

STATUS FOR UDVALGET OM DET PRÆHOSPITALE AKUTBE- REDSKABS ARBEJDE

- SAMMENFATNING



UDVALGET OM DET PRÆHOSPITALE
AKUTBEREDSKAB

NOVEMBER 2010

Kolofon

Status for udvalget om det præhospitale akutberedskabs arbejde - Sammenfatning

Udarbejdet af: Udvalget om det præhospitale akutberedskab

Udgivet af:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: im@im.dk
EAN-lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S

Udgave: 1. udgave

Udgivelsesår: 2010

ISBN: 978-87-7601-302-8

Publikationen er tilgængelig på <http://www.im.dk>

Indhold

1. Indledning	4
1.1. Aftale om udmøntning af midler til nære sundhedstilbud i udkantsområder og lægehelikopterordning	4
2. Overordnede principper for det samlede akutsystem	5
3. Kortlægning af regionernes indsats og planer på det præhospitale område	6
3.1. Hurtig hjælp	8
4. Patientens indgang til det akutte system	10
4.1. Den eksisterende indgang til akutsystemet	10
4.2. Entydig og visiteret indgang til det akutte system	12
4.2.1. Sundhedsfaglig visitation og rådgivning ved opkald til 112.....	13
4.2.2. Etablering af et fælles landsdækkende vagtlægenummer til mindre alvorlige akutte skader og sygdomme	14
4.2.3. Tilgængelighed i almen praksis	15
5. Fremtidens vagtlægeordning	15
5.1. Ledelse af lægevagten	16
5.1.1. To modeller for den fremtidige ledelse af lægevagten	16
5.1.2. Konklusion	18
5.2. Øget brug af praksispersonale.....	19
5.3. Sundhedsfaglig kvalitet.....	19
5.4. To modeller for de fremtidige lægevagtsordninger	20
6. Helikopterordning – status og videre proces	23
7. Uddannelse og kvalitet	25
Bilag A. Kommissorium for udvalg om det præhospitale akutberedskab	27
Bilag B. Medlemmer af udvalget om det præhospitale akutberedskab	30

1. Indledning

Udvalget om det præhospitale akutberedskab (akutudvalget) blev nedsat i efteråret 2009 og har til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur. I sit arbejde skal udvalget tage udgangspunkt i regeringens målsætning om, at hjælpen under normale omstændigheder skal være fremme indenfor 15 minutter efter opkald til 112.

Udvalget består af repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand), Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Danske Regioner, KL, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd.

Udvalgets kommissorium og sammensætning er vedlagt sammenfatningen som bilag A og B.

Det fremgår af udvalgets kommissorium, at udvalget afgiver endelig rapport, når der er tilstrækkelig klarhed om den konkrete, fremtidige sygehusstruktur og kan afgive delrapporter. I forbindelse med finanslovsaftalen for 2010 blev det aftalt, at udvalget i løbet af efteråret 2010 udarbejder en status for sit arbejde.

Denne sammenfatning udgør sammen med bilag 1-3 udvalgets status.

Udvalget har i perioden oktober 2009 til oktober 2010 afholdt 6 møder, herunder et halvdagsseminar, hvor relevante faggrupper og faglige selskaber var inviteret til at præsentere deres forslag og synspunkter i forhold til udvalgets arbejde. Udvalget har primært fokuseret på følgende temaer:

- De regionale planer og initiativer på akutområdet, herunder udarbejdet kortlægning deraf (notat er vedlagt som bilag 1).
- Sundhedsfaglig visitation og rådgivning i forbindelse med opkald til 112 (notat er vedlagt som bilag 2).
- Fremtidens vagtlægeordning, herunder hvordan der sikres større sammenhæng mellem vagtlægeordningen og det øvrige akutsystem (notat er vedlagt som bilag 3).

Herudover har udvalget også drøftet anvendelse af nødbehandlere i det præhospitale beredskab samt sundhedspersonalets kompetencer i fremtidens akutsystem, herunder lægelig videreuddannelse i akutmedicin samt videreuddannelse af sygeplejersker på akutområdet.

Dette notat indeholder en sammenfatning af de problemstillinger og temaer, som udvalget har drøftet, samt udvalgets foreløbige anbefalinger til den fremtidige akutindsats. Udvalgets anbefalinger vurderes samlet at sikre en bedre ressourceanvendelse på sundhedsområdet og indebærer ikke nye finansieringsbehov.

1.1. Aftale om udmøntning af midler til nære sundhedstilbud i udkantssområder og lægehelikopterordning

Regeringen og Dansk Folkeparti har den 8. juni 2010 indgået aftale om de overordnede rammer for udmøntning af de 600 mio. kr., som i forbindelse med finanslovsaftalerne for 2009 og 2010 blev afsat til nære sundhedstilbud i yderområder og lægehelikopterordning (Aftale om udmøntning af midler til nære sundhedstilbud i udkantssområder og lægehelikopterordning).

Det fremgår af aftalen, at de 600 mio. kr. udmøntes til følgende formål og med følgende fordeling:

1. Etablering af fuldt udbyggede sundheds- og akuthuse – som udgangspunkt i eksisterende bygninger.	100 mio. kr.
2. Lægehuse, sundheds- og akuthuse i udkantsområder tilpasset lokale forhold – som udgangspunkt til indkøb af apparatur samt til ombygning af eksisterende bygninger.	300 mio. kr.
3. Udbygning af præhospitale beredskaber.	50 mio. kr.
4. Helikopterordninger mv.	100 mio. kr.
5. Målrettet kompetenceløft til sundhedsprofessionelle med særlige opgaver i forhold til sundheds- og akuthuse / præhospitale beredskaber (sygeplejersker, paramedicinere m.fl.) samt uddannelse af særlige førstehjælpere.	50 mio. kr.

Midlerne udmøntes som en ansøgningspulje, som kommuner og regioner kan ansøge i fællesskab.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 29. september 2010 indkaldt ansøgninger om hovedparten af de 600 mio. kr. til en styrket akutindsats, herunder til etablering af lægehuse, sundheds- og akuthuse, udbygning af præhospitale beredskaber m.v.

Det er hensigten, at denne status kan anvendes i forbindelse med den nærmere udmøntning af akut-aftalen. Bl.a. ved en belysning af den nuværende og planlagte regionale indsats på akutområdet.

2. Overordnede principper for det samlede akutsystem

Målsætningen for det akutte beredskab er høj ensartet faglig kvalitet, sammenhængende patientforløb og optimal udnyttelse af ressourcerne. Den nye sygehusstruktur, hvor den specialiserede behandling og den akutte behandling samles på færre sygehuse, stiller nye krav til den præhospitale indsats og de nære sundhedstilbud. Udvalget ser følgende overordnede principper for det fremtidige akutsystem:

- Det skal være et sammenhængende system på tværs af sygehusvæsen, almen praksis og kommunalt niveau.
- Det skal være fleksibelt og differentieret.
- Indgangen skal være entydig og visiteret.

Samlingen af akutmodtagelserne på færre sygehuse vil betyde, at de nære sundhedstilbud, herunder almen praksis/lægevagten, skal påtage sig en anden og mere fleksibel rolle i forhold til visitation og behandling af akutte patienter. Hertil kommer, at en række af de patienter, som i dag henvender sig til sygehusenes akutmodtagelser med fordel, og i overensstemmelse med princippet om laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON), kan varetages i regi af almen praksis/lægevagten.

For at disse mindre komplicerede sygdomstilfælde og skader kan behandles i patientens nærområde, er det vigtigt at sikre et sammenhængende akutsystem på tværs af regioner og kommuner og på tværs af de forskellige tilbud – alarmcentral, vagtcentral/AMK, fælles akutmodtagelse, præhospitale ressourcer, almen praksis/lægevagten, skadepoliklinikker, de kommunale akuttilbud m.v.

Det er samtidig vigtigt, at der er tale om et fleksibelt og differentieret system, som kan tilpasses lokale forhold, herunder tage højde for geografiske forhold, befolkningstæthed og strukturen i sundhedsvæsenet. Systemet skal kunne håndtere, at alle skal have adgang til et akutberedskab af høj kvalitet, selvom der på en række områder er forskel på at bo i eksempelvis hovedstadsområdet og Nordvestjylland.

Det fordrer, at der i højere grad er sammenhæng i indsatsen og en samlet planlægning af varetagelsen af regionens akutforpligtigelse. Særligt er der behov for i højere grad at samordnede vagtlægeordningen og det øvrige akutsystem.

Det er udvalgets vurdering, at der ved et sammenhængende akutsystem, hvor lægevagten integreres i det øvrige akutsystem, vil kunne opnås betydelige positive synergier af såvel kvalitativ som ressourcemæssig karakter. Jf. afsnit 5 og bilag 3 for en nærmere beskrivelse heraf.

Det er udvalgets vurdering, at der er behov for en fortsat udvikling af samarbejdet mellem regioner og kommuner på akutområdet, således at de regionale og kommunale akuttilbud i højere grad koordineres og samtænkes med henblik på at sikre befolkningen i det pågældende område sundhedsfaglig behandling på et højt fagligt niveau og undgå overlappende funktioner. I kommunerne varetages en række akutopgaver på både plejecentre, i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen. Kommunerne kan selvstændigt varetage akutopgaver, der vedrører pleje og omsorg. Akutopgaver med udredning, diagnosticering og behandling varetages af praktiserende læger, lægevagten og sygehuse.

På den baggrund foreslås det, at akutområdet indtænkes i de sundhedsaftaler, som kommuner og regioner skal indgå om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet.

Ved akut sygdom eller skade er det afgørende, at borgerne ved hvor de skal henvende sig. Det er udvalgets vurdering, at entydig og visiteret indgang til akutsystemet vil medvirke til at skabe tryghed for borgerne og til at sikre en hurtig og korrekt visitation af den akutte patient. Derved sikres, at patienten fra start får det rette behandlingstilbud på det rette niveau, samt at der sker en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Jf. afsnit 4 for en nærmere drøftelse heraf.

3. Kortlægning af regionernes indsats og planer på det præhospitale område

Regionerne arbejder løbende på at styrke den præhospitale indsats, således at den understøtter den fremtidige sygehusstruktur.

Udvalget har udarbejdet en kortlægning af regionernes indsats og planer på det præhospitale område, som er vedlagt statussen som bilag 1. Beskrivelsen er baseret på bidrag og materiale indhentet fra regionerne, herunder regionale planer m.v., og har også været i afsluttende høring i regionerne.

Beskrivelsen viser overordnet:

- At der i alle regioner er sket en markant udvidelse af den præhospitale indsats over de seneste år, samt at der er tale om en løbende udviklingsproces.
- At der i alle regioner er et net af præhospitale enheder i form af ambulanceberedskaber, akutbiler, lægebiler m.v. samt inddragelse af øvrige beredskaber og særlige ordninger med førstehjælpere/nødbehandlere/akutbehandlere, der samlet sikrer dækning af alle geografiske områder.
- At der i visse områder med store afstande kan konstateres relativt høje responstider for ambulancekørsel, men at en vurdering af det samlede præhospitale beredskab også skal inddrage de øvrige præhospitale ressourcer.

- At regionerne har etableret en række forskellige løsninger til sikring af tryghed i udkantsområderne, der bl.a. afspejler de forskellige lokale udfordringer.

Mere specifikt viser kortlægningen:

- Samtlige regioner har hjemtaget ejerskabet til vagtcentralfunktionen, som tidligere har været varetaget af ambulanceentreprenørerne, og i perioden september 2009 til april 2010 etableret egne AMK-vagtcentraler. I den forbindelse har samtlige regioner ansat eller planlægger at ansætte sundhedsfagligt personale på vagtcentralerne, fx sygeplejersker eller ambulancebehandlere, med henblik på sundhedsfaglig rådgivning og visitering.
- Regionerne har haft ambulancetjenesten i udbud i 2008/2009 og i den forbindelse fastlagt servicemål for ambulancekørslen i regionen. Der er tale om varierende servicemål.
- De forskellige regioner opgør responstider for ambulancekørsel forskelligt, hvorfor det ikke har været muligt at opstille direkte sammenlignelige responstider. Responstidsopgørelser for de nye ambulancekontrakter viser dog samlet set, at mindst 90 % af ambulancerne er fremme inden for 15 minutter i samtlige regioner (kørsel A). Landsgennemsnittet var i 2. halvår 2009, at de akutte ambulancekørsler var fremme indenfor 15 minutter i 93,3 % af tilfældene.

Men der er generelt stor variation i ambulanceresponstiderne i de forskellige regioner og indenfor de enkelte regioner. Nogle steder er landet er det over 99 % af de akutte ambulancekørsler, som er fremme inden for 15 minutter, enkelte steder er det under 80 %. Det er særligt i tyndtbefolkede landområder, at responstiderne er længere end gennemsnittet. Udfordringen er her spredt geografi med lange køreafstande sammenholdt med hensynet til at undgå beredskaber, der kun sjældent er i funktion.

- Samtlige regioner har indenfor de seneste år udbygget eller planlagt at udbygge dækningen med akutbiler og lægebiler, herunder opgraderet en række af de eksisterende ordninger til at være døgndækkende. Det skal dog bemærkes, at Region Sjælland fra 1. februar 2011 ikke vil have lægebiler, men et døgnberedskab af akutlæger, der kan rykke ud sammen med paramedicinere som KOOL (koordinerende læge).¹
- I flere regioner findes derudover som supplement en række øvrige præhospitale ordninger, som dækker afgrænsede områder, herunder lægebiler med praktiserende læger, hjemmesygeplejerskeordninger, inddragelse af øvrige beredskaber og særlige ordninger med førstehjælper/nødbehandlere/akuthjælper.
- Der er kun begrænsede erfaringer med brug af lægehelikoptere. Region Syddanmark har siden 2005 haft en aftale om helikopterindsats fra lægehelikopter stationeret i Niebüll. Region Hovedstaden og Region Sjælland har siden 1. maj 2010 haft forsøgsordning med lægehelikopter med base i Ringsted. Som del af regeringens akutaftale med Dansk Folkeparti planlægges desuden etableret endnu en forsøgsordning med base i Karup.
- Samtlige regioner har nære tilbud i form af fx skadeklinikker m.v., som kan tage sig af mindre komplicerede skader. Derudover har flere regioner planer om at etablere sundhedshuse, akuthuse m.v. i samarbejde med de relevante kommuner.

¹ Det indgår i Region Sjællands akutplan, at man vil udfase brugen af lægebiler og akutbiler bemandede med sygeplejersker og erstatte dem med akutbiler med paramedicinere.

Der henvises desuden til afsnit 1.1 i bilag 1, som indeholder en kort sammenfatning af de respektive regionale beskrivelser.

Det er udvalgets vurdering, at der i alle regioner er sket en udbygning og udvikling af den præhospitale indsats, samt at kortlægningen også peger på en række udviklingsområder:

- De nære sundhedstilbud i form af fx sundheds- og akuthuse, lægehuse i områder med store afstande skal fortsat udvikles og udbygges i takt med implementeringen af den nye sygehusstruktur.
- Der skal sikres større sammenhæng mellem lægevagtsordningen og det øvrige akutberedskab med henblik på at understøtte sammenhængende patientforløb, hensigtsmæssig arbejdsdeling, herunder bl.a. sikring af den nødvendige akutdækning i udkantsområder samt en effektiv ressourceudnyttelse.
- Samarbejdet mellem regioner og kommuner på akutområdet skal udbygges, således at de regionale og kommunale akuttilbud i højere grad koordineres og samtænkes, bl.a. via sundhedsaftalerne.
- Mere ensartede kompetencer i forhold til de nye opgaver. Kortlægningen viser, at forskellige lokale behov og den forskellige organisering af den præhospitale indsats indebærer, at der i dag er mange lokale uddannelsesinitiativ og dermed stor variation i kompetencer.
- Det telemedicinske område har et stort potentiale – både i den præhospitale indsats og som en del af de nære sundhedstilbud – og skal derfor fortsat udbygges og videreudvikles.

3.1. Hurtig hjælp

I tilfælde af alvorlig, akut sygdom eller skade er det afgørende, at den syge eller tilskadekomne hurtigt får hjælp. Regeringens målsætning er i den forbindelse, at hjælpen under normale omstændigheder skal være fremme indenfor 15 minutter efter opkald til 112.

Det er udvalgets vurdering, at en tidsmæssig målsætning bør afgrænses til akutte livstruende tilfælde, da det er her, at tidsfaktoren er mest afgørende. En målbar afgrænsning heraf er de situationer, hvor der disponeres en "kørsel A", dvs. de situationer, hvor der vil blive disponeret en ambulance med udrykning.

Det er samtidig udvalgets vurdering, at der ved "hjælp" bør være tale om professionel hjælp, som disponeres fra den regionale vagtcentral.

Grundstammen i det præhospitale akutberedskab er et effektivt og velfungerede ambulanceberedskab. Men "hjælpen" er andet og mere end ambulancer. Det fremgår også af udvalgets beskrivelse af de regionale planer og initiativer på det præhospitale område (bilag 1), at der i regionerne findes en række værktøjer, som kan bidrage til at sikre hurtig hjælp.

Akutbiler bemandede med paramediciner eller sygeplejerske eller lægebiler, som bringer ekspertisen ud til den akut syge eller tilskadekomne, kan starte behandlingen på stedet og under transport til sygehuset. Lægehelikoptere kan varetage opgaver vedr. udrykning til patienter med akutte livstruende tilstande, som på grund af afstande eller vanskelige forhold ikke kan løses med ambulance eller lægebil. Lægebiler kan også være bemandede med praktiserende læger, som rykker ud efter særlige aftaler, hvilket bl.a. er tilfældet flere steder i Region Syddanmark og Region Midtjylland.

Udvalgets afdækning af regionernes indsats viser samlet, at der i alle regioner er sket en udvidelse af den præhospitale indsats over de seneste år, herunder en udbygget dækning med akutbiler og lægebiler, bl.a. ved at en række af de eksisterende ordninger er opgraderet til at være døgndækkende.

Der findes i dag ikke en samlet responstid, som opgør, hvornår hjælpen i form af første præhospitale ressource er fremme. Der opgøres forskellige former for responstider for ambulancekørsel samt i et vist omfang gennemsnitlige responstider for akut- og lægebiler.

I forhold til ambulancekørsel opgør de forskellige regioner responstiderne forskelligt, hvorfor det, som tidligere nævnt, ikke har været muligt at opstille direkte sammenlignelige responstider for de nye ambulancekontrakter. Responstidsopgørelser for de nye ambulancekontrakter viser dog samlet set, at mindst 90 % af ambulancerne er fremme inden for 15 minutter i samtlige regioner (kørsel A).

Heri indgår ikke de øvrige præhospitale ressourcer som akut- og lægebiler.

Opgørelsen skal endvidere ses i lyset af, at der må forventes forbedringer på området gennem den igangværende effektivisering og forbedring af selve disponeringen i regionerne, herunder indførelse af sundhedsfaglig visitation og rådgivning i forbindelse med opkald til 112 (jf. afsnit 4.2.1 og bilag 2).

Regionerne har samtidig etableret en række supplerende løsninger til yderligere sikring af tryghed i udkantsområderne, der bl.a. afspejler de forskellige lokale udfordringer.

I områder med store afstande kan den præhospitale indsats suppleres med andre ordninger som fx hjemmesygeplejersker og redningsberedskab, som kan give hurtig og livreddende hjælp, inden ambulancen når frem. Region Midtjylland har eksempelvis indgået aftale med fire kommuner om, at vagtcentralen – på fastlagte sundhedsfaglige kriterier – kan kalde en kommunal hjemmesygeplejerske.

Tilsvarende kan gøres brug af forskellige former for nødbehandlere eller førstehjælpere, som med en særlig uddannelse i førstehjælp og adgang til førstehjælpsudstyr kan give hurtig og livreddende hjælp, inden ambulancen når frem. Flere regioner har etableret eller har planlagt at etablere ordninger med førstehjælpere i udkantsområder. Eksempelvis har Region Nordjylland igangsat et pilotprojekt, hvor der i første omgang er udpeget to pilotområder på Sydmons og ved vestkysten.

På baggrund af et oplæg fra Danske Regioner har udvalget haft en drøftelse af brugen af nødbehandlere og førstehjælpere. Udvalget vurderer, at der kan være grundlag for, at regionerne sætter fokus på øget ensartning af brugen af nødbehandlere og førstehjælpere på tværs af regionerne. Udvalget finder det samtidig vigtigt at understrege, at nødbehandlere og førstehjælpere er et supplement til det øvrige præhospitale akutberedskab.

Det er udvalgets vurdering, at infrastruktur, befolkningstæthed, forskellige geografiske forhold som små øer uden fast landforbindelse m.v. betyder, at det ikke er realistisk at sikre alle dele af landet helt samme tidsmæssige dækning.

I forhold til at øge andelen af tilfælde, hvor hjælpen er fremme indenfor 15 minutter er det ligeledes vigtigt at holde sig for øje, at udnyttelsesgraden af de enkelte ressourcer nogle steder vil blive ganske lav, hvis der tilføres flere ambulanceberedskaber eller andre præhospitale enheder. Som det fremgår af udvalgets kortlægning (jf. bilag 1), er udnyttelsesgraden af ambulancer allerede i dag ganske lav nogle steder i landet. Nogle steder under 20 %. Det har en betydning dels i forhold til omkostningseffektiviteten, dels i forhold til personalets muligheder for at opretholde deres faglige kompetencer.

Derfor er det også væsentligt, at indsatsen suppleres med lokale løsninger. Fx i form af hjemmesygeplejersker, redningsberedskab, nødbehandlere, særlige førstehjælpere m.v., som jo primært anvendes

som supplement i tyndtbefolkede områder med store afstande, dvs. de områder som typisk vil have de længste ambulanceresponstider i udgangspunktet.

De afsatte midler til en styrket akutindsats

I forbindelse med finanslovsaftalerne for 2009 og 2010 er afsat 600 mio. kr. til en styrket akutindsats i udkantsområder med store afstande. Midlerne er overordnet prioriteret med regeringens aftale med Dansk Folkeparti fra juni 2010. Aftalen betyder bl.a., at der afsættes:

- 50 mio. kr. til udbygning af præhospitale beredskaber (lægebiler, akutbiler eller paramedicinerbemandende ambulancer) i de egne af landet, som har en særlig lang responstid, og hvor der er langt til nærmeste fælles akutmodtagelse.
- 100 mio. kr. til helikopterordninger m.v., hvor der i første omgang etableres yderligere en forsøgsordning med en lægehelikopter i Nordvestjylland med base i Karup.
- Midler målrettet uddannelse af særlige førstehjælpere i udkantsområder med store afstande (ca. 10 mio. kr.).

Samtidig vil en styrkelse af almen praksis, som bl.a. følger af de afsatte midler til sundheds- og akuthuse og moderne lægehuse, herunder til indkøb af det nødvendige udstyr, i sig selv bidrage til, at praktiserende læger og vagtlæger i udkantsområder med store afstande i højere grad kan behandle lettere skader og akutte tilstande og indgå i det præhospitale beredskab.

I forhold til de afsatte 50 mio. kr. til præhospitale beredskaber fremgår det direkte af aftalen, at midlerne skal anvendes, så de bedst muligt understøtter 15 minutters målsætningen. Regioner (og kommuner) er i forlængelse heraf blevet bedt om ansøgninger med løsninger, som sikrer, at hjælpen under normale omstændigheder er fremme indenfor 15 minutter. Midlerne er målrettet udkantsområder med store afstande, dvs. de områder som i udgangspunktet oftest vil have de længste responstider.

4. Patientens indgang til det akutte system

4.1. Den eksisterende indgang til akutsystemet

I dag har den akutte patient to hovedindgange til sundhedsvæsenet, jf. nedenstående beskrivelser og figur:

- Ved akutte traumer og livstruende sygdomme kontaktes 112.
- Ved mindre alvorlige akutte skader og sygdomme rettes henvendelse til visitationsordninger under almen praksis - almen praksis i dagtid og lægevagten uden for dagtid.

Derudover er der også i nogle regioner i modstrid med Sundhedsstyrelsens anbefalinger mulighed for, at patienterne kan henvende sig direkte på skadestue eller skadeklinik med akut opstået sygdom eller skade, dvs. der er uvisiteret adgang. En enkelt region har en døgnåben sygeplejerskebetjent skadevisitation.

112 – hele døgnet.

Ved akut sygdom og akut tilskadekomst, hvor der er behov for øjeblikkelig hjælp, kontaktes 112 hele døgnet.

Opkald til 112 går i dag til en af de 8 alarmcentraler i Danmark. Efter kommunikation med indringer er det i dag alarmcentralen, som foretager opgavedisponeringen, dvs. beslutter hvilken type hjælp der er

behov for - ambulance, akutbil, lægebil m.v. eller alternativt afslutter opkaldet med råd om at kontakte egen læge eller vagtlæge. Vagtcentralen foretager den tekniske disponering af ressourcerne.

Der sker således ikke en sundhedsfaglig vurdering af, hvilken hjælp der skal ydes i det konkrete tilfælde. Tilsvarende har der ikke tidligere været mulighed for sundhedsfaglig rådgivning af indringer.

Se særskilt notat om sundhedsfaglig visitation og rådgivning ved opkald til 112 for en nærmere beskrivelse (bilag 2).

Almen praksis – dagtid.

Ved mindre alvorlige akutte skader og sygdom kontaktes egen læge i dagtid. Almen praksis indgår hermed som en vigtig gatekeeper i det akutte beredskab og skal håndtere opgaver på akutområdet i dagtiden.

Ved telefonisk henvendelse kan almen praksis afslutte henvendelsen telefonisk eller henvise patienten til:

- Videre undersøgelse og eventuelt behandling i almen praksis (konsultation, hjemmebesøg)
- Subakut eller almindelig kontrol på sygehuset
- Skadeklinik/akutklinik
- Vurdering/behandling på skadestue/fælles akutmodtagelse på sygehuset
- Kommunalt tilbud

Vagtlæge - vagttid.

Ved mindre alvorlige akutte skader og sygdom uden for dagtid kontaktes vagtlægen. Lægevagtsordningen tilbyder akut almen medicinsk behandling i vagttiden på lige fod med almen praksis i dagtiden.

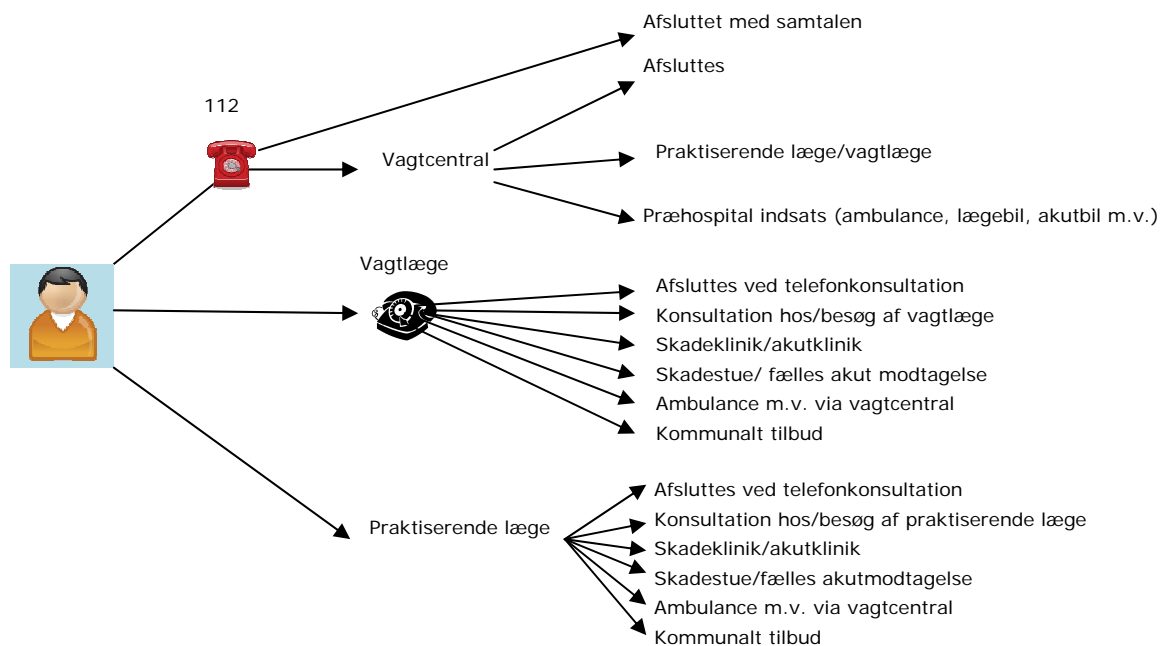
Den eksisterende lægevagtsordning er organiseret som en visitationsordning. Al indgang til lægevagten foregår via telefonisk henvendelse til en læge. Den visiterende læge kan – afhængigt af patientens situation – afslutte henvendelsen telefonisk, fx med råd om at kontakte egen læge dagen efter, receptudstedelse eller henvise patienten til:

- Videre undersøgelse og eventuelt behandling i vagtlægeordningen (konsultation, hjemmebesøg)
- Vurdering/behandling på skadestue/ fælles akutmodtagelse på sygehuset
- Skadeklinik/akutklinik
- Kommunalt tilbud

Fire af de fem lægevagtsordninger har ét centralt telefonnummer til lægevagten, hvor borgeren ved opkald automatisk stilles videre til den visitationslæge, der har mindst ventetid². I Region Hovedstaden har man fire forskellige telefonnumre til lægevagten.

Se særskilt notat om vagtlægeordningen i det fremtidige akutsystem for en nærmere beskrivelse (bilag 3).

² I Region Syddanmark er desuden et særskilt telefonnummer til lægevagten for borgere på Fanø og Ærø.



4.2. Entydig og visiteret indgang til det akutte system

Ved akut sygdom eller skade er det vigtigt, at patienten har entydig indgang til sundhedsvæsenet. Entydig indgang skal medvirke til at skabe tryghed for borgerne og til at sikre en hurtig og korrekt visitation af den akutte patient.

Udvalget har derfor drøftet, hvordan indgangen til det akutte system fremover bør tilrettelægges.

Målet er, at borgerne hele døgnet har let og entydig adgang til akut sundhedsfaglig hjælp af høj kvalitet.

Særligt i den fremtidige sygehusstruktur med færre akutmodtagelser vil det være vigtigt, at patienten visiteres til det rette behandlingsniveau, og at der, hvor det er muligt, indtænkes alternativer til akut indlæggelse. Det stiller øgede krav til visitationen allerede ved patientens første henvendelse til sundhedsvæsenet. Først og fremmest af hensyn til patienten selv, så patienten med det samme visiteres til det rette behandlingstilbud på det rette specialiseringsniveau, men også ud fra en økonomisk betragtning, så der sker en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Det vurderes, at en række af de patienter, som i dag henvender sig på skadestuerne med fordel kunne behandles i regi af almen praksis, herunder vagtlægeordningen.

Udvalget anbefaler, at:

- Indgangen til akutsystemet er visiteret og starter som en telefonisk henvendelse.
- 112 fortsat skal kontaktes ved akut sygdom og akut tilskadekomst, hvor der er behov for øjeblikkelig hjælp. Der skal fremover være sundhedsfaglig visitation og rådgivning i forbindelse

med opkald til 112 ud fra den model, som Danske Regioner, Rigspolitiet og Københavns Brandvæsen har udarbejdet i fællesskab.

- Der etableres et nyt landsdækkende vagtlægenummer i vagttiden, som borgerne kan kontakte ved mindre alvorlige akutte skader og sygdomme i vagttiden uden for almen praksis' åbningstid.
- Der fortsat og løbende holdes fokus på tilgængelighed i almen praksis.

4.2.1. Sundhedsfaglig visitation og rådgivning ved opkald til 112

Som noget nyt skal der indføres sundhedsfaglig visitation og rådgivning ved opkald til 112, så indringeren via 112 får adgang til sundhedsfaglig rådgivning fra fx sygeplejerske eller ambulancebehandler på den regionale vagtcentral. Tilsvarende skal der ske en sundhedsfaglig vurdering af, hvilken hjælp der skal ydes i det konkrete tilfælde (ambulance, akutbil, lægebil m.v. eller alternativt et konkret sundhedsfagligt råd, fx om at søge egen læge). Det følger af den model, Danske Regioner, Rigspolitiet og Københavns Brandvæsen arbejder på at implementere.

Baggrunden for dette er, at den præhospitale indsats har udviklet sig meget de seneste år i takt med den øgede specialisering. Der er tale om et kompliceret system med mange forskellige ressourcer (ambulancer, akutbiler, lægebiler samt fremover også helikoptere), der kan disponeres til forskellige hændelser og sygdomstilfælde. Samlingen af de fælles akutmodtagelser på færre enheder, den øgede afstand til de fælles akutmodtagelser og den deraf følgende udbygning af de præhospitale tilbud til at omfatte endnu flere forskellige ressource typer end hidtil, vil yderligere forstærke behovet for en sundhedsfaglig vurdering af, hvilke ressourcer der mest hensigtsmæssigt skal anvendes i det konkrete tilfælde.

Sundhedsfaglig vurdering i forbindelse med disponering vil være med til at sikre, at den rigtige ressource anvendes til den rigtige patient og dermed bidrage til øget effektivitet og kvalitet.

Dertil kommer den sundhedsfaglige rådgivning, der kan gives direkte til borgeren og de personer, som forsøger at hjælpe vedkommende, som hjælp til selvhjælp i den akutte situation, indtil hjælpen er fremme. Det vil samtidig have en tryghedsskabende effekt i befolkningen og sandsynligvis bidrage til at øge den patientoplevede kvalitet på det præhospitale område.

Danske Regioner, Rigspolitiet og Københavns Brandvæsen har fastlagt retningslinjerne for en landsdækkende model for sundhedsfaglig visitation og rådgivning i forbindelse med opkald til 112, som vedrører sygdom eller tilskadekomst. Modellen baserer sig på samarbejde/overlevering af 112-opkald fra alarmcentral til regional vagtcentral, jf. nedenstående boks for en nærmere beskrivelse.

Det forventes, at modellen indføres i samtlige regioner fra april 2011, med en forudgående pilottest af modellen i samarbejde mellem én vagtcentral og én alarmcentral fra 1. februar 2011.

Landsdækkende model for sundhedsfaglig visitering og rådgivning i forbindelse med opkald til 112

Modellen indebærer, at:

- 112-operatøren kobler den relevante regionale vagtcentralers sundhedsfaglige personale ind på samtalen via en konferencetelefon, så snart opkaldet er stedfæstet og identificeret som et opkald vedrørende sygdom eller tilskadekomst.
- Den regionale vagtcentral foretager den sundhedsfaglige visitation af alarmopkaldet og beslutter derved, dels om der skal sendes hjælp, dels hvilken graduering og hvilken type hjælp (ambulance, lægebil, akutbil m.v.), der skal sendes.

Den tekniske implementering vil muliggøre, at alarmcentralen kalder op til vagtcentralen og kobler vagtcentralen med ind på 112-samtalen, således at der hele tiden er kontakt til indringeren, og vagtcentralen på et givet tidspunkt overtager samtalen fra alarmcentralen.

Såfremt alarmcentralen undtagelsesvist ikke kan få telefonisk kontakt til den regionale vagtcentral, skal alarmoperatøren ikke fastholde indringeren, men sende en elektronisk melding til vagtcentralen og samtidig meddele indringeren, at der er rekvireret en ambulance. Vagtcentralen skal i sådanne tilfælde altid sende en ambulance med det samme og kan så efterfølgende søge at komme i telefonisk kontakt med indringeren med henblik på vurdering af situationen.

I 2006 var der en sundhedsfaglig problemstilling i 84 % af de oprettede sager på politiets alarmcentraler. På baggrund af data fra Rigspolitiet skønner regionerne, at der årligt vil blive overleveret knap 300.000 opkald.

Se særskilt notat om sundhedsfaglig visitation og rådgivning ved opkald til 112 for en nærmere beskrivelse (bilag 2).

Udvalget støtter, at der bør ske en øget inddragelse af sundhedsfaglige kompetencer i forbindelse med håndtering af alarmopkald af sundhedsfaglig karakter, idet det ses som en forudsætning for, at der kan opnås en mere effektiv anvendelse af de præhospitale ressourcer og ydes en bedre betjening og rådgivning af de borgere, der har brug for akut hjælp og rådgivning. Gennemførelsen af modellen kan således bidrage til en mere præcis afdækning af behandlingsbehov og hastegrad og dermed skabe grundlag for en bedre visitation og disponering af de præhospitale ressourcer.

Da alarmcentralerne fortsat modtager opkaldene, vil det sikre, at alle 112-opkald besvares samt sikre samarbejdet til politi og brandvæsen.

Udvalget vil samtidig understrege, at det er vigtigt, at de tekniske og personalemæssige forudsætninger er til stede, inden modellen bringes i drift. Overlevering af 112-opkald kræver, at der er enighed om ansvar for overleveringen af opkaldet til det sundhedsfaglige personale, og en teknisk løsning der understøtter dette.

Det er udvalgets vurdering, at omlægningen samlet set vil indebære en bedre og mere effektiv resourceanvendelse.

4.2.2. Etablering af et fælles landsdækkende vagtlægenummer til mindre alvorlige akutte skader og sygdomme

Det er udvalgets vurdering, at der fremover bør være en mere entydig indgang til lægevagten, herunder at det er uhensigtsmæssigt, at der i dag er ni forskellige telefonnumre til lægevagten.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i sin akutrapport³, at der oprettes ét landsdækkende telefonnummer til visitationsordningen under almen praksis.

På den baggrund anbefaler udvalget, at der etableres et nyt landsdækkende vagtlægenummer, som borgerne kan kontakte ved mindre alvorlige akutte skader og sygdomme. Nummeret skal afløse de nuværende forskellige regionale numre til lægevagten og være tilgængeligt uden for almen praksis' åbningstid, dvs. i tidsrummet 16.00-08.00 på hverdage samt i weekender og helligdage.

Det forudsættes, at der etableres en teknisk løsning, som sikrer borgerne let og sikker adgang til visitationsordningen i den region, hvorfra opkaldet foretages.

Et fælles landsdækkende vagtlægenummer sikrer borgerne større entydighed end i dag og fastholder samtidig en klar opdeling og ansvarsfordeling mellem almen praksis i dagtid og vagtlægeordningen.

Udvalget har også overvejet forslaget om et etablere et døgn-dækkende akutnummer/akuttelefon. Udvalget anerkender, at en sådan model sikrer høj entydighed og tilgængelighed for borgerne. Men finder samtidig, at modellen indebærer risiko for overlappende funktioner i forhold til egen læge og for udhuling af almen praksis' rolle som gatekeeper i dagtiden, med deraf følgende risiko for unødigt behandling eller behandling på et højere niveau end nødvendigt.

Ud fra en samlet afvejning foretrækker udvalget således etableringen af et landsdækkende vagtlægenummer under forudsætning af, at der sikres den nødvendige tilgængelighed i almen praksis i dagtid.

Udvalget anbefaler ligeledes, at det i den enkelte lægevagtsordning overvejes, om eksempelvis sygeplejersker – med anvendelse af de nødvendige beslutningsstøtteredskaber og lægefaglig back-up – hensigtsmæssigt kan indgå i den telefoniske visitation, jf. afsnit 5.2 for en nærmere drøftelse heraf.

Tilsvarende anbefaler udvalget, at der etableres et fagligt og organisatorisk samarbejde mellem visitationsordningen og de regionale AMK-vagtcentraler. Dette kan forstærkes ved fysisk at placere funktionen i sammenhæng med den regionale AMK-vagtcentral.

4.2.3. Tilgængelighed i almen praksis

God tilgængelighed er en forudsætning for, at patienter med behov for akut lægehjælp i forhold til mindre skader m.v. kan modtage rettidig hjælp i almen praksis. Og dermed også en forudsætning for, at bl.a. akutte patienter ikke søger lægehjælp på et mere specialiseret niveau, fx på skadestue i sygehusregi, hvor en almen medicinsk indsats i almen praksis er tilstrækkelig, eller hos vagtlægen.

På den baggrund anbefaler udvalget, at der fortsat og løbende holdes fokus på tilgængelighed i almen praksis.

5. Fremtidens vagtlægeordning

Regeringen har bedt udvalget komme med anbefalinger til, hvordan vagtlægeordningen i højere grad kan indtænkes i den samlede akutindsats, herunder fremlægge overvejelser vedrørende en integration af vagtlægeordningen og det øvrige akutsystem.

Samlingen af akutmodtagelsen på færre sygehusenheder vil betyde, at almen praksis/lægevagten i nogle områder skal påtage sig en større rolle i forhold til visitation og behandling af akutte patienter.

³ "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", Sundhedsstyrelsen, 2007.

Nedenfor følger en beskrivelse af udvalgets drøftelser og anbefalinger vedrørende en række temaer i relation til fremtidens vagtlægeordning. Der henvises til bilag 3 for en mere detaljeret redegørelse herfor.

Udvalget anbefaler:

- At den ledelsesmæssige struktur af lægevagten medvirker til at understøtte en entydig og sammenhængende akutindsats i den enkelte region. Hovedparten af udvalget (de statslige repræsentanter, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd) anbefaler en integreret ledelsesmodel, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i regionerne. Lægeforeningen anbefaler en model, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i almen praksis med et tættere samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.
- At der sker en øget brug af praksispersonale i lægevagten.
- At fremtidens lægevagt er fleksibel og differentieret og i højere grad målrettes lokale behov.
- At der sker en fortsat udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet i lægevagten.

På den baggrund har udvalget drøftet to forskellige modeller for den almenmedicinske vagtfunktion i fremtidens akutsystem.

5.1. Ledelse af lægevagten

Den fremtidige ledelse af lægevagtordningen har været drøftet indgående af udvalget.

Udvalget finder det vigtigt, at den ledelsesmæssige struktur af lægevagten medvirker til at understøtte en entydig og sammenhængende akutindsats i den enkelte region.

Der kan i den forbindelse peges på en række grundlæggende principper, der skal være opfyldt i organiseringen af ledelsesstrukturen for den fremtidige almenmedicinske vagtfunktion/lægevagten.

De alment praktiserende læger spiller en vigtig rolle i fremtidens akutsystem med udgangspunkt i deres almenmedicinske og praksisspecifikke kompetencer. De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende underlagt en overenskomst. Overenskomsten bør også fremover fastlægge de overordnede rammer for alment praktiserende lægers deltagelse i det regionale akutsystem.

Udvalget lægger vægt på, at vagtfunktionen er integreret i det regionale akutsystem. På den måde opnås optimal kvalitet og arbejdsdeling, idet der drages nytte af de praktiserende lægers alment medicinske og praksisspecifikke kompetencer, samtidig med at de praktiserende læger kan trække på akutmodtagelsens faglige kompetencer og udstyr. Sammenhæng på tværs af akutsystemets mange aktører understøtter samtidigt gode og sammenhængende patientforløb, hensigtsmæssig arbejdsdeling samt en bedre udnyttelse af de sundhedsfaglige ressourcer.

Organiseringen af akutstrukturen er på nogle punkter forskellig fra region til region. Derfor bør regionerne indenfor nogle overordnede rammer have mulighed for at tilpasse vagtfunktionens organisering til den regionale akutstruktur.

5.1.1. To modeller for den fremtidige ledelse af lægevagten

Udvalget har drøftet to forskellige modeller for den fremtidige ledelse af lægevagten:

- Model A - en fælles regional ledelse af akutsystemet.
- Model B – to selvstændige ledelsessystemer.

Model A beskrives i nedenstående boks.

Model A for ledelse af lægevagten

- Den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i regionen.
- Overenskomsten skal også fremover fastlægge de overordnede rammer for alment praktiserende lægers deltagelse i det regionale akutsystem.
- Regionen udpeger en leder af akutberedskabet i praksissektoren.
- Lederen bør have indsigt i det almen medicinske arbejdsområde.
- Lederen indgår i den samlede regionale ledelse af akutsystemet.
- Organisatorisk er den regionale leder af akutberedskabet i praksissektoren underlagt den centrale ledelse i regionen.
- Lederen er øverste ansvarlige for tilrettelæggelse af den almenmedicinske lægebetjening i vagttiden samt koordination med det øvrige akutberedskab.
- Lederen er faglig og organisatorisk ledelsesreference for de praktiserende læger, når de er på vagt i vagtfunktionen.
- De praktiserende læger bør også fortsat have en overenskomstfastsat kollektiv og individuel forpligtelse til at indgå i lægebetjeningen i vagttiden.

De statslige repræsentanter af udvalget, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd finder, at fordelene ved en integreret model er, at det vil skabe sammenhæng i akutstrukturen og sikre en entydig indgang for patienterne i modsætning til i dag, hvor der er tale om to selvstændige søjler.

Samtidig giver en fælles regional ledelse af akutfunktionen de nødvendige ledelsesmæssige værktøjer til at sikre en hensigtsmæssig planlægning og brug af de samlede ressourcer. Behovet for en samlet ledelse og planlægning af regionens akutforpligtelse understreges af den nye sygehusstruktur, hvor de fælles akutmodtagelser samles på færre sygehuse.

Modellen vil endvidere kunne skabe grundlag for at styrke den samlede regionale kvalitetsudvikling, herunder på sygehusene som en del af Den Danske Kvalitetsmodel.

Lægeforeningen finder, at ulempen ved en model med integreret regional ledelse af den samlede akutindsats er, at det kan blive vanskeligt at rekruttere tilstrækkeligt med kvalificerede læger til vagtlægeordningen, da PLO ikke vil kunne indgå en overenskomst, som forpligter de praktiserende læger til at varetage lægevagten. Dermed er der en risiko for, at kvaliteten af den lægelige betjening af lægevagten forringes, og at kontinuiteten i håndteringen af de akutte sygdomme og skader i dagtiden og vagttiden forsvinder.

Model B, som er udarbejdet af PLO, beskrives i nedenstående boks.

Model B for ledelse af lægevagten

- Der skal fremover være en større grad af koordinering af vagtlægeordningen, sygehusenes akutfunktioner (herunder skadestuer) og den præhospitale indsats.
- Vagtlægeordningen skal fortsat forankres i landsoverenskomsten mellem RLTN og PLO, som udgør det kontraktlige grundlag for vagtlægeordningen.
- Vagtlægeordningen skal kvalitetsudvikles.
- Vagtlægerne skal arbejde på grundlag af faglige retningslinjer.
- Lægevagtschefen refererer til PLO's praksisudvalg.
- Lægevagtschefen er overordnet faglig og organisatorisk ledelsesreference for de praktiserende læger, når de er på vagt i vagtfunktionen.
- Samarbejdet mellem vagtlægeordningen, sygehusvæsenets akutfunktion og det præhospitale beredskab udvides og formaliseres.
- Lægevagtschefen indgår i den samlede regionale koordinering af akutsystemet.

Lægeforeningen finder, at fordelene ved model B er, at bemanningen og kvaliteten af den lægelige betjening af lægevagten sikres, og at kontinuiteten i håndteringen af de akutte sygdomme og skader i dagtiden og vagttiden fortsat eksisterer.

Lægeforeningen finder endvidere, at modellen vil skabe sammenhæng i akutstrukturen og – i kraft af den entydige, lægelige visitation – sikre en entydig indgang for patienterne og understøtte mulighederne for sammenhængende patientforløb. Dermed sikres en hensigtsmæssig brug af de samlede ressourcer. Lægeforeningen peger på, at modellen ligeledes vil kunne skabe grundlag for at styrke den samlede regionale kvalitetsudvikling, herunder på sygehusene som en del af Den Danske Kvalitetsmodel. De praktiserende lægers synlighed på sygehusene kan endvidere medvirke til at rekruttere yngre læger i specialet.

De statslige repræsentanter af udvalget, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd påpeger, at det er afgørende for den fremtidige udvikling af det samlede akutsystem, at lægevagten integreres i det øvrige akutsystem, samt at dette fordrer en fælles ledelse af akutfunktionerne i regionerne. Parterne findes således, at ulempen ved model B er, at regionerne, som har ansvaret for den samlede akutbetjening, ikke sikres de nødvendige ledelsesmæssige værktøjer til at sikre en sammenhængende akutstruktur med en hensigtsmæssig brug af de samlede regionale ressourcer og en samlet kvalitetsudvikling af hele akutsystemet.

De statslige repræsentanter af udvalget, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd finder ligeledes, at model B ikke ændrer væsentligt ved den nuværende akutstruktur, da modellen bygger på en videreførelse af lægevagten som selvstændig søjle i akutsystemet.

5.1.2. Konklusion

På den baggrund anbefaler hovedparten af udvalget (de statslige repræsentanter, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd) model A, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i regionerne, med henblik på fremadrettet at sikre et mere sammenhængende akutsystem og sammenhæng i kvaliteten i hele sundhedsvæsenet.

Lægeforeningen anbefaler model B, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i almen praksis, med henblik på at sikre rekruttering af kvalificerede læger til vagtlægeordningen, samt at skabe sammenhæng til kvalitetsudviklingen i dagtiden og i den samlede akutindsats.

Udvalget konstaterer, at den primære forskel mellem model A og model B er, at model A indebærer én fælles regional ledelse, mens model B indebærer to selvstændige ledelsessystemer – en for henholdsvis den sygehusbaserede del af akutsystemet og en for vagtlægeordningen. Det kan således konstateres, at udvalget ikke har kunnet opnå enighed om en model for den fremtidige ledelse af vagtlægeordningen.

De statslige repræsentanter af udvalget, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd finder, at den ledelsesmæssige forankring er en helt afgørende forskel mellem de to modeller. Parterne findes således, at ulempen ved model B er, at regionerne, som har ansvaret for den samlede akutbetjening, ikke sikres de nødvendige ledelsesmæssige værktøjer til at sikre en sammenhængende akutstruktur med en hensigtsmæssig brug af de samlede regionale ressourcer og en samlet kvalitetsudvikling af hele akutsystemet.

Lægeforeningen vurderer, at gennemførelsen af model A vil medføre, at det bliver vanskeligere at rekruttere kvalificerede vagtlæger, hvorved kvaliteten af vagtlægeordningen efter Lægeforeningens opfattelse er i fare. Lægeforeningen er derudover uenig i, at den nødvendige sammenhæng i akutindsatsen i sundhedsvæsenet kun kan tilvejebringes, hvis regionerne overtager ledelsen af vagtlægeordningen.

gen. Model B, der indebærer et kontraktbaseret samarbejde om vagtlægeordningen mellem regionerne og de praktiserende læger, sikrer kvalitetsudviklingen af vagtlægeordningen samtidig med, at den samlede akutindsats samordnes.

5.2. Øget brug af praksispersonale

Udvalget har drøftet muligheden for øget brug af praksispersonale i lægevagten.

Der er tre grundlæggende funktioner relateret til akutforpligtelsen i lægevagten, hvor det kan overvejes at gøre brug af praksispersonale, fx sygeplejersker:

1. Visitationen af akutte patienter
2. Telefoniske konsultationer – råd og vejledning
3. Behandling af akutte sygdomme og skader

Det er udvalgets vurdering, at der er et potentiale for at forbedre kapaciteten i almen praksis/lægevagt ved at inddrage sygeplejersker og andet sundhedsfagligt praksispersonale i varetagelsen af akutfunktionen. Brug af praksispersonale vil indebære en bedre udnyttelse af ressourcerne og medvirke til, at behandlingen af den enkelte patient sker på det rigtige faglige niveau.

Sygeplejersker og andet sundhedsfagligt praksispersonale vil efter udvalgets vurdering hensigtsmæssigt eksempelvis kunne varetage en del funktioner relateret til telefoniske konsultationer med råd og vejledning samt ved behandling af akutte sygdomme og skader. Praksispersonale kan afholde selvstændige konsultationer både telefoniske og egentlige konsultationer i almen praksis, som dermed aflaster lægerne.

Der kan endvidere peges på, at praksispersonale, fx sygeplejersker, vil kunne behandle mindre skader, herunder rensning og syning af sår, fjernelse af fremmedlegemer og bandageproblemer m.v. Ligesom de vil kunne varetage observation og behandling af en række lettere medicinske tilstande. Afhængigt af problemstillingen vil sygeplejersker også i nogle tilfælde kunne tage på sygebesøg. Praksispersonalet vil ligeledes kunne varetage en del af procedurerne omkring henvisning til sygehus eller til kommunens tilbud.

Udvalget finder endvidere, at det i den enkelte lægevagtsordning skal overvejes, om eksempelvis sygeplejersker – med anvendelse af de nødvendige beslutningsstøtteredskaber og lægefaglig back-up – hensigtsmæssigt kan indgå i den telefoniske visitation.

På den baggrund anbefaler udvalget øget brug af praksispersonale i lægevagten.

5.3. Sundhedsfaglig kvalitet

Udvalget har endvidere drøftet den sundhedsfaglige kvalitet i lægevagten.

Udvalget har i den forbindelse bemærket, at Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har udarbejdet en klinisk vejledning om akutte henvendelser til almen praksis, som forventes af udkomme i løbet af efteråret 2010. Der er tale om en speciel vejledning, som har form af en håndbog, med titlen: "Vejledning om håndtering af akutte symptomer i almen praksis. Visitation og behandling i dag- og vagttid."

DSAM arbejder desuden på at få etableret en elektronisk telefonvisitationsguide til praksispersonalet - også opbygget efter triageprincippet.

Der kan endvidere peges på, at let og overskuelig elektronisk adgang til elektroniske journal- og medicinoplysninger via de aftalte Fælles Medicinkort og elektroniske patientjournaler kan medvirke til at understøtte kvaliteten i forbindelse med det akutte arbejde.

5.4. To modeller for de fremtidige lægevagtsordninger

Fremtidens akutsystem skal være fleksibelt og differentieret med henblik på at kunne tilpasses lokale forhold. Det gælder også vagtlægeordningen. Udvalget har derfor drøftet, hvordan fremtidens vagtlægeordning i højere grad kan tilpasses lokale forhold.

Udvalget har opstillet to modeller for den almenmedicinske vagtfunktion i fremtidens akutsystem:

- Vagtlægefunktionen i tilknytning til fælles akutmodtagelse.
- Vagtlægefunktionen i tilknytning til udbygget lægeklinik/sundheds- og akuthus i områder med langt til sygehus med fælles akutmodtagelse.

Modellerne ligger i hver sin ende af et kontinuum, og i byer med mindre sygehuse kan der eksempelvis etableres nære akuttilbud, der kombinerer elementer af de to yderpunkter. Modellerne skal tilpasses lokale forhold.

Modellerne tager udgangspunkt i, at de nuværende lægevagtskonsultationer skal integreres i det samlede akutberedskab. Samtidig forudsættes det, at de almenmedicinske akuttilbud kun er relevante i vagttiden, idet almen praksis i dagtiden varetager den primære behandling af lette skader og akutte tilstande, der ikke kræver specialiseret behandling.

De to modeller beskrives nærmere i nedenstående boks.

Vagtlægefunktionen i tilknytning til fælles akutmodtagelse

I byer, hvor der ligger specialiserede sygehuse med fælles akutmodtagelse, finder udvalget, at det bør overvejes at integrere den fysiske placering af lægevagtsfunktionen med akutmodtagelsen.

- *Lokaler:* Vagtlægeberedskabet kan placeres som et særligt almenmedicinsk spor i lokaler i tilknytning til den fælles akutmodtagelse.
- *Organisatorisk:* Lægevagten kan enten som hovedparten af udvalget anbefaler knyttes organisatorisk til den fælles akutmodtagelse, jf. model A, eller bevare det nuværende organisatoriske tilhørsforhold til almen praksis, men med et tættere praktisk og formaliseret samarbejde med sygehusvæsenets akutmodtagelse, jf. model B, som Lægeforeningen foreslår. Den primære forskel mellem model A og model B er således, at model A indebærer én fælles regional ledelse, mens model B indebærer to selvstændige ledelsessystemer.
- *Opgaver/indhold:* De vagthavende praktiserende læger skal sammen med andet sundhedsfagligt personale varetage diagnostik og behandling af mindre alvorlige skader og akut sygdom, som nu bliver behandlet i lægevagtskonsultationerne – og vil samtidig kunne tage imod og behandle patienter, der ellers ville blive behandlet i skadestuen.
- *Udstyr:* Vagtlægerne skal kunne trække på udstyr til behandling og diagnostik i den fælles akutmodtagelse.
- *Bemanding:* Uanset ledelsesmodel er det udvalgets opfattelse, at det almenmedicinske spor skal være bemanded med praktiserende læger i hele vagttiden, da der hermed kan drages nytte af de praktiserende lægers praksisspecifikke kompetencer. De vagthavende praktiserende læger skal kunne trække på andre sundhedsfaglige kompetencer i den fælles akutmodtagelse, herunder sygeplejersker, lægesekretær, social- og sundhedsassistenter, bioanalytikere m.v. Inddragelse af andre sundhedsfaglige kompetencer kan generelt medvirke til en bedre samlet ressourceudnyttelse, herunder via en mere entydig og professionaliseret visitation til vagtlæge/akutfunktionen, fx med sygeplejerskebemanding.
- *Åbningstider:* Lægevagten skal uanset organisatorisk model varetage behandlingen udenfor almen praksis' åbningstider.
- *Sygebesøg:* Den almenmedicinske vagtfunktion omfatter praktiserende læger, som uændret kan køre på sygebesøg.
- *Patientflow:* Patienter, der er akut – men ikke alvorligt – syge eller tilskadekomne, kan visiteres til behandling i et almenmedicinsk spor i tilknytning til de fælles akutmodtagelser. Gennem triage fordeles patienterne i de rette behandlingsspor.

Selvom den almenmedicinske behandling foregår i et separat spor, skal der være et tæt samarbejde mellem vagthavende praktiserende læger og det øvrige personale på den fælles akutmodtagelse. Bl.a. med henblik på at sikre synergi i forhold til den fælles akutmodtagelse og de fagligheder, som er repræsenteret der. Ved ændret behandlingsbehov skal patienter nemt kunne overføres fra et spor til et andet, eller der kan inddrages andre (evt. mere specialiserede) kompetencer i behandlingsindsatsen.

Vagtlægefunktionen i tilknytning til udbygget lægeklinik/sundheds- og akuthus i områder med langt til sygehus med fælles akutmodtagelse

I områder med langt til sygehus med fælles akutmodtagelse kan vagtlægefunktionen med fordel tilknyttes udbygget lægeklinik/sundheds- og akuthus.

Et sundheds- og akuthus har til formål at varetage befolkningens behov for sundhedsydelse i de tilfælde, hvor der ikke er behov for specialiserede ydelser fra sygehuse, herunder diagnostik og behandling af lettere skader og akutte tilstande. Det kan efter udvalgets opfattelse hensigtsmæssigt bl.a. huse et antal praktiserende læger, vagtlægefunktion, praktiserende speciallæger, andre ydere indenfor praksissektormrådet, kommunale funktioner samt enkelte sygehusfunktioner.

Flere regioner har i dag etableret skadeklinikker. Skadeklinikker vil mange steder være placeret i tilknytning til sygehuse, men kan efter udvalgets opfattelse også placeres i et sundheds- og akuthus, bl.a. med henblik på at praktiserende læge/vagtlæge kan fungere som lægefaglig back-up. I de tilfælde bør der ske en fysisk integration af lægevagt og skadeklinik.

- *Lokaler:* De praktiserende læger i udkantsområderne bør samles i større enheder, fx i sundheds- og akuthuse eller i større lægehuse. Det vil for enkelte borgere betyde længere afstand til almen praksis, men dette skal holdes op imod de rekrutteringsmæssige fordele samt de faglige gevinster forbundet med etableringen af større enheder.
Konkret kan de større enheder etableres ved, at myndighederne, dvs. kommune og region, stiller de bygningsmæssige faciliteter m.v. til rådighed med henblik på udlejning til praksispersoner m.v. Etablering af sundheds- og akuthuse bør som udgangspunkt ske i eksisterende sundhedstilbud i lokalområdet, eksempelvis i lokaler hos større lægehuse, sundhedscentre eller fx plejehjem.
- *Organisatorisk:* Afhænger af den valgte ledelsesmodel, jf. beskrivelsen af model A og model B.
- *Opgaver/indhold.* Almen praksis, herunder lægevagten, som er placeret i et sundheds- og akuthus eller evt. i større lægehuse skal varetage borgernes behov for sundhedsydelse, hvor der ikke er behov for specialiserede ydelser fra sygehuse, herunder diagnostik og behandling af lettere skader og akutte tilstande. Fx håndtere og færdigbehandle akutte skader som næseblødning, mindre flænger og sår, mindre brandsår, fjernelse af overfladiske fremmedlegemer, primær vurdering og evt. færdigbehandling af forstuvninger og mindre komplicerede brud på brystkasse, kraveben, over- og underekstremitet. Almen praksis/lægevagten skal desuden medvirke ved opgavevaretagelsen af en række mere alvorlige akutte skader og sygdomstilstande, fx initial behandling af større blødninger, lavt blodsukker hos diabetes patienter, initial behandling af astma patienter med akutte vejrtrækningsbesvær, indledende behandling ved andre akutoptståede tilstande, fx hjertesmerter.
- *Udstyr:* En væsentlig forudsætning for, at almen praksis og lægevagten i udkantsområderne kan løse en bred vifte af opgaver, herunder de akutte opgaver, på et højt fagligt niveau, er, at der er adgang til nødvendige undersøgelses- og behandlingsfaciliteter. Sundheds- og akuthusene og de udbyggede lægehuse bør derfor være forsynet med udstyr til blodprøvetagning, laboratorium til akutte analyser m.v. De kan endvidere være forsynet med eksempelvis EKG- og røntgenudstyr, telemedicinske muligheder for at få vurderet bl.a. EKG på et specialiseret sygehus, videokonferenceudstyr, genoplivningsudstyr, overvågningsudstyr m.v. Derudover kan der også være mere specialiseret udstyr, hvis der er behov derfor.
- *Bemanding:* De nuværende lokale lægevagtskonsultationer skal efter udvalgets opfattelse så vidt muligt integreres med de regionale og kommunale akutinitiativer, herunder sundheds- og akuthuse, hvor disse etableres. Det betyder bl.a., at de praktiserende læger fremover i højere grad skal tænkes ind i den samlede ressourceanvendelse i de nære tilbud. Lægerne vil samtidig få mulighed for at trække på per-

sonale, faciliteter og udstyr i de lokale akuttilbud.

Sundheds- og akuthusene og de udbyggede lægehuse kan bemandedes af en kombination af forskellige sundhedsfaglige personalegrupper, herunder praktiserende læger, sygeplejersker samt evt. lægesekretærer eller andet relevant personale. Den konkrete bemanning afhænger af befolkningsunderlaget, afstanden til specialiserede sygehuse samt rekrutteringssituationen i lokalområdet.

- *Åbningstider/tilgængelighed:* Sundheds- og akuthusene og lægevagtskonsultationer i tilknytning til større lægehuse m.v. skal sammen med de øvrige akutte tilbud, herunder almen praksis i dagtid og de kommunale tilbud, medvirke til at sikre døgndækkende akutte tilbud i alle egne af landet.
- *Sygebesøg:* Den almenmedicinske vagtfunktion omfatter praktiserende læger, som uændret kan køre på sygebesøg
- *Sammenhæng til det præhospitale akutberedskab/112:* De udbyggede lægehuse og sundheds- og akuthusene skal efter udvalgets opfattelse – både i dag- og vagttid – tænkes ind i det præhospitale akutberedskab i forbindelse med opkald til 112. Det sundhedsfaglige personale – læger, sygeplejersker og evt. andet personale – skal kunne iværksætte den indledende behandling i forbindelse med en række akutte, herunder livstruende, tilstande. Det kan fx være i forbindelse med skader med større blødninger, hjerteproblemer, luftvejsproblemer m.v.

6. Helikopterordning – status og videre proces

Det fremgår af udvalgets kommissorium, at udvalget bl.a. skal opstille principper for, hvordan organiseringen af en helikopterordning kan være, og hvordan helikopterordningen kan indgå i det præhospitale beredskab.

Øget specialisering og centralisering af behandlingstilbud medfører, at afstandene til behandling for mange svært syge og tilskadede patienter øges. Da tiden indtil iværksættelse af specialiseret behandling er kritisk, bør tiden, som går fra patientens tilskadecomst og til der iværksættes speciallægebaseret behandling, afkortes mest muligt.

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med sin gennemgang af akutberedskabet anbefalet, at der etableres en lægehelikopterordning i Danmark som supplement til de øvrige præhospitale indsatsordninger.

Formålet med en helikopterordning er:

- At sikre patienter i yderområder lægelig præhospital diagnostik/behandling og hurtig transport til definitiv behandling.
- At kunne varetage interhospital overflytninger af kritisk syge patienter.
- At bringe specialkyndige læger, herunder en koordinerende læge, ud til skade-/sygdomssted og/eller andre sygehuse.

Herudover kan ordningen bidrage ved:

- Organiseringen af organdonations- og transplantationsopgaver ved transport af organer og personale ved disse opgaver.
- Hasteflytning af udstyr mellem sygehuse.

Lægehelicopterenes opgave er primært at varetage opgaver vedr. udrykning til patienter med akutte livstruende tilstande, som på grund af afstande eller vanskelige trafikale forhold ikke kan løses med ambulance og lægebil. Lægehelicopteren skal således tilgodese yderområder og det stigende behov for overførsel til specialiserede behandlingssteder som fx de fire traumecentre, hjertecentre o.lign.

Med finansiering fra TrygFonden gennemfører Region Sjælland og Region Hovedstaden en fælles forsøgsordning med en lægehelicopter. Forsøgsordningen startede den 1. maj 2010 og løber 1½ år frem til den 1. november 2011. Som led i donationen indgår en sundhedsfaglig og samfundsøkonomisk evaluering og et tilhørende phd-forløb. Evalueringen sker i samarbejde med de øvrige regioner og en national følgegruppe. Se nedenstående boks for en nærmere beskrivelse.

Forsøgsordning i Region Sjælland og Region Hovedstaden

TrygFonden har bevilget 50 mio. kr. til en forsøgsordning med lægehelicopter i Region Sjælland og Region Hovedstaden. Forsøget startede 1. maj 2010 og varer 1½ år.

Helikopteren dækker de to regioner bortset fra Bornholm og har base i Ringsted. Den kan gennemføre missioner i de lyse timer af døgnet og kan fra basen i Ringsted nå frem overalt på Sjælland indenfor 25 minutter. Det er fravalgt at inkludere aften-/nattetimerne, da det er mere omkostningstungt og kompliceret, og belastningen er mindre.

Helikopterberedskabet har været i udbud, og der er indgået kontrakt med FALCK DRF Luftambulance A/S.

Helikopteren bemannes med en pilot, en ambulancebehandler uddannet som HEMS Crew Member (trænet i navigation, kommunikation og flyteknik) samt en speciallæge i anæstesiologi med særlige kompetencer i forhold til håndtering af traumepatienter og andre kritisk syge. Helikopteren er udstyret med medicin og behandlings- og monitoreringsudstyr samt udstyr til kommunikation med øvrige præhospitale enheder og sygehuse på samme måde som ambulancer og lægebiler.

Ordnningen evalueres mht. omkostningseffektivitet og nyttevirkning samt mht. befolkningens holdning til ordningen.

De første erfaringer

I perioden 1. maj til 1. august 2010 har helikopteren foretaget i alt 240 missioner, fordelt på 212 såkaldte HEMS-flyvninger (akuthjælp på skadesteder) og 28 HICAMS-flyvninger (overflytning af patienter mellem sygehuse).

Lægehelicopteren er i gennemsnit blevet sendt af sted på 2,6 indsatser pr. dag. Der har været en stor spredning i antallet af flyvninger, som fordeler sig på mellem 0 og 6 missioner dagligt. Helikopteren har været holdt på jorden på grund af dårligt vejr i 3 procent af beredskabstiden, hvilket er et lidt lavere niveau end internationale erfaringer.

I 11 tilfælde har der været en anmodning fra en vagtcentral om lægehelicopterenes indsats, som ikke har kunnet imødekommes, fordi helikopteren var på en anden mission. Prioriteringen af helikopterenes indsats foregår i et samarbejde mellem vagtcentralen og helikopterlægerne.

Som en del af regeringens akuttafte med Dansk Folkeparti om udmøntning af midler til nære sundhedstilbud i udkantsområder og lægehelicopterordning er afsat en ramme på 100 mio. kr. til helikopterordninger mv. Det indgår i aftalen, at der etableres yderligere en forsøgsordning med lægehelicopter i Nordvestjylland med base i Karup. Forsøgsordningen forventes igangsat ultimo marts 2011. Forsøgsordningen skal evalueres efter samme parametre som forsøgsordningen på Sjælland med henblik på, at de er direkte sammenlignelige.

Det fremgår ligeledes af aftalen, at forsøgsordningen sammen med den eksisterende forsøgsordning på Sjælland skal indgå i beslutningsgrundlaget i forhold til etablering af en helikopterordning i Danmark.

Udvalgets anbefalinger i forhold til principper for organiseringen af en fremtidig helikopterordning vil tage udgangspunkt i de to forsøgsordninger og disses evalueringer.

På den baggrund er det udvalgets anbefaling, at udmøntningen af den resterende del af de afsatte midler til helikopterordninger mv. ligeledes afventer evalueringerne af de to forsøgsordninger og udvalgets anbefalinger om principper for en fremtidig helikopterordning.

7. Uddannelse og kvalitet

Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle, som bemander akutfunktionerne og de nære sundhedstilbud i form af lægehuse, sundheds- og akuthuse m.v. og skal løse opgaverne i fremtidens sundhedsvæsen, har de fornødne kvalifikationer og kompetencer til at varetage disse funktioner.

Videreuddannelse af sygeplejersker på akutområdet

På baggrund af et forslag fra Dansk Sygeplejeråd om en national uddannelse i akutsygepleje har der i udvalget været en drøftelse af videreuddannelse af sygeplejersker på akutområdet.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der oprettes en landsdækkende, modulopbygget videreuddannelse, som giver mulighed for forskellige specialiseringer. Der lægges vægt på, at der er tale om en videreuddannelse tæt knyttet til klinikken.

Udvalget finder, at der fremadrettet kan vise sig behov for tiltag til mere ensartede videreuddannelses-tilbud på akutområdet. En foreløbig afdækning viser stor variation i de lokale uddannelses-tilbud, og der vil løbende – både i de fælles akutmodtagelser og de nære sundhedstilbud – kunne opstå nye opgaver.

På den baggrund anbefaler udvalget, at der arbejdes videre med forslaget fra Dansk Sygeplejeråd.

Udvalget finder samtidig, at der er behov for et bredt beslutningsgrundlag, hvori de forskellige eksisterende uddannelsesinitiativer på området indgår, samt at et eventuelt videreuddannelses-tilbud afhænger af en nærmere vurdering af konkrete efteruddannelsesbehov set i lyset af de tilbud, som skal indgå i akutberedskabet.

Udvalget har noteret sig, at der pågår en afdækning og overvejelser i regi af Danske Regioner om de forskellige efteruddannelses-tilbud i regionerne, samt at der i regi af Sundhedsstyrelsen er nedsat en arbejdsgruppe, der skal udarbejde et oplæg til en ny videreuddannelse for sygeplejersker med fokus på sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer og i særlig grad kroniske patienter med tværgående patientforløb. Arbejdsgruppen vil arbejde frem til den 1. april 2011 med henblik på igangsættelse af uddannelsen primo 2012.

Efter- og videreuddannelse af læger på akutområdet

Udvalget har noteret, at der i lighed med de øvrige personalegrupper på akutområdet kan vise sig et behov for efteruddannelse af læger til varetagelse af funktionerne i henholdsvis de fælles akutmodtagelser, almen praksis/lægevagt og det præhospitale område.

Udvalget har også haft en drøftelse af det akutmedicinske område. Drøftelsen var bl.a. foranlediget af debatten om, hvorvidt der bør oprettes et nyt speciale i akutmedicin.

Udvalget finder det vigtigt, at det i forbindelse med oprettelsen af de nye fælles akutmodtagelser sikres, at personalet har de rette kompetencer, samt at der sker en løbende kompetenceudvikling. Udvalget finder, at det nuværende system, hvor akutmedicin er et fagområde med tilgang fra flere forskellige specialer, giver et fleksibelt system med en bred rekrutteringsbaggrund til de stadigt større akutafdelinger.

Bemandingen af de nye akutmodtagelser på sygehusene er tværfaglig, og derfor er kompetenceudvikling ikke alene et spørgsmål om de enkelte lægers kompetencer, jf. ovenstående. Det er dog udvalgets vurdering, at modellen med akutmedicin som fagområde med fordel kan styrkes og videreudvikles.

I den forbindelse har udvalget noteret, at Sundhedsstyrelsen sammen med Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i år har igangsat en evaluering af speciallægeuddannelsen.

Derfor har udvalget i brev af 10. marts 2010 opfordret Sundhedsstyrelsen til sammen med Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse at se nærmere på det akutmedicinske område som led i evalueringen af speciallægeuddannelsen. Udvalget påpegede i den sammenhæng, at man bl.a. finder det relevant at undersøge, hvordan fagområdemodellen kan styrkes og opdyrkes yderligere, bl.a. med henblik på at gøre det attraktivt at søge ind på fagområdet akutmedicin.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at opfordringen vil indgå i Sundhedsstyrelsens videre arbejde med evalueringen af speciallægeuddannelsen. Det akutmedicinske område vil således blive inddraget i evalueringen. Evalueringen gennemføres i perioden 2010 – 2012, og på baggrund af evalueringen skal laves en handlingsplan for den videre proces for udviklingen af strukturen i speciallægeuddannelsen.

Bilag A. Kommissorium for udvalg om det præhospitale akutberedskab

I regeringsgrundlaget *Mulighedernes Samfund* fra november 2007 indgår, at akutberedskabet skal indrettes, sådan at hjælpen under normale omstændigheder kan være fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112.

Den fremtidige sygehusstruktur hviler på to centrale elementer. For det første en samling af den specialiserede behandling (det "første ben"). For det andet en udbygning af den præhospitale indsats og de nære tilbud (det "andet ben").

Etableringen af den nye sygehusstruktur vil i praksis først ske over en længere årrække, i takt med at de nye eller moderniserede sygehuse færdiggøres. Men det er vigtigt, at arbejdet med den præhospitale indsats går i gang, så der sikres et solidt og klart grundlag for indsatsen, der kan fastholde befolkningens tryghed i takt med at den nye sygehusstruktur gradvist etableres – særligt i områder, hvor samlingen af den specialiserede behandling vil betyde længere afstand til et sygehus.

Det centrale sigtepunkt er, at der i alle egne af landet skabes tryghed for, at befolkningen hurtigt kan komme i relevant behandling. Den præhospitale indsats skal tilbyde hurtig og effektiv transportmulighed og tidlig livreddende indsats. Og nære tilbud til behandling af mindre skader (skadeklinikker/almen praksis) kan være et middel til at afhjælpe ulemper ved større afstande og skabe større tryghed.

Som følge af den tætte sammenhæng mellem de to ben i den nye sygehusstruktur har regeringen fastlagt det som en forudsætning for endeligt statsligt tilsagn til nye sygehusinvesteringer med støtte fra kvalitetsfonden at regionerne udarbejder klare, detaljerede og realistiske planer for, hvordan den præhospitale indsats skal udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver med henblik på, at relevant og kvalificeret behandling kan påbegyndes hurtigst muligt.

Arbejdet er dermed en integreret del af forberedelsen af den nye sygehusstruktur.

I finanslovsaftalen for 2008 fremgår det, at der er enighed om at nedbringe responstiden ved akut tilkald med henblik på, at hjælpen under normale omstændigheder kan være fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112. Det fremgår endvidere, at der nedsættes et udvalg med relevante parter, der nærmere skal vurdere og kortlægge behovet for kapacitetsudvidelsen af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur.

Af økonomaftalen for 2009 fremgår, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Danske Regioner, KL og Sundhedsstyrelsen vil deltage i udvalget. Det fremgår endvidere, at udvalget kan indkalde eksperter til at deltage i dele af udvalgsarbejdet.

I finanslovsaftalen for 2009 er aftalt, at der afsættes 250 mio. kr. fra de resterende 10 mia. kr. til ny sygehusstruktur i kvalitetsfonden til facilitering af løsninger i udkantsområder med store afstande, der udmøntes i forlængelse af udvalgsarbejdet, og som skal understøtte en samlet sygehusstruktur med tryghed til befolkningen. Fokus for støtten skal være facilitering af løsninger på det præhospitale område i udkantsområder med store afstande, herunder organisering af nære tilbud i form af fx skadeklinik/lægehus i eksisterende lokaler. Det fremgår endvidere af finanslovsaftalen for 2009, at der for at øge befolkningens tryghed på bl.a. øer og udkantsområder afsættes 100 mio. kr. fra kvalitetspuljen i 2011 til etablering af en lægehelikopterordning.

På baggrund af en indstilling fra det nedsatte ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer udmøntede regeringen ultimo januar 2009 efter drøftelse med Danske Regioner de første 15 mia.kr. fra kvalitetsfonden til en ny sygehusstruktur. Med de foreløbige tilsagn er optrykt et landkort, hvor hovedkonturerne af en fremtidig sygehusstruktur, med 18 akutsygehuse plus Rigshospitalet samt 3 sygehuse med modificeret akutfunktion, tegner sig.

Udvalget har på den baggrund til opgave nærmere at vurdere og kortlægge behovet for kapacitet og organisering af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur. Udvalget skal tage udgangspunkt i en målsætning om, at hjælpen under normale omstændigheder kan være fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112.

Udgangspunktet ift., hvad der forstås ved hjælp, er en ambulance eller en anden præhospital enhed, som kan give førstehjælp/indlede præhospital behandling indtil en eventuel fornøden ambulance er fremme. Konkret kan præhospitale enheder være fx lægebiler, akutbiler (bemandet med sygeplejersker eller niveau III behandlere (paramedicinere)), hurtigresponsenheder bemandet med niveau III behandler samt omfatte praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og redningsberedskabet.

Udvalget skal ligeledes vurdere, hvordan faciliteringen af løsninger på det præhospitale område i udkantsområder med store afstande samt etablering af en lægehelikopterordning vil indvirke på udmøntningen af målsætningen om, at der under normale omstændigheder skal være hjælp fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112.

Udvalget opstiller principper for faciliteringen af løsninger på det præhospitale område i udkantsområder, herunder scenarier for den geografiske dækning.

Udvalget opstiller ligeledes modeller for etableringen af en lægehelikopterordning.

Udvalget skal på den baggrund:

1. Beskrive den nuværende præhospitale indsats i regionerne – herunder responstider, sygehusstruktur og hvilken præhospital indsats, der tilbydes, samt den indsats, der implementeres i lyset af de netop afholdte udbud vedr. bl.a. ambulanceberedskabet og den planlagte præhospitale indsats i regionerne som led i sygehusinvesteringer og påtænkte strukturændringer.
2. Vurdere, hvordan faciliteringen af løsninger på det præhospitale område i udkantsområder med store afstande samt etablering af en helikopterordning indvirker på udmøntningen af målsætningen om, at der under normale omstændigheder skal være hjælp fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112.
3. Opstille principper for, hvordan faciliteringen af løsninger på det præhospitale område i udkantsområder med store afstande skal ske, fx ved anvendelse af nuværende vagtlægeordning, skadestudier i almen praksis eller ved sygehuse. Herunder opstille scenarier for den geografiske dækning, jf. også placeringen af de fremtidige akutsygehuse.
4. Opstille principper for, hvordan organiseringen af en helikopterordning kan være, og hvordan helikopterordningen kan indgå i det præhospitale beredskab.
5. På baggrund af beskrivelsen og vurderingen i pkt. 1 og 2 sammenholdt med den forventede fremtidige sygehusstruktur vurdere behovet for præhospital indsats, herunder vurdere hvilken hjælp der er behov for, og hvem hjælpen kan ydes af i lyset af, at hjælpen under normale omstændigheder skal være fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112.
6. Opstille samlede scenarier for den fremtidige udvikling i den præhospitale og nære indsats i regionerne, herunder realisering af målsætningen om, at der under normale omstændigheder vil være hjælp fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112.
7. Vurdere de økonomiske konsekvenser af de opstillede scenarier, herunder tage hensyn til muligheder for omprioriteringer i forhold til den nuværende indsats.

Udvalget sammensættes af repræsentanter for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand), Finansministeriet, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd. De faglige repræsentanter inddrages i arbejdet mhp. at bidrage til en sundhedsfaglig vurdering særligt ifht., hvilken hjælp der er behov for, og hvem hjælpen kan ydes af. Udvalget kan i øvrigt inddrage eksperter og organisationer på ad hoc basis, hvor det skønnes relevant.

Udvalget afgiver sin endelige rapport, når der er tilstrækkelig klarhed om den konkrete, fremtidige sygehusstruktur. Udvalget kan afgive delrapporter i det omfang udvalget vurderer, at der er behov herfor.

Bilag B. Medlemmer af udvalget om det præhospitale akutberedskab

- Afdelingschef Vagn Nielsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand)
- Chefkonsulent Søren Varder, Finansministeriet
- Chef for sundhedsplanlægning Lone de Neergaard, Sundhedsstyrelsen
- Chefkonsulent Tina Jørgensen, KL
- Præhospital leder Freddy Lippert, Region Hovedstaden (Danske Regioner)
- Vicedirektør Kjeld Martinussen, Region Midtjylland (Danske Regioner)
- Sundheds- og socialpolitisk direktør Lone Christiansen, Danske Regioner
- Formand Mads Koch Hansen, Lægeforeningen (fra maj 2010)⁴
- Direktør Kirsten Kenneth Larsen, Dansk Sygeplejeråd

Derudover deltager praktiserende læge Peter Magnussen, PLO, som observatør i udvalgets arbejde.

Udvalget sekretariatsbetjenes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

⁴ Lægeforeningen har tidligere været repræsenteret ved:

- Formand Jens Winther Jensen (frem til 1. januar 2010)
- Næstformand Klaus Klausen (1. januar 2010 til maj 2010).

