



NOTAT

14-09-2022

EMN-2022-01125

1574916

Robert Ladefoged

Regionernes erfaring med fremskudt visitation og liggende sygetransport

Den nationale Taskforce for et robust og trygt 112-akutsystem offentliggjorde sin af-rapportering i juni 2022. I Taskforcens anbefaling 15 indgår det, at regionerne finder det relevant, at der sker en erfaringsopsamling på tværs af regionerne om brugen af liggende sygetransporter og fremskudt visitation, inden regeringen udmønter de 5-10 nye beredskaber, som indgår i Sundhedsreformen fra maj 2022. Erfaringerne skal understøtte, at der i udmøntningen tages højde for de nuværende rekrutteringsudfor-dringer og den strategiske udvikling, som det præhospitale område er inde i.

Sekretariatet i Danske Regioner har på den baggrund anmodet regionerne om at be-skrive deres erfaringer med fremskudt visitation og strategisk brug af liggende syge-transporter for at aflaste ambulancerne i forhold til transport af ikke behandlingskræ-vende liggende patienter. I dette notat opsummeres regionernes erfaringer.

Anvendelse af fremskudt visitation samt styrkelse af visitationen, der skal aflaste am-bulancerne, er et udviklingsområde i regionerne. Igangsatte tiltag evalueres og tilpas-ses derfor løbende, og de erfaringer, der præsenteres i det følgende, baserer sig derfor også på en begrænset periode.

Erfaringer med fremskudt visitation

Tidligere var ambulancer – firkantet sagt – en transportordning fra skadested til hos-pital. Samtidig med at antallet af ambulancekørsler vedbliver med at stige, kommer der flere ældre, et stigende antal kronikere og flere multisyge. Det stiller nye krav til det præhospitale setup – og dets samarbejde med resten af det akutte sundhedsvæ-sen – for at sikre det rette tilbud til patienterne og undgå unødvendige indlæggelser.

Borgere som ringer 1-1-2 har altid brug for hjælp. Men en akut indlæggelse på et hos-pital er langt fra altid den optimale løsning for patienter, som ikke har brug for akut specialiseret behandling. På landsplan er det 19 procent af alle sundhedsrelaterede

112-hændelser, der afsluttes i telefonen.¹ Men der er flere tilfælde, hvor det er svært at vurdere over telefonen, hvilken hjælp der er brug for, og hvor man derfor af hensyn til patientsikkerheden risikere overtriage. Regionerne arbejder på at styrke visitationen bl.a. ved hjælp af video, men det er i mange tilfælde nødvendigt med den direkte patientkontakt for at kunne nedtriagere de tilfælde, som er svære at vurdere telefonisk.

Regionerne arbejder derfor løbende med at styrke visitationen ude hos borgerne, så de får den mest relevante hjælp og ambulanceberedskabet og akutmodtagelserne samtidig aflastes. Regionernes erfaringer er, at mange kan hjælpes i eget hjem – måske med et besøg hos egen læge næste dag eller opfølgning fra et kommunalt akutteam. På landsplan afsluttes omkring hver sjette patient på skadestedet.²

Coronapandemien har været en katalysator for arbejdet. Men set i lyset af den vedvarende aktivitetsstigning, den demografiske udvikling med flere ældre og mangel på sundhedspersonale, er der behov for at fortsætte arbejdet. På den baggrund har taskeforcen for et robust og trygt 112-akutsystem anbefalet, at regionerne fortsætter deres arbejde med at udvikle brugen af fremskudt visitation med henblik på at undgå unødige indlæggelser.

I regionerne arbejder man både med at indsætte dedikerede enheder til at varetage fremskudt visitation hos patienten og med at styrke den fremskudte visitation i de eksisterende ambulancer og akutbiler.

Dedikerede visitationsenheder

De dedikerede enheder består af en paramediciner i en akutbil, der kører ud og vurderer patienter, som fra regionens vagtcentral er visiteret til en akut ambulance uden udrykning (B-kørsel). Bilerne er fuldt medicinsk udstyret, så paramedicineren kan yde akut behandling af borgeren, hvis det findes nødvendigt. De dedikerede enheder er ikke et fuldstændig ens koncept på tværs af regionerne. Fx har man Region Sjælland suppleret udstyret i flere af enhederne med laboratorieudstyr (POCT).

De dedikerede enheder har vist lovende resultater i forhold til forebyggelse af unødvendige indlæggelser og bedre visitation. Således visiteres en væsentlig andel af patienterne til egen omsorg (afsluttes på stedet), egen transport eller siddende eller liggende sygetransport. Evalueringen af et pilotprojekt i Region Hovedstaden har vist, at kun 20 procent blev visiteret til ambulance. Dermed frigives flere ambulancer til de opgaver, der er livs- eller førlighedstruende.

¹ 1-1-2 hændelser, der afsluttes pr. telefon er 1-1-2 hændelser som får en E/F respons. Andelen beregnes som antal 1-1-2 hændelser, der afsluttes pr. telefon ud af alle 1-1-2 hændelser. I 2020 og første halvår af 2021 drejede det sig om 19 procent af 112-hændelserne. På landsplan er der sket en mindre stigning fra 2019 (og 2018), hvor det drejede sig om 18 procent.

² Jf. [Præhospitalsdatabasen - sundhed.dk](https://prae-hospitalsdatabasen.sundhed.dk) årsrapporten fra 2020.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at erfaringerne tyder på, at dedikerede visitationsenheder kræver enten vis befolkningstæthed eller en tværsektoriel samarbejdsflade for at være effektive i et samlet driftsperspektiv. I den forbindelse er det relevant at nævne, at Region Sjælland i forbindelse med etableringen af ny lægevagt har gennemført forsøg med visitationsenheder i et samarbejde med akutmodtagelser, praktiserende- og vagtlæge, det præhospitale og [eHospitalet - Region Sjælland \(region-sjaelland.dk\)](https://www.ehospitalet-region-sjaelland.dk). Tilsvarende er der i de øvrige regioner en række initiativer i gang i forhold til at udvikle det præhospitales rolle i det sammenhængende og nære sundhedsvæsen.

Fremskudt visitation i de eksisterende ambulancer og akutbiler

Der er i løbet af Corona pandemien opnået gode erfaringer med at bruge såvel eksisterende ambulancer som akutbiler med paramedicinere til fremskudt visitation. For eksempel har Region Nordjylland lavet en sundhedsøkonomisk evaluering af deres brug af eksisterende akutbiler med paramedicinere til fremskudt visitation. Evalueringen viser, at der er et besparelsespotentiale, og at det ikke medførte en øget risiko for akutte indlæggelser, når patienten afsluttes på stedet sammenlignet med vanlig praksis, hvor en ambulance disponeres.

Der arbejdes også i regionerne på at styrke den lægefaglige understøttelse af det præhospitale personales visitation ude hos borgerne. For eksempel arbejder Region Syddanmark på, at ambulancepersonalet skal konferere med akutmodtagelserne om at finde bedre løsninger, når ambulancen kommer ud til patienter, der ikke oplagt skal indlægges.

Erfaringer med strategisk brug af liggende sygetransport til at aflaste ambulanceberedskabet

Regionerne og deres eksterne leverandører oplever i dag mangel på ambulancepersonale. I efteråret 2021 var der på landsplan lidt over 200 vakante stillinger som ambulancebehandlere eller paramedicinere. Det viste en opgørelse i forbindelse med et Folketingsspørgsmål.³ Selvom regionerne har øget deres optag af elever, må der også de kommende år forventes mangel på ambulancepersonale;⁴ ikke mindst set i lyset af den vedvarende aktivitetsstigning i antallet af 112 opkald. Således steg antallet af opkald med knap 14 procent fra 1. kvartal i 2018 til 1. kvartal i 2022.

³ I forbindelse med besvarelsen af spørgsmålet har regionerne indhentet data internt og hos de eksterne leverandører, som primært varetager ambulancedriften i regionerne. Der gøres opmærksom på, at opgørelserne ikke er sket på samme dato, og at der ikke er data med fra to mindre eksterne leverandører (jf. besvarelsen af spørgsmål nr.116 (Alm. del)).

⁴ Der er i lovgivningen fastsat krav til ambulancernes bemanning i form af uddannet ambulancepersonale (minimum en ambulancebehandler og en ambulanceassistent). Uddannet ambulancepersonale er en begrænset ressource, da ambulancepersonale stort set kun anvendes i ambulanceberedskab og regionernes akutlægebiler, og det er kun i begrænset omfang muligt at rekruttere (tidligere) ambulancepersonale fra andre brancher. Uddannelsen varer 4 år og 7 måneder inklusiv 1 års grundforløb.

Manglen på uddannet ambulancepersonale gør det vanskeligt at bemane eksisterende ambulancer og ikke mindst indsætte ekstra ambulancer. Som et af flere svar på de tiltagende kapacitetsudfordringer på ambulancesiden har regionerne opjusteret antallet af liggende sygetransporter for at forøge kapaciteten på transport af liggende patienter. For eksempel har Region Hovedstaden implementeret liggende sygetransporter om natten.

Personalet der bemander liggende sygetransporter skal enten have gennemført et kursus af minimum 20 dage, eller skal have været ansat i ambulancetjenesten.⁵ Det betyder, at der ikke er samme adgangsbarriere til arbejdsmarkedet for liggende sygetransport som til ambulancearbejdsmarkedet, hvor der i lovgivningen er fastsat krav til ambulancernes bemanning i form af uddannet ambulancepersonale. Ambulancebehandlerruddannelsen varer 4 år og 7 måneder.

Ved at de liggende sygetransporter overtager flere kørsler – med ikke behandlingskrævende liggende patienter – fra ambulancerne, frigives flere ambulancer til de opgaver, der er livs- eller førlighedstruende. De ekstra enheder til liggende sygetransport medvirker desuden til at sikre, at ikke behandlingskrævende patienter får kortere ventetid til deres liggende transport, og at hospitalerne hurtigere kan få frigivet sengekapacitet.

Flere regioner har gode erfaringer med at køre med ilt i den liggende sygetransport under nogle kontrollerede forhold og indikationer. Dette har fx været tilfældet i flere år i Region Hovedstaden og har været medvirkende til at flytte flere C kørsler til D kørsler.

Liggende sygetransporter kan som udgangspunkt kun køre med patienter, som ikke er behandlingskrævende (visiteret til hastegrad D), hvorimod ambulancer kan sendes til alle hastegrader. Det betyder, at der skal være tilstrækkeligt med D-kørsler i en given geografi og tidsrum for at udnytte driftstiden på liggende sygetransporter optimalt. På landsplan er 24 procent af alle præhospitale kørsler hastegrad D.

Sideløbende med indsættelsen af ekstra liggende sygetransporter, har man i regionerne arbejdet med at styrke visitationen i vagtcentralen for at understøtte, at der i højere grad sendes en liggende sygetransport, hvis der ikke vurderes at være behov for en ambulance. For eksempel er visitationen i Region Hovedstaden styrket ved, at operatørerne i højere grad drøfter behovet for ambulancekørsel med kolleger, vagtleder, bagvagt eller AMK-læge for at mindske usikkerheden om det rette respons. Det har medført en nedgang i antallet af ambulancekørsler og en stigning i antallet af kørsler i liggende sygetransport i regionen.

⁵ Kurset 'Ikke-behandlingskrævende liggende patientbefordring' tilbydes i AMU-regi, hvor der også tilbydes en bred vifte af kurser, som kan bygge ovenpå dette 20-dages kursus og ruste personalet inden for liggende patientbefordring med yderligere kompetencer. Jf. mulighederne i AMU-FKB 2720 Redning som kan findes på Uddannelsesadministration.dk). Læs mere om AMU-systemet – herunder om godtgørelse og tilskud – her: [Arbejdsmarkedsuddannelser | Børne- og Undervisningsministeriet \(uvm.dk\)](http://Arbejdsmarkedsuddannelser | Børne- og Undervisningsministeriet (uvm.dk))

Samlet set er erfaringen i regionerne, at indsættelsen af ekstra enheder til liggende sygetransport som ønsket medvirker til at aflaste ambulancerne fra kørsler med hastegrad D. For at aflaste ambulancerne yderligere, er der forskellige initiativer i gang i regionerne. For eksempel arbejder Region Syddanmark på, at liggende sygetransporter – med ekstra udstyr og undervisning til mandskabet – kan varetage transporter mellem sygehuse, hvor der kun er tale om basal overvågning. Desuden undersøges det i Region Midtjylland, om personalet i de liggende sygetransporter kan opkvalificeres, så de på patientsikker vis også kan køre med patienter visiteret til hastegrad C.

På kort sigt er de ekstra sygetransporter en nødvendig løsning, som hjælper til at imødekomme udfordringer med rekruttering af personale til ambulanceberedskabet. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at enhederne ikke har samme fleksibilitet og dermed driftsmæssig effektivitet, som et ambulanceberedskab, der kan sendes til alle hastegrader. På længere sigt er det derfor vigtigt at forholde sig til, hvordan liggende sygetransporter bedst kan indgå i det samlede præhospitale beredskab, og hvilke kompetencer det fordrer af personalet i de liggende sygetransporter.