling af aktiviteten for den første del af forsøgsperioden viser, at akutlægehelikopteren, som det var målsætningen, har bidraget til en styrkelse af det præhospitale beredskab i Nordvestjylland.

For oversigt over den geografiske placering af helikopterens patienter, se bilag 5.1 nedenfor.

Akutlægehelikopteren er som nævnt udstyret til at flyve og lande i døgnets mørke timer. Reglerne for landing i mørke betyder, at der i øjeblikket alene kan landes på landingspladser, som er godkendte, hvilket er i modsætning til landing i de lyse timer, som kan ske helt tæt på sygdomssted/skadessted. Som følge heraf, har Region Midtjylland etableret en række rendez-vous pladser i regionen ligesom der benyttes allerede etablerede lufthavne/flyvepladser benyttes til formålet.

Forsøgsordningen i Region Midtjylland og Region Nordjylland skal sammen med forsøgsordningen med akutlægehelikopter på Sjælland bidrage til at indhente erfaring med akutlægehelikoptere som en del af det præhospitale beredskab i Danmark, og på den baggrund indgå i grundlaget for en beslutning om en eventuel national helikopterordning.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har forestået evalueringen af disse erfaringer, som nu foreligger i april 2012.

3.6. Ø-beredskabet – den præhospital indsats på øerne

På regionens beboede øer gør særlige vilkår og forhold sig gældende i forhold til indsatsen for at hjælpe kritisk syge eller tilskadekomne. Det gælder Samsø, Tunø, Anholt, Endelave, Fur, Venø og Hjarnø.

Alle steder kan der opstå situationer, hvor den lokale indsats ikke er tilstrækkelig. Her er det muligt at transportere patienten til fastlandet ved hjælp af enten båd eller Forsvarets redningshelikoptere. I visse situationer indgår akutlægehelikopteren i betjeningen af øerne. I henhold til tilsagn om statslige puljemidler tilbydes der i 2012 og 2013 mulighed for øerne om oprettelse af frivillige 112-førstehjælperkorps.

- På Samsø varetages den lægelige præhospitale indsats af øens praktiserende læger, som på skift varetager funktionen som

- udrykningslæge. Samsø Redningskorps har station i Tranebjerg og råder over 4 ambulancer. Jf. aftale mellem Region Midtjylland og Samsø Kommune er der et Syge- og sundhedshus på Samsø med otte kortidspladser, heraf 4 kommunale (plejehjemspladser) og 4 regionale observations- og venteplasser (vente på overførsel til fastlandet).
- På Tunø blev den præhospitale indsats indtil foråret 2011 delvist varetaget af en sygeplejerske ansat af Odder Kommune. Der foregår drøftelser om funktionen mellem Odder Kommune og Region Midtjylland. Ved behov for lægelig assistance kan udrykningslægen på Samsø rekvireres. Patienttransport på øen foregår i en ambulance, som køres af lokal ø-boer og efterses af Samsø Redningskorps.
 - På Anholt er der indgået aftale med Farvandsvæsenet om patienttransport. Den lægelige præhospitale indsats varetages af øens praktiserende læge, som ligeledes rekvirerer patienttransporten.
 - På Endelave varetages den lægelige præhospitale indsats af en praktiserende læge. Patienttransport på øen foregår i en ambulance og varetages af et lille lokalt vagthold.
 - Fur, Venø og Hjarnø ligger relativt tæt på fastlandet, og her kan der hurtigt rekvireres færgetransport til ambulancen. På Venø er der desuden indgået aftale med en sygeplejerske om sygeplejefaglig bistand i akutte situationer. Sygeplejersken disponeres til alle A-opgaver. Sygeplejersken vurderer selv i den enkelte situation, hvorvidt hun kan yde relevant hjælp.

Jf. Regionsrådets beslutning omkring budget hidtil anvendt til Karup Udrykningsbilen kan finansiering af (eller dele heraf) 112-førstehjælperkorps på Øerne ske herfra - ved udløbet af projektet og puljemiddelfinansieringen.

3.7. Øvrige supplerende præhospitale ordninger

Udrykningslæger:

Ordninger med udrykningslæger omfatter aftaler om praktiserende lægers udrykning til patienter efter konkret disponering fra AMK-vagtcentralen.

Der er p.t. aftale med udrykningslæge der vedrører postnummer 8420 (Knebel/Mols/Helgenæs). Lægen rykker ud i gennemsnit ca. 8-9 gange pr. måned.

Herudover indgår 2 udrykningslæger i Ø-beredskabet på Samsø.

I Thyborøn er der mulighed for at kontakte praktiserende læge i dagtiden på hverdage.

Karup-Udrykningsbilen:

Karup-udrykningsbilen, der startede i 2005 som et samarbejde mellem den daværende Karup Kommune og det daværende Viborg Amt samt Forsvarets Sundhedstjeneste, er en udrykningsbil, der har base på Flyvestation Karup og som i dagtiden på hverdage er blevet bemannet af læger fra Infirmeriet.

Udenfor dagtiden, i weekender, på helligdage samt i lukkeperioder på Flyvestationen er bilen blevet bemannet med to nødbehandlere, der er personer med forskellig baggrund, som har gennemgået et udvidet 40-timers førstehjælpskursus.

Efter Forsvarets Sundhedstjenestes meddelelse den 12. marts 2012 om, at man ikke længere – det vil i praksis sige efter 1. juni 2012 - kan påtage sig at fortsætte ordningen i dagtid, har nødbehandlerne ved Karup-bilen stoppet deres

deltagelse i ordningen.

Regionsrådet besluttede således på mødet den 21. marts 2012, at ordningen nedlægges, og at der søges etableret 112-førstehjælperkorps i området.

Dette skal ses i lyset af, at responstiderne i Karup-området er relativt lange - svarende til andre områder, hvor der er etableret 112-førstehjælperkorps.

Samtidig besluttede Regionsrådet, at mulighederne for at optimere disponeringen af de flydende ambulanceberedskaber undersøges med henblik på at nedbringe responstiderne i Karup-området, samt at nedbringelse af responstiderne i Karup-området skal indgå som præmis i det fremtidige udbud af ambulanceberedskabet i området.

Hjemmesygeplejerske-ordninger:

Der er følgende hjemmesygeplejerskeordninger i regionen. Ingen af ordningerne er politisk vedtaget siden dannelsen af Region Midtjylland.

- Ikast (Ikast-Brande Kommune). Aftalen er indgået mellem Ringkøbing Amt og Ikast Kommune med virkning fra 1. januar 2001.
- Ulfborg (Holstebro Kommune). Der eksisterer intet formelt aftalegrundlag i Region Midtjyllands arkiver.
- Thyborøn (Lemvig Kommune). Aftalen er indgået mellem Ringkøbing Amt og Thyborøn-Harboøre Kommune pr. 1. januar 1993.

Indtil 15. december 2011 har der ligeledes været en hjemmesygeplejerske-ordning på Thyholm (Struer Kommune). Denne ordning blev indgået mellem Ringkøbing Amt og Thyholm Kommune. Ordningen er nu nedlagt til fordel for et ekstraordinært ambulanceberedskab i Struer.

Hjemmesygeplejerskeordningernes kvalitet og uddannelsesmæssige forhold: Hjemmesygeplejerskerne disponeres ikke som de øvrige præhospitale ordninger via SINE-nettet, hvilket medfører, at Præhospitalet ikke kan registrere/overvåge hjemmesygeplejerskernes aktivitet, og dette besværliggør kvalitetsovervågning. Udkald af hjemmesygeplejerskerne sker via almindelige telefonopkald.

Hjemmesygeplejerskerne er ansat i kommunerne, og det er kommunerne, der har ansvaret for hjemmesygeplejerskernes kompetencer. I forhold til aftale med Ikast-Brande Kommune (indgået i 2001) kan Region Midtjylland betale for førstehjælpskurser til sygeplejerskerne. En lignende bestemmelse eksisterer ikke i de øvrige aftaler.

De nuværende aftaler åbner ikke mulighed for, at regionen kan overvåge kvaliteten i hjemmesygeplejerskernes indsats. Overvågning af kvaliteten i hjemmesygeplejerskernes indsats indebærer, at sygeplejerskerne registrerer information om deres præhospitale opgaver, og at Præhospitalet får adgang til disse informationer. Dette vil kræve et nyt aftalegrundlag med kommunerne, hvilket vil kunne fordyre aftalerne.

Disponering:

Hjemmesygeplejerskerne er kodet ind i det disponeringssystem Region Midtjylland har lejet af Falck, så de tekniske kørselsdisponenter automatisk får mulighed for at vælge dem ved disponering i bestemte områder.

Inden indførelsen af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald blev hjemmesygeplejerskerne som udgangspunkt disponeret i forbindelse med disponering af præhospitale ressourcer i bestemte områder.

Efter indførelsen af sundhedsfaglig visitation af alle 112-opkald disponeres hjemmesygeplejerskerne til A-opgaver i de situationer, hvor der er lang kørevej for nærmeste ordinære præhospitale beredskab og hvor hjemmesygeplejersken forventes at kunne være først fremme hos patienten. Dette sker af hensyn til borgernes tryghed i livstruende situationer. I praksis er det nødvendigt at skønne om hjemmesygeplejersken kan være fremme før primærambulancen, da der ikke foreligger konkrete oplysninger om, hvornår hjemmesygeplejersken er fremme. Det betyder, at hjemmesygeplejersken disponeres i situationer, hvor ambulancen ikke forventes at kunne være fremme hos patienten indenfor 8 minutter.

Som det er tilfældet i de øvrige dele af regionen, disponeres nærmeste akutlægebil fortsat i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

Aktiviteten for hjemmesygeplejerskeordningerne i Region Midtjylland i 2011 for ordningerne i Ikast, Ulfborg og Thyborøn var henholdsvis 54, 50 og 70 tilkald.

Videreførelse af hjemmesygeplejerskeordningerne inden for nuværende samlede økonomiske ramme:

Ordningerne er i sin tid oprettet mellem amt og kommuner med forskellig indhold og forskellige vilkår – herunder forskellig betaling til kommunerne for deltagelse i ordningen. F.eks. har Holstebro Kommune henvendt sig til administrationen med henblik på bl.a. ensartede betalingsvilkår med henblik på en bedre honorering af kommunens deltagelse og aktivitet i ordningen i Ulfborg-området.

Der er ikke afsat midler til eventuelle ændringer af ordningerne, hvorfor eventuelle justeringer enten vil kræve en ressourcetilførsel, eller at de øvrige kommuner er villige til en resourceomfordeling.

Det samlede budget til de 3 ordninger er i størrelsesordenen ca. 700.000 kr. årligt.

Forsøgsprojekt i Aarhus:

Aarhus Amt og Aarhus Brandvæsen indledte 1. september 2005 et to årigt forsøg, hvor mandskab fra brandvæsenet indgik i beredskabet til iværksættelse af basal genoplivning, indtil ambulancen når frem. Aarhus Brandvæsen har en særlig bil med førstehjælpsudstyr og hjertestarter, som kaldes ud ved mistanke om hjertestop

Til forskel fra de øvrige førstehjælper-korps i Region Midtjylland, der etableres i udkantsområder med lang responstid, har forsøgsprojektet hjemme i Aarhus bymidte, hvor responstiden for det primære præhospitaleberedskab er kort.

Ordningen koster Region Midtjylland mellem 80.000 kr. og 100.000 kr. årligt til indkøb og vedligehold af førstehjælpsudstyr m.v. Øvrige udgifter afholdes af Aarhus Brandvæsen.

Forsøgsperioden er ophørt, men i forbindelse med udvalgsarbejde og evalueringsprocesser har Region Midtjylland besluttet, at supplerende præhospitalsordninger skulle fortsætte indtil videre, og der er ikke siden taget endelig stilling til ordningens videre skæbne. Aarhus Brandvæsen har tidligere – uden effektivering – omtalt muligheden for, at regionen overtager hele eller dele af driftsudgifterne ved videreførelse.

I en henvendelse af 17. april 2012 til administrationen fremgår det imidlertid, at Aarhus Brandvæsen forsat ønsker et samarbejde om hjertestarterenheden.

112-førstehjælpere:

I forbindelse med ansøgningerne om andel i finanslovspuljerne til styrkelse af den præhospitale indsats i områder med langt til nærmeste akutmodtagelse, har Region Midtjylland søgt om medfinansiering af etablering af 112-førstehjælperkorps (first responder ordninger) i den nordvestlige del af regionen. De frivillige 112-førstehjælper korps kaldes ud ved mistanke om hjertestop. 112-førstehjælperne skal sikre borgerne hurtig og relevant førstehjælp, indtil anden hjælp kan være fremme.

Der er i 2011 oprettet 8 sådanne korps i tæt samarbejde med de respektive kommuner. Korpsene er oprettet med base i Hvidbjerg, Jegindø, Uglev, Thyborøn, Harboøre, Nees, Staby og Thorsminde.

Antallet af 112-førstehjælperordninger er ud over økonomiske muligheder kun begrænset af muligheden for at kunne rekruttere lokale frivillige, der ønsker at indgå i ordningerne.

Udgiften til oprettelsen af en 112-førstehjælperordning på fastlandet er: 50.000 kroner.

Den årlige driftsudgift til en 112-førstehjælperordning på fastlandet er: 40.000 kroner.

Disse udgifter forudsætter et antal ordninger svarende til minimum det nuværende antal.

112-førstehjælperordninger på regionens øer vil være dyrere at etablere og drifte end tilsvarende ordninger på fastlandet, da der gør sig særlige forhold gældende vedrørende opsætning af udstyr og aflæsning af dette på øerne. Præhospitalet er i øjeblikket i drøftelser med leverandøren om de konkrete udgifter til ø-ordningerne.

Som udgangspunkt har Region Midtjylland ikke hidtil budgetteret med etablering og drift af 112-førstehjælperordninger. I forbindelse med statslige akutpuljemidler har Region Midtjylland jf. ovenfor søgt om og modtaget midlertidige budgetter til 112-førstehjælperkorps i den nordvestlige del af regionen og som led i ø-beredskaberne.

Endvidere er det aktuelt i 2012 besluttet, at det frigjorte budget til den nu nedlagte Karup Udrykningsbil kan anvendes til finansiering af oprettelse og (varig) drift af 112-førstehjælperordninger i nordvest, på øerne og i Karup-området. Der er således ikke for nuværende bevilget budget til yderligere korps.

Anbefalinger vedrørende øvrige supplerende præhospitale ordninger:

- *Det anbefales, at Regionsrådet i forbindelse med budget 2013 drøfter permanentgørelse af nuværende og kommende 112-førstehjælperordninger.*
- *Det anbefales, at hjemmesygeplejerskeordningerne og udrykningslægeordningen videreføres indtil videre og inden for den nuværende samlede økonomiske ramme.*
- *Det anbefales, at aktivitetsudviklingen og kvaliteten i hjemmesygeplejerskeordningerne og udrykningslægeordningen følges.*
- *Det anbefales, at der tages kontakt til Aarhus Kommune med henblik på afvikling af projekt med hjertestarter.*

4. Monitorering

Der er behov for i højere grad at få belyst kvaliteten af den præhospitale indsats. Det er imidlertid vanskeligt med de nuværende registreringsmuligheder.

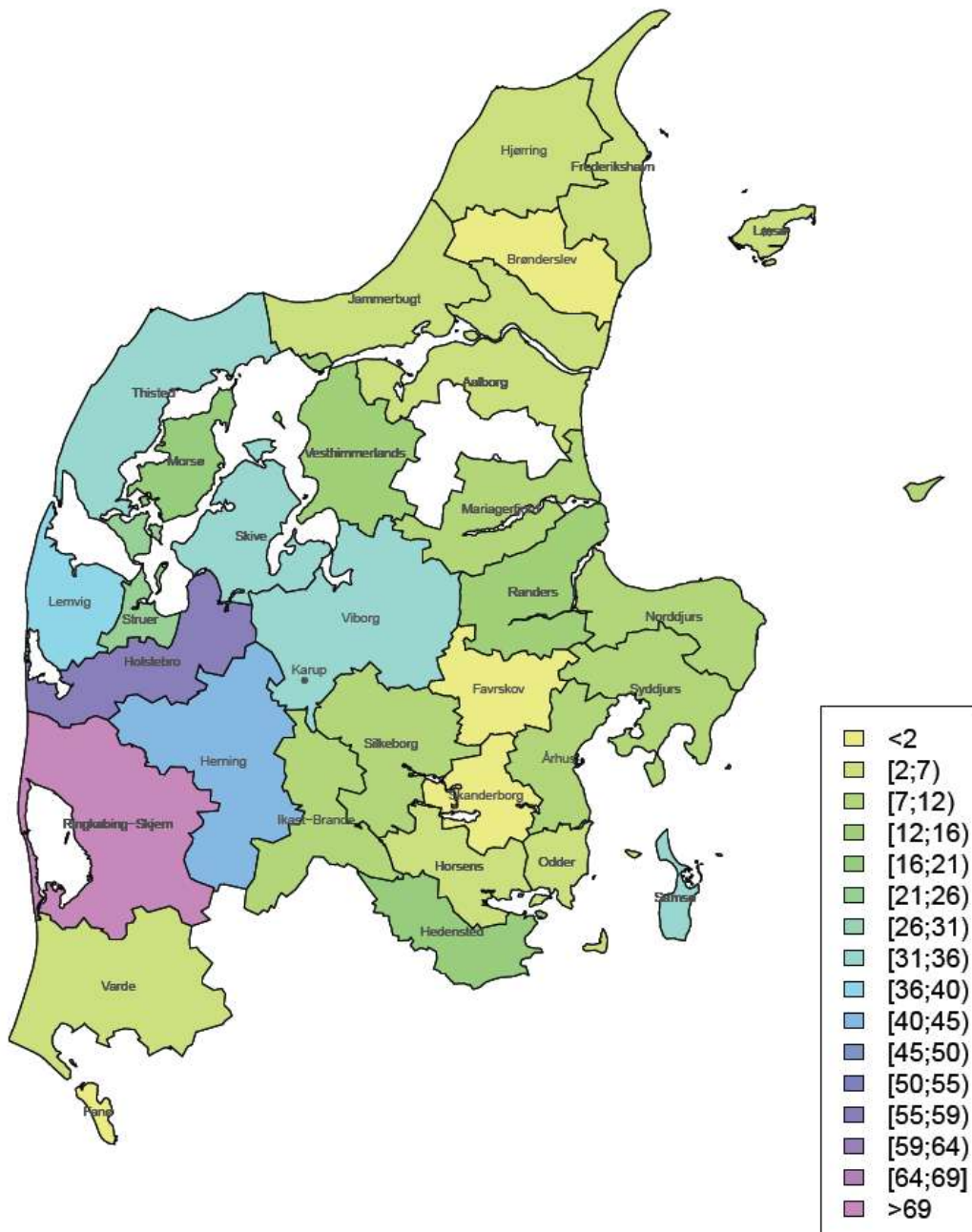
Anbefaling:

- *Det anbefales, at der i forbindelse med og i takt med ibrugtagningen af den elektroniske præhospitale patient journal (PPJ) sker udvikling af monitorering af aktiviteten og kvaliteten på det præhospitale område, og at Det rådgivende udvalg vedrørende hospitaler løbende følger monitoreringen.*

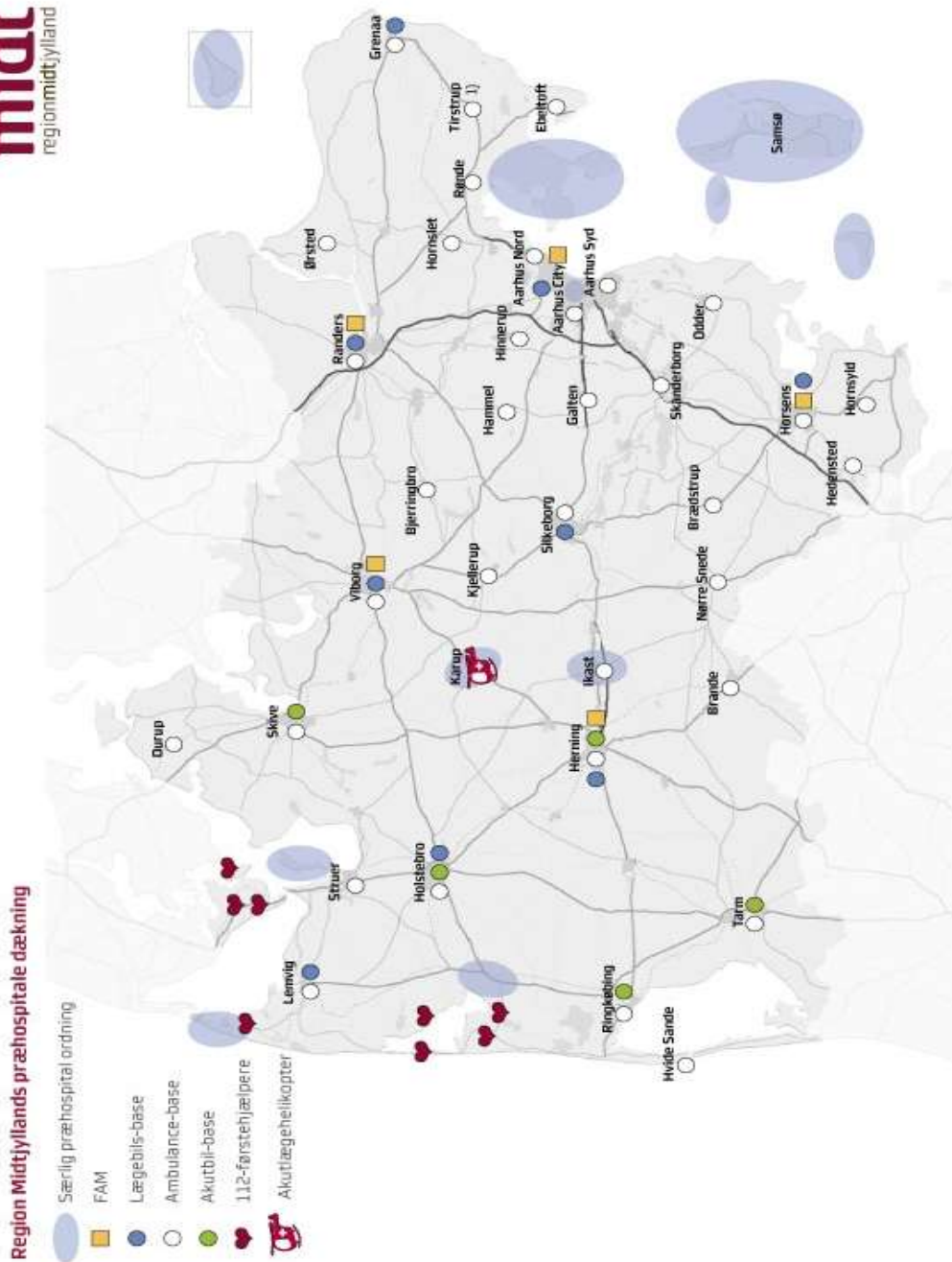
5. Bilag

Bilag 5.1: Geografisk placering af akutlægehelicopters flyvninger – 1. juni–31. december 2011.

(base ved Flyvestation Karup)

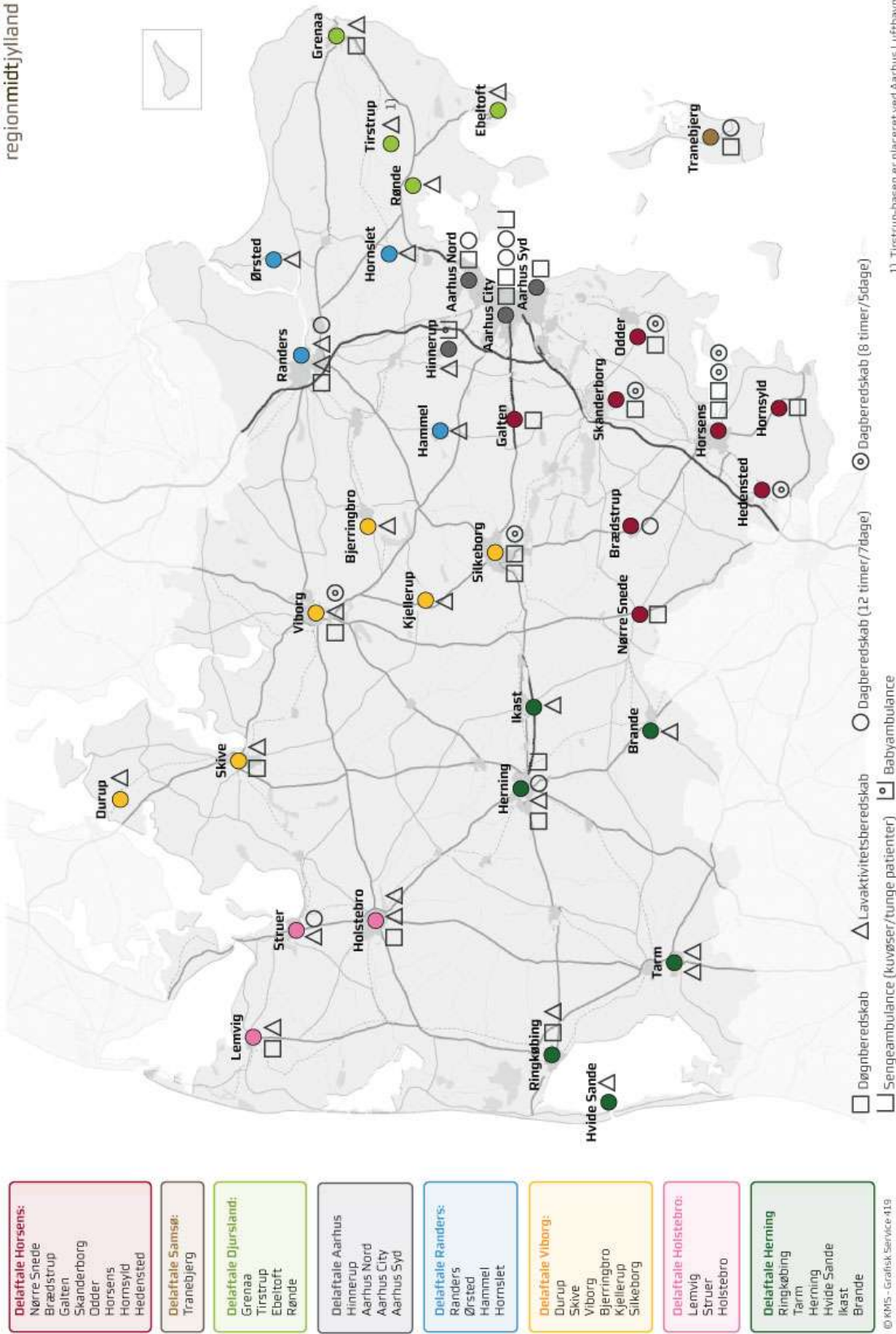


Bilag 5.2: Region Midtjyllands præhospitale dækning



Bilag 5.3: Kort over ambulanceberedskaber – dagtid

Kort over ambulanceberedskaber - dagtid



Bilag 5.5: Tilkendegivelse fra Norddjurs Kommune om placering af akutlægebilen på Djursland:



Region Midtjylland

Att.: Holger Schildt Knudsen

Sundhedsafdelingen

Dato: 09.03.2012

Reference: Pia Moldt

Direkte telefon: 89 59 32 01

E-mail: pm@norddjurs.dk

Journalnr.:

midt
regionmidtjylland

Side 39

Tilkendegivelse vedr. den fremtidige placering af akutlægebilen på Djursland

Tak for muligheden for at afgive en tilkendegivelse om den fremtidige placering af akutlægebilen på Djursland.

Indledningsvis skal Norddjurs Kommune henvise til, at vi i samarbejde med Region Midtjylland har fremsendt en ansøgning til Indenrigs- og Sundhedsministeriet den 29. oktober 2010 om 23,5 mio. kr. til nære sundhedstilbud i Grenaa. Denne ansøgning er imødekommet af ministeriet den 4. marts 2012 med 15 mio. kr. Norddjurs Kommune og Region Midtjylland er pt. i gang med at revidere budget og projektbeskrivelse, således at begge dele stemmer med de 15 mio. kr. Det fremgår af ministeriets bevillingsbrev af 4. marts 2011, at væsentlige ændringer i det oprindelige projekt forudsætter ministeriets godkendelse.

Ansøgningen indeholder i sin beskrivelse af sundhedshuset en række kommunale og regionale funktioner, som skal indgå i sundhedshuset. Dertil kommer også faciliteter, der kan bidrage til funktioner fra privatpraksis. Norddjurs Kommune har truffet de nødvendige politiske og økonomiske beslutninger, der indgår i ansøgningen.

I ansøgningen er akutlægebilen nævnt under opstillingen af de regionale funktioner, der skal indgå i sundhedshuset. Desuden fremgår det i forbindelse med afsnittet i ansøgningen om projektets sammenhæng til den øvrige præhospitale indsats bl.a.: "Endvidere udgår akutbil fra hospitalet. Akutbilen er bemannet med anæstesi-sygeplejerske og læge".

Det er således klart fastslået i den fælles ansøgning, at akutlægebilen udgår fra hospitalet i Grenaa.

I forbindelse med Region Midtjyllands omstillingsplan ændrede Region Midtjylland på visse funktioner på Grenaa Sygehus, herunder lukning af sengepladserne i Grenaa. Et af forslagene var også at fjerne akutlægebilen.

Norddjurs Kommune protesterede kraftig mod dette i det fremsendte høringsvar og henviste i den forbindelse til, at etablering af Sundhedshus Grenaa byggede på de funktioner, som fremgik af den fælles ansøgning til ministeriet.

Resultatet af de politiske forhandlinger om omstillingsplanen betød reduktioner i de regionale funktioner på Grenaa Sygehus, og at akutlægebilen blev fastholdt i Grenaa, hvilket også fremgår af regionens notat om funktioner i Grenaa efter tilpasning til omstillingsplanen. Af denne beskrivelse fremgår under "øvrige funktioner" på matriklen følgende:

"Anæstesiologisk Afdeling i Randers står for bemanningen af lægebilen. Lægebilen er placeret i et særskilt hus på matriklen. Lægebilen er bemannet eftermiddag/aften og nat".

Norddjurs Kommune finder derfor ikke, at der er politisk grundlag for, at akutlægebilen kan overvejes flyttet til andre geografiske lokationer. Placeringen er afgjort i forbindelse med fremsendelsen af ansøgningen til Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt i den funktionsbeskrivelse, som nu er gældende efter, at regionen reducerede funktionerne i Grenaa. En yderligere reduktion gennem fjernelse af akutlægebilen fra Grenaa vil derfor være uacceptabelt for Norddjurs Kommune.

En fortsat placering af akutlægebilen i Grenaa og på "matriklen" er i øvrigt velbegundet ud fra de geografiske forhold på Djursland og sikkerheden for, at hele Djursland kan betjenes.

Der er således akutlægebilbetjening fra Randers til den vestlige del af Norddjurs Kommune, hvilket sikrer denne del af Norddjurs Kommune den nødvendige akutlægebilbetjening. De øvrige dele af det vestlige Djursland vil i betydeligt omfang kunne betjenes fra Aarhus. Akutlægebilens placering i Grenaa sikrer samtidig en kort responstid til de østlige dele af Djursland, idet akutlægebilen i betydeligt omfang kan anvende det overordnede vejnet.

Norddjurs Kommune anerkender, at der vil være enkelte steder, hvor der kan forekomme problemer. Vi skal her henvise til den nye lægehelikopter, som Region Midtjylland har til rådighed.

Sundhedshuset i Grenaa med de aftalte funktioner er afgørende for Norddjurs Kommune, idet Grenaa i fremtiden vil skulle sikre en række nuværende og nye arbejdspladser i fremtiden, der vil gavne hele Djursland. Denne koncentration af arbejdspladser og vækstpotelet knyttet til den positive udvikling på Grenaa Havn begrundet en fortsat placering af akutlægebilen i Grenaa. Virksomheder, der skal vokse og etablere sig i Grenaa, ønsker også adgang til akutfunktioner i nærområdet og efter omstillingsplanens virkning på Grenaa Sygehus, tåler vi ikke fjernelse af yderligere funktioner.

Koncentrationen af virksomheder i Grenaa i fremtiden, infrastrukturen til og fra Grenaa samt befolknings-tætheden i Grenaa-området gør således, at Norddjurs Kommune må fastholde akutbilens placering i Grenaa overfor Region Midtjylland, og at vi hermed også kan fortsætte det positive samarbejde med opbygning af et fælles sundhedshus med de aftalte funktioner på matriklen.

Med venlig hilsen



Jan Petersen
Borgmester

Bilag 5.6: Tilkendegivelse fra Syddjurs Kommune om placering af akutlægebilen på Djursland:

Til Regionsrådet
Region Midtjylland
Att.: Holger Schiødt Knudsen (holknu@stab.rm.dk)
Skottenborg 4
8800 Viborg



midt
regionmidtjylland

Side 41

Tilkendegivelse om placering af akutlægebil på Djursland

Syddjurs Kommune ved Borgmester Kirstine Bille, Udvalgsformand Ninna Thomsen og Kommunaldirektør Nich Bendtsen mødtes 7. februar 2012 med Udvalgsformand Carl Johan Rasmussen, Direktør Ole Thomsen og Afdelingschef Christian Boel.

Syddjurs Kommune havde anmodet om mødet på baggrund af ønske om at få mulighed for indflydelse inden region Midtjylland træffer endelig beslutning om placering af akutlægebilen på Djursland.

Med denne tilkendegivelse vil Syddjurs Kommune fastholde sine synspunkter fra tidligere henvendelser, og hermed redegøre for dem.

Syddjurs Kommune har ved flere lejligheder, 12. december 2008, 26. marts 2010, og senest 10. november 2011 gjort opmærksom på kommunens borgeres interesse i en mere central placering end Grenå af akutbilen på Djursland.

Aktuelt finder vi det nødvendigt at tage emnet op igen på baggrund af udmøntningen af regionens spareplaner på sygehusområdet, hvoraf vi forstår, at man fastslår den lægebemandede akutbils placering til Grenå.

I argumentationen herfor vil vi gerne fastholde, fra tidligere henvendelser, at der ved nedlæggelsen af sygehuset i Grenå som selvstændigt fungerende sygehus med akutfunktioner, var der på Djursland enighed om, at en akutbil/lægebil skulle være et afgørende element i det lægelige præhospitale beredskab på Djursland, for at nedbringe reaktionstiden for behandlingen af akut alvorligt syge og svært tilskadekomne.

Der var på Djursland og med det daværende Århus Amt bred enighed om, at akutbilen/lægebilen skulle være placeret i Grenå i dagtiden, og i Kolind aften

Dato: 5. marts 2012
Sundheds- og socialrådet

Kontaktperson:
Jørgen Andersen

Hovedgaden 77
8410 Rønde
Telefon 87 53 50 25
syddjurs@syddjurs.dk
www.syddjurs.dk

og nat. Dette for at opnå kortest mulig responstid til de fleste mennesker på Djursland.

I "Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland" fra MTV rapport, Århus Amt 10. august 2005, kan man i konklusionen (side 57) læse, at ved en logistisk beregning i forhold til hvor folk er bosat, er den optimale placering i Kolind. Det vil give den bedste dækning til hele Djursland, og ikke mindst sikre at områdets borgere stilles lige.

I betænkning fra "Det Midlertidige Udvalg vedrørende Sundhedsberedskabs- og Præhospitalet" fra september 2009 i kapitel 7 stk. 3, kan man læse at " Beslutning om flytning af bilen fra Grenå til f. eks. Kolind eller Tirstrup beror på en afvejning af fordele og ulemper". Vi må forvente at køretider og afstande indgår i denne afvejning.

Vi har i Syddjurs Kommune stor respekt for, at regionen har behov for at reducere sit udgiftsniveau, men det er vores synspunkt, at det netop i den situation, hvor de akutte hospitalsbaserede beredskaber bliver færre og fjernere, skal sikres, at det lokale beredskab har det bedste udgangspunkt for at løse sine opgaver.

Syddjurs Kommune ønsker derfor på det kraftigste at påpege det nødvendige i, at der af regionen arbejdes hen imod den løsning, der samlet set stiller borgerne på Djursland bedst muligt, og sådan at alle kan forvente kortest mulige responstid og også samme korte responstid, det mener vi, jf. tidligere henvendelse, bedst sikres ved en placering i Kolind

Vi er klar over, at der ikke er lagt op til en egentlig høring, men vil forvente, at Syddjurs Kommunes synspunkter indgår i sagsfremleggelsen og vægtes i beslutningen.

Vi vil se frem til at blive orienteret om evalueringens konklusioner og hvilke konsekvenser, der vil blive draget deraf.

Med venlig hilsen



Kirstine Bille
Borgmester



Ninna Thomsen
Udvalgsformand,
Sundhed, ældre- og socialudvalg

Bilag 5.7: Notat: Akutlægebilen på Djursland.

Akutlægebilen på Djursland

Aktivitet for perioden 1. januar 2011 – 31. december 2011



Side 43

Akutlægebilen på Djursland er stationeret i forbindelse med Grenaa Sundhedshus.

I 2011 kørte akutlægebilen til 1.743 opgaver. I tabel 1 er aktiviteten for akutlægebilen på Djursland fordelt på postnumre. Kort over aktiviteten er vedlagt som bilag.

29 procent af opgaverne i 2011 var indenfor postnummer Grenaa (8500), mens 17 procent var indenfor postnummer Ebeltoft (8400).

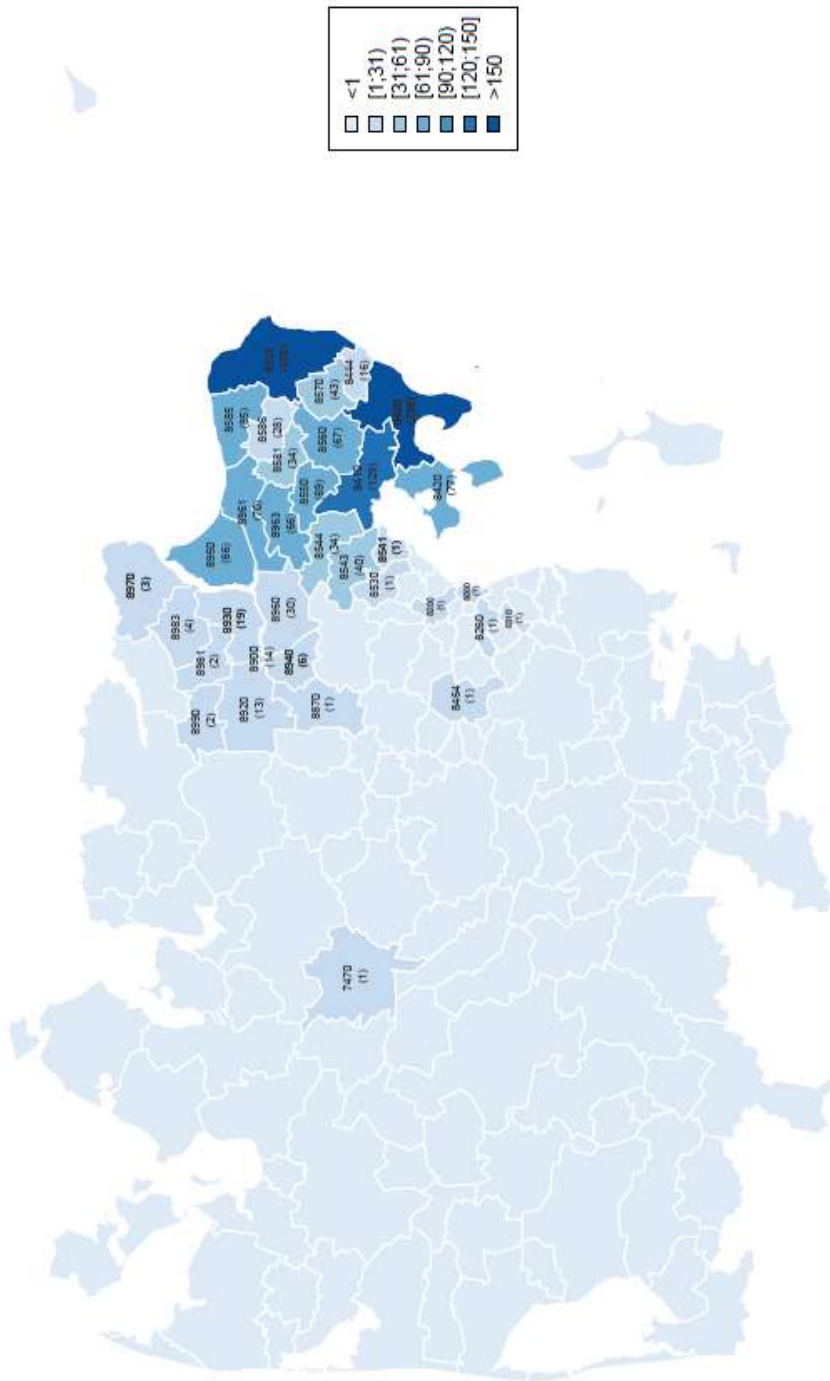
I Tabel 1 er opgaverne desuden fordelt på dagtid (kl. 8-16) og øvrig tid (kl. 16-8). Ca. 60 procent af opgaverne er udenfor dagtiden.

Antallet af opgaver for akutlægebiler på Djursland er højere end det, der fremgår af Tabel 1. Et komplet billede af aktiviteten vil indebære, at antallet af opgaver for akutlægebilerne i Aarhus og Randers til postnumre på Djursland inddrages. Akutlægebilerne i Aarhus og Randers vil primært køre til den vestlige del af Djursland. Det hører altså med til historien, at borgerne i dette område må afvente hjælp længere væk fra, fordi akutlægebilen på Djursland er stationeret i Grenaa.

Table 1 Aktivitet for akutlægebilen på Djursland 2011 – fordelt på postnumre

	Antal opgaver i alt	Andel opgaver	Antal opgaver kl. 8-16	Antal opgaver kl. 16-8
Ukendt postnr.	11	1%	5	6
Karup J(7470)	1	0%	0	1
Århus C(8000)	1	0%	0	1
Århus N(8200)	1	0%	0	1
Viby J(8260)	1	0%	0	1
Tranbjerg J(8310)	1	0%	1	0
Ebeltoft(8400)	298	17%	128	170
Rønde(8410)	129	7%	59	70
Knebel(8420)	77	4%	35	42
Balle(8444)	16	1%	6	10
Galten(8464)	1	0%	0	1
Grenaa(8500)	508	29%	221	287
Hjortshøj(8530)	1	0%	0	1
Skødstrup(8541)	1	0%	0	1
Hornslet(8543)	40	2%	17	23
Mørke(8544)	34	2%	9	25
Ryomgård(8550)	69	4%	15	54
Kolind(8560)	67	4%	36	31
Trustrup(8570)	43	2%	17	26
Nimtofte(8581)	34	2%	14	20
Glesborg(8585)	85	5%	35	50
Ørum Djurs(8586)	28	2%	10	18
Langå(8870)	1	0%	0	1
Randers C(8900)	14	1%	2	12
Randers NV(8920)	13	1%	5	8
Randers NØ(8930)	19	1%	1	18
Randers SV(8940)	6	0%	4	2
Ørsted(8950)	66	4%	27	39
Randers SØ(8960)	30	2%	11	19
Allingåbro(8961)	70	4%	25	45
Auning(8963)	66	4%	20	46
Havndal(8970)	3	0%	1	2
Spentrup(8981)	2	0%	0	2
Gjerlev J(8983)	4	0%	2	2
Fårup(8990)	2	0%	1	1
I alt	1.743	100%	707	1.036

Geografisk fordeling af opgaver der er sendt til Grenå – Akutlægebil(314-750) i perioden 1/1 – 2011 til og med 31/12 – 2011.



Djursland Akutlægebil, responstid 2011 ved A-kørsler fordelt på postnumre:

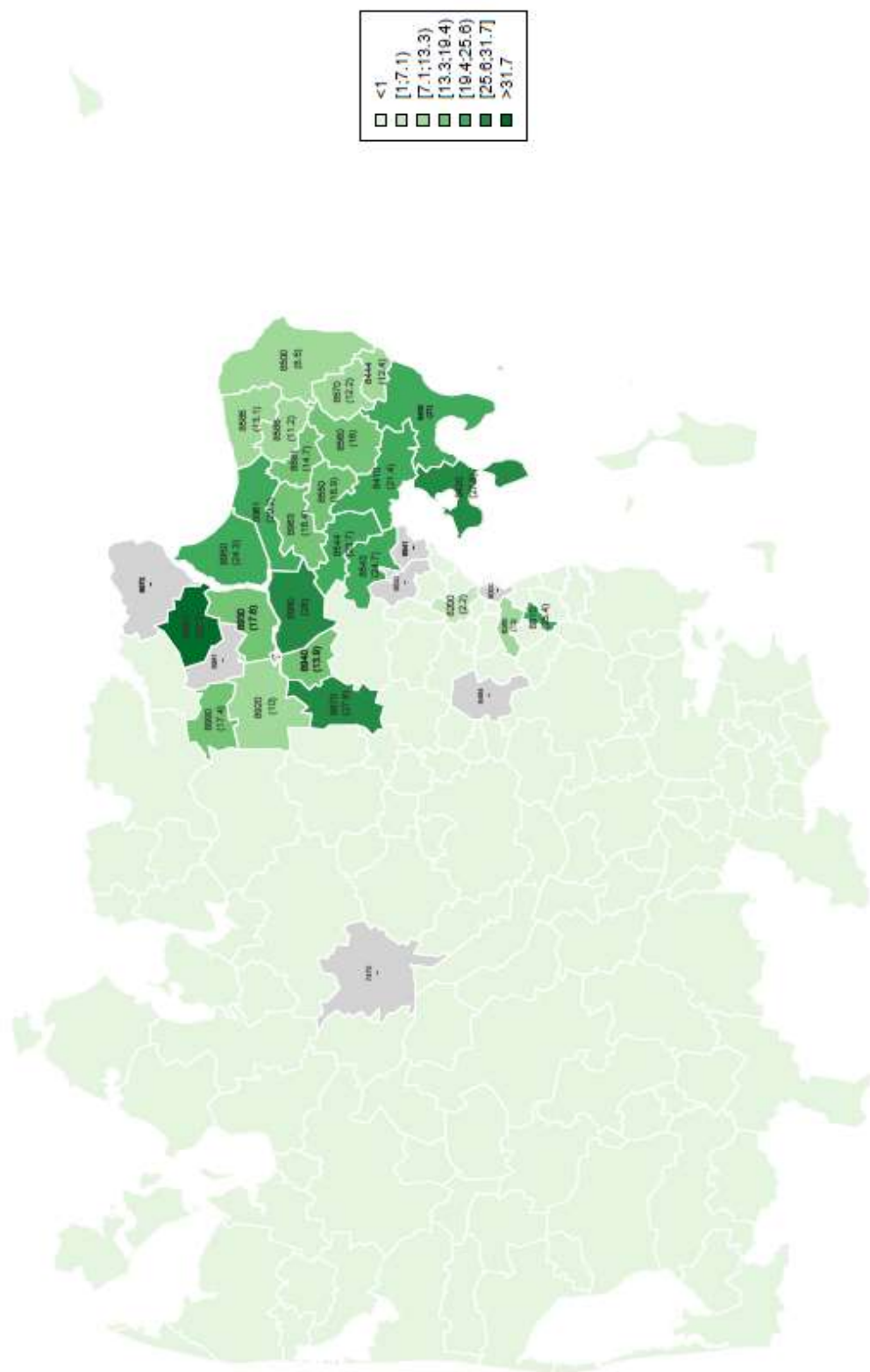
Djursland

**Akutlægebil,
responstid 2011:**

	Sager	A-sager	A-sager med valid responstid	Gennemsnitlig responstid A
intet postnr	11	6	2	7,70
Karup J(7470)	1	0	0	-
Århus C(8000)	1	1	0	-
Århus N(8200)	1	1	1	2,20
Viby J(8260)	1	1	1	13,00
Tranbjerg J(8310)	1	1	1	25,42
Ebeltoft(8400)	298	294	235	21,02
Rønde(8410)	129	128	93	21,40
Knebel(8420)	77	74	31	27,78
Balle(8444)	16	15	13	12,45
Galten(8464)	1	1	0	-
Grenaa(8500)	508	481	427	8,46
Hjortshøj(8530)	1	1	0	-
Skødstrup(8541)	1	1	0	-
Hornslet(8543)	40	39	17	24,69
Mørke(8544)	34	34	22	23,70
Ryomgård(8550)	69	69	61	18,93
Kolind(8560)	67	66	49	16,01
Trustrup(8570)	43	43	37	12,24
Nimtofte(8581)	34	34	27	14,68
Glesborg(8585)	85	84	68	13,14
Ørum Djurs(8586)	28	28	24	11,18
Langå(8870)	1	1	1	27,62
Randers C(8900)	14	14	0	-

Randers NV(8920)	13	13	4	9,97
Randers NØ(8930)	19	19	4	17,63
Randers SV(8940)	6	6	3	13,89
Ørsted(8950)	66	65	35	24,29
Randers SØ(8960)	30	30	15	28,03
Allingåbro(8961)	70	69	58	20,15
Auning(8963)	66	64	52	18,44
Havndal(8970)	3	2	0	-
Spentrup(8981)	2	2	0	-
Gjerlev J(8983)	4	4	2	32,74
Fårup(8990)	2	2	1	17,43
samlet	1743	1693	1284	15,71

Djursland Akutlægebil, responstid 2011 ved A-kørsler fordelt på postnumre:



Bilag 5.8: Oplysninger om responstider på Djursland

112-indsatser i 2011 per 10.000 indbyggere per kommune med hhv. ambulancer, akutlægehelikopter, akutbiler og akutlægebiler

2011	Ambulanceindsatser per 10.000 indbyggere	Akutlægehelikopter-indsatser per 10.000 indbyggere	Akutlægebils-indsatser per 10.000 indbyggere
Norrdjurs	366	1,8	189
Syddjurs	361	1,9	165

Opgørelse over borgernes ventetid på ankomsten af ambulancen fordelt på kommuner i Region Midtjylland per 31. december 2011

Kommune	A75 2011	A92 2011	A98 2011	B60 2011	B75 2011
Norrdjurs	10,7	15,1	20,4	13,3	16,9
Syddjurs	11,1	14,4	17,8	15	18,7
Mål for regionen som helhed	10	15	20	15	20

Opgørelse over borgernes ventetid på ankomsten af ambulancen fordelt på postnumre (84XX og 85XX) i Region Midtjylland per 31. december 2011

Postnummer	Antal A-kørsler der indgår i opgørelsen	A75	A92	A98	Antal B-kørsler der indgår i opgørelsen	B60	B75
------------	---	-----	-----	-----	---	-----	-----

8400 Ebeltoft	267	9	12,1	16,1	140	12	16,7
8410 Rønede	159	7,9	11,9	13,8	76	12,1	15,1
8420 Knebel	65	15,5	18,6	21,7	31	23,1	25,2
8444 Balle	18	12	14	15,3	8	17,7	21,1
8450 Hammel	165	11,2	17,6	20,4	73	11	18,3
8462 Harlev J	77	11,1	12,1	12,9	34	12,3	18,4
8464 Galten	125	12,4	15,3	17,8	78	17,3	21,3
8471 Sabro	42	10,6	12,6	19,3	34	17,4	21,7
8472 Sporup	11	12,2	13	13,6	4	19,3	20,5
8500 Grenaa	420	7,3	12,7	18,9	224	9	11
8520 Lystrup	169	11	13,6	16,1	95	17,1	20,8
8530 Hjortshøj	58	11,9	14,4	17,7	32	15,1	19,2
8541 Skødstrup	96	10,1	13,1	14,9	55	15	17,4
8543 Hornslet	127	8,5	10,9	16,1	59	8,8	12,4
8544 Mørke	61	11,3	13,7	15	22	14,4	15,4
8550 Ryomgård	65	13,3	15,4	16,8	45	18,9	21,1
8560 Kolind	67	10,4	13,2	17,3	33	12,9	15,1
8570 Trustrup	31	12	14,7	15,8	15	14,8	15,4
8581 Nimtofte	33	14,8	16,5	18,9	35	22,6	24
8585 Glesborg	66	15,2	17,4	23,5	42	22,6	23,7
8586 Ørum Djurs	22	12	12,5	13,1	15	19,1	24,1