

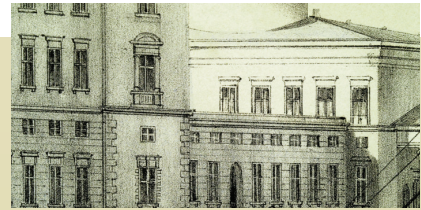
7/2013

---

STATSREVISORERNE



Beretning om  
regionernes præhospitale indsats



7/2013

## Beretning om regionernes præhospitale indsats

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

*København 2014*

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18: Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Ministerens for sundhed og forebyggelse afgiver en redegørelse til beretningen. Ministerens kommentarer til de indhentede udtalelser fra regionsrådene indgår i redegørelsen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i august 2014.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i april måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2013, som afgives i april 2015.

Henvendelse vedrørende  
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne  
Folketinget  
Christiansborg  
1240 København K  
Telefon: 33 37 59 87  
Fax: 33 37 59 95  
E-mail: [statsrevisorerne@ft.dk](mailto:statsrevisorerne@ft.dk)  
Hjemmeside: [www.ft.dk/statsrevisorerne](http://www.ft.dk/statsrevisorerne)

Yderligere eksemplarer kan  
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution  
Herstedvang 10  
2620 Albertslund  
Telefon: 43 22 73 00  
Fax: 43 63 19 69  
E-mail: [distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk](mailto:distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk)  
Hjemmeside: [www.rosendahls-schultzgrafisk.dk](http://www.rosendahls-schultzgrafisk.dk)

ISSN 2245-3008  
ISBN 978-87-7434-423-0

# Statsrevisorernes bemærkning

## BERETNING OM REGIONERNES PRÆHOSPITALE INDSATS

Den præhospitale indsats er den hjælp, som akut syge, tilskadekomne eller fødende modtager, inden de ankommer til sygehuset.

Regionerne har siden 2007 haft ansvar for indsatsen, som samlet set koster ca. 2,1 mia. kr. om året. Regionerne har i flere år forbedret kvaliteten i indsatsen, bl.a. ved at indføre sundhedsfaglig visitation på vagtcentralerne, øget behandling af borgerne inden ankomst til sygehuset, Den Danske Kvalitetsmodel, ambulanceudbud mv.

**Statsrevisorerne finder det meget tilfredsstillende, at regionerne har sikret, at akut hjælp i de fleste tilfælde når frem til borgerne i rette tid.**

**Statsrevisorerne finder det dog utilfredsstillende, at regionerne ikke ved nok om, hvorvidt borgerne modtager den rette hjælp, og om den præhospitale indsats er tilrettelagt til lavest mulige omkostninger. Der er således ikke sikkerhed for, at borgere på tværs af regionerne får akut hjælp af tilstrækkelig høj kvalitet.**

Statsrevisorerne bemærker i den forbindelse:

- At regionerne ikke har operationelle mål for, hvilken effekt den præhospitale indsats skal have, og at regionerne ikke følger systematisk op på, om borgerne har fået den rette hjælp.
- At regionerne selv fastsætter kravene til kvaliteten af den præhospitale indsats, og hvordan de følger op. Alligevel er der væsentlige mangler i regionernes evne til at følge egne retningslinjer og kvalitetsparametre, fx for den sundhedsfaglige rådgivning, man giver borgeren.
- At regionerne ikke har fælles standarder for kvalitet og effekt af den præhospitale indsats, hvilket vanskeliggør sammenligning på tværs af regionerne. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kunne således med fordel sammen med regionerne fastsætte få, fælles og styrbare minimumsstandarder for kvalitet og effekt af indsatsen.
- At selv om mulighederne for at mindske omkostningerne ved udbud af ambulancekørsel mv. er begrænset af et monopollignende marked, er der potentiale for at minimere omkostningerne til den præhospitale indsats, fx ved brug af kontrolbud og driftsoptimering.

Statsrevisorerne,  
den 22. januar 2014

*Peder Larsen  
Henrik Thorup<sup>\*)</sup>  
Helge Adam Møller  
Kristian Jensen  
Klaus Frandsen  
Magnus Heunicke*

<sup>\*)</sup> Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.



# Beretning til Statsrevisorerne om regionernes præhospitale indsats

Rigsrevisionen afgiver hermed denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012. Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

---

# Indholdsfortegnelse

---

I.	Introduktion og konklusion .....	1
II.	Indledning .....	3
	A. Baggrund .....	3
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	6
III.	Kvalitet i den præhospitale indsats .....	8
	A. Rette hjælp til borgere, der ringer 1-1-2.....	9
	B. Hjælp til rette tid – ambulanceresponstider.....	15
	C. Mål for den præhospitale indsats.....	18
IV.	Omkostninger til den præhospitale indsats.....	23
	A. Behandlingsniveau til laveste effektive omkostninger.....	23
	B. Data om præhospitale aktiviteter .....	29
	Bilag 1. Indikatoropfyldelse i ambulancepatientjournaler.....	31
	Bilag 2. Ordliste.....	33

---

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010

Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011

Astrid Krag: oktober 2011 -

---

## I. Introduktion og konklusion

1. Denne beretning handler om, hvordan regionerne tilrettelægger den præhospitale indsats, der omfatter den hjælp, som akut syge eller tilskadekomne borgere modtager inden ankomst til sygehuset. For den enkelte borger, der oplever akut sygdom eller tilskadekomst, er det væsentligt, at regionerne har tilrettelagt en præhospital indsats, så borgeren modtager den rette hjælp til rette tid og dermed får de bedst mulige helbredsudsigter.

2. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i januar 2013. Baggrunden for undersøgelsen er, at den fremtidige sygehusstruktur stiller skærpede krav til den præhospitale indsats. I takt med at den akutte og specialiserede behandling samles på færre sygehuse, får nogle borgere længere til et behandlingsdygtigt sygehus. Derfor er det væsentligt, at regionerne sikrer en høj kvalitet i den hjælp, der gives inden ankomst til sygehuset.

3. For at få mest mulig sundhed for pengene, bør regionerne have indsigt i, om den præhospitale indsats tilrettelægges til lavest mulige effektive omkostninger. Et element i en effektiv anvendelse af resurserne i sundhedsvæsenet er, at opgaver ideelt set løses efter LEON-princippet (Laveste Effektive Omsorgs- og behandlingsNiveau). I den præhospitale indsats betyder det, at den indsats, der gives til borgeren, skal varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt behandlingsniveau, men ikke på et højere niveau end nødvendigt.

*LEON-princippet indgår i både Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og Danske Regioners arbejde med at effektivisere sundhedsvæsenet.*

4. Regionernes styring af det præhospitale område og valg af niveau for indsatsen sker i et krydsfelt mellem sundhedsfaglige og økonomiske overvejelser og fastlægges på baggrund af politiske prioriteringer. Det er derfor vigtigt, at det faglige grundlag for prioriteringerne er gennemsigtigt, så det er klart, hvilken forventet kvalitet og hvilke omkostninger der knytter sig til forskellige niveauer af den præhospitale indsats.

5. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har et gennemsigtigt grundlag for at vurdere, at den sundhedsfagligt set rette hjælp sendes til borgeren til rette tid og til de lavest mulige omkostninger. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Tilrettelægger regionerne den præhospitale indsats, så borgeren ud fra en sundhedsfaglig vurdering får den rette hjælp til rette tid?
- Har regionerne indsigt i, om den præhospitale indsats tilrettelægges til lavest mulige omkostninger?



*Dansk Indeks er et elektronisk beslutningsstøtteværktøj, som skal understøtte den sundhedsfaglige visitation. Indekset skal sikre, at der på baggrund af fastlagte kriterier sker en ensartet indhentning af information og kommunikation med borgeren, der ringer 1-1-2, så den rette indsats sendes til rette tid.*

*Den Danske Kvalitetsmodel er et tværgående kvalitetsudviklingssystem, der er indført i sundhedssystemet, herunder i en særlig version på det præhospitale område.*

## UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Det er Rigsrevisionens vurdering, at regionerne har tilrettelagt den præhospitale indsats, så en borger, der ringer 1-1-2, får hjælp til rette tid. Derimod kan regionerne ikke på et gennemsnitligt grundlag vurdere, om den sundhedsfagligt set rette hjælp sendes til borgeren til de lavest mulige omkostninger.

Den præhospitale indsats har gennemgået en markant udvikling og kvalificering gennem de seneste 10-15 år. Det gælder dels i forhold til de forskellige former for hjælp, der kan sendes til borgeren, dels i forhold til mulighederne for behandling af borgeren på stedet og inden ankomst til sygehuset. Regionerne har siden 2011 arbejdet systematisk på at forbedre kvaliteten i indsatsen, bl.a. ved at indføre redskaber som Dansk Indeks og Den Danske Kvalitetsmodel. Derudover er der et samarbejde på tværs af regionerne med hensyn til udvikling og videndeling. Bl.a. har regionerne i 2013 sat fokus på at få etableret kvalitetsmål.

Rigsrevisionen finder det meget tilfredsstillende, at borgerne i overvejende grad modtager præhospital hjælp til rette tid i de mest akutte tilfælde.

Rigsrevisionen finder det ikke tilfredsstillende, at der ikke er tilstrækkelig indsigt i, om borgeren får den rette hjælp. Visitationen, der er retningsgivende for, hvilken hjælp der sendes, har væsentlige mangler i forhold til at efterleve fælles regionale retningslinjer og regionernes egne kvalitetsparametre. Regionerne har endvidere ingen operationaliserede mål for effekten af den præhospitale indsats, så det er klart, om regionerne faktisk opnår den ønskede effekt. Regionerne fastlægger selv kravene til, hvordan og i hvilket omfang de vurderer kvaliteten af hjælpen. Dermed er det vanskeligt at sammenligne på tværs af regionerne, hvilket gør det uklart, dels om regionerne yder en ensartet, høj faglig kvalitet, dels om borgere i tilsvarende situationer på tværs af regionerne får en ensartet behandling.

Rigsrevisionen anbefaler, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sammen med regionerne arbejder på at fastlægge få, fælles, ensartede og styrbare minimumsstandarder for kvalitet og effekt af indsatsen.

Rigsrevisionen finder det ikke helt tilfredsstillende, at regionerne ikke har tilstrækkelig indsigt i, om den præhospitale indsats tilrettelægges til lavest mulige omkostninger.

Rigsrevisionen finder, at regionerne gennem udbud af de præhospitale ydelser forsøger at minimere omkostningerne, men at markedet for den præhospitale indsats er begrænset. Der er dog potentiale for, at flere regioner kan øge gennemsnitligheden omkring deres omkostninger til den præhospitale indsats og fortsat kan arbejde med at minimere omkostningerne. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne i højere grad efterprøver forskellige alternativer, fx brug af kontrolbud, til at minimere omkostningerne til den præhospitale indsats.

## II. Indledning

### A. Baggrund

6. Den præhospitale indsats er i lovgivningen defineret som indsatsen inden ankomst til sygehuset over for akut syge, tilskadekomne og fødende. Indsatsen har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerte og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed.

Den præhospitale indsats (herefter indsatsen) er et område, der har gennemgået en markant udvikling og kvalificering gennem de seneste 10-15 år. Tidligere havde indsatsen primært fokus på at få hentet den akut syge eller tilskadekomne hurtigt ind til behandling på sygehuset. I dag påbegyndes en avanceret behandling i mange tilfælde allerede på skadestedet og under transporten til sygehuset. Dette skyldes både, at ambulancepersonalets faglige kompetencer de senere år er blevet styrket, og at der er kommet nye behandlingsmuligheder. Endelig har regionerne indført hjælp, der supplerer ambulancerne, fx akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikoptere mv., der alle kan bidrage med avancerede sundhedsfaglige kompetencer på skadestedet.

7. Regionerne overtog det præhospitale område fra amterne i 2007. Fra 2010 havde alle regioner gennemført deres første ambulanceudbud og havde etableret regionale kontrakter for ambulancekørslen. Regionerne bruger samlet set ca. 2,1 mia. kr. årligt på indsatsen. Derudover er der blevet tildelt statslige puljemidler til at styrke indsatsen i geografiske yderområder, hvor hjælpen kan være lang tid om at nå frem.

8. Tidligere var det politiet, der vurderede, hvilken indsats der var brug for ved 1-1-2-opkald med sundhedsfaglige indhold. Fra maj 2011 er det i alle regioner visitatorer med en sundhedsfaglig baggrund, der på de regionale AMK-vagtcentraler vurderer, hvilken indsats der er behov for at yde. Denne ændring betyder, at borgere, der ringer 1-1-2, hurtigere modtages og visiteres i den enkelte regions sundhedsvæsen. Borgere har således fået en mere direkte adgang til sundhedsvæsenet. Regionerne har oplyst, at det, at sundhedsvæsenet møder borgerne tidligere, er med til at sikre en mere korrekt og rettidig indsats. Regionernes AMK-vagtcentraler modtager samlet ca. 320.000 1-1-2-opkald årligt.

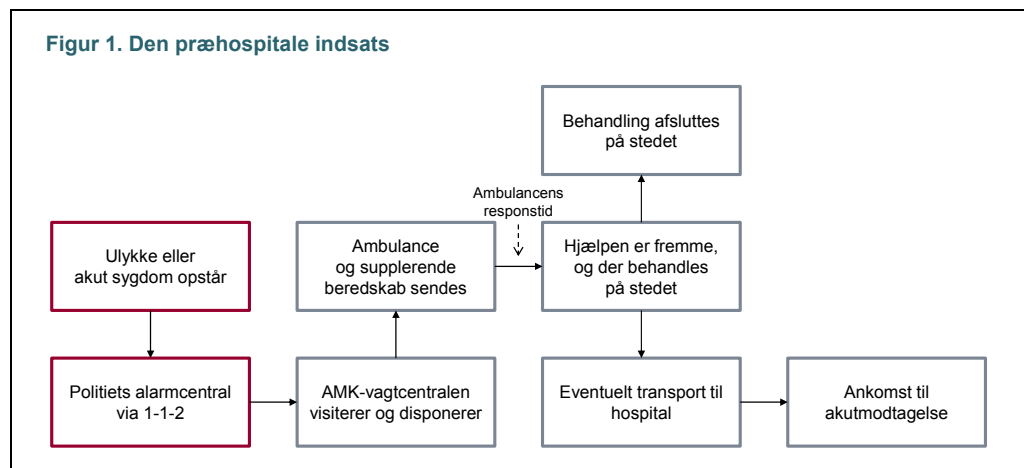
Når en borger ringer 1-1-2, vil der, jf. figur 1, først etableres kontakt til en af politiets alarmcentraler. Når henvendelsen er stedfæstet, og politiet vurderer, at den omfatter en sundhedsfaglig problemstilling, viderestilles opkaldet til regionens sundhedsfaglige visitator på AMK-vagtcentralen, hvorved indsatsen påbegyndes. Den sundhedsfaglige visitator skal herefter sikre, at der sendes en hjælp, som er afpasset til situationen, så de mest akutte tilfælde får den hurtigste og højst kvalificerede hjælp. Indsatsen slutter, når borgeren ankommer til akutmodtagelsen, eller hvis behandlingen afsluttes på stedet.

**Akutbiler og akutlægebiler** er udrykningskøretøjer, der kan sendes sammen med en ambulance, og som bringer henholdsvis en ambulanceleder eller en læge med erfaring i præhospital indsats frem til borgeren, der er akut syg eller tilskadekomne. Bilerne kan ikke transportere patienter.

**AMK-vagtcentral** (Akut Medicinsk Koordination-vagtcentral) modtager alle 1-1-2-opkald, som omhandler akut sygdom og tilskadekomst. Ligeledes varetages opkald fra bl.a. almen praksis og lægevagt. AMK-vagtcentralen vurderer opgavens hastegrad og beslutter, hvilken præhospital hjælp der skal sendes.

#### **Sundhedsfaglig visitator**

Fra maj 2011 fik alle regioner sundhedsfaglige visitatorer i deres AMK-vagtcentral. Alle 1-1-2 opkald bliver således i dag viderestillet til en sygeplejerske eller en ambulanceleder med særlige kompetencer, som vurderer, hvilken hjælp der skal sendes, samtidig med, at vedkommende giver indringer råd og vejledning, ind til hjælpen er fremme.



9. De 5 regioner har tilrettelagt hver deres indsats, men der er imellem regionerne udarbejdet retningslinjer for rekvirering af ambulancer fra en anden region end den, der modtager et 1-1-2-opkald om en syg eller tilskadekommet borger. Vurderingen af, om det er relevant at anmode en anden region om hjælp til akutte opgaver, foretages af den opgaveansvarlige AMK-vagtcentral ud fra den konkrete situation. I denne vurdering spiller det ind, hvor meget tid der kan spares ved at benytte en anden regions ambulance, og det spiller særligt ind, om tiden er afgørende for den pågældende borgers helbredsudsigter.

#### Rammerne for den præhospitale indsats

10. Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 rapporten "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" (herefter Akutrapporten), som blev rammesættende for udviklingen af indsatsen. Akutrapporten indeholdt en række anbefalinger til, hvordan regionerne fremadrettet kunne tilrettelægge kvalificeret og hurtig behandling samt transport ved akut opstået sygdom eller tilskadekomst.

11. De enkelte regioner har siden arbejdet på at gøre indsatsen ensartet og har som et middel hertil fx i 2011 indført sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen. Herudover har regionerne styrket beredskabet og indsat fx akutbiler og akutlægebiler, der fungerer som supplement til de almindelige ambulancer, jf. boks 1. Alle regioner har i forskelligt omfang etableret en række ordninger med frivillige nødbehandlere, der kan yde førstehjælp i tilfælde, hvor det kan være vanskeligt at få indsatsen hurtigt frem. Alle regioner er tilknyttet en søsøgsordning med akutlægehelikoptere, som fra 2014 er gjort permanent.

#### BOKS 1. BEREDSKABET

Beredskabet er en samlet betegnelse for den del af regionernes indsats, som udgøres af det personale og de køretøjer, der sendes ud til borgeren, som er akut syg eller tilskadekommet. Beredskabet kan opdeles i et basisberedskab af ambulancer og et supplerende beredskab af fx akutbiler og akutlægebiler. Hverken akutbiler eller akutlægebiler kan transportere patienter. En akutbil kan fx være bemandede med en paramediciner, som er en ambulancebehandler, der gennem erfaring og uddannelse har opnået særlige kompetencer. En akutlægebil er bl.a. bemandede med en læge med særlige kompetencer på akutområdet – typisk inden for anæstesi.



Foto: Region Midtjylland, Ole Mortensen

12. I kvalitetsreformen fra 2007 er der en hensigtserklæring om, at hjælpen under normale omstændigheder skal være fremme inden for 15 minutter, når der er ringet 1-1-2.

13. I 2009 blev der nedsat et akutudvalg, som skulle vurdere og kortlægge behovet for at udvide og organisere kapaciteten i beredskabet. Akutudvalget vurderede i 2010, at målsætningen om højst 15 minutters responstid, bør afgrænses til akutte, livstruende tilfælde, dvs. A-kørsler. Udvalget vurderede, at infrastruktur, befolkningstæthed og forskellige geografiske forhold som små øer uden landforbindelse mv. betyder, at det ikke er realistisk at sikre alle dele af landet helt samme tidsmæssige dækning. I Akutudvalgets statusrapport "Kortlægning af behov for flere akutbiler og akutlægebiler" fra 2012 fremgik det, at udvalget vurderede, at der på trods af en stor variation i regionernes organisering af indsatsen overordnet set var en tilfredsstillende dækning i forhold til responstid på det præhospitale område.

Hver region skal fastlægge egne mål for ambulanceberedskabets responstider og er forpligtet til at følge med i, om de faktiske responstider lever op til de fastlagte mål, jf. bekendtgørelse nr. 1150 af 9. december 2011, § 19, stk. 3.

14. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sætter med Akutrapporten og Akutudvalgets arbejde de overordnede linjer for udviklingen i regionernes præhospitale indsats. Ifølge sundhedslovens § 210 skal regioner og kommuner selv planlægge og gennemføre foranstaltninger, der sikrer syge og tilskadekomne nødvendig behandling i tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger. Regionerne tilrettelægger derfor både organiseringen, indholdet og omfanget af det samlede sundhedsberedskab og den præhospitale indsats.

*Ved responstid forstås den tid, der går, fra AMK-vagtcentralen modtager et opkald til disponering, til første ambulance/beredskab er fremme hos borgeren.*

15. For et flertal af regionerne er indsatsen placeret i en selvstændig driftsorganisation eller specialenhed med egen præhospital ledelse. Regionernes indsats beskrives i regionernes præhospitale planer. Regionsrådet er forpligtet til én gang i hver valgperiode at udarbejde en plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats. Regionsrådet skal forud for planens vedtagelse indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens rådgivning indeholder fx konkrete forslag til faktuelle rettelse, sproglige formuleringer og anmodninger om konkretisering af målsætninger. Sundhedsstyrelsen følger regionernes indsats i årsrapporter og på kontaktkredsmøder, der holdes mellem Sundhedsstyrelsen, regioner og kommuner ca. 2 gange årligt. Sundhedsstyrelsen er desuden i dialog med regionerne, hvis regionerne indfører ny praksis i indsatsen, fx i brugen af akutlæger og sygeplejersker.

## B. Formål, afgrænsning og metode

16. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har et gennemslagskraftigt grundlag for at vurdere, at den sundhedsfagligt set rette hjælp sendes til borgeren til rette tid og til de lavest mulige omkostninger. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Tilrettelægger regionerne den præhospitale indsats, så borgeren ud fra en sundhedsfaglig vurdering får den rette hjælp til rette tid?
- Har regionerne indsigt i, om den præhospitale indsats tilrettelægges til lavest mulige omkostninger?

17. Undersøgelsen er afgrænset til perioden 2010-2013, idet det først er fra 2010, at alle regionerne har fået egne aftaler med leverandører af den præhospitale indsats. Før regionernes egne aftaler trådte i kraft, videreførte de amternes aftaler. Desuden har regionerne ikke data om fx aktiviteter og omkostninger fra perioden før 2010. Hvor det er relevant og muligt, inddrager vi oplysninger eller data, som rækker længere tilbage end den angivne tidsperiode.

18. Undersøgelsen tager afsæt i hver enkelt regions plan for det præhospitale område. Det betyder fx, at vi vurderer hjælp til "rette tid" i forhold til regionernes egne mål for responstid. I forhold til "rette hjælp" tager vi fx afsæt i regionernes opfølgning på, hvordan de anvender Dansk Indeks. Dansk Indeks er et beslutningsstøtteværktøj, som den sundhedsfaglige visitator i dag bruger til at vurdere, hvilken hjælp der sendes fra AMK-vagtcentralen. Dansk Indeks er oversat fra Norsk Indeks for Medicinsk Nødhjælp, version 3, og tilpasset med hensyn til sprog, sundhedsfaglig praksis og danske forhold. Dansk Indeks er ikke baseret på endegyldig evidens, men på den bedst tilgængelige viden opnået gennem erfaringer. Systemet har været anvendt i Norge siden 1994, men er forholdsvist nyt i Danmark, hvor det er blevet anvendt siden 2011.

19. Regionernes indsats er en del af det samlede akutsystem, der bl.a. omfatter sygehusenes akutmodtagelser og vagtlægeordningen. Undersøgelsen afgrænser sig fra at inddrage de dele af akutsystemet, der ligger uden for den præhospitale indsats.

20. Den præhospitale indsats indgår i regionernes samlede sundhedsberedskab ved større ulykker og andre beredskabshændelser såsom krigshandlinger eller katastrofer forårsaget af vejret, terror mv. Undersøgelsen inddrager ikke, hvordan indsatsen udvides og fungerer i disse situationer.

21. Akutlægehelikoptere har på forsøgsbasis været en del af regionernes indsats. Det er på baggrund af en evaluering af forsøgsordningen blevet besluttet at etablere en national akutlægehelikopterordning fra 2014. Undersøgelsen inddrager ikke forsøgsordningen, ligesom beslutninger og forberedelser til den permanente nationale helikopterordning ikke indgår i undersøgelsen. Derudover er de dele af regionernes indsatser, som beror på frivillige nødbehandlere, ikke inddraget.

22. Undersøgelsen bygger primært på oplysninger fra regionerne, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen. Fra regionerne drejer det sig om udbuds- og kontraktmateriale, samarbejdsaftaler, notater, rapporter, kvalitetskontroller, aktivitetsoversigter mv. Fra ministeriet drejer det sig om Akutrapporten og Akutudvalgets rapporter, Sundhedsstyrelsens rådgivning af regionerne samt supplerende redegørelser.

23. Vi har i undersøgelsen benyttet et udsnit af det materiale, som er udarbejdet i forbindelse med regionernes arbejde med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) på det præhospitale område. Det præhospitale område er fra 2011 blevet omfattet af DDKM, og de krav IKAS stiller til kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet. Alle regioners præhospitale organisationer er blevet akkrediteret i perioden juni-december 2012 og følger således i dag et sæt fælles standarder i DDKM. Regionerne har dermed i en kort periode arbejdet systematisk med at kvalitetssikre den samlede indsats. Formålet med DDKM er vist i boks 2.

#### BOKS 2. FORMÅLET MED DDKM I DEN PRÆHOSPITALE INDSATS

Formålet med DDKM er, at modellen som et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem skal medvirke til:

- en kontinuerlig forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet
- en ensartet høj kvalitet i alle sundhedsydelser
- sammenhæng i patientforløb
- gennemsigtighed og synliggørelse af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

24. Regionerne har som led i arbejdet med DDKM fx udført audits, som indgår i undersøgelsen. Flere af de data, der er brugt som eksempler på regionernes audits, findes fra 2012 og frem. I undersøgelsen vurderer vi hverken DDKM som samlet metode i kvalitetsarbejdet eller de forhold, som ligger til grund for regionernes akkreditering. Vi benytter udelukkende eksempler på regionernes audits til at belyse, hvordan regionerne følger op på kvaliteten inden for udvalgte områder i den præhospitale indsats. Vi gennemgår således regionernes audits, der består af, at regionerne mindst 2 gange årligt kvalitetskontrollerer 20 sundhedsfaglige visitationer i forhold til at vurdere, om der gives den rette hjælp til borgere, der ringer 1-1-2. I forhold til regionernes mulighed for at følge op på mål for indsatsen gennemgår vi regionernes audits, der består af mindst 2 årlige kvalitetskontroller af 190 ambulancepatientjournaler.

25. I undersøgelsen vurderer vi, om LEON-princippet bliver indfriet, når det gælder fokus på både kvalitet og økonomi i regionernes tilrettelæggelse af indsatsen. Vi vurderer således i kap. III, om regionerne har en viden om, at den hjælp, der sendes til borgeren, er den rette. Endvidere vurderer vi i kap. IV, om regionerne forsøger at tilrettelægge indsatsen til lavest mulige omkostninger.

26. Vi har holdt møder med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og regionernes præhospitale organisationer. Vi har besøgt AMK-vagtceneraler, akutlægebiler mv., hvilket har givet en indsigt i, hvordan indsatsen er tilrettelagt og fungerer i praksis.

27. Beretningen har i udkast været forelagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.

28. Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

*Det er IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet), som koordinerer udviklingen af DDKM.*

*Akkreditering betyder kvalitetsvurdering, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt fælles standarder. DDKM for det præhospitale område omfatter 53 akkrediteringsstandarder inden for 20 temaer.*

*Audit er en metode til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, hvor kvaliteten af ydelser vurderes på grundlag af konkrete patientforløb.*

### III. Kvalitet i den præhospitale indsats

Rigsrevisionen finder det meget tilfredsstillende, at regionerne sikrer, at borgeren i overvejende grad får hjælp til rette tid i de mest akutte tilfælde. Derimod finder Rigsrevisionen det ikke tilfredsstillende, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad har indsigt i, om den hjælp, som regionerne yder, er den rette.

Regionerne sikrer, at hjælpen i overvejende grad når frem til rette tid, da regionerne overholder deres mål for ambulanceresponstid for de mest akutte tilfælde. Der er dog mellem regionerne forskel på, hvor hurtigt hjælpen er fremme. Det kan i høj grad tilskrives forskelle i regionernes geografiske og befolkningsmæssige forhold.

Regionerne benytter Dansk Indeks som støtteværktøj, når de på baggrund af den konkrete situation beslutter, hvilken hjælp regionen sender. Støtteværktøjet skal være med til at sikre, at regionerne yder en ensartet og korrekt visitation af borgere, der ringer 1-1-2. Regionerne afviger imidlertid i en række tilfælde fra Dansk Indeks, men kun Region Sjælland følger systematisk op på de afvigelser, hvor de sender en indsats af en lavere kategori, end den Dansk Indeks foreslår. Regionernes opfølgning på kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer viser, at de enkelte visitationer ofte er mangelfulde i forhold til at leve op til de kvalitetsparametre, som regionerne selv opstiller. Regionerne anvender ikke ensartede kvalitetsindikatorer, når de vurderer kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer, og stiller ikke ensartede krav til opfyldelsen af indikatorerne, når de følger op på kvalitet. Da retningslinjerne for visitation ikke anvendes systematisk eller efterprøves med en systematisk opfølgning, kan de sundhedsfaglige visitationer ikke som udgangspunkt siges at være af en ensartet, høj faglig kvalitet. Det betyder, at det er vanskeligt at sammenligne på tværs af regionerne.

Regionerne følger ikke systematisk op på, om den samlede præhospitale indsats lever op til formålet, og om borgeren dermed får den rette hjælp. Regionerne har kun i få tilfælde opstillet mål for effekten af indsatsen, og disse mål er ikke operationaliserede, så det er klart, hvilken effekt der ønskes opnået. En forudsætning for at kunne vurdere effekten af behandlingen er, at borgerens tilstand og behandling er dokumenteret i en ambulancepatientjournal. Det er imidlertid langt fra i alle tilfælde, at der findes en korrekt udfyldt journal.

Rigsrevisionen anbefaler, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sammen med regionerne arbejder på at fastlægge få, fælles, ensartede og styrbare minimumsstandarder for kvalitet og effekt af indsatsen. Rigsrevisionen finder det i den forbindelse positivt, at regionerne i 2013 har sat et arbejde i gang med at etablere kvalitetsmål med tilhørende indikatorer, som de forventer at implementere i 2014.

## A. Rette hjælp til borgere, der ringer 1-1-2

29. Rigsrevisionens undersøgelse har vist følgende:

- Regionerne har ikke en ensartet opfølgning på kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer. Antallet af indikatorer, som regionerne måler på, svinger fra 4 til 22. Kravene til, hvor meget en indikator skal være opfyldt, for at der er tale om god kvalitet, svinger fra 80 % til 100 %. Det betyder, at regionerne kan vurdere den enkelte visitation meget forskelligt og derfor kan have forskellige opfattelser af, hvornår der er behov for at iværksætte handlinger til at rette op på kvaliteten.
- Regionerne afviger i en række tilfælde fra Dansk Indeks. Flere regioner dokumenterer, når de afviger fra Dansk Indeks, men kun Region Sjælland følger systematisk op, når der er sendt en indsats, der er af en lavere kategori, end den Dansk Indeks foreslår.
- Regionernes egne audits viser, at kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer er mangelfuld, og at der mellem regionerne er forskel på, om de giver korrekt sundhedsfaglig rådgivning. Region Syddanmark gav ved en audit korrekt rådgivning i 38 % af de sundhedsfaglige visitationer, hvor Region Sjælland ved en audit havde en andel på 100 %. Adressen på den borger, der har behov for en ambulance, bliver heller ikke altid valideret. Region Midtjylland validerede ved en audit adressen i 29 % af tilfældene, hvor Region Syddanmark ved en audit gjorde det i 95 % af tilfældene.

### Fælles retningslinjer for den sundhedsfaglige visitation

30. Sundhedsstyrelsen og Akutudvalget forventer, at der vil være både faglige og økonomiske gevinster af sundhedsfaglig visitation af 1-1-2-opkald, fordi visitationen ideelt set sikrer, at den præhospitale hjælp, der sendes til en borger, i høj grad målrettes den konkrete sygdom eller tilskadekomst. Siden maj 2011 har alle regioner gennemført sundhedsfaglig visitation af 1-1-2-opkald.

31. Den sundhedsfaglige visitation skal foretages systematisk og bør være baseret på nationale faglige anbefalinger for at sikre, at der i og på tværs af de enkelte regioner er en ensartet visitation, og at den enkelte borger modtager den relevante sundhedsfaglige rådgivning. Regionerne har oplyst, at de sikrer dette ved at anvende Dansk Indeks i visitationen. Dansk Indeks opstiller forskellige kategorier af hjælp, jf. boks 3, og når indekset benyttes korrekt, vil det være ens i alle regioner, hvilke kategorier af hjælp, der sendes til borgere i tilsvarende situationer.

#### BOKS 3. KATEGORIER AF HJÆLP I DANSK INDEKS

**A-kørsel:** Ambulancekørsel med udrykning og supplerende beredskab med den højest specialiserede hjælp, som er forbeholdt de mest syge og tilskadekomne borgere.

**B-kørsel:** Ambulancekørsel, der haster, men som ikke er forbundet med akut fare for liv eller førlighed for borgeren.

**C-kørsel:** Ambulancekørsel, hvor der er behov for observation eller fortsat behandling. I modsætning til de akutte ambulancekørsler kan disse planlægges i samspil med andre kørsler af samme type, hvor med ressourcerne anvendes bedst muligt.

**D-kørsel:** Patienttransporter, der ikke kræver overvågning eller behandling. Fx planlagt liggende befording, hvor borgere fx flyttes fra et sygehus til et andet.

**E:** Dansk Indeks' forslag kan også være, at der ikke sendes en ambulance, men at borgeren fx søger egen læge.



### Kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer

32. Regionerne udfører i regi af DDKM audits af de sundhedsfaglige visitationer, hvor optagelser af samtaler mellem den sundhedsfaglige visitator og borgere, der har ringet 1-1-2, systematisk gennemgås ud fra en tjekliste. DDKM sætter rammen for, hvilke procedurer regionerne skal udføre, hvis de ønsker at have en høj faglig kvalitet i deres indsats. DDKM stiller krav om, at regionerne gennemfører mindst 2 årlige audits, hvor 20 gennemførte sundhedsfaglige visitationer udtages til kvalitetskontrol pr. audit for at sikre, at regionen har en høj faglig kvalitet. Regionerne har oplyst, at de i andre sammenhænge vurderer, at en stikprøve på 20 kan sige noget om de væsentligste kvalitetsproblemer i en population. Det fremgår generelt af IKAS, der har ansvaret for DDKM, at nationale og internationale erfaringer viser, at en stikprøve af denne størrelse kan identificere de fleste væsentlige kvalitetsproblemer i en population.

33. Rigsrevisionen har gennemgået regionernes audits på den sundhedsfaglige visitation for perioden 2012-2013. 4 regioner har efter implementering af DDKM gennemført mindst 2 audits. Region Hovedstaden har i perioden kun udført 1 audit, hvor 20 visitationer er udvalgt tilfældigt ud fra den samlede mængde visitationer.

34. Regionerne har hver for sig fastlagt de indikatorer, som regionerne måler de sundhedsfaglige visitationer på, og har opsat krav til målopfyldelse. Regionerne har derfor ikke den samme opfølgning på kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer, jf. tabel 1.

**Tabel 1. Indikatorer og krav til målopfyldelse**

	Antal indikatorer	Krav til målopfyldelse
Region Hovedstaden	14	Ingen
Region Sjælland	18	95 %
Region Syddanmark	20	Ingen
Region Midtjylland	22	80 %
Region Nordjylland	4	90-100 %

Kilde: Regionerne.

Det fremgår af tabel 1, at Region Nordjylland har 4 indikatorer, hvorimod Region Midtjylland har 22 indikatorer til at måle kvaliteten af den sundhedsfaglige visitation på. Det varierer således, hvor mange indikatorer regionerne har og derfor også, hvad der bliver målt på i forbindelse med regionernes opfølgning på visitationerne. Det varierer ligeledes, hvilken målopfyldelse der skal være på de enkelte indikatorer, før regionerne vurderer, at kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer er tilfredsstillende. Tabellen viser, at Region Midtjylland har et krav til målopfyldelse på 80 %, hvor Region Nordjylland benytter et interval på 90-100 %. Region Hovedstaden og Region Syddanmark har ikke angivet et specifikt krav til målopfyldelsen.

35. Rigsrevisionen finder, at kvaliteten af den sundhedsfaglige visitation som udgangspunkt bør være ens på tværs af regionerne, idet regionerne anvender Dansk Indeks som støtteværktøj for at sikre en systematisk og ensartet visitation. Variationen i antallet af indikatorer og målopfyldelseskrav betyder, at regionerne kan vurdere den enkelte visitation meget forskelligt og dermed også kan have forskellige vurderinger af, hvornår et problem er stort nok til, at der iværksættes en kvalitetsforbedring. Én region vil således vurdere, at et problem bør indgå i handleplaner, mens det ikke vil være tilfældet i en anden region. Det vil fremadrettet kunne medføre, at den sundhedsfaglige visitation ikke har karakter af at være ensartet på tværs af regionerne.

36. Regionerne har oplyst, at en ensartet, høj faglig kvalitet i deres indsats bliver sikret ved, at de bruger Dansk Indeks og har indført sundhedsfaglig visitation, hvor der sidder en sundhedsfaglig medarbejder, og tager imod opkald fra borgerne og giver rådgivning. Endvidere er Dansk Indeks baseret på den bedste tilgængelige viden på området. Rigsrevisionen har derfor vurderet regionernes brug af Dansk Indeks og kvaliteten af den sundhedsfaglige rådgivning. Desuden har Rigsrevisionen også inddraget validering af borgerens adresse, da det er væsentligt, at den sundhedsfaglige visitator bidrager til at sikre, at hjælpen kommer frem til rette adresse.

#### *Brug af Dansk Indeks*

37. Rigsrevisionen finder, at Dansk Indeks er et væsentligt kvalitetsparameter i visitationen, da indekset understøtter visitatoren i at kunne indhente relevante oplysninger og på baggrund af disse oplysninger foreslår, hvilken hjælp visitatoren skal sende.

Når visitatoren modtager et opkald, skal Dansk Indeks aktiveres, hvorefter et startkort viser sig på visitatorens skærm. Startkortet i sin fulde form er især relevant, hvis det er en pårørende eller forbi passerende, som foretager 1-1-2-opkaldet. Ved at følge anvisningerne på Dansk Indeks' startkort sikres det, at den sundhedsfaglige visitator får spurgt ind til vigtige faktorer, fx bevidsthedsstatus og vejrtrækningsbesvær. Den sundhedsfaglige visitator opnår dermed hurtigt den information, der er nødvendig for en optimal håndtering af henvendelsen. Hvis det er den syge eller tilskadekomne selv, der ringer 1-1-2, vil det være muligt – på baggrund af oplysningerne – at gå direkte til det relevante opslag i Dansk Indeks, hvorved startkortet anvendes indirekte. Tabel 2 viser den andel af visitationerne, regionerne har udtrukket til audit, der tager udgangspunkt i Dansk Indeks' startkort.

**Tabel 2. Visitationer, der tager udgangspunkt i Dansk Indeks' startkort, i perioden 2012-2013**

	1. audit	2. audit	3. audit
Region Hovedstaden	75 %	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>
Region Sjælland	- <sup>2)</sup>	100 %	100 %
Region Syddanmark	88 %	- <sup>3)</sup>	- <sup>1)</sup>
Region Midtjylland	80 %	90 %	100 %
Region Nordjylland	87 %	100 %	100 %

<sup>1)</sup> Regionen har ikke udført audits.

<sup>2)</sup> Regionen har ikke udarbejdet audits for den sundhedsfaglige visitation på det pågældende tidspunkt. Det skyldes tidspunktet for regionens implementering af DDKM.

<sup>3)</sup> Region Syddanmarks 2. audit måler ikke på andelen af visitationer, der tager udgangspunkt i Dansk Indeks' startkort.

Kilde: Regionerne.

Det fremgår af tabel 2, at alle Region Sjællands visitationer ved 2. og 3. audit tog udgangspunkt i Dansk Indeks' startkort, ligesom det også er tilfældet for 2. og 3. audit i Region Nordjylland og 3. audit i Region Midtjylland. Region Syddanmarks visitationer tog ved 1. audit udgangspunkt i Dansk Indeks' startkort i 88 % af tilfældene. Regionens 2. audit målte ikke på, om visitationerne tog udgangspunkt i Dansk Indeks' startkort, og regionen har ikke gennemført en audit i 2013.

Region Hovedstadens visitationer tog ved 1. audit udgangspunkt i Dansk Indeks' startkort i 75 % af tilfældene. Regionen har efterfølgende ikke gennemført audit efter samme model som de øvrige regioner. Ifølge regionen stiller DDKM ikke krav om, hvilken type audit regionen skal gennemføre. Regionen har derfor i stedet gennemført kompetenceudvikling med den enkelte sundhedsfaglige visitator, hvor visitatorens præstation bliver vurderet. Region Hovedstaden har dermed ikke en opfølgning på de sundhedsfaglige visitationer som de øvrige regioner, hvor resultaterne af visitatorens præstation på væsentlige kvalitetsparametre er synlige. Regionen vurderer, at fokus på kompetenceudvikling er vigtigere for kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer frem for den type audits, som de øvrige regioner gennemfører.

Rigsrevision kan konstatere, at regionen ikke er alene om at have fokus på kompetenceudvikling, idet de andre regioner også har fokus på dette ud over arbejdet med audits.

*Disponering er den resourcemæssige tildeling af hjælp, der kommer af den sundhedsfaglige visitation. Der kan fx disponeres en ambulance eller en akutlægebil.*

38. Rigsrevisionens undersøgelse har også vist, at regionerne ikke altid følger Dansk Indeks' forslag til, hvilken hjælp der bør sendes i den konkrete situation, dvs. disponeringen af indsatsen. Regionerne har oplyst, at årsagen er, at indekset ikke kan tage højde for alle situationer. Desuden vil det altid være den sundhedsfaglige visitators vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvilken sundhedsfaglig indsats der er behov for. Endelig foregår indhentningen af information og vurderingen af, hvilken indsats der skal sendes, under tidspress og under medvirken fra borgeren, som måske kan have vanskeligt ved at vurdere situationen og foretage en korrekt beskrivelse.

39. I Region Midtjylland kan visitatoren kun afvige fra Dansk Indeks' forslag til disponering, hvis visitatoren vurderer, at der skal sendes en indsats af en højere kategori, end den Dansk Indeks foreslår. I de andre regioner kan visitatoren også sende en indsats, der er af en lavere kategori. Det kan fx være, at visitatoren sender en ambulance som en B-kørsel frem for en A-kørsel, fordi visitatoren på baggrund af erfaring vurderer, at det er et mere passende niveau i den konkrete situation.

Region Hovedstaden og Region Midtjylland følger alene op på, om afvigelse fra Dansk Indeks er dokumenterede. Region Sjælland foretager en systematisk kontrol af de visitationer, hvor visitatoren har sendt en indsats, der er af en lavere kategori, end Dansk Indeks foreslog i situationen.

40. Rigsrevisionen finder det naturligt, at der vil forekomme afvigelser fra Dansk Indeks, da netop de sundhedsfaglige visitators erfaring også spiller ind. For at kunne vurdere, om det i disse tilfælde var korrekt at afvige fra Dansk Indeks, er det vigtigt, at alle regioner fremadrettet kontrollerer årsagerne til afvigelser fra Dansk Indeks, herunder om afvigelse fra Dansk Indeks er korrekte eller ej. Dansk Indeks revideres tværregionalt, men de overordnede kriterier i indekset kan kun ændres, hvis alle regioner er enige, og de ændres på baggrund af de erfaringer, som regionerne løbende får. Det vil derfor være naturligt, at regionerne i den forbindelse har fokus på, hvorfor de afviger fra Dansk Indeks, hvordan og i hvilket omfang indekset anvendes hensigtsmæssigt, og om der er behov for, at det tilpasses. Dette skal sikre, at beslutningsstøtteværktøjet understøtter en systematisk og ensartet indsats inden for og på tværs af regionerne.

Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland har oplyst, at de siden juni 2011 har gennemført et registerbaseret forskningsprojekt, der har til formål at undersøge, om Dansk Indeks sikrer borgerne den rette hjælp. Projektet afsluttes primo 2014. De første resultater tyder allerede nu på, at Dansk Indeks er et godt værktøj til at foretage den risikovurdering, som en hastegradsvurdering er i forhold til at sikre akut syge og tilskadekomne den rette hjælp.

### Korrekt sundhedsfaglig rådgivning

41. Ifølge regionerne er den sundhedsfaglige rådgivning et vigtigt kvalitetsparameter i indsatsen, fordi den sundhedsfaglige visitator bl.a. skal rådgive borgeren om, hvad han eller hun kan gøre for at sikre de bedste betingelser, indtil hjælpen er fremme. En sundhedsfaglig rådgivning kan også være, hvordan borgeren skal afvente og fx opsøge egen læge, hvis der ikke vurderes at være behov for at sende præhospital hjælp. Tabel 3 viser regionernes resultater i forhold til at give en korrekt sundhedsfaglig rådgivning.

**Tabel 3. Korrekt sundhedsfaglig rådgivning givet i perioden 2012-2013**

	1. audit	2. audit	3. audit
Region Hovedstaden	80 %	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>
Region Sjælland	- <sup>2)</sup>	100 %	100 %
Region Syddanmark	38 %	94 %	- <sup>1)</sup>
Region Midtjylland	67 %	53 %	58 %
Region Nordjylland	60 %	54 %	50 %

<sup>1)</sup> Regionen har ikke udført audits.

<sup>2)</sup> Regionen har ikke udarbejdet audits for den sundhedsfaglige visitation på det pågældende tidspunkt. Det skyldes tidspunktet for regionens implementering af DDKM.

Kilde: Regionerne.

Det fremgår af tabel 3, at der er stor forskel på regionernes vurdering af, om de gav korrekt sundhedsfaglig rådgivning. Region Sjælland er den eneste region, der vurderer, at de gav korrekt sundhedsfaglige rådgivning i 100 % af visitationerne. Region Syddanmark gav korrekt rådgivning i 38 % af visitationerne ved 1. audit, men fik rettet op ved 2. audit, hvor andelen var på 94 %. Region Midtjylland gav korrekt rådgivning i 67 % af tilfældene ved 1. audit, i 53 % af tilfældene ved 2. audit og i 58 % af tilfældene ved 3. audit. Region Nordjylland gav korrekt rådgivning i 60 % af tilfældene ved 1. audit, en andel der faldt til 54 % ved 2. audit og til 50 % ved 3. audit. Region Hovedstaden gav korrekt rådgivning i 80 % af de sundhedsfaglige visitationer ved 1. audit.

Det er efter Rigsrevisionens opfattelse problematisk, at flere af regionerne ikke har en højere andel, hvor de giver korrekt sundhedsfaglig rådgivning. Regionerne har dermed en stor udfordring med at sikre, at rådgivningen er korrekt og forståelig.

42. Region Midtjylland har oplyst, at indikatoren vil være opfyldt, når visitatoren giver de råd – og kun de råd – Dansk Indeks angiver. Det er regionens vurdering, at det ikke nødvendigvis er udtryk for en mangelfuld rådgivning, når indikatoren slår ud som ikke opfyldt. Det kan i stedet betyde, at der er behov for tilpasning og udbygning af rådgivningsdelen i Dansk Indeks.

Region Nordjylland har oplyst, at sammenligningen efter deres vurdering ikke giver mening, idet det er forskellige patientgrupper, der er udført audit på i 1., 2. og 3. audit. Både Region Nordjylland og Region Midtjylland peger på, at det mere er udviklingen, der er i fokus, end resultatet af den enkelte audit. Region Hovedstaden og Region Nordjylland har generelt oplyst, at de finder det problematisk, at vurderingen af regionernes sundhedsfaglige visitationer bygger på et statistisk set meget spinkelt grundlag.

43. Rigsrevisionen kan konstatere, at det er DDKM, der fastsætter kravet om, at regionerne skal gennemføre mindst 2 årlige audits, hvor 20 gennemførte sundhedsfaglige visitationer tages ud til kvalitetskontrol pr. audit for at sikre, at regionerne har en høj faglig kvalitet i deres sundhedsfaglige visitationer. Regionerne har i andre sammenhænge oplyst, at de vurderer, at en stikprøve på 20 kan sige noget om de væsentligste kvalitetsproblemer i en population. Det fremgår generelt af IKAS, der har ansvaret for DDKM, at nationale og internationale erfaringer viser, at en stikprøve af denne størrelse kan identificere de fleste væsentlige kvalitetsproblemer i en population. Hvis regionerne vurderer, at en audit af denne størrelse ikke er repræsentativ, så anbefaler Rigsrevisionen, at regionerne tager initiativ til, at der bliver fastlagt en audit, som de finder vil udgøre et repræsentativt grundlag.

Det er desuden Rigsrevisionens opfattelse, at både resultatet af den enkelte audit og udviklingen er væsentlige parametre til at vurdere kvaliteten og til at identificere områder, hvor der er behov for at forbedre kvaliteten. Eksempler på mangelfuld sundhedsfaglig rådgivning fremgår af boks 4.

#### BOKS 4. EKSEMPLER PÅ MANGELFULD SUNDHEDSFAGLIG RÅDGIVNING FRA REGION NORDJYLLAND

- En patient bliver ikke vejledt i, at hun skal op at sidde, da der er mistanke om blodprop i hjertet.
- En borger, der ringer ind, får ingen vejledning i, hvordan hun skal forholde sig over for patienten, indtil hjælpen er fremme.
- En borger vejledes i at lægge is på et åbent benbrud, hvilket ikke er den korrekte fremgangsmåde.

#### Validering af adresse

44. Hvis visitatoren undlader at validere adressen, betyder det ikke nødvendigvis, at ambulancen kører til en forkert adresse. Det er politiet på vagtcentralen, der er ansvarlig for at stedfæste en opgave, men den sundhedsfaglige visitator skal validere adressen ved at spørge ind til adressen og en mere specifik adresseangivelse som etage, indgang m.m. Tabel 4 viser regionernes resultater i forhold til at validere adressen.

Tabel 4. Opkald med valideret adresse i perioden 2012-2013

	1. audit	2. audit	3. audit
Region Hovedstaden	85 %	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>
Region Sjælland	- <sup>2)</sup>	75 %	76 %
Region Syddanmark	- <sup>3)</sup>	95 %	- <sup>1)</sup>
Region Midtjylland	29 %	44 %	76 %
Region Nordjylland	53 %	80 %	90 %

<sup>1)</sup> Regionen har ikke udført audits.

<sup>2)</sup> Regionen har ikke udarbejdet audits for den sundhedsfaglige visitation på det pågældende tidspunkt. Det skyldes tidspunktet for regionens implementering af DDKM.

<sup>3)</sup> Region Syddanmarks 1. audit måler ikke på andelen af visitationer, der validerer adressen.

Kilde: Regionerne.

Det fremgår af tabel 4, at ingen af regionerne får valideret adresserne i alle de visitationer, der er udtaget til audit. Region Hovedstaden havde en andel, hvor de fik valideret adressen på den borger, der havde behov for en ambulance, på 85 % ved 1. audit. Region Sjælland havde en andel på 75 % ved 2. audit og 76 % ved 3. audit. Region Syddanmark havde en andel på 95 % ved 2. audit. Region Midtjylland havde en andel på henholdsvis 29 % ved 1. audit og 44 % ved 2. audit. Andelen steg til 76 % ved 3. audit. Region Nordjylland havde en andel på 53 % ved 1. audit, men formåede at løfte andelen til henholdsvis 80 % ved 2. audit og 90 % ved 3. audit.

Rigsrevisionen finder det væsentligt, at der bliver spurgt ind til adressen, da en række utilsigtede hændelser i flere regioner har handlet om adresseforvekslinger, hvor ambulancen er kørt til en forkert adresse. Det kan få store konsekvenser for patienten, hvis ambulancen og/eller akutlægebilen kører til en forkert adresse – særligt i de livstruende tilfælde, hvor tiden er en afgørende faktor. Fx havde ambulancen eller akutlægebilen i 7 % af tilfældene i Region Hovedstaden i 2011 ikke fået oplyst fuldstændig og korrekt adresse.

Rigsrevisionen kan dog konstatere, at politiets opgave med at stædfæste adressen bliver nemmere på grund af den teknologiske udvikling. Fx er det muligt at installere en 1-1-2-app på sin smartphone, som betyder, at når en borger ringer op via appen, vil alarmcentralen kunne se, hvor borgeren befinder sig.

45. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes brug af Dansk Indeks og korrekt sundhedsfaglig rådgivning har vist, at der er udfordringer med at sammenligne på tværs af regionerne. Årsagen er, at regionerne ikke anvender ensartede kvalitetsindikatorer, når de vurderer kvaliteten af de sundhedsfaglige visitationer, og ikke stiller ensartede krav til opfyldelsen af indikatorerne, når de følger op på kvalitet. Rigsrevisionen anbefaler derfor, at regionerne etablerer en fælles basis for antallet af indikatorer og krav til målopfyldelse, så det bliver muligt at sammenligne på tværs, om der er en ensartet, høj faglig kvalitet i regionernes indsats.

## B. Hjælp til rette tid – ambulanceresponstider

46. Rigsrevisionens undersøgelse har vist følgende:

- Regionerne overholder i overvejende grad deres egne responstidsmål og sikrer derved, at hjælpen når frem til rette tid i de mest akutte tilfælde.
- Der er regionale forskelle på, hvor stor en andel af de ambulancer, der sendes som A-kørsler, der er fremme inden for 15 minutter. I 2012 havde Region Nordjylland en andel på 89 %, og Region Hovedstaden havde en andel på 96 %.
- Forskellen i andelen af ambulancer, der er fremme inden for 15 minutter, kan i høj grad tilskrives forskelle i regionernes geografiske og befolkningsmæssige forhold. De regionale forskelle i responstider bliver mindre, når det supplerende beredskab inkluderes. Det supplerende beredskab er netop ment til at gøre en tidsmæssig og behandlingsmæssig forskel i områder med lang ambulanceresponstid og langt til nærmeste behandlingssted.

*Ved en **utilsigtet hændelse** forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med behandling af patienter. Utilsigtede hændelser omfatter hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten skader eller kunne have skadet patienten.*

### Hjælp fremme inden for 15 minutter

47. I kvalitetsreformen fra 2007 er der en hensigtserklæring om, at hjælpen under normale omstændigheder skal være fremme inden for 15 minutter, når der er ringet 1-1-2. Akutudvalget vurderede i 2010, at målsætningen bør afgrænses til akutte, livstruende tilfælde, dvs. A-kørsler.



Foto: Region Sjælland, Præhospitalt Center

**Bekendtgørelse nr. 1150 af 9. december 2011, § 19, stk. 3**

*"Regionsrådet fastlægger responstider i hvert beredskabsområde. Disse responstider kan suppleres med differentierede responstider. De fastlagte responstider offentliggøres, og regionsrådet følger løbende de faktiske responstider".*

48. Det er lovpligtigt for regionsrådene at opstille servicemål for responstider, men der er ikke krav om, hvilke responstidsmål der skal være gældende, eller hvordan responstiden skal opgøres.

49. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at flere regioner i forbindelse med responstidsmålene har opdelt regionen i forskellige delområder for på den måde at tage højde for geografiske udfordringer i forbindelse med at nå specifikke dele af regionen. Dermed er der stor variation i antallet af responstidsmål regionerne imellem, fx har Region Hovedstaden 1 responstidsmål for A-kørsler, hvor Region Sjælland har 30.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at regionerne i overvejende grad overholder deres responstidsmål for A-kørsler, som er de kørsler, der haster mest.

*Regionernes supplerende beredskab*

50. Det er ikke lovpligtigt for regionerne at have supplerende beredskab, men Akutudvalget anbefaler, at regionerne i yderområder med lange transportafstande supplerer med akutbiler, akutlægebiler og akutlægehelikoptere. Tabel 5 viser regioners supplerende beredskab.

**Tabel 5. Regionernes supplerende beredskab (Antal)**

	Akutbiler	Akutlægebiler	Udrykningslæger
Region Hovedstaden	0	5	0
Region Sjælland	6	0 <sup>1)</sup>	0
Region Syddanmark	7	6	3
Region Midtjylland	3	9	3
Region Nordjylland	7	2	0

<sup>1)</sup> 1 AMK-læge.

Kilde: Akutudvalget og regionerne.

Det fremgår af tabel 5, at Region Hovedstaden udelukkende har akutlægebiler i det supplerende beredskab. Region Sjælland anvender alene paramedicinerbemandede akutbiler. Region Sjælland har dog en enkelt læge i sin præhospitale indsats, AMK-lægen, som kan køre ambulancen i møde og dermed fungere som en akutlægebil, hvis det vurderes, at lægen kan gøre en forskel for den akut syge eller tilskadekomne. Region Syddanmark og Region Midtjylland har et supplerende beredskab, der omfatter paramedicinerbemandede akutbiler, akutlægebiler og udrykningslæger. Region Midtjylland har også akutbiler med anæstesisygeplejersker. Region Nordjylland benytter sig af akutlægebiler og akutbiler, hvor 5 af bilerne er bemandede med paramedicinere, og 2 er bemandede med ambulancebehandlere.

51. Den enkelte region vurderer, om og hvilket af det supplerende beredskab, som regionen råder over, der skal sendes i tilfælde af henholdsvis en A-, B-, C- eller D-kørsel.

Regionernes supplerende beredskab bruges i de tilfælde, hvor det skønnes at gøre en behandlingsmæssig og/eller tidsmæssig forskel for borgeren. Det supplerende beredskab kan i nogle tilfælde være hurtigere fremme ved borgeren end ambulancen og indgår derfor i opgørelsen over hjælp fremme inden for 15 minutter. Tabel 6 viser en opgørelse over andelen af de mest hastende ambulancekørsler (A-kørsler) og supplerende beredskab, der er fremme inden for 15 minutter i regionerne.

*En udrykningslæge er en praktiserende læge, der kører ud til akutte situationer i lokalområdet.*

*En ambulancebehandler er en ambulanceassistent, der har gennemført en overbygning på ambulanceassistentuddannelsen. Ambulancebehandlere bemander – ud over akutbiler – ambulancer, da der skal være minimum én ambulancebehandler i en ambulance.*

*En paramediciner er en ambulancebehandler, der har gennemført videreuddannelse for at opnå et højere kompetenceniveau.*

*En anæstesisygeplejerske er en sygeplejerske med speciale i bedøvelse.*

**Tabel 6. Hjælp fremme inden for 15 minutter i 2011 og 2012**

	A-kørsler i 2011	A-kørsler og supplerende beredskab i 2011	A-kørsler i 2012	A-kørsler og supplerende beredskab i 2012
Region Hovedstaden	98 %	98 %	96 %	96 %
Region Sjælland	93 %	94 %	93 %	95 %
Region Syddanmark	94 %	95 %	93 %	94 %
Region Midtjylland	94 %	95 %	95 %	96 %
Region Nordjylland	88 %	91 %	89 %	91 %

Kilde: Akutudvalget og regionerne.



Det fremgår af tabel 6, at Region Hovedstaden havde flest A-kørsler fremme inden for 15 minutter i 2011 og 2012 med henholdsvis 98 % og 96 %. Region Nordjylland havde færrest A-kørsler fremme inden for 15 minutter med henholdsvis 88 % og 89 %. Tabellen viser også, at regionerne, med undtagelse af Region Hovedstaden, opnår en større andel af hjælp fremme inden for 15 minutter, hvis det supplerende beredskab medtages i beregningen.

52. Det er naturligt, at der er forskel i regionernes ambulanceresponstid. Flere af de regioner, der forholdsvist har en lavere andel A-kørsler fremme inden for 15 minutter, har flere ambulancer til rådighed pr. indbygger. Region Hovedstaden har færrest ambulancer pr. indbygger, men har samtidig den største andel ambulancer fremme inden for 15 minutter. Ifølge regionerne kan dette fx skyldes, at der i Region Hovedstaden bor flere mennesker på et mindre areal end i fx Region Nordjylland, hvilket gør det nemmere for ambulancerne at nå den akut syge eller tilskadekomne hurtigt, også når der er taget højde for, at det i byområder tit er sværere at komme frem på grund af trafik.

### C. Mål for den præhospitale indsats

53. Rigsrevisionens undersøgelse har vist følgende:

- Regionerne har ikke målbare effektmål for indsatsen og kan derfor ikke følge op på effekten af det samlede præhospitale forløb.
- Alle regionerne gennemfører i overensstemmelse med DDKM kvalitetskontrol på mindst 380 ambulancepatientjournaler årligt.
- Regionernes audits af ambulancepatientjournalerne viser, at hver tredje borger ikke har en korrekt udfyldt patientjournal, og at væsentlige oplysninger mangler. Den manglende dokumentation af forløbet i ambulancepatientjournalerne gør det vanskeligt at foretage en systematisk opfølgning på, om der ydes den rette indsats.
- Region Nordjylland fik sendt resultater fra Region Syddanmarks audits på ambulancepatientjournaler, uden at de opdagede det. Det er efter Rigsrevisionens opfattelse generelt utilfredsstillende, at regionen ikke kontrollerer modtagne dokumenter fra leverandøren, så regionen dermed sikrer, dels at dokumenterne er de rette, dels at leverandøren udfører audits i overensstemmelse med den indgåede kontrakt.
- Regionerne satte i 2013 et arbejde i gang med at få etableret fælles kvalitetsmål med tilhørende indikatorer, som regionerne forventer at implementere i løbet af 2014.

#### Opfølgning på effekten af den præhospitale indsats

54. Kvaliteten af indsatsen er andet og mere end ambulanceresponstid. Det overordnede formål er at redde liv, forbedre helbredsudsigter mv. Regionerne skal i planer beskrive deres målsætninger for indsatsen, herunder for omfang og kvalitet, og løbende vurdere kvaliteten af indsatsen. Dette fremgår af bekendtgørelse nr. 1150 af 9. december 2011, § 14.

55. Regionerne arbejder på at etablere fælles regionale mål for præhospitale aktiviteter og effekter på delområder, fx specifikke patientgrupper. Regionerne har oplyst, at de behandlede et forslag til 11 kvalitetsmål med tilhørende indikatorer i december 2013, som regionerne forventer at implementere som fælles kvalitetsmål i løbet af 2014.

56. Regionernes nuværende indsats er fastlagt på baggrund af begrænset viden om, hvad der er den mest effektive behandling i forskellige situationer. For at få mere viden om, hvad "der virker", finder Rigsrevisionen det vigtigt, at regionerne løbende arbejder med at vurdere effekten af de forskellige elementer i det præhospitale beredskab. Det kan fx være at vurdere effekten af en akutlæges kompetencer over for effekten af en paramediciners kompetencer i forhold til patientens overlevelse ved hjertestop, hjerneblødning mv.

57. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at regionerne generelt ikke arbejder med at sætte mål for effekten af indsatsen. Dermed har regionerne ikke mulighed for at følge op på effekten af indsatsen. Selv om Sundhedsstyrelsen har anbefalet regionerne, at de operationaliserer målsætningerne i de præhospitale planer, har regionerne kun i få tilfælde opstillet målsætninger, der omhandler effekten af indsatsen, som fx "at give den præhospitale patient den mest optimale behandling i forhold til patientens tilstand". En anden målsætning er at give rette hjælp. Det er dog ikke angivet, hvad der menes med "optimal behandling", "rette hjælp" osv. Regionerne har oplyst, at i forhold til visitationer bliver "rette hjælp" sikret ved, at regionerne benytter Dansk Indeks, og i forhold til behandling i ambulancer og akutbiler/akutlægebiler bliver "rette hjælp" sikret, når behandlingsretningslinjer og retningslinjer for brug af lægemidler mv. følges. Derudover følger regionerne kvaliteten af elementer af indsatsen gennem audits af fx sundhedsfaglige visitationer. I boks 5 er vist et eksempel på Sundhedsstyrelsens rådgivning vedrørende opfølgning.

#### **BOKS 5. EKSEMPEL PÅ RÅDGIVNING VEDRØRENDE OPFØLGNING**

Region Sjælland etablerede som den eneste region i 2010 en præhospital struktur, hvor akutlægebiler ikke indgår. Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med høring af regionens præhospitale plan udtrykt ønske om, at regionen fulgte op på effekterne af denne nye struktur, hvor akutlægebiler ikke indgår. Region Sjællands evaluering af den nye præhospitale struktur har haft fokus på fx brugertilfreds-hedsundersøgelser, der kan måle borgernes tryghed. Som Region Sjælland selv peger på i undersøgelsen, kan borgerne imidlertid ikke selv vurdere, om de i situationen har fået den relevante præhospitale indsats.

58. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at den sundhedsfaglige visitation ikke altid følger retningslinjerne i Dansk Indeks og regionens øvrige kvalitetsparametre. Derfor kan Dansk Indeks som beslutningsstøtteværktøj ikke alene siges at bevirke, at den rette hjælp sendes til borgeren. Samtidig kan brugen af Dansk Indeks i visitationen ikke sige noget om karakteren og kvaliteten af den hjælp, der ydes af ambulancen på stedet og undervejs til sygehuset.

#### **Dokumentation af den præhospitale behandling**

59. Den behandling, en borger har modtaget præhospitalt, skal være dokumenteret, for at effekten efterfølgende kan vurderes.

60. Ambulancepatientjournalen giver den bedste indsigt i den behandling, borgeren har fået præhospitalt, idet borgerens tilstand og behandling bliver dokumenteret i journalen. Ambulancepersonalet har ansvaret for at behandle og udfylde journalen i mødet med den alvorligt syge eller tilskadekomne borger.

Ifølge Sundhedsstyrelsen sikrer patientjournalen, at der er et kontinuerligt, sammenhængende patientforløb, sikkerhed og kvalitet i forbindelse med pleje og behandling af patienter. Derudover bidrager journalen til, at det sygeplejefaglige personale kan registrere og genfinde relevante oplysninger med henblik på kommunikation både inden for egen faggruppe og tværfagligt.

Region Nordjylland har som den eneste region en elektronisk ambulancepatientjournal, hvor de øvrige regioner har papirjournaler. Regionerne har oplyst, at der inden for meget kort tid implementeres elektroniske patientjournaler i ambulancerne i de øvrige 4 regioner.

*Krav til omfang af kontroller i patientjournaler*

61. Regionerne kvalitetssikrer deres ambulancepatientjournaler ved at gennemføre audits. For at efterleve DDKM skal hver region årligt gennemføre 2 audits af samlet 380 journaler. Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark har dog stillet krav om audit på 2-5 % af det samlede antal ambulancepatientjournaler i kontrakten med leverandøren.

Region Midtjylland har fx et krav om, at antallet af audits skal omfatte 5 % af alle ambulancekørsler, hvilket svarer til 3.442 journaler. Kravene blev dog stillet, før DDKM var gennemført, og dermed før kravet om audit på 380 journaler årligt. Ingen af de 3 regioner gennemfører audit på 2-5 % af de samlede journaler for at have et repræsentativt grundlag.

Alle regioner oplyser, at de anser 380 årlige kontroller for at være tilnærmelsesvist repræsentative for det samlede antal kørsler. Regionerne udfører derfor ikke nødvendigvis yderligere audits, selv om de har fastlagt andre krav i deres udbud. Rigsrevisionen finder, at regionerne bør sikre, at de krav, der stilles til leverandørerne, bliver overholdt, og at kravet til antallet af audits skulle have været justeret, da DDKM blev gennemført.

*Kvalitet i ambulancepatientjournalerne*

62. Rigsrevisionen har gennemgået regionernes 2 seneste halvårige audits på ambulancepatientjournaler, dvs. audits udført i 2. halvår 2012 og 1. halvår 2013 på i alt mindst 380 journaler i hver region.

Alle regioner har en positiv udvikling fra 1. til 2. audit. Ingen af regionerne opnår en målopfyldelse på over 80 %, og Region Syddanmark skiller sig ud ved, at de i 1. audit kun opnår en målopfyldelse på 60 %.

Regionerne har oplyst, at de forventer, at kvaliteten af den præhospitale ambulancepatientjournal vil blive bedre, når en elektronisk journal bliver indført i ambulancerne i 2014. Rigsrevisionen skal bemærke, at Region Nordjyllands auditresultater på ambulancepatientjournaler i den forbindelse er interessante, da regionen har en elektronisk ambulancepatientjournal, men ikke umiddelbart har et andet registreringsmønster end de resterende 4 regioner med papirjournaler.

63. Når der gennemføres en audit af ambulancepatientjournalen, bliver der på tværs af regionerne målt på en række indikatorer, der skal fremgå af ambulancepatientjournalen. Indikatorerne er fastlagt i DDKM. Tabel 7 viser en oversigt over regionernes opfyldelse af de enkelte indikatorer i ambulancepatientjournalen for de seneste 2 audits i 2012 og 2013. En samlet oversigt over alle indikatorer fremgår af bilag 1.

**Tabel 7. Regionernes opfyldelse af udvalgte indikatorer i ambulancepatientjournalen**

	Ikke opfyldt	Opfyldt
Patientjournalen er overordnet set korrekt udfyldt.	33 %	67 %
Der er dokumentation for, at der er igangsat en relevant behandling på baggrund af vurderingen af patientens tilstand.	11 %	89 %
Der er dokumentation for, at der er foretaget en vurdering af vitale værdier ved afslutning af behandlingen.	25 %	75 %
Der er dokumentation for, at overdragelsen til modtageenheden er i overensstemmelse med regionens retningslinjer.	44 %	56 %

Kilde: Regionerne.

Tabel 7 viser, at 33 % af ambulancepatientjournalerne ikke er korrekt udfyldt.

Tabellen viser også, at det i 11 % og 25 % af ambulancepatientjournalerne ikke er dokumenteret, om der er iværksat en relevant behandling af borgeren på baggrund af vurderingen af borgerens tilstand, og om borgerens tilstand er dokumenteret ved afslutning af den præhospitale behandling. Det er problematisk, at der mangler dokumentation for borgerens tilstand og behandling, da der derved kan opstå utilsigtede hændelser. Et eksempel på en utilsigtet hændelse, der er opstået på grund af mangel på information om den behandling, som er iværksat i ambulancen, fremgår af boks 6.

#### BOKS 6. EKSEMPEL PÅ UTILSIGTET HÆNDELSE VED MANGLENDE INFORMATION

Den utilsigtede hændelse vedrørte tab af information om hovedtraume og igangværende blodfortyndende behandling ved overgangen til sygehuset. Patienten døde som følge deraf af en blødning i hovedet.

Endelig viser tabel 7, at der i 44 % af journalerne ikke er dokumentation for, at borgeren er overdraget til den modtagende afdeling i overensstemmelse med retningslinjerne. Udfordringer i forhold til overlevering fra en undersøgelse fra Region Sjælland fremgår af boks 7.

#### BOKS 7. OVERLEVERING TIL MODTAGEAFDELING

I Region Sjælland blev der i 2012 udført en undersøgelse af medarbejdernes perspektiver på det præhospitale område. Af denne fremgik det, at ambulancepersonalet oplevede ventetid ved overlevering af særligt de ikke alvorligt syge eller tilskadedekomne patienter. På nogle sygehuse var det svært at finde en sygeplejerske at melde patienterne hos. Da ventetiden nedsætter kapaciteten i ambulanceberedskabet, går ambulancepersonalet i nogle tilfælde igen uden at lave en mundtlig overlevering til en sygeplejerske. De modtagende sygeplejersker var i opfølgningen på hændelserne generelt enige med ambulancepersonalet i, at der var et problem.

64. Regionerne har oplyst, at fokus på registrering i ambulancepatientjournalen kan medvirke til at gøre indsatsen dårligere, da data helst skal dokumenteres med det samme, samtidig med at ambulancepersonalet skal håndtere borgere med alvorlige helbredsmæssige komplikationer. Rigsrevisionen anerkender dette synspunkt, men finder, at dokumentationen af patientdata må kunne tilrettelægges under hensyntagen til praktiske forhold. Videreformidling af borgerens tilstand, og hvilken behandling der er givet præhospitalt, er af stor betydning for andre aktører i sundhedsvæsenet og deres muligheder for at overtage behandlingen med færrest mulige komplikationer for borgeren. Dette gælder fx i forhold til personalet på akutmodtagelsen. Videreformidlingen er også af stor betydning i forhold til muligheden for at foretage en opfølgning på effekten af det præhospitale forløb.

#### *Forveksling af data fra ambulancepatientjournaler*

65. Når audits af ambulancepatientjournaler bliver varetaget af leverandøren, er det vigtigt, at regionerne sikrer, at auditsene bliver foretaget som forventet og i overensstemmelse med de indgåede kontrakter.

Rigsrevisionen kunne ved gennemgangen af auditresultaterne på 150 tilfældigt udvalgte ambulancepatientjournaler fra Region Syddanmark og Region Nordjylland konstatere, at regionernes resultater var fuldstændig ens. De 2 regioner har samme leverandør af ambulancekørsel. Rigsrevisionen gjorde Region Nordjylland opmærksom på problemet. Regionen havde ikke selv bemærket, at den havde modtaget auditresultater fra en anden region. Regionen har oplyst, at fejlen var opstået ved, at leverandøren havde forbyttet dokumenterne i en mail.

66. Rigsrevisionen finder det utilfredsstillende, at ingen af regionerne har procedurer, der sikrer, at det bliver kontrolleret, om dokumenter, der indgår fra leverandører, er rigtige. Det er væsentligt, at regionerne sikrer, at dokumenterne er korrekte, da regionerne anvender resultaterne til overvåge og kvalitetssikre indsatsen. Region Nordjylland har oplyst, at regionen fremover vil sikre, at de modtager de rette auditresultater fra leverandøren.

## IV. Omkostninger til den præhospitale indsats

Rigsrevisionen finder det ikke helt tilfredsstillende, at regionerne ikke har tilstrækkelig indsigt i, om den præhospitale indsats tilrettelægges til lavest mulige omkostninger.

Mulighederne for at sikre, at det valgte præhospitale beredskab fås til den bedste pris, er begrænset af en monopollignende markedssituation. Det varierer, i hvilket omfang regionerne har indsigt i og kan opgøre omkostningerne til enkelte ydelser i indsatsen, ligesom det varierer, i hvor høj grad regionerne har forsøgt at skærpe konkurrencen og dermed mindske omkostningerne til præhospitale ydelser.

Det er en barriere for de fleste regioner, at der ikke er it-systemer og data, som bedre understøtter regionernes planlægning og drift af den præhospitale indsats. Regionerne har forsøgt at etablere sådanne systemer siden 2008 og forventer at implementere et system i løbet af 2014-2015.

Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne i højere grad bør sikre viden og gennemsigtighed omkring omkostningerne til de enkelte ydelser i den præhospitale indsats i og på tværs af regionerne. Regionerne kan anvende informationerne til at sammenligne omkostningsniveauer på udvalgte ydelser på tværs af regionerne og driftsoptimere internt i den enkelte region. Rigsrevisionen anbefaler, at alle regioner arbejder med at minimere omkostningerne til den præhospitale indsats, fx gennem brug af kontrolbud.

### A. Behandlingsniveau til laveste effektive omkostninger

67. Rigsrevisionens undersøgelse har vist følgende:

- Regionerne køber størstedelen af indsatsen af leverandører og brugte i 2012 samlet ca. 2,1 mia. kr. på indsatsen.
- Region Sjælland og Region Nordjylland har valgt en model, hvor de ikke er økonomisk ansvarlige for eventuelle øgede omkostninger, hvis leverandøren fx har etableret et for stort beredskab i forhold til opgaverne. Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland skal afholde eventuelle omkostninger til et for stort beredskab selv, hvilket betyder, at disse regioner i langt højere grad er involveret i at tilrettelægge omfanget og brugen af beredskabet.
- Markedet for det præhospitale område er præget af manglende konkurrence, og dermed er det vanskeligt for regionerne at opnå den lavest mulige pris.

- Det varierer, hvor meget regionerne har gjort for at skærpe konkurrencen og prisgennemsigtheden. Alle regioner har overvejet forskellige serviceniveauer i tilrettelæggelsen af indsatsen. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland har forsøgt at øge konkurrencen ved at opdele den samlede indsats i forskellige geografiske områder. Region Hovedstaden og Region Sjælland har via kontrolbud søgt viden om de omkostninger, der ville være ved egen drift. Region Sjælland har ikke udskilt ambulancekørslen fra den planlagte liggende befordring, så enhedsprisen på ambulancekørslen kan identificeres og sammenlignes med priser i andre regioner og med kommende udbud.
- De regioner, der har gjort mest for at skærpe konkurrencen, er også de regioner, hvor der eksisterer mest konkurrence om ambulancekørslen.

### Organisering af indsatsen

68. Med udgangspunkt i regionernes egen målsætning om at tilrettelægge sundhedsvæsenet ud fra LEON-princippet, skal regionerne tilstræbe at få den valgte indsats til lavest mulige omkostninger for dermed at få mest mulig sundhed for pengene.

69. Regionerne kan vælge selv at drive en indsats med eget basisberedskab (ambulancer), supplerende beredskab og AMK-vagtcentral, eller de kan vælge at sende opgaven eller dele af den i udbud. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at regionernes omkostninger til præhospitale aktiviteter ikke umiddelbart er sammenlignelige, da regionerne ikke opgør deres omkostninger på en ensartet måde. Tabel 8 viser, hvordan indsatsen drives i regionerne, og hvilke omkostninger der er forbundet med den for 2012.

**Tabel 8. Udgifter til basisberedskab, supplerende beredskab og AMK-vagtcentral (Mio kr.)**

		<b>I alt</b>
Region Hovedstaden	Basisberedskab (A-, B- og C-kørsler) og 20 % af den planlagte liggende befordring (D-kørsel) (ca. 10 mio. kr.)	
	Supplerende beredskab	
	AMK-vagtcentral, herunder akuttelefon	<b>490</b>
Region Sjælland	Basisberedskab (A-, B- og C-kørsler) og 100 % af den planlagte liggende befordring (D-kørsel)	
	Supplerende beredskab	
	AMK-vagtcentral	<b>394</b>
Region Syddanmark	Basisberedskab (A-, B- og C-kørsler) og supplerende beredskab	
	AMK-vagtcentral	<b>468</b>
Region Midtjylland	Basisberedskab (A-, B- og C-kørsler)	
	Supplerende beredskab	
	AMK-vagtcentral	<b>466</b>
Region Nordjylland	Basisberedskab (A-, B- og C-kørsler)	
	Supplerende beredskab	
	AMK-vagtcentral	<b>263</b>
<b>Præhospitale udgifter i alt</b>		<b>2.081</b>

Note: Farvet felt betyder, at ydelsen er købt ved en leverandør. For resten gælder, at regionen helt eller delvist varetager ydelsen.

Kilde: Regionerne.

Tabel 8 viser, at regionerne samlet brugte ca. 2,1 mia. kr. på basisberedskab, supplerende beredskab og AMK-vagtcentral i 2012. Region Hovedstaden havde omkostninger for 490 mio. kr., Region Sjælland for 394 mio. kr., Region Syddanmark for 468 mio. kr., Region Midtjylland for 466 mio. kr., mens Region Nordjylland havde omkostninger for 263 mio. kr.

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at regionerne har forskellige muligheder for at opgøre deres omkostninger til den akutte ambulancekørsel i basisberedskabet. Region Sjællands omkostninger på 394 mio. kr. indeholder også alle omkostninger til planlagt liggende befording. Region Sjælland oplyser, at basisberedskabet løser hovedparten af den planlagte liggende befording, og at det kun er ca. 40 % af de planlagte patienttransporter (kategori C og D), der kan udskilles fra basisberedskabet. Region Sjælland har valgt at lade basisberedskabet udføre alle dele af både den akutte ambulancekørsel og den planlagte befording. Da de 2 kategorier ikke er driftsmæssigt adskilt, oplyser regionen, at det heller ikke er muligt at foretage en omkostningsmæssig isolering af omkostningerne til den akutte ambulancekørsel.

I de øvrige regioner er den planlagte befording udskilt i en særlig kontrakt. Region Hovedstaden oplyser, at regionens basisberedskab derudover udfører 20 % af den samlede planlagte liggende befording (kategori D), hvilket ifølge Region Hovedstaden udgør ca. 10 mio. kr. Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland har udskilt den planlagte liggende befording (kategori D) fra deres basisberedskab, der derfor kun indeholder kategorierne A, B og C.

Det er derudover muligt for Region Midtjylland at opgøre omkostningerne til den akutte del af den præhospitale indsats (kategori A og B). I udskillelsen af den akutte del er der taget udgangspunkt i den tid, som beredskaberne anvender på akutte opgaver, og i de akutte tures andel af det samlede antal ture. Den akutte ambulancekørsel udgjorde 230 mio. kr. i 2012.

Det er efter Rigsrevisionens opfattelse nødvendigt, at regionerne på et gennemsigtigt grundlag kan vurdere prisen på enkelttydelser – fx akut ambulancekørsel i basisberedskabet – både i indeværende kontraktperiode, men også i bestræbelsen på at opnå den bedst mulige pris ved kommende udbud.

Endelig viser tabel 8, at regionerne køber en stor del af indsatsen af eksterne leverandører. Alle regioner har haft deres basisberedskab i udbud og køber hele basisberedskabet af leverandører. Alle regioner bemander akutlægebiler i det supplerende beredskab med regionalt ansatte læger. Region Hovedstaden driver som den eneste region hele det supplerende beredskab. Region Sjælland driver dele af det supplerende beredskab selv, mens Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland køber det supplerende beredskab af leverandører. Region Hovedstaden og Region Midtjylland driver selv deres AMK-vagtcentral. Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland har hjemtaget den sundhedsfaglige visitation, mens leverandører står for disponering af hjælpen. Driften af AMK-vagtcentralen er dermed delt imellem regionerne og leverandører.

70. Regionerne kan anvende enten en responstidsmodel eller en beredskabsmodel til at organisere indsatsen. De 2 modeller har i udgangspunktet forskellige muligheder og begrænsninger, bl.a. i forhold til indsigt i drift og optimering af driften, jf. tabel 9.

*I responstidsmodellen bestemmer leverandøren omfanget og placeringen af beredskabet og har ansvaret for at overholde den fastsatte responstid.*

*I beredskabsmodellen er det regionen, som har ansvaret for omfang, placering af beredskabet og overholdelse af responstid.*



Tabel 9. Muligheder ved responstidsmodel og beredskabsmodel

	Responstidsmodel	Beredskabsmodel
Fastsættelse af responstidsmål	Regionen	Regionen
Ansvar for overholdelse af responstid	Leverandøren	Regionen
Ansvar for mængde og placering af beredskab	Leverandøren	Regionen
Ansvar for disponering på AMK-vagtcentral	Leverandøren	Regionen
Indblik i kapacitetsbehov	Nej	Ja
Indblik i udnyttelsesgrad	Nej	Ja
Optimalt grundlag for fremtidig planlægning af den præhospitale indsats	Nej	Ja

Kilde: Regionerne.

Det fremgår af tabel 9, at leverandøren i responstidsmodellen selv bestemmer omfanget og placeringen af beredskabet og har ansvaret for at overholde den fastsatte responstid. Hvis leverandøren ikke kan overholde responstiden, bliver denne pålagt en bod for forsinkelsen. Ved valget af en responstidsmodel er det derfor ikke nødvendigt, at regionen har indblik i kapacitetsbehov og udnyttelsesgrad. I beredskabsmodellen er det regionen, som køber et specifikt antal beredskabstimer, og som har ansvaret for omfang, placering og overholdelse af responstid.

Region Sjælland og Region Nordjylland har oplyst, at de valgte responstidsmodellen, da de ved 1. udbud af indsatsen vurderede, at de ikke havde tilstrækkelig indsigt i det præhospitale område til på egen hånd at kunne optimere driften. Da ambulanceleverandøren i disse regioner er kontraktligt forpligtet til at overholde en responstid, forudsættes det, at leverandøren har indflydelse på, hvordan ambulancerne disponeres. Regionerne har oplyst, at selv om modellen ikke fordrer, at de har indblik i kapacitetsbehov og udnyttelsesgrad, så har de valgt at få indblik i disse, da de derved kan sikre, at leverandøren løbende driftsoptimerer. Desuden begrundes valget med, at de ønsker, at det er leverandørerne, der skal være ansvarlige for at levere det politisk fastlagte serviceniveau. Dermed har de 2 regioner valgt en organisering, der kombinerer elementer fra begge modeller.

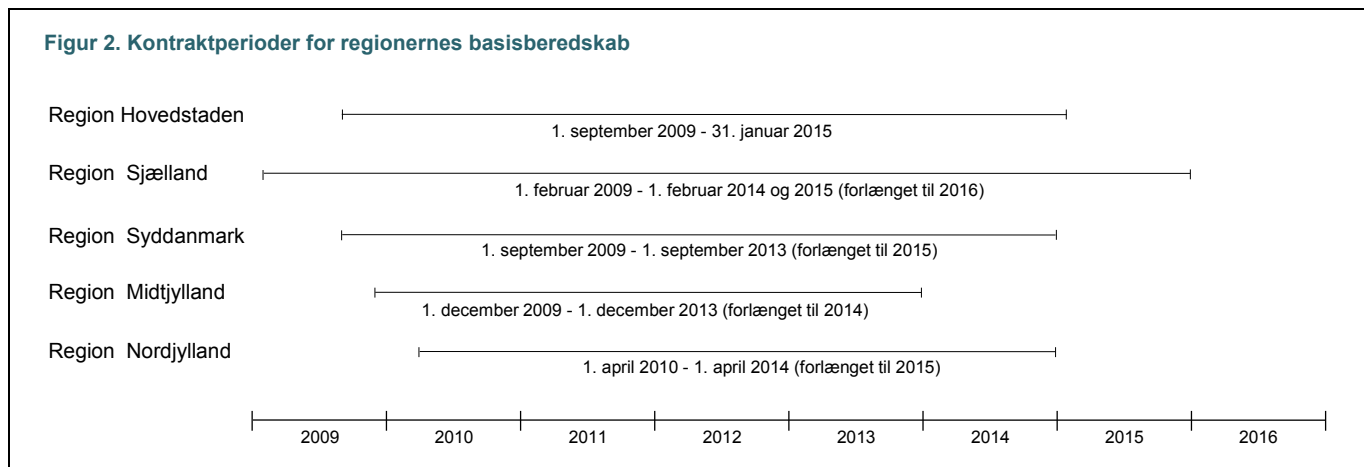
Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark har valgt beredskabsmodellen og har selv beregnet, hvor meget beredskab det kræver at overholde den ønskede responstid. Leverandøren af ambulancekørslen er ansvarlig for at levere dette beredskab. Det er regionerne, der i beredskabsmodellen bestemmer, hvor beredskabet skal være placeret geografisk i regionen.

#### *Udbud af basisberedskab*

71. Regionerne har siden deres etablering samarbejdet om udbudsprocessen, hvor de fælles rammer, indholdet og tidsplanerne for udbuddene koordineres i en række tværregionale udbudsgrupper og i regi af Danske Regioner. I 2006 indgik de kommende regioner således en aftale med Center for Trafik og Transport (DTU) om at gennemføre en række analyser ved hjælp af et simuleringsværktøj, der bl.a. kan simulere konsekvenserne i forhold til omkostninger ved forskellige tiltag i den præhospitale indsats.

72. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at regionerne i 2007 overtog de standardkontrakter, som amterne havde med den største private leverandør af ambulancekørsel. Denne ene leverandør stod på det tidspunkt for ca. 90 % af ambulancekørslen i Danmark. Standardkontrakterne kunne ikke genforhandles, og indsatsen skulle i udbud, før en aftale kunne indgås med en leverandør.

73. Kontraktperioden for regionernes basisberedskab fremgår af figur 2.



Det fremgår af figur 2, at regionerne ikke har de samme start- og udløbsdatoer for kontrakterne med leverandørerne af basisberedskab. Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland indgik kontrakt fra 2009, mens Region Nordjylland indgik kontrakt fra april 2010. Ambulancekontrakterne løber som udgangspunkt i 4-6 år, men kan forlænges i 2 gange 1 år. Alle regioner har forlænget deres kontrakter, bl.a. for at sikre mere tid til forberedelsen af det forestående udbud.

74. Rigsrevisionen har undersøgt regionernes arbejde med at skabe gennemsigtighed og minimere omkostningerne til indsatsen forud for de indeværende kontrakter. Rigsrevisionen har vurderet, om regionerne i deres forberedelse og gennemførelse af udbud har:

- undersøgt alternative serviceniveauer for indsatsen
- forsøgt at skærpe konkurrencen ved fx at opdele regionen i mindre geografiske områder
- udført kontrolbud.

75. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at alle regioner i deres tilrettelæggelse af indsatsen overvejede forskellige serviceniveauer, dvs. forskellige mål for, hvor hurtigt ambulancen under normale omstændigheder skal være fremme. Ud fra disse serviceniveauer er det muligt for den enkelte region at træffe en beslutning om, hvad en given ambulanceresponstid har af konsekvenser for regionens omkostninger til det præhospitale område. Alle regioner valgte i forbindelse med 1. udbud et serviceniveau, der er på samme niveau eller bedre end det, der var gældende i amternes tid.

Regionerne har forud for udbuddet ligeledes taget stilling til, hvad der i regionen anses for den bedst mulige behandling. Rigsrevisionen finder, at regionernes indsatser i den sammenhæng afspejler en begrænset viden om, hvad der virker, hvilket særligt ses i forhold til regionernes forskellige opfattelser af, hvordan og i hvilket omfang læger skal bruges i den præhospitale indsats. Rigsrevisionen finder derfor, at et øget fokus på effekter af indsatsen vil være med til at understøtte kommende beslutninger om indsatsens tilrettelæggelse.

76. Regionerne oplyser, at markedsforholdene på det præhospitale område er præget af, at der er ganske få leverandører og derfor ingen reel konkurrence.

Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at 3 ud af 5 regioner har forsøgt at skærpe konkurrencen på området ved at opdele udbuddet af basisberedskab i mindre geografiske delområder for at gøre det attraktivt og muligt for nye leverandører at komme ind på markedet. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland er opdelt i henholdsvis 10, 6 og 8 delområder og har henholdsvis 3, 2 og 3 leverandører af ambulancekørsel. For alle regioner gælder det dog, at 20 ud af i alt 26 regionale delområder stadig drives af den samme leverandør.

77. Region Hovedstaden og Region Sjælland afgav i forbindelse med 1. udbud et kontrolbud, hvor regionen selv beregner en pris på basisberedskabet på samme vilkår som øvrige leverandører i udbuddet. Hvis en sammenligning af eksterne bud og kontrolbuddet viser, at det vil være økonomisk mere fordelagtigt at løse opgaven i regionalt regi, kan udbuddet annulleres. Regionerne valgte i den forbindelse ikke selv at drive basisberedskabet, men brugte deres kontrolbud i forbindelse med forhandlingerne med leverandørerne om de endelige aftaler.

78. Tabel 10 viser regionernes indsats for at skabe gennemsigtighed omkring omkostninger, forsøg på at minimere omkostninger gennem konkurrenceudsættelse, og om regionerne har flere leverandører af ambulancekørsel. Flere leverandører af ambulancekørsel kan ses som en indikation på, at regionen har opnået en grad af konkurrence på området. Nogle regioner har dog været begunstiget af, at de kommunale brandvæsner har været etableret som leverandører i lokalområderne.

**Tabel 10. Regionernes arbejde for at minimere udgifter til indsatsen**

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
<b>Organisering</b>	Beredskab	Responstid	Beredskab	Beredskab	Responstid
<b>Faktorer, der fremmer konkurrence:</b>					
1. Forskellige serviceniveauer	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Regionen er opdelt i geografiske delområder	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
3. Afgivet kontrolbud	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
4. Udgifter kan opgøres	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
<b>Konkurrence:</b>					
Flere leverandører	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Elementer af egen drift	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej

Kilde: Regionerne.

I forhold til at fremme konkurrencen viser tabel 10, at Region Hovedstaden opfylder alle 4 faktorer, idet regionen både har opstillet forskellige serviceniveauer, opdelt regionen i geografiske delområder, afgivet kontrolbud og er i stand til at udskille omkostningerne til akut ambulancekørsel. Region Sjælland og Region Midtjylland opfylder 3 ud af 4 faktorer, og Region Nordjylland og Region Syddanmark opfylder 2 ud af 4 faktorer.

I forhold til konkurrence viser tabel 10, at Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Hovedstaden har flere leverandører af ambulancekørsel. Region Sjælland og Region Hovedstaden har derudover elementer af egen drift af den præhospitale indsats, hvilket kan være med til at skærpe konkurrencen og mindske prisen på ydelser i indsatsen. Region Nordjylland og Region Syddanmark har hverken flere leverandører af ambulancekørsel eller elementer af egen drift.

Flere leverandører af ambulancekørsel betyder ikke nødvendigvis, at regionerne har været i stand til at skærpe konkurrencen og gennemsigtigheden. Det betyder heller ikke nødvendigvis, at regionerne herved har fået en bedre pris på indsatsen. Det er dog Rigsrevisionens vurdering, at alle regioner fremadrettet bør arbejde for at øge gennemsigtigheden og konkurrenceudsættelsen, fx ved at lave kontrolbud som Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at et kontrolbud ikke nødvendigvis medfører, at regionen skal hjemtage opgaven, men regionerne har muligheden, hvis det er mere fordelagtigt at løse opgaven i eget regi.

## B. Data om præhospitale aktiviteter

79. Rigsrevisionens undersøgelse har vist følgende:

- Regionerne har forsøgt at etablere it-systemer gennem udbud i 2008, men da leverandøren ikke var i stand til at levere systemet, har regionerne siden 2009 lejet adgang til en privat leverandørs system.
- Regionerne forventer, at et nyt samlet system med både elektroniske ambulancepatient-journaler og et system til brug i AMK-vagtcentralen kan implementeres i løbet af 2014 og 2015.
- Region Hovedstaden har købt og implementeret et system i AMK-vagtcentralen i maj 2011. Regionen vil tilkøbe en applikation til sit system, så det bliver kompatibelt med de øvrige regions system, når dette implementeres i løbet af 2014 og 2015.

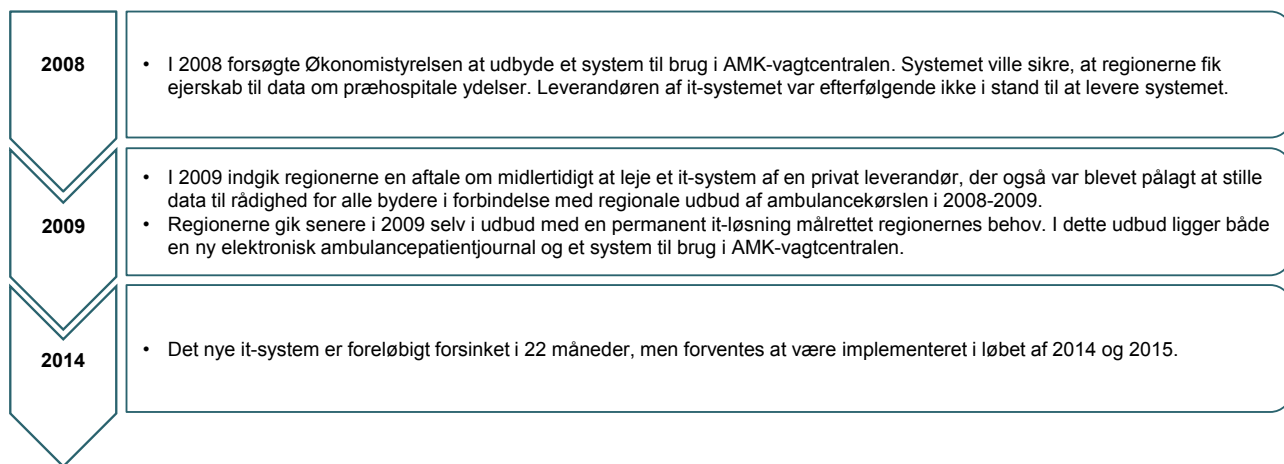
80. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at regionerne manglede indsigt i både aktiviteter og økonomi på det præhospitale område, da regionerne overtog det fra amterne i 2007.

81. Undersøgelsen har vist, at regionerne har arbejdet for at sikre sig data om den præhospitale indsats siden 2008. Regionerne har i 2013 endnu ikke implementeret specialdesignede it-systemer med adgang til præhospitale data. Systemet skal understøtte regionerne i en optimal tilrettelæggelse og drift af den præhospitale indsats og sikre viden om specifikke ydelser både i forhold til pris og til brug i kvalitetsopfølgninger.

Regionerne har derfor i 2010 etableret deres eget kommunikationssystem mellem de kørende præhospitale enheder, og i AMK-vagtcentralerne bliver alle driftsdata opsamlet. Regionerne har dermed de driftsdata til rådighed, som er nødvendige for at kunne gennemføre controlling af drift og afregning.

Figur 3 er en oversigt over regionernes arbejde med at sikre sig egne it-systemer til brug i indsatsen.

Figur 3. Udvikling af regionale it-systemer til den præhospitale indsats



*Sikkerhedsnettet (SINE) er beredskabernes (præhospital, politi, brandvæsen mfl.) fælles radiosystem, der skal sikre grundlaget for et øget samarbejde og koordinering på tværs af beredskaberne – både i hverdagen og ved større hændelser. Med nettet er der lagt stor vægt på, at alle samtaler kommer igennem til de rigtige modtagere uden at blive hørt af andre.*

Figur 3 viser, at der har været flere udfordringer for regionerne i forhold til at sikre sig specialudviklede it-systemer. Regionerne forventer, at et nyt it-system kan implementeres i løbet af 2014 og 2015. Formålet med den nye it-løsning er ifølge regionerne at give mulighed for at foretage optimal styring af driften på det præhospitale område og sikre, at patienterne får den helt rigtige hjælp fra starten. Desuden er det nødvendigt at udskifte det nuværende system, da systemet siden 2009 har været lejet af en privat leverandør. Desuden er det lejede system teknologisk forældet og vil på sigt ikke kunne vedligeholdes. Endelig kan systemet ikke leve op til lovens krav om kommunikation på sikkerhedsnettet, hvor forskellige beredskaber skal kunne kommunikere sammen.

Region Hovedstaden er som den eneste region ikke med i den fælles regionale aftale om et nyt system til AMK-vagtcentralen, da regionen har købt og implementeret et system i maj 2011. Regionen vil tilkøbe en applikation til sit system, så det bliver kompatibelt med de øvrige regioners system, når det implementeres i løbet af 2014 og 2015.

82. Det nye it-system indeholder bl.a. en elektronisk ambulancepatientjournal og et system til brug i AMK-vagtcentralen. Regionerne har oplyst, at den nye elektroniske ambulancepatientjournal skal sikre, at data dels bliver opsamlet mere systematisk i forhold til nu, dels bliver leveret til en kommende database på det præhospitale område. Alle regioner oplyser, at de vil indføre den nye elektroniske ambulancepatientjournal, hvorfor Region Nordjylland erstatter den nuværende elektroniske journal med den nye.

Det system, der skal bruges i AMK-vagtcentralen, skal ifølge regionerne understøtte en mere effektiv planlægning og drift af den præhospitale indsats ved at:

- give øget statistisk datagrundlag om den præhospitale drift
- give mulighed for at stille eventuelle leverandører lige ved kommende udbud, da regionerne og ikke en af leverandørerne kontrollerer data
- give en forbedret mulighed for at regionernes AMK-vagtcentraler kan overtage disponeringen for hinanden ved nedbrud på de enkelte AMK-vagtcentraler.

Rigsrevisionen, den 15. januar 2014

Annie Nørskov  
fg.

/Claus Vejlb Thomsen

## Bilag 1. Indikatoropfyldelse i ambulancepatientjournaler

Indikator	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Syddanmark	I beretningen
Er patientjournalføringen i overensstemmelse med indikator 2?	63 %	67 %	87 %	81 %	38 %	67 % (1.463 af 2.189)
Er anvendelsen af telemedicin i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1?	36 %	81 %	74 %	59 %	50 %	- <sup>2)</sup>
Er der dokumentation for indhentning af informeret samtykke til den udførte behandling, hvor sådan dokumentation kræves i organisationens retningslinjer?	90 %	51 %	41 %	84 %	64 %	- <sup>2)</sup>
Er indholdet af meldingen relevant og brugbar information?	- <sup>1)</sup>	- <sup>1)</sup>	85 %	77 %	83 %	- <sup>2)</sup>
Er der dokumentation for, at der er foretaget en initial vurdering af vitale værdier?	79 %	93 %	88 %	81 %	89 %	- <sup>2)</sup>
Er der dokumentation for, at der er igangsat en relevant behandling på baggrund af den initiale vurdering?	84 %	93 %	90 %	73 %	87 %	89 % (1.463 af 1.649)
Er der dokumentation for, at der er foretaget løbende observation af patienten?	87 %	87 %	87 %	83 %	85 %	- <sup>2)</sup>
Er der dokumentation for, at der er foretaget en vurdering af vitale værdier ved afslutning af kontakten?	80 %	79 %	80 %	60 %	71 %	75 % (1.475 af 1.964)
Er der dokumentation for, at der er foretaget en relevant klinisk vurdering af patienten, før eventuelle lægemidler er administreret?	94 %	91 %	98 %	77 %	88 %	- <sup>2)</sup>
Er der dokumentation for, at der er spurgt om allergi, før eventuelle lægemidler er administreret?	75 %	18 %	61 %	67 %	57 %	- <sup>2)</sup>

Indikator	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Syddanmark	I beretningen
Er der dokumentation for dosis og administrations-tidspunkt ved eventuel anvendelse af lægemidler?	92 %	84 %	91 %	95 %	90 %	- <sup>2)</sup>
Er der dokumentation for, at der er foretaget en relevant klinisk vurdering af patienten efter eventuelle lægemidler er administreret?	94 %	81 %	93 %	82 %	80 %	- <sup>2)</sup>
Er der dokumentation for, at afslutningen af den præhospitale indsats på stedet er sket i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1?	55 %	- <sup>1)</sup>	58 %	40 %	26 %	- <sup>2)</sup>
Er der dokumentation for, at overdragelse til modtageenheden er sket i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1?	59 %	48 %	47 %	69 %	45 %	56 % (1.090 af 1.962)
Er der dokumentation for, at patienten har afslået behandlingen eller ønsker at afbryde behandlingen?	84 %	- <sup>1)</sup>	64 %	33 %	84 %	- <sup>2)</sup>
Er der dokumentation for, at patienterne inden for hver af de 7 specifikke kliniske tilstande er behandlet i henhold til de kliniske retningslinjer beskrevet i indikator 1?	89 %	97 %	88 %	82 %	72 %	- <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Den pågældende indikator indgår ikke i regionens audits af ambulancepatientjournaler.

<sup>2)</sup> Den pågældende indikator indgår ikke i beretningen.

Kilde: Regionerne.

## Bilag 2. Ordliste

Akkreditering	En kvalitetsvurdering, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt fælles standarder.
Akutbil	Et udrykningskøretøj, der kan sendes sammen med en ambulance, og som bringer fx en paramediciner eller anæstesisygeplejerske frem til borgeren, som er akut syg eller tilskadekommet. En akutbil kan ikke transportere patienter.
Akutlægebil	Et udrykningskøretøj, der kan sendes sammen med en ambulance, og som bringer en læge med erfaring i præhospital indsats frem til borgeren, der er akut syg eller tilskadekommet. En akutlægebil kan ikke transportere patienter.
Ambulancebehandler	Ambulanceredder, der har gennemført en overbygning på ambulanceassistentuddannelsen. Ambulancebehandlere bemander – ud over akutbiler – ambulancer, da der skal være minimum én ambulancebehandler i en ambulance.
AMK-vagtcentral (Akut Medicinsk Koordination-vagtcentral)	Modtager alle 1-1-2-opkald, som omhandler akut sygdom og tilskadekomst. Ligeledes varetages opkald fra bl.a. almen praksis og lægevagt. AMK-vagtcentralen vurderer opgavens hastegrad og beslutter, hvilken præhospital hjælp der skal sendes.
Anæstesisygeplejerske	Sygeplejerske med speciale i bedøvelse.
Audit	En metode til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, hvor kvaliteten af ydelser vurderes på grundlag af konkrete patientforløb.
Beredskab	En samlet betegnelse for den del af regionernes indsats, som udgøres af det mandskab og de køretøjer, der sendes ud til borgeren, som er akut syg eller tilskadekommet. Beredskabet kan opdeles i et basisberedskab af ambulancer, og et supplerende beredskab af fx akutbiler og akutlægebiler.
Beredskabsmodel	Model, hvor det er regionen, som har ansvaret for omfanget og placeringen af beredskabet og for overholdelsen af responstid.
Dansk Indeks for akuthjælp	Et elektronisk værktøj, som skal understøtte den sundhedsfaglige visitation. Indekset skal sikre, at der på baggrund af fastlagte kriterier sker en ensartet indhentning af information og kommunikation med borgeren, der ringer 1-1-2, så den rette indsats sendes til rette tid.
Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)	Et tværgående kvalitetsudviklingssystem, der er indført i sundhedssystemet, herunder i en særlig version på det præhospitalt område.
Disponering	Den resurse-mæssige tildeling af hjælp, der kommer af den sundhedsfaglige visitation. Der kan fx disponeres en ambulance eller en akutlægebil.
IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet)	Koordinerer udviklingen af DDKM.
LEON-princippet	LEON-princippet er, at opgaver løses på Laveste Effektive Omsorgs- og behandlings-Niveau. Princippet indgår i både Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og i Danske Regioners arbejde med at effektivisere sundhedsvæsenet.
Paramediciner	En ambulancebehandler, der har gennemført videreuddannelse for at opnå et højere kompetenceniveau.
Planlagt liggende befording	Er ikke-akut transport af patienter, fx patienter, der flyttes fra et sygehus til et andet.
Responstid	Den tid, der går, fra AMK-vagtcentralen modtager et opkald til disponering, til første ambulance/beredskab er fremme hos borgeren.
Responstidsmodel	Model, hvor leverandøren bestemmer omfanget og placeringen af beredskabet og har ansvaret for at overholde den fastsatte responstid.



---

Sikkerhedsnettet (SINE)	Er beredskabernes (præhospitalet, politi, brandvæsen mfl.) fælles radiosystem, der skal sikre grundlaget for et øget samarbejde og koordinering på tværs af beredskaberne – både i hverdagen og ved større hændelser. Med sikkerhedsnettet er der lagt stor vægt på, at alle samtaler kommer igennem til de rigtige modtagere uden at blive hørt af andre.
Sundhedsfaglig visitator	Fra maj 2011 fik alle regioner sundhedsfaglige visitatorer i deres AMK-vagtcentral. Alle 1-1-2-opkald bliver således i dag viderestillet til en sygeplejerske eller en ambulanceredder med særlige kompetencer, som vurderer, hvilken hjælp der skal sendes, samtidig med, at vedkommende giver indringer råd og vejledning, indtil hjælpen er fremme.
Udrykningslæge	En praktiserende læge, der kører ud til akutte situationer i lokalområdet.
Utilsiget hændelse	En begivenhed, der forekommer i forbindelse med behandling af patienter. Utilsigtede hændelser omfatter hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten skader eller kunne have skadet patienten.

---