

Den præhospitale indsats er meget mere end blå blink

Den præhospitale indsats er både afhængig af et tæt samarbejde med akutsygehuset og det specialiserede sygehusvæsen samt med kommuner og almen praksis. Det tætte samarbejde med akutsygehuset og de specialiserede funktioner er afgørende for at sikre hurtig opstart af den rigtige behandling ved tidskriske tilstande. I takt med at de præhospitale patienter bliver ældre og har flere kroniske sygdomme bliver et tæt samarbejde med kommuner og almen praksis samt lægevagt kun vigtigere. Der er derfor behov for både at sikre samarbejde på tværs af landet og i det nære sundhedsvæsen om den præhospitale indsats.

Den præhospitale indsats

Hver dag kommer borgere i Danmark til skade eller bliver akut syge – men det er langt fra alle, der har brug for en præhospital indsats. Hvem der yder hjælpen vil være afhængig af situationen og behovet, og det kan både være relevant med indsatser i almen praksis eller lægevagten eller det kommunale sundhedsvæsen – fx det kommunale akutteam.

Ordet præ-hospital refererer til, at der er tale om en indsats, som sker før patienten kommer til hospitalet, men i mange tilfælde vil den præhospitale indsats forebygge hospitalskontakt. Den præhospitale kerneopgave er kendetegnet ved, at der er tale om en tidskritisk sundhedsfaglig indsats for borgere, der er blevet akut kritisk syge eller kommet alvorligt til skade, og hvor der som udgangspunkt vurderes at være behov for en hospitalsindsats. Populært sagt tæller man den præhospitale indsats i minutter, mens man for eksempel i den akutte kommunale sundhedsindsats – hvor der som udgangspunkt ikke vurderes at være behov for en hospitalsindsats – tæller i timer.¹

¹ Når man taler om akut i den kommunale sundhedsindsats, er der tale om opgaver som skal varetages inden for få timer. Jf. [Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner - Sundhedsstyrelsen](#) varetages i kommunale akutfunktioner både akutte (indenfor få timer) og subakutte indsatser (indenfor et døgn).

Fra transportordning til integreret akutindsats

Før i tiden mindede det præhospitale område mest om en transportordning, hvor man ringede og bestilte en ambulance, som så kom og kørte folk til nærmeste hospital – uanset hvilken behandling de havde brug for.

Sundhedsstyrelsens akutanbefalinger fra 2007 var sammen med investeringer i nye sygehusbyggerier med til at halvere antallet af sygehuse, der modtager akutte patienter, og samle de specialiserede behandlinger på færre steder med det formål at øge kvaliteten. Samtidig satte akutanbefalingerne rammen for regionernes udvikling af den præhospitale indsats, hvor bedre uddannelse af ambulancepersonale, anskaffelse af akutbiler med læger og paramedicinere samt akutlægeheliokoptere gør, at afstanden fra hospitalerne får mindre betydning, fordi patienterne hurtigt får behandling allerede ude på skadestedet.

I dag er regionerne godt på vej til at binde hele det akutte sundhedsvæsen sammen i én sammenhængende præhospital kæde, hvor borgere i hele landet har adgang til den specifikke hjælp, som de har brug for; uanset om det handler om den alvorligt sårede patient, som skal flyves fra den jyske vestkyst til traumecenteret på Aarhus Universitetshospital, eller det er den ældre dehydrerede medborger, som viser sig bedst at kunne blive behandlet i eget hjem i et samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje. Dette ligger i tråd med Sundhedsstyrelsens seneste akutanbefalinger fra 2018, hvor fokus er på den samlede akutte indsats, uanset om indsatsen leveres i det primære sundhedsvæsen eller sygehusvæsenet.

Den præhospitale indsats i dag

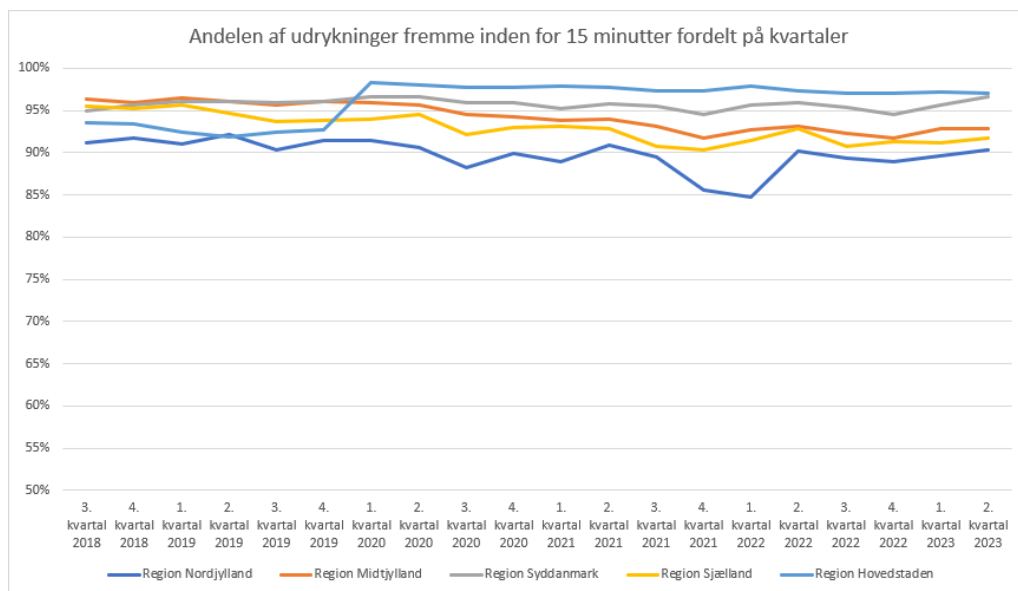
Ambulancer, akutlægeheliokoptere og akutbiler med læger eller paramedicinere har gjort Danmark internationalt førende, når det kommer til at skabe en sammenhængende og hurtig livreddende indsats. Samtidig sikrer de sundhedsfaglige visitatorer på regionernes vagtcentraler, at der sendes den rette hjælp og vejleder borgerne i at give førstehjælp, indtil det professionelle præhospitale beredskab når frem. Det professionelle beredskab suppleres af en stærk frivillig organisering bl.a. i form af langt over 100.000 hjerteløbere, der er med til at sikre hurtig hjælp ved hjertestop. Det har været medvirkende til, at chancen for at overleve et hjertestop uden for hospitalet er forbedret mere end tre en halv gang de seneste 20 år.

Responstider er vigtige for befolkningens tryghed – og for visse tilstande så som hjertestop er den første hurtige hjælp på stedet afgørende. For andre tidskritiske tilstande er det tiden til opstart af den rigtige behandling, som er afgørende. Eksempelvis betyder diagnostik af blodpropper i hjertet i eget hjem eller i ambulancen, at patienten bliver transporteret direkte til et af landet fire højtspecialiserede hjertecentre for at få foretaget en akut ballonudvidelse i stedet for at skulle en omvej om det nærmeste akuthospital.

Samtidig er kommunikationen mellem ambulancer og hospitaler styrket via it-udstyr, der sender oplysninger om den tilskadekomnes tilstand direkte til hospitalerne. Det giver læger og sygeplejersker mulighed for at starte den rette behandling, så snart ambulancen ruller ind.

Om responstider

9 ud af 10 udrykninger er fremme i løbet af højst 15 minutter i alle regioner. På trods af en vedvarende aktivitetsstigning er det lykket regionerne at holde dette på et stabilt niveau i al den tid, hvor responstiderne er blevet opgjort fællesregionalt (siden 3. kvartal 2018). Antallet af sundhedsrelaterede 112-opkald er steget med knap 14 procent fra 1. kvartal i 2018 til 1. kvartal i 2022 (baseret på regionernes egne opgørelser). Dermed fortsætter den vedvarende stigning i opkald. Fra 2007 til 2014 skete en stigning på 65 procent. Stor stigning i antallet af ambulancekørsler (sundhedspolitisktidsskrift.dk)



Responstiderne er opgjort så de viser, hvor stor en andel af udrykninger, der var fremme på skadestedet inden for 15 minutter efter, at AMK-vagtcentralen sendte den.

Responstiderne i Danmark er generelt hurtigere end i de øvrige skandinaviske lande, som det fremgår af nedenstående figur.²

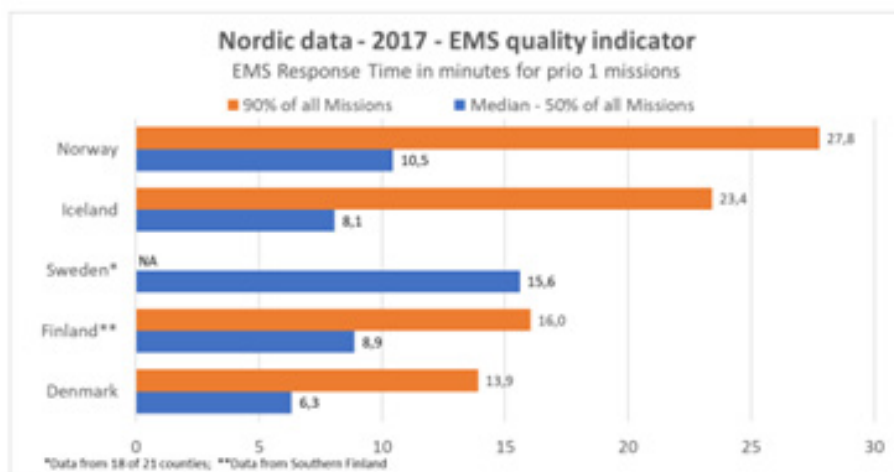


Figure 4.8: EMS prehospital response time

2 [The Nordic Emergency Medical Services Benchmarking Report 2014-2018.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#): side 33

Når man zoomer længere ned geografisk i Danmark, er der imidlertid en klar sammenhæng mellem responstid og befolkningstæthed. Dette gør sig ikke kun gældende på det præhospitale område. Politikredsens forskellige responstider viser, at geografien er den afgørende variabel – ikke om der er tale om en regional eller national styring af området.³

Jo længere der er mellem husene, desto flere ambulancer er der brug for pr. indbygger til at sikre hurtig respons. For at sikre hurtige responstider i hele Danmark, har regionerne allerede i dag proportionelt flere ambulancer pr. indbygger i tyndt befolkede områder. Det er imidlertid ikke muligt at sikre helt ens responstider i hele landet. En undersøgelse har vist, at en regionens beredskab næsten skulle fordobles, hvis 98 % af alle udrykninger skulle være fremme inden for 15 minutter. Det er de sidste marginaler, der er de dyreste, fordi de ekstra ambulancer vil blive brugt sjældnere. Da der i forvejen er rekrutteringsudfordringer, vil det heller ikke være muligt at finde personale til det. Et akutudvalg nedsat af en tidligere regering har tidligere peget på, at hvis vi sender endnu flere ambulancer ud de i tyndt befolkede områder, vil det også gå ud over personalets muligheder for at opretholde deres faglige kompetencer, fordi aktiviteten vil være så lav.

Udviklingen i den præhospitale aktivitet

Antallet af 112-opkald og akutte kørsler er historisk kun gået op. Flere studier peger på, at der i de seneste år er sket fald i antallet af kørsler på baggrund af tilskadekomst og en stigning på grund af akut forværring af kronisk sygdom samt uspecifikke diagnoser. Derudover ses det, at de præhospitale patienter er blevet ældre og har flere kroniske sygdomme end tidligere.

112 opkald og andre præhospitale opgaver omfatter et bredt spektrum af alvorlighedsgrader, og kvalitet i den præhospitale indsats handler om mere end bare hastighed. Der er vigtigt at forstå, at et ensidigt fokus på responstider risikerer at fjerne fokus fra andre meget væsentlige faktorer af betydning for patienternes prognose som fx tidlig diagnostik, sundhedsfaglig visitation og samarbejde og optimering af arbejdsdeling på tværs af hospitaler og kommuner.

Synergier i det nære sundhedsvæsen og på tværs af landet

Hver dag løser kommuner, almen praksis og hospitaler akutte sundhedsopgaver, som har snitflader til den præhospitale indsats. I takt med at sundhedsvæsenet tilbyder behandling af stadig flere tilstande hos stadig flere ældre og multisyge borgere, er der behov for en vedvarende udvikling af samarbejdet mellem den præhospitale indsats, hospitaler, almen medicinske tilbud (almen praksis og lægevagt) og kommuner for at sikre, at de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet bruges bedst muligt. De synergier som ligger i dette samarbejde kan bedst realiseres i et afgrænset område fx i en region og i et tæt samarbejde mellem aktørerne i det nære sundhedsvæsen.

³ Politiets responstid varierer mellem politikredsenes fra 7 minutter og 47 sekunder i Sydøstjylland til 11 minutter og sekunder i Midt- og Vestjylland i gennemsnit. Det svarer til, at politiet i gennemsnit er 42 procent længere tid om at rykke ud i Midt- og Vestjylland.

Synergier i den fællesregionale koordinering og samarbejde

Der er mange opgaver på det præhospitale, hvor der er synergi og stordriftsfordele ved fælles-regional/national koordinering. Derfor har regionerne etableret formelle samarbejder omkring:

- Én fællesregional akutlægehelikopterordning⁴
- Én fællesregional præhospital patientjournal (PPJ)
- Én fællesregional uddannelse for sundhedsfaglige visitatorer og et fælles visitationsværktøj, Dansk Index
- Én fællesregional præhospital kvalitetsdatabase i regi af regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram, RKKP.

Desuden er der en landsdækkende hjerteløberordning og hjertestarternetværk, som er integreret i regionernes vagtcentralssystemer.

Det bliver løbende vurderet, om der er opgaver, der med fordel kan placeres i én region, som så varetager opgaven på vegne af samtlige regioner.

Fælles kapacitetsudnyttelse og robusthed

Der er også synergier at hente i at udnytte den samlede præhospitale kapacitet på tværs af regionsgrænser. Regionerne har derfor et formaliseret samarbejde om at bruge hinandens præhospitale beredskaber for at sikre hurtigst mulig respons til borgerne og en effektiv ressourceudnyttelse på landsplan. For at understøtte samarbejdet har regionerne indkøbt og er ved at implementere en fælles it-plattform, som vil gøre det muligt for de fem vagtcentraler at se akutberedskaber i andre regioner og udveksle opgaver. Den fælles it-understøttelse vil bl.a. kunne sikre en mere effektiv anvendelse af ambulancer langs regionsgrænserne. Desuden vil den kunne effektivisere regionernes eksisterende samarbejde om at udnytte ambulancer, der er blevet ledige, efter at de har kørt en patient til et sygehus i en anden region. Med den fælles it-plattform vil der også blive lagt en vigtig grundsten for, at regionernes vagtcentraler vil blive i stand til effektivt at kunne hjælpe hinanden med at håndtere 112-opkald i spidsbelastningssituationer i et nyt 112-system, som Rigspolitiet er i gang med at anskaffe.

Synergier i det nære sundhedsvæsen

Der er mange opgaver, hvor synergierne ligger internt i regionen i samarbejde med hospitaler, lægevagt, kommuner om at sikre, at de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet bruges bedst muligt fx for at undgå unødige akutte indlæggelser og genindlæggelser. En økonomisk og organisatorisk sammenkobling mellem det præhospitale område og resten af det regionale sundhedsvæsen understøtter en samlet prioritering af såvel de økonomiske som personale-mæssige ressourcer.

⁴ *Fællesregional akutlægehelikopterordning*
Den fællesregionale akutlægehelikopterordning består af 4 akutlægehelikoptere som indgår i ét samlet tværregionalt præhospitalt beredskab og fremgår som fælles ressourcer i de fem regionale AMK-vagtcentralers disponeringssystemer. Herfra kan helikopterne disponeres til alle dele af landet, når der er behov herfor. Regionerne har i regi af Den Landsdækkende Akutlægehelikopterordning aftalt én fælles visitations- og disponeringsretningslinje, som ligger online tilgængelig på helikopterordningens hjemmeside [Brev \(akutlaegehelikopter.dk\)](#)

Desuden er der i regionerne lokale ordninger – der supplerer den professionelle præhospitale indsats – og sikrer hurtig hjælp særligt i tyndt befolkede områder bl.a. i samarbejde med frivillige samt kommunale beredskaber og privatpraktiserende speciallæger.

Tilsvarende er der behov for regional forankring for at sikre, at den præhospitale indsats tilrettelægges, så den tager et nødvendigt hensyn til lokale rekrutteringsmuligheder og den lokale demografi og geografi fx befolkningstæthed, infrastruktur og kørselsafstande samt den regionale hospitalsstruktur.