

STATUS FOR UDVALGET OM DET PRÆHOSPITALE AKUTBERED- SKABS ARBEJDE

Bilag 2. Sundhedsfaglig visitation og rådgivning ved opkald til 112

Udvalget om det præhospitale akutberedskab

November 2010

Indhold

1. Indledning	3
2. Baggrunden for at styrke den sundhedsfaglige rådgivning ved opkald til 112.....	3
3. Beskrivelse af alarmcentralfunktionen	4
4. Vagtcentralerne	5
5. Sundhedsstyrelsens anbefalinger og modeller for sundhedsfaglig rådgivning i alarmeringsfasen.....	8
6. Valg af model for sundhedsfaglig rådgivning i alarmeringsfasen	10
6.1. Regionerne anbefaler samarbejds-/overleveringsmodellen	10
6.2. Arbejdsgruppe om ny 112-model.....	10
6.3. Fremtidig procedure for håndtering af alarmopkald.....	12
6.4. Implementering af modellen.....	13
7. Udvalget om det præhospitale akutberedskabs anbefalinger.....	14

1. Indledning

Borgere, der ringer efter akut hjælp på 112, skal have hurtig og ensartet hjælp af høj kvalitet. Målet er, at akut syge eller tilskadekomne borgere får den rette hjælp på det rette tidspunkt, herunder at patienten så vidt muligt transporteres til det endelige behandlingssted første gang. Det forudsætter et godt samarbejde mellem alarmcentraler, vagtcentraler og andre relevante aktører.

Indenrigs- og sundhedsministeren har bedt udvalget om det præhospitale akutberedskab se på, hvordan den sundhedsfaglige rådgivning i forbindelse med opkald til 112 kan styrkes.

2. Baggrunden for at styrke den sundhedsfaglige rådgivning ved opkald til 112

Sundhedsstyrelsen afgav i juli 2009 en rapport om sundhedsfaglige opgaver i alarmeringsfasen. Heri anbefales det at styrke den sundhedsfaglige kompetence i alarmeringsfasen samt at øge samarbejdet mellem alarmcentralerne og regionerne om den sundhedsfaglige opgaveløsning i alarmeringsfasen (anbefaling 2).

Det konkluderes i rapporten, at det som følge af den stigende kompleksitet og specialisering inden for det præhospitale område, og dermed øgede krav om kendskab til en række forskellige symptomer, diagnoser og særligt kendskab til præhospitale kompetencer, må anses for hensigtsmæssigt at øge den sundhedsfaglige støtte til alarmcentralerne og borgerne i alarmeringsfasen. (Jf. afsnit 5 for en nærmere beskrivelse af rapportens anbefalinger).

I forlængelse af Sundhedsstyrelsens rapport har regionerne og Rigspolitiet drøftet mulighederne for indførelse af en konkret model for håndtering af sundhedsfaglig rådgivning i forbindelse med opkald til 112.

Udvalget om det præhospitale akutberedskab støtter, at der bør ske en øget inddragelse af sundhedsfaglige kompetencer i forbindelse med håndtering af alarmopkald af sundhedsfaglig karakter. Det er 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.

Baggrunden 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 (ambulan- cer, 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.

Da de samlede præhospitale ressourcer er begrænsede og på flere punkter forskellige, gælder det om at disponere den rette ressource straks. 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 have en tryghedsskabende effekt i befolkningen og sandsynligvis bidrage til at øge den patientoplevede kvalitet på det præhospitale område.

3. Beskrivelse af alarmcentralfunktionen

Opkald til 112 går til en af de 8 alarmcentraler i Danmark. I 2006 var der en sundhedsfaglig problemstilling i 84 % af de oprettede sager på politiets alarmcentraler.

Som det har været hidtil, kan politiets alarmcentraler ikke trække på sundhedsfaglig ekspertise. Indsatsen i forhold til kritisk sygdom og tilskadekomst besluttet derfor af alarmoperatøren uden sundhedsfaglig vurdering i det konkrete tilfælde. Politiets alarmcentral foretager således vurderingen af det sundhedsmæssige udrykningsbehov. Disponeringen sker på baggrund af retningslinjer for disponering.

For så vidt angår opkald vedrørende politimæssige opgaver, videresendes disse direkte til politiets egen vagtcentral uden forudgående vurdering eller forsinkelse. Samme procedure følges, for så vidt angår opkald vedrørende brand og redning.

Alarmcentralfunktionen varetages af en af politiets 7 alarmcentraler og i Storkøbenhavn af Københavns Brandvæsen, som hører under Københavns Kommune.

Politiets 7 alarmcentraler er placeret på døgnbetjente hovedpolitistationer spredt rundt i landet: Ålborg, Århus, Viborg, Esbjerg, Odense, Slagelse og Hillerød. Der er tale om et sammenhængende netværk, hvor der automatisk stilles videre til næste alarmcentral, således at opkaldet bliver besvaret indenfor ca. 10 sekunder.

Politiets alarmcentraler er ikke bundet sammen elektronisk med alarmcentralen hos Københavns Brandvæsen. Dog vil der ved mange samtidige opkald til alarmcentralen i Storkøbenhavn ske automatisk viderestilling til en af politiets alarmcentraler.

Alarmcentralerne modtager opkald fra befolkningen til både sundhedsopgaver, politiopgaver og opgaver for redningsberedskabet. Derfor er alarmcentralerne et centralt led for iværksættelsen af hurtig og korrekt alarmering og for en hensigtsmæssig disponering af indsats og dermed også for ressourceanvendelsen. Dette gælder både ved daglige hændelser og ved akutte større beredskabsmæssige hændelser. En korrekt og hurtig modtagelse af alarm, vurdering af hændelse og disponering af de rette ressourcer er af afgørende betydning for den præhospitale indsats og patientforløbet ved akut kritisk sygdom og tilskadekomst.

Alarmcentralerne lokaliserer, kvantificerer og typificerer opkaldet og afgiver det til den tekniske disponering hos beredskabsaktørerne.

Alarmcentralerne videreformidler typisk elektronisk en alarmmelding til vagtcentralen hos den myndighed (sundhedsvæsen, brandvæsen, politi), som skal forestå opgaveløsningen. Beskeden afsendes elektronisk fra alarmcentralen via standardformular med oplysninger om adresse, kontaktelefonnummer, hændelsens karakter m.v.

Regionens præhospitale leder har ansvaret for udarbejdelsen af retningslinjer for disponering af alarmopkaldet, og det er regionen, som fastsætter serviceniveauet for den præhospitale indsats. Den præhospitale leder har ingen formel ledelseskompetence i forhold til politiets håndtering af alarmcentralerne. Samarbejdet mellem den præhospitale leder og politiets alarmcentraler baseres således på samarbejde og aftaler.

Regionerne har i samarbejde udarbejdet en landsdækkende disponeringsvejledning, som skal erstatte de lokale vejledninger. Den landsdækkende vejledning skal gøre det lettere at disponere opkald ved overløb til anden alarmcentral og være med til at opnå samme kvalitet, hensigtsmæssig anvendelse af samtlige præhospitale ressourcer og et godt patientforløb, uanset hvorfra i landet man kalder 112.

På politiets alarmcentraler er alle 112 linjer tilsluttet en "båndoptager" og en tidslog. Når alarmerne er korrekt viderefremmet til den myndighed, som har ansvaret for opgaveløsningen, er politiets opgave løst. Politiet overvåger ikke og har ikke kontakt med de køretøjer, som sendes af sted til ulykkesstedet, bortset fra de tilfælde, hvor alarmopkaldet vedrører politimæssige opgaver.

Politiets alarmcentraler betjenes af erfarne alarmoperatører, som har fået uddannelse i førstehjælp og basal sygdomslære. Ved Københavns Brandvæsen har alarmoperatørerne primært en ambulanceuddannelse med et efterfølgende praktisk virke.

4. Vagtcentralerne

Som det fremgår af afsnit 3, er det alarmcentralerne, som hidtil har varetaget opgavedisponeringen. Den tekniske disponering af ressourcerne har hidtil været varetaget af ambulanceentreprenørernes vagtcentraler. Indtil ikrafttræden af de nye ambulancekontakter efter ambulanceudbuddene i 2008/2009 foregik aktivering af den præhospitale indsats (ambulance, akutbil m.v.) via ambulance-tjenesternes vagtcentraler. Vagtcentralerne forestod også den kommunikationsmæssige kontakt med ambulancer og øvrige køretøjer samt opretholdt kontakt til sygehusvæsenet, 112-centralerne og det lokale politi.

I forbindelse med udbuddene hjemtog alle regioner ejerskabet til vagtcentralfunktionen med henblik på at placere denne sammen med regionens AMK funktion.

Formålet er at sikre en optimal anvendelse af de præhospitale ressourcer.

I den forbindelse planlægges indført gradueret respons, ansættelse af sundhedsfagligt personale på vagtcentralerne og indførelse af en landsdækkende disponeringsvejledning, jf. ovenfor.

Indførelse af gradueret respons

Regionerne er i færd med på landsplan at indføre et landsdækkende koncept for "gradueret respons", sådan at indsatsen opdeles i kategorierne A – D:

- Kørsel A: (udrykningskørsel) til akutte livstruende tilfælde.
- Kørsel B: (ikke udrykningskørsel) til akutte, men ikke direkte livstruende tilfælde.
- Kørsel C: (ikke udrykningskørsel) til ikke-akutte patienter, som kræver observation eller behandling under transport.
- Kørsel D: Ikke behandlingskrævende kørsler, hvor patienten skal ligge ned, men ikke har brug for behandling eller observation.

Kørselskategori A-C hører under ambulanceberedskabet, mens kørsel D er liggende sygetransport.

Formålet med "gradueret respons" er at sikre, at indsatsen i højere grad end i dag målrettes den konkrete skade eller sygdom. Det vil sige, at hårdt kvæstede eller alvorligt syge skal have hjælp af ambulance og eventuelt anden præhospital indsats indenfor kort tid, mens det til gengæld accepteres, at patienter i mindre alvorlige tilfælde venter længere, inden en ambulance når frem. Gradueret respons sigter således på at optimere ressourceudnyttelsen og højne kvaliteten, så det sikres, at alle får kvalificeret hjælp, men at det altid er de mest akutte tilfælde, som får hjælpen hurtigst.

Sundhedsfagligt personale på vagtcentralerne

Alle regioner har vurderet, at det er en forudsætning for at gennemføre gradueret respons, at der tilknyttes sundhedsfagligt personale til vagtcentralerne, fx sygeplejersker eller ambulancebehandlere.

Den planlagte fremtidige organisering med sundhedsfagligt personale på de regionale vagtcentraler og større samarbejde med AMK indeholder ligeledes en række muligheder for at foretage en mere konkret sundhedsfaglig vurdering og prioritering af opgaven fra alarmcentralen.

Det sundhedsfaglige personale på vagtcentralen får således til opgave at sikre en optimal og effektiv anvendelse af de sundhedsfaglige ressourcer i det præhospitale system. I relation til ambulancetjenesten bliver den primære opgave at vælge, hvilken prioritet en opgave skal have (kørsel A, B eller C), samt at bestemme, hvilke konkrete køretøjer (ambulancer, lægebil eller akutbil) der skal sendes til opgaven.

Det er forventningen, at det sundhedsfaglige personale på vagtcentralen kan fungere i et samarbejde med alarmcentralen om de enkelte 112-opkald og dermed kvalificere vurderingen af, hvilken hjælp der er brug for. Det er således forventningen, at sundhedsfaglig rådgivning på vagtcentralen vil sikre en mere effektiv disponering af ambulancer og af de supplerende ordninger.

Det er regionernes ønske, at der ved sundhedsfaglige opkald etableres mulighed for at stille videre til en sundhedsfaglig person på vagtcentralen, hvilket fx vil give mulighed for telefonisk rådgivning til indringer med instruks om førstehjælp.

Samlet AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter) og vagtcentral

Alle regioner planlægger at samle eller har allerede samlet vagtcentralfunktionen og AMK funktionen. AMK varetager den koordinerende rolle for det operative sundhedsberedskab i regionerne. Regionernes plan er at samtænke AMK med de øvrige akutte funktioner på regionernes vagtcentral for derved at samle erfaring og ressourcer i en fælles organisatorisk og fysisk enhed.

Vagtcentralen bliver herefter en nøglefunktion i regionernes akutberedskab, og det er planen at samle en række akutte opgaver i en fælles fysisk og/eller organisatorisk enhed i forbindelse med de fælles regionale vagtcentraler. Opgaverne vil omfatte sundhedsfaglige 112-opkald, rådgivning af borgere, præhospital disponering og koordination af sundhedsberedskab i samarbejde med AMK samt (visse steder) samarbejde med den telefoniske lægevagt.

Regionerne har i fællesskab udarbejdet et elektronisk værktøj til beslutningsstøtte for det sundhedsfaglige personale på vagtcentralerne.

Frem til ibrugtagning af SINE systemet anvendes Falcks EVA 2000 og Roskilde Brandvæsens system fortsat til at disponere bilerne efter.

I det følgende gives en kort beskrivelse af de forskellige regionale vagtcentraler. Der henvises desuden til statussens bilag 1 for en mere detaljeret beskrivelse.

Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har pr. 1. september 2009 etableret egen vagtcentral. Vagtcentralen varetager al ambulancekørsel og liggende sygetransport i regionen, dvs. modtager bestilling, prioriterer og disponerer relevante køretøjer til opgaverne, (både akutte og ikke akutte ambulancekørsler, lægebilkørsel og liggende sygetransporter). Vagtcentralen har et samlet overblik over de præhospitale ressourcer.

Vagtcentralen modtager bestillinger, dels fra 112, dels fra hospitaler og lægevagten. Den er fra april 2010 fysisk placeret i egne lokaler på Herlev Hospital.

Personalet på vagtcentralen udgøres af erfarne tekniske disponenter, hvor hovedparten tidligere har været ansat hos Falck. Vagtcentralens nuværende tekniske disponenter suppleres løbende i 2010 med sundhedsfagligt personale i form af ambulancebehandlere, sygeplejersker og en lægelig backup-funktion.

Region Sjælland

Region Sjælland har pr. 1. februar 2010 etableret en vagtcentral, som drives i et partnerskab med ambulanceleverandørerne (Falck og Roskilde Brandvæsen). Vagtcentralen har et samlet overblik over de præhospitale ressourcer og modtager bestilling, prioriterer og disponerer relevante køretøjer til opgaven.

Vagtcentralen er integreret med den øvrige akutindsats, først og fremmest AMK, og er også fysisk placeret samme sted som AMK, dvs. på Slagelse Sygehus. AMK skal varetage koordineringen mellem den præhospitale indsats og sygehusene og således varetage opgaver i forhold til præhospital disponering, rådgivning og koordinering.

AMK'en bemannes på døgnbasis med sundhedsfagligt personale. Det sundhedsfaglige personale skal indgå i den daglige driftssituation med hensyn til sundhedsfaglig backup til alarmcentral og vagtcentral vedr. prioritering og disponering af ambulancer, sundhedsfaglig disponering af læge- og akutbiler samt sundhedsfaglig backup til kørselskontoret vedr. visitation af planlagte liggende patienttransporter.

Region Syddanmark

Region Syddanmark har pr. 1. september 2009 etableret egen vagtcentral på Odense Universitetshospital. Opgaven vedr. den daglige drift af vagtcentralen, dvs. bemanningen med tekniske disponenter har været i udbud og varetages af personale fra Falck. Der planlægges ansat sundhedsfagligt personale, når der er tilkendegivelse fra Rigspolitiet om, at der kan viderestilles 112 opkald.

Vagtcentralen er en kombineret vagtcentral og AMK med en daglig leder af vagtcentralen og en daglig leder af AMK. Fra vagtcentralen disponeres ambulancer, ikke behandlingskrævende kørsler, akutbiler og lægebiler.

AMK er koblet op til 112 og er desuden elektronisk opkoblet til hospitalsklienter på akutsygehusene i regionen, hvorfor alt kommunikation mellem AMK og sygehusene ved større hændelser foregår elektronisk.

Region Midtjylland

Region Midtjylland har pr. 1. december 2009 etableret en ny AMK-vagtcentral. AMK-vagtcentralen vil fremover prioritere og afsende ambulancerne, både akutte og planlagte, samt akutbiler, lægebiler og andre udrykningsordninger.

AMK-vagtcentralen er en fusion mellem den hidtidige AMK og vagtcentralen, som Region Midtjylland tidligere har haft udliciteret til Falck. AMK-vagtcentralen vil være bemannet med både tekniske kørselsdisponenter og en sundhedsfaglig medarbejder – en erfaren sygeplejerske eller ambulancebehandler – med AMK-lægen som bagvagt.

AMK-vagtcentralen etableres i flere faser. I første fase, som trådte i kraft den 1. december 2009, er der endnu ikke adgang til 112-samtalerne, og der er kun én sundhedsfaglig medarbejder på vagt ad gangen. Opgaven for den sundhedsfaglige medarbejder er således at screene opkald vedrørende ambulancer og liggende befordring og vejlede hospitalspersonale og praktiserende læger, der bestiller ambulancer. Der sker også i et vist omfang kontakt til borgere med henblik på rådgivning ved lang ventetid på ambulance eller anden hjælp.

Region Nordjylland

Region Nordjylland har primo april 2010 etableret egen vagtcentral med sundhedsfagligt personale. Det er hensigten, at alarmcentralen ved sundhedsfaglige opkald stiller opkaldet videre til en sundhedsfaglig visitator på vagtcentralen, hvilket fx vil give mulighed for telefonisk rådgivning til indringer med instruks om førstehjælp.

Den sundhedsfaglige visitator på vagtcentralen får til opgave at sikre en optimal anvendelse af de sundhedsfaglige ressourcer i det præhospitale system. I relation til ambulancetjenesten bliver den primære opgave at vælge, hvilken prioritet en opgave skal have (kørsel A, B eller C), samt at bestemme, hvilke køretøjer (ambulancer, lægebil eller akutbil) der skal sendes til opgaven.

Vagtcentralen er beliggende sammen med regionens AMK-funktion. I fremtiden skal AMK-funktionen – ud over funktionerne i forbindelse med katastrofer – fungere som visitator for alle regionens patienter i det daglige. Hermed kan sikres, at patienterne visiteres til det relevante sygehus med det samme, hvilket kan bidrage til at reducere antallet af overflytninger.

5. Sundhedsstyrelsens anbefalinger og modeller for sundhedsfaglig rådgivning i alarmeringsfasen

Sundhedsstyrelsen nedsatte som opfølgning på akutrappporten fra 2008 en arbejdsgruppe vedr. de sundhedsfaglige opgaver på alarmcentralerne. Arbejdsgruppen afgav i juli 2009 "Rapport om sundhedsfaglige opgaver i alarmeringsfasen".

Arbejdsgruppen havde bl.a. til opgave at beskrive mulige modeller for sundhedsfaglig rådgivning til alarmcentralerne. Arbejdsgruppen har beskrevet kommunikationsveje og snitflader for alarmcentraler og vagtcentraler og på den baggrund vurderet, hvilke mulige værktøjer og modeller der er for sundhedsfaglig støtte i alarmeringsfasen.

Med henvisning til den stigende kompleksitet og specialisering inden for det præhospitale område og dermed øgede krav om kendskab til en række forskellige symptomer, diagnoser og særligt kendskab til præhospitale kompetencer, konkluderer arbejdsgruppen, at det må anses for hensigtsmæssigt at øge den sundhedsfaglige støtte til alarmcentralerne og borgerne i alarmeringsfasen. Formålet er at disponere de præhospitale ressourcer i relation til den enkelte patients konkrete behov i rette tid og på rette niveau. Det er ligeledes vigtigt, at indringer føler sig tryk ved håndteringen af opkaldet. Arbejdsgruppen anbefaler derfor en styrkelse af det sundhedsfaglige kompetenceniveau i alarmeringsfasen.

På den baggrund fremhævede arbejdsgruppen, at følgende 4 modeller kunne overvejes i den fremtidige organisering af sundhedsfaglig rådgivning i alarmeringsfasen:

1. *Hotline til eller backup af sundhedsfagligt personale*, hvor 112-operatøren har brug for supplerende sundhedsfaglig rådgivning af indringer i særlige skadestilfælde med usikkerhed om opkaldets karakter.

En forudsætning for modellen er, at det sundhedsfaglige personale er umiddelbart tilgængeligt og er reserveret til at modtage opkald af denne type fra alarmcentralen.

2. *Tilstedeværelse af sundhedsfagligt personale på alarmcentralen*. Der placeres sundhedsfagligt personale på alarmcentralen som via en konferencetelefonfunktion kan overtage opkaldet ved en primær sundhedsfaglig problemstilling.

Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt at reducere antallet af alarmcentraler, såfremt sundhedsfagligt personale placeres på alarmcentralerne i en tid med mangel på sundhedsfaglige ressourcer.

3. *Samarbejde/overlevering om 112-opkald mellem alarmcentral og regional vagtcentral/AMK*. Der etableres en konferencetelefon, så 112-operatøren kan koble vagtcentralen/AMK på, når opkaldet er af sundhedsfaglig karakter.

Forudsætninger for modellen er, at det sundhedsfaglige personale er tilgængeligt og er reserveret til at koble sig ind på alarmopkaldet. Arbejdsgruppen vurderer, at både opgaven med den sundhedsfaglige visitation af opkaldet og opgaven med den bagvedliggende tekniske disponering er så stor, at det vil være vanskeligt for samme person at forestå begge opgaver. Arbejdsgruppen finder ligeledes, at det af tekniske og praktiske årsager vil være nødvendigt, at der etableres samme løsning for alle regioner.

4. *Viderestilling af alarmopkald til sundhedsfagligt personale til en vagtcentral/AMK.* Vagtcentralen/AMK vil således foretage såvel opgavedisponering af de sundhedsfaglige opkald som den tekniske disponering af køretøjer.

Forudsætningen for modellen er, at det sundhedsfaglige personale er tilgængeligt og er reserveret til at modtage 112 opkaldet. Arbejdsgruppen vurderer, at både opgaven med den sundhedsfaglige visitation af alarmopkaldet og opgaven med den bagvedliggende tekniske disponering er tilstrækkelig stor til, at det vil være vanskeligt for samme person at forestå begge opgaver. Arbejdsgruppen finder ligeledes, at det af tekniske og praktiske årsager vil være nødvendigt, at der etableres samme løsning for alle regioner.

Det forudsættes i de beskrevne modeller, at det sundhedsfaglige personale besidder de relevante kompetencer, og at alarmcentral og vagtcentral har de nødvendige IT faciliteter til håndtering af 112-opkald.

Arbejdsgruppen påpegede, at de forskellige modeller kan indgå i regionernes og alarmcentralernes fremtidige planlægning af øget samarbejde om den sundhedsfaglige opgaveløsning i alarmeringsfasen. Arbejdsgruppen påpegede samtidig, at 112-opkald bør håndteres ens på tværs af landet, bl.a. på grund af overløb mellem alarmcentralerne. Arbejdsgruppen fandt, at det dog kan overvejes at iværksætte et pilotprojekt for en valgt model, inden en landsdækkende ordning implementeres. Endelig blev det understreget, at det ved valg af model er vigtigt at sikre, at alle opgaver omkring håndteringen af opkaldet varetages tilfredsstillende for indringer.

Det fremgår af rapporten, at Danske Regioner og regionerne foretrækker model 3 med samarbejde/overlevering af 112-opkald fra alarmcentral til regional vagtcentral. Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet finder ligeledes denne model hensigtsmæssig.

6. Valg af model for sundhedsfaglig rådgivning i alarmeringsfasen

Det er en forudsætning for styrkelsen af den sundhedsfaglige rådgivning, at der opnås enighed mellem politiet/Justitsministeriet, Københavns Kommune, regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet om en fremtidig model.

De tekniske og personalemæssige forudsætninger for den valgte model skal ligeledes være til stede.

Afhængig af hvilken model man vælger, må vagtcentralerne forventes at have behov for yderligere personale. Særligt model 2-4 fordrer, at der altid er sundhedsfagligt personale til rådighed til at overtage/koble sig ind på opkaldet. I forlængelse af ambulanceudbuddene og regionernes hjemtagning af vagtcentralfunktionen er der skabt mulighed for sundhedsfaglig rådgivning fra regionernes vagtcentraler/AMK.

På samme måde skal det tekniske udstyr være til stede.

6.1. Regionerne anbefaler samarbejds-/overleveringsmodellen

På baggrund af Sundhedsstyrelsens rapport og set i lyset af, at alle regioner planlægger at ansætte sundhedsfagligt personale på deres vagtcentraler, tilsluttede alle regioner sig i november 2009, at der gennemføres en model, hvor den fremtidige håndtering af alarmopkald på det sundhedsfaglige område sker i et samarbejde mellem regionernes vagtcentraler og alarmcentralerne. Modellen svarer indholdsmæssigt til samarbejds-/overleveringsmodellen i Sundhedsstyrelsens rapport (model 3).

Denne model indebærer, at 112-operatøren kobler den relevante regionale vagtcentralers sundhedsfaglige personale ind på samtalen via en konferencetelefon, så snart opkaldet er stedefæstet og identificeret som et opkald vedrørende sygdom eller tilskadekomst. Det er herefter alene den regionale vagtcentral, der foretager den sundhedsfaglige visitation af alarmopkaldet og derved både beslutter, om der skal sendes hjælp, hvilken hastegrad der er tale om, og hvilken type hjælp (ambulance, lægebil, akutbil m.v.) der skal sendes.

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

På baggrund af regionernes beslutning rettede Danske Regioner i december 2009 henvendelse til Rigspolitiet med henblik på at indgå et samarbejde om snarlig indførelse af denne samarbejds-/overleveringsmodel for håndtering af 112-opkald. På denne baggrund besluttede Rigspolitiet og Danske Regioner på et indledende møde i januar 2010 at nedsætte en styregruppe med repræsentanter fra Rigspolitiet, Københavns Brandvæsen og Danske Regioner.

6.2. Arbejdsgruppe om ny 112-model

Styregruppen besluttede i februar 2010 at nedsætte en arbejdsgruppe under ledelse af Rigspolitiet, som med udgangspunkt i samarbejds-/overleveringsmodellen skulle foretage en analyse af de arbejdsgange, der er i alarmeringsfasen og komme med forslag til ensartede landsdækkende procedurer for en klar, sikker og effektiv overlevering af alarmopkaldet fra alarmcentralen til sundhedsfagligt personale på regionernes vagtcentraler.

Arbejdsgruppen skulle endvidere udarbejde forslag til tekniske modeller, der kan understøtte overleveringen af 112-opkald fra alarmcentralerne til regionerne, samt tilvejebringe skøn over omkostningerne forbundet med de nødvendige tekniske tilpasninger.

Arbejdsgruppen afholdte tre møder i løbet af foråret 2010 og overdrog i august 2010 et endeligt udkast til rapport til styregruppen.

Rapportudkastet indeholder blandt andet beskrivelse af

- forudsætningerne for en ændret arbejdsdeling mellem alarmcentral og vagtcentral og den tidsmæssige horisont for implementering af modellen,
- den tekniske løsning, der er nødvendig for at understøtte en ændret arbejdsdeling,
- forslag til hvilke procedurer for alarmopkald, alarmcentraler og vagtcentraler skal følge fremover.

Hovedkonklusionerne i rapporten er følgende:

- Det er muligt at etablere en telefonteknisk løsning på alarmcentralerne, som sikrer, at regionens vagtcentral kan kobles med ind på 112-samtalen, uden at alarmcentralen forinden/samtidig slipper opkaldet. Den telefoniske løsning vil kunne "tale med" alle telefonsystemer.
- Det er af afgørende betydning, at der etableres en ensartet landsdækkende ordning, omfattende alle regionale vagtcentraler og alle alarmcentraler. Alarmopkald skal kunne betjenes fra en vilkårlig af politiets eller Københavns Brandvæsens alarmcentraler, og de regionale vagtcentraler skal ligeledes kunne agere ensartet, uanset hvilken alarmcentral, der har modtaget alarmopkaldet.
- Det er ligeledes afgørende, at regionernes vagtcentraler kan modtage alle sundhedsrelaterede opkald også under de største spidsbelastningssituationer.
- På grund af overløbet af 112-opkald mellem de enkelte alarmcentraler er det en forudsætning for implementering af modellen, at alle regioner er klar samtidig til at overtage denne opgave.
- Arbejdsgruppen har konstateret, at der vil være mulighed for en prøveperiode, hvor de nye arbejdsgange for alarmeringsfasen og de tekniske løsninger hertil afprøves på én alarmcentral og én regional vagtcentral.
- Det er vigtigt, at der fremover iværksættes fælles uddannelse og/eller øvelser for alarmcentralerne og vagtcentralernes personale for at sikre den bedst mulige overgang til den nye løsning og for det fremtidige samarbejde.
- Arbejdsgruppen konstaterer, at det vil være en mulighed at indbygge i den kommende IT-løsning til regionernes vagtcentraler, at 112-opkald routes videre fra én regional vagtcentral til en anden, såfremt den første vagtcentral er optaget, i lighed med politiets nuværende overløbsløsning.
- Indtil da er arbejdsgruppen enige om, at *mange* samtidige alarmkald til en regions vagtcentral håndteres ved, at en teknisk disponent tager imod opkaldet, såfremt der ikke er en sundhedsfaglig disponent ledig. Såfremt der heller ikke er en teknisk disponent ledig, og alarmcentralen derfor ikke kan få telefonisk kontakt til vagtcentralen, skal alarmoperatøren ikke fastholde indringeren, men sende opgaven elektronisk til vagtcentralen med teksten "Ingen kontakt med vagtcentralen". Endvidere skal borgeren meddeles, at der er rekvireret en ambulance.

- Arbejdsgruppen vurderer, at alle regioner vil kunne være klar til at modtage de sundhedsfagligt relaterede alarmopkald fra alarmcentralerne ca. 6 måneder efter, at der er truffet endelig politisk beslutning om iværksættelse af modellen i de enkelte regioner.
- Der er forskellige retningslinjer for, hvordan alarmcentraloperatører og sundhedspersoner skal agere i forbindelse med oplysninger om f.eks. kriminalitet. Arbejdsgruppen har således konstateret, at samarbejds-/overleveringsmodellen, herunder særligt spørgsmålet om, hvor længe alarmcentralen kan lytte med på alarmopkaldet, efter at det er overdraget til den regionale vagtcentral, afføder en særlig problemstilling vedrørende sundhedspersonalets særlige tavshedspligt overfor politiets pligt til efterforskning af eventuelle forbrydelser. Arbejdsgruppen er ikke nået til enighed om en hensigtsmæssig løsning men finder, at der er behov for en nærmere juridisk vurdering af problemstillingen.

6.3. Fremtidig procedure for håndtering af alarmopkald

Arbejdsgruppen anbefaler en model, hvor alarmopkald fortsat går ind til en alarmcentral. Så snart alarmcentralen har stedfæstet opkaldet og identificeret det som et opkald vedrørende sygdom eller tilskadekomst, ringer alarmcentralen op til den relevante regionale vagtcentral, som dermed kobles ind på samtalen sammen med alarmcentralen.

Vagtcentralen overtager det sundhedsfaglige ansvar hurtigst muligt efter at være koblet ind på samtalen med indringer. Ansvaret overgår således, når alarmcentraloperatøren har givet indringer besked om, at samtalen overdrages til en sundhedsperson på regionens vagtcentral.

Det er vigtigt, at vagtcentralens personale tidligst muligt får påbegyndt samtalen med indringeren om tilstanden for dermed hurtigt at kunne vurdere behovet for rette præhospital respons, dog med respekt for, at alarmoperatøren skal have fuldstændige oplysninger om adressen samt have mulighed for at vurdere, hvorvidt der skal tilkaldes andre beredskaber.

På vagtcentralen vil det være sundhedsfagligt personale (sundhedsfaglige disponenter) med relevant baggrund (fx sygeplejerske eller ambulancebehandler) eller eventuelt tekniske disponenter under sundhedsfaglig ledelse, som modtager opkaldene og står for den videre kontakt til indringer. Vagtcentralen spørger herefter ind til det skete med henblik på at vurdere, hvilken hjælp der er behov for samt hastegraden heraf. Endvidere kan indringeren få råd og vejledning i eksempelvis at yde førstehjælp, mens hjælpen er på vej. Vagtcentralens sundhedsfaglige personale arbejder under Sundhedsloven.

Så snart den sundhedsfaglige disponenter har truffet beslutning om, hvilken hjælp der skal sendes, beslutter en teknisk disponenter på vagtcentralen, præcist hvilke(n) præhospital(e) ressource(r) der skal sendes til opgaven.

Samtidig med at alarmcentralen inddrager vagtcentralen i samtalen, sendes – som i dag – en elektronisk melding fra alarmcentralen til vagtcentralen om det modtagne alarmopkald, således at der er sikkerhed for, at vagtcentralen modtager besked om alle alarmopkald, også selv om der måtte opstå problemer med at komme igennem telefonisk fra alarmcentralen til vagtcentralen.

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.

6.4. Implementering af modellen

Styregruppen har på baggrund af arbejdsgruppens rapport drøftet den nærmere implementering af den anbefalede model. Det er en forudsætning for modellen, at der gennemføres ændringer i telefonsystemet på alarmcentralerne, således at regionernes vagtcentraler kan kobles med ind på samtalen, uden at kontakten til indringer mistes. Det er endvidere nødvendigt at ændre i det it-system, som alarmcentraloperatørerne benytter, idet en række af de procedurer m.v., som alarmoperatøren gennemfører i dag, fremover vil foregå på regionernes vagtcentraler. Det er aftalt i styregruppen, at disse ændringer og tilpasninger sættes i værk snarest, og det forventes, at ændringerne senest er gennemført i løbet af januar 2011.

Det er endvidere aftalt i styregruppen, at den nye model skal afprøves mellem en alarmcentral og en vagtcentral, inden den sættes i drift i hele landet. Det er planen, at denne pilottest skal foregå fra 1. februar 2011, når de tekniske ændringer i alarmcentralernes telefonsystemer og IT-systemer er gennemført.

Personalemæssigt set forudsætter samarbejds-/overleveringsmodellen, at regionerne ansætter sundhedsfagligt personale i tilstrækkeligt omfang på vagtcentralerne, samt at dette personale bliver uddannet til opgaven. Regionerne vurderer på baggrund af data fra Rigspolitiet, at der vil være følgende fordeling på regioner af alarmopkald:

	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Antal 112 opkald	67.000	26.000	52.000	46.000	100.000

Der skønnes en norm for modtagelse af 112-opkald årligt på ca. 2.500 opkald per sundhedsfaglig medarbejder (årsværk).

Regionerne vurderer endvidere, at de sundhedsfaglige medarbejdere bør uddannes 6-8 uger umiddelbart inden opstarten af den sundhedsfaglig visitation af 112-opkald, og regionerne har iværksat udarbejdelse af et fælles uddannelsesforløb for de kommende sundhedsfaglige medarbejdere på vagtcentralerne.

Endvidere vil der på nogle vagtcentraler være behov for bygningsmæssige ændringer for at skabe plads til den personalemæssige udvidelse. Herudover skal der på vagtcentralerne blandt andet etableres telefonsystemer, som kan håndtere mange samtidige opkald fra alarmcentralerne uden ventetid.

Det vurderes på den baggrund, at alle regioner vil kunne være klar til at modtage de sundhedsfagligt relaterede alarmopkald fra alarmcentralerne seks måneder efter, at der er truffet formel beslutning hos de relevante parter om iværksættelse af modellen.

Styregruppen har således besluttet, at den nye samarbejdsmodel - under forudsætning af en succesfuld pilotfase - planlægges idriftsat i hele landet i april 2011.

7. Udvalget om det præhospitale akutberedskabs anbefalinger

Udgangspunktet for udvalgets anbefalinger om sundhedsfaglig rådgivning ved opkald til 112 er Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2009 i rapport om sundhedsfaglige opgaver i alarmeringsfasen.

Udvalget konstaterer, at der er enighed mellem regionerne og Rigspolitiet om at styrke den sundhedsfaglige rådgivning ved opkald til 112 i form af samarbejds-/overleveringsmodellen, samt at der arbejdes på at få ensartede landsdækkende procedurer.

Udvalget støtter, at der bør ske en øget inddragelse af sundhedsfaglige kompetencer i forbindelse med håndtering af alarmopkald af sundhedsfaglig karakter, idet udvalget er enige i, at det er 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.

Udvalget ser en række fordele ved den valgte model. Set i lyset af den stigende kompleksitet og dynamik på det præhospitale område vil et samarbejde mellem alarmcentralerne og de regionale vagtcentraler om 112-opkald med en sundhedsfaglig karakter kunne bidrage til en mere præcis afdækning af behandlingsbehov og hastegrad og dermed skabe grundlag for en bedre visitation og disponering af de præhospitale ressourcer. Til gavn for både borgere og sundhedsvæsen.

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

På den baggrund anbefaler udvalget ligeledes samarbejds-/overleveringsmodellen og støtter den aftalte plan for gennemførelse af den valgte model.

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.