

EKSTRAORDINÆRT MØDE

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

10-08-2018 09:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H4

MEDLEMMER

Christoffer Buster Reinhardt	Formand
Leila Lindén	Næstformand
Annie Hagel	Medlem
Christine Dal	Medlem
Finn Rudaizky	Medlem
Jesper Clausson	Medlem
Karin Friis Bach	Medlem
Karoline Vind	Medlem
Lars Gaardhøj	Medlem
Line Ervolder	Medlem
Niels Høiby	Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Orientering: Aktuelle orienteringer
2. Drøftelse: Strategi for fertilitetsområdet
3. Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018
4. Beslutning: Sundhedsudvalgets arbejde med driftsmål
5. Eventuelt

1. ORIENTERING: AKTUELLE ORIENTERINGER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsudvalget har på deres første møde den 31. januar 2018 aftalt, at udvalgets møder altid indledes med et fast punkt, hvor administrationen orienterer om aktuelle sager.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At tage status for aktuelle orienteringer til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsudvalget har aftalt, at der på udvalgets møder indledningsvist er et fast punkt om aktuelle orienteringer, der vedrører udvalgets opgaveområde.

KONSEKVENSER

Såfremt udvalget ønsker yderligere behandling af en sag vil administrationen gå videre med sagen.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særlig kommunikationsindsats er planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges fast som første punkt på udvalgets møder fremadrettet.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Mette Kofod Kahr

JOURNALNUMMER

18000993

2. DRØFTELSE: STRATEGI FOR FERTILITETSOMRÅDET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Med budgetaftalen for 2018 er der indgået aftale om, at der på fertilitetsområdet i samarbejde med de faglige miljøer påbegyndes et arbejde med den strategiske udvikling og organisering af fertilitetsområdet med henblik på at øge kapacitet og specialiets styrkeposition samt rekruttering. Status og proces for arbejdet forelægges hermed sundhedsudvalget.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At drøfte fertilitetsområdet og eventuelt give input til det igangværende arbejde med en strategi for fertilitetsområdet.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Det fremgår af Region Hovedstadens budgetaftale for 2018, at der i samarbejde med de faglige miljøer skal ske en udvikling af området for fertilitetsbehandling. Der er derfor nedsat en arbejdsgruppe, der har som formål at komme med anbefalinger til en fremtidig strategi for fertilitetsområdet. I arbejdsgruppen deltager ledelses- og faglige repræsentanter fra hospitalerne og Sundhedsfagligt Råd for Gynækologi og Obstetrik. Udviklingen af området for fertilitet skal ses i sammenhæng med udarbejdelsen af en ny hospitalsplan i regionen.

Fire repræsentanter fra arbejdsgruppen vil deltage under udvalgets behandling af punktet. Søren Ziebe, der er klinikchef på Fertilitetsklinikken på Rigshospitalet, vil som introduktion til drøftelsen holde oplæg om udviklingen på området og fortælle om arbejdsgruppens foreløbige overvejelser. På mødet deltager desuden: Nina la Cour Freiesleben, lægelig leder og overlæge på Fertilitetsklinikken på Hvidovre Hospital, Peter Jacob Hornnes, ledende overlæge på Gynækologisk Obstetrisk Afdeling på Nordsjællands Hospital, Bugge Nøhr, overlæge på Gynækologisk Obstetrisk Afdeling på Herlev Hospital samt Charlotte Wilken Jensen, administrerende overlæge på Hvidovre Hospital og formand for Sundhedsfagligt Råd for Gynækologi og Obstetrik.

Arbejdsgruppen har indtil nu kortlagt fertilitetsområdet og drøftet aktuelle udfordringer, både på landsplan og i regionen. Disse skitseres kort i sagen. Arbejdsgruppen vil i den kommende tid arbejde med, hvad der skal til for at forbedre området i en strategi for de kommende år. Arbejdsgruppen forventer at kunne afslutte sit arbejde senest i oktober 2018.

Sundhedsudvalget inddrages på nuværende tidspunkt, så de politiske overvejelser kan bæres med ind i arbejdet med en strategi på området. Arbejdsgruppens forslag til strategi forelægges sundhedsudvalget den 31. oktober 2018 og derefter i forretningsudvalget og regionsrådet med henblik på en endelig politisk godkendelse.

Fertilitetsområdet i regionen

Fertilitetsbehandling i regionen foregår i hvert af de fire planlægningsområder på de fire fertilitetsklinikker på henholdsvis Nordsjællands Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Rigshospitalet. Patienter på Bornholm hører under Rigshospitalet. I planlægningsområde Nord er der samarbejde mellem Nordsjællands Hospital og Rigshospitalet, idet patienterne får udtaget æg, oplagt befrugtede æg og frosset overskydende æg på Rigshospitalet.

Behandlingstyperne inden for barnløshedsbehandling omfatter:

- Behandling, hvor der tages æg ud af kvinden (IVF og ICSI),
- Behandling med befrugtede æg, der har været frosset, og som er optøet (FER),
- Insemination med mandens sæd (IUI-H) og,

- 1 Insemination med donorsæd (IUI-D).

Hertil kommer en række højt specialiserede behandlinger, som varetages på Rigshospitalet, der også inkluderer behandling af patienter fra andre regioner. Det totale antal behandlinger i 2017 udgjorde 4.558.

Fertilitetsbehandling varetages også i gynækologisk speciallægepraksis. I Region Hovedstaden varetager ca. 23 praktiserende gynækologer inseminationsbehandling, og der blev i 2017 udført 5.494 behandlinger. Behandling ved udtagning af æg (IVF-behandling) er ikke omfattet af speciallægeoverenskomsten. Ventetiden til en ikke-akut første konsultation i gynækologisk speciallægepraksis er cirka syv uger.

Endelig er det også muligt at blive behandlet på private fertilitetsklinikker, som ikke kræver henvisning fra egen læge, og hvor der er fuld egenbetaling.

Udfordringer på fertilitetsområdet

Fertilitetsområdet har gennem tiden ændret sig fra et tilbud om fertilitetsbehandling til par, hvor kvinden havde lukkede æggeledere og manden normal sædkvalitet til i dag, hvor der er tale om et reproduktionsmedicinsk område, der inkluderer både assisteret reproduktion (hjælp til at få børn) samt behandling indenfor en lang række specialiserede områder. Samtidig er hele området omkring sæd- og ægdonation blevet tiltagende komplekst og ressourcekrævende.

Der er en række udfordringer på fertilitetsområdet. Blandt andet at der ses en stigning i antallet af kvinder i den fødedygtige alder, som udfordrer kapaciteten, og at kvinder og deres partner får børn i en senere alder end tidligere, hvilket vanskeliggør succesraten. Samtidig er der udfordringer med forskellige behandlingstilbud, herunder forskelsbehandling, som udspringer af lovgivningen.

På fertilitetsområdet er der ingen ret til udredning og behandling indenfor 30 dage, som der er på anden sygehusudredning og -behandling. Der er i regionen op til 11 måneders ventetid varierende mellem fertilitetsklinikkerne. Det skyldes primært, at antallet af kvinder i den fødedygtige alder er stigende, som også beskrevet i Fødeanalyse II fra marts 2018. Dermed øges presset på behandling for barnløshed, og samlet set forventes der en stigning i perioden fra 2015 til 2025 på knap 15% stigende til 17,5% i 2030.

Hertil kommer, at Region Hovedstaden sammenlignet med de andre regioner, har den største andel af kvinder i den fødedygtige alder. Det skyldes også, at kvinderne og deres partner får børn senere i livet end tidligere, hvilket komplicerer en succesfuld fertilitetsbehandling. Kvindens frugtbarhed er størst i 20 års alderen og er halveret i 30 års alderen. I dag kommer kvinderne typisk i fertilitetsbehandling, når de er omkring 33 år, og den har været stigende de senere år. Dermed bruges ressourcerne på hjælp til at få børn snarere end på en reproduktiv sygdom, fx fertilitetsbevaring hos unge med cancer eller kvinder med lukkede æggeleder.

Ifølge lovgivningen må der ikke ske fertilitetsbehandling, hvis kvinden er ældre end 45 år, og den aldersgrænse følges i speciallægepraksis. I Region Hovedstaden og Region Sjælland afsluttes fertilitetsbehandlingen, når kvinden er 40 år, mens den i de jyske regioner er 41 år. Aldersgrænsen på 40 år har været gældende siden lovens ikrafttræden i 1996. Sundhedsministeren har i april 2018 givet udtryk for, at det er hensigtsmæssigt med ensartet praksis i regionerne, og det drøftes aktuelt i Danske Regioner.

Det er, i henhold til rettesnor fra lovens bemærkninger, praksis i det offentlige sygehusvæsen, at kvinden maksimalt kan gennemføre tre behandlinger med oplægning af befrugtede æg (reagensglasbefrugtning). Konsekvensen er, at kvinder der ikke er blevet gravide, må fortsætte behandling på privatklinik for egenbetaling. Med en gennemsnitsalder hos fertilitetspatienter på 33 år og en dermed reduceret graviditetschance, kan det diskuteres om tre behandlinger er tilstrækkeligt. Denne udfordring skal dog også ses i lyset af det stigende pres på kapaciteten.

Lovgivningsmæssigt må der kun ydes assisteret reproduktion til ét barn til enlige kvinder, der ikke har børn, og til par der ikke har fælles børn. Patienter der har reproduktive sygdomme, og som behandles på baggrund af en medicinsk indikation, kan også kun få hjælp til ét barn.

I de seneste år har regeringen styrket fertilitetsområdet med dobbeltdonation (parret kan få både donoræg og donorsæd) og kendt donorsæd, og regionerne er kompenseret med 6 mio. kr. fra 2018 og frem.

I 2017 besluttede forligspartierne i regionen at afsætte otte mio. kr. til fertilitetsområdet. Midlerne er udmøntet således, at de i 2017 er anvendt til ventelisteafvikling. I 2018 skal de anvendes til ventelisteafvikling og opbygning af varig kapacitet, og i 2019 og frem skal midlerne anvendes til udvidelse af kapaciteten. Der er ansat mere personale, og ventetiden er reduceret samlet for hospitalerne med op til seks til otte måneder fra 2017 til i dag, hvor der er mellem fire og 11 måneders ventetid varierende mellem fertilitetsklinikkerne.

Der er mange forhold på fertilitetsområdet, som er lovbestemt, og som regionen ikke har indflydelse på. Det omfatter fx udvidet frit sygehusvalg, aldersgrænser, antal børn der kan tilbydes hjælp til, vejledning om reglerne om assisteret reproduktion, forebyggelse m.v. Regionen har lovgivningsmæssigt ikke hjemmel til at prioritere mellem de forskellige behandlingsformer eller forskellige behandlingsgrupper (fx. kunstig insemination over reagensglas eller barnløse par over enlige). Den eneste undtagelse er lægefaglige hensyn, og alle borgere bliver således i princippet behandlet i den rækkefølge, de bliver henvist fra egen læge eller speciallæge.

Regionen kan selv tilrettelægge organiseringen af fertilitetsområdet, det vil sige antallet af fertilitetsklinikker i regionen og tilrettelæggelsen heraf herunder antal behandlinger (der er vejledende rettesnor i lovgivningen). Regionen har også indflydelse på kapaciteten fx ventetid, og om der skal være mål for ventetid til fertilitetsbehandling, da der ikke er 30 dages udrednings- og behandlingsret. Aldersgrænsen for behandling på hospitalerne (40 eller 41 år) har regionerne også en vis indflydelse på jf. aktuelle drøftelser i Danske Regioner. Alt andet lige vil en udvidelse af behandlingstilbuddet og kortere ventetid betyde, at regionen selv skal tilføre ressourcer til området.

KONSEKVENSER

Eventuelle input fra sundhedsudvalget vil indgå i arbejdsgruppens videre arbejde med at udarbejde en strategi for fertilitetsområdet.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen har ingen risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedsudvalget forelægges sagen på ekstraordinært møde den 10. august 2018.

Sundhedsudvalget forelægges sagen igen den 31. oktober med efterfølgende behandling af strategien i forretningsudvalget og regionsrådet henholdsvis den 13. og den 20. november 2018.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Hanne Rasmussen

JOURNALNUMMER

18005746

3. DRØFTELSE: STIGNING I ANTAL AMBULANCEKØRSLER I 2018

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Den 27. maj 2018 var der en artikel på beredskabsinfo.dk med titlen "Dramatisk stigning i ambulanceudrykningerne i Region Hovedstaden".

Det fremgår af artiklen, at antallet af akutte ambulanceudrykninger, kaldet A-kørsler, i Region Hovedstaden er steget med 17% de første fire måneder af 2018. Sundhedsudvalgets formandsskab har på den baggrund efterspurgt en drøftelse af udviklingen i antallet af A-kørsler, herunder hvilke årsager der ligger bag, eventuelle geografiske udsving, overholdelse af responstider m.v.

Formålet med denne sag er på den baggrund at vise status på kørselsaktiviteten og respons- og servicetider, herunder særligt udviklingen i A-kørsler.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- 1 At tage status for ambulanceudrykningerne i Region H til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstadens ambulanceberedskab har oplevet en betydelig stigning i antallet af kørsler indenfor de seneste år. På den baggrund vedtog regionsrådet med budget 2018 at udvide kapaciteten med fire ekstra deldøgnsberedskaber fra 2018 for fortsat at kunne leve op til det politisk fastsatte servicemål for akutte ambulancekørsler kørsel A.

Jf. artiklen i beredskabsinfo.dk fra maj 2018 viser det, at der i første halvdel af 2018 har været en markant stigning i antallet af kørsler, hvilket sætter responstiden under pres (bilag 1)

Der har været en jævn stigning over årene i antallet af kørsler, og stigningen har især været i antallet af A-kørsler. Respons- og servicetider bliver derfor ikke kun sat under pres grundet det stigende antal kørsler, men også fordi udrykningskørsler (A-kørsler) alt andet lige ikke kan planlægges, men afvikles straks med nærmeste køretøj, der er ledigt, også selv om det er længere væk. Trods det stigende pres overholdes det politisk fastsatte servicemål for A-kørsler fortsat, og der sker en klar prioritering af kørsler til patienter, der er i en livstruende tilstand.

Der er forskellige årsager til stigningen i antallet af ambulancekørsler i 2018, der kan sammenfattes til følgende (se eventuelt uddybning i bilag 2):

- 1 Befolkningstilvæksten og en generation 65+ med øget sygdomskompleksitet,
- 1 Nye retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen vedr. specielle sygdomskategorier, fx hjertepatienter og patienter med blodprop i hjernen,
- 1 Flere akutte kørsler bestilt uden om 112, fx fra egen læge i dagtid eller akuttelefonen på døgnbasis,
- 1 Generel national tendens mod flere akutte kørsler,
- 1 En vinter med høj influenzaaktivitet og særlig opmærksomhed hos borgere og sundhedspersonale overfor fx meningitis.

Nedenfor redegøres mere detaljeret for udviklingen i kørselsaktiviteter og responstider.

Region Hovedstadens ambulanceberedskab

Ambulanceberedskabet i Region Hovedstaden omfatter 55 beredskaber af tre typer:

- 1 Døgndækkende,
- 1 Døgndækkende med lav aktivitet (maks. 12 timers driftstid, men i beredskab hele døgnnet – anvendes i geografiske områder, hvor der er lav aktivitet, men behov for dækning),
- 1 Deldøgnsberedskaber (typisk 12 timer).

Hertil kommer 24 sygetransportenheder i hverdage og 11 i weekender.

Ambulancerne er placeret på 25 baser rundt om i regionen, herunder tre på Bornholm, med henblik på at opnå de bedst mulige responstider med det beredskab, der er til rådighed. Liggende sygetransporter er placeret på fire baser. Basernes placering har ikke betydning, da liggende sygetransportenheder kører planlagte transporter og ikke udrykning.

Kategorier af ambulancekørsler

Ambulancekørsler er inddelt i fire kategorier, der er fastlagt ud fra patientens tilstand.

Kategori A – Livs- eller førlighedstruende tilstande – altid med udrykning
Kategori B – hastende opgaver, hvor der ikke er umiddelbar risiko for liv eller førlighed – anvendelse af udrykning beror på en konkret vurdering
Kategori C – Ikke hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver
Kategori D – liggende transporter, der ikke kræver behandling eller medicinsk overvågning – afvikles i de fleste tilfælde af liggende sygetransporter, og kun af ambulancer ved ledig kapacitet.

1-1-2 AMK-Vagtcentralen fordeler kørslerne på ambulancerne efter, hvor akut situationen er og under hensyn til opretholdelse af den geografiske beredskabsdækning. Ved stor travlhed kan det fx være nødvendigt at fastholde en fri ambulance i den nordlige del af regionen, selvom der er en B-kørsel uden udrykning, der venter midt i regionen – i tilfælde af, at der tilgår en livstruende A-kørsel i den nordlige del.

Udvikling i antallet af kørsler 2013 - 2018

Nedenstående tabel viser udviklingen i antallet af disponerede kørsler fordelt på de fire kørselstyper, A til D, fra 2013 og frem. Tallet for 2018 omfatter kørsler til og med maj måned (fem 5 måneder).

Samlet set har der været en markant stigning i aktiviteten på ambulanceområdet og for sygetransportenheder i form af et større antal kørsler. Samtidig er der en forskydning med flere akutte A-kørsler.

Tabel 1 - Antallet af ambulancekørsler og sygetransport 2013 til 2018

Transportkategori	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015	Antal 2016	Antal 2017	Antal 2018*
Ambulance Kategori A	51.773	63.746	64.562	65.546	72.250	34.546
Ambulance Kategori B	76.657	91.803	88.299	88.840	93.524	40.621
Akut interhospital transport**	10.859	9.698	10.449	10.220	9.819	4.119
Ambulance Kategori C	32.125	27.165	26.436	24.339	22.618	9.503
Sygetransport D	59.048	58.965	57.222	62.810	65.351	28.720
Total	230.462	251.377	246.968	251.755	263.562	117.509

*Til og med maj 2018.

**Her indgår også kørsler fra akutlægebil.

Administrationen har sammenlignet A-kørslerne for de fem første måneder i de seneste år for at vurdere, om der også har været en tilsvarende stigning de første fem måneder de andre år, men det er ikke tilfældet. Fra 2016 til 2017 var stigningen i antallet af A-kørsler i årets fem første måneder på 8,3 %. Fra 2017 til 2018 er stigningen i antallet af A-kørsler på 17,7%, hvilket svarer til 5.200 ekstra kørsler. Stigningen for A-kørsler i 2018 er således markant højere end øvrige kørselstyper.

Udvikling i respons- og servicetider 2013 - 2018

Respons- og servicetider er et centralt mål for belastningen af ambulanceberedskabet, da de stiger, når det samlede beredskab kommer under aktivitetsmæssigt pres. Responstiden er perioden fra en opgave er modtaget, til ambulancen er ankommet til skadestedet. Responstidsmålet for A-kørsler er politisk fastlagt til 13 minutter. De øvrige mål er administrativt fastsatte respons- og servicemål.

Tabel 2 nedenfor redegør for udviklingen i respons- og servicetider, og der er anført ændringer i kapaciteten (antallet af beredskaber), som blev besluttet med budget 2018, og som har bidraget til at stabilisere en ellers stigende tendens. De administrativt fastsatte servicemål for C og D kørsler blev i samme anledning, i forbindelse med budget 2018, ændret fra 90 til 120 min. Tallene skal læses således, at fx 90% af alle A-kørsler i 2018 (til og med maj) er gennemført indenfor eller under 12 min. og 49 sek.

Tabel 2 - Responstider fordelt på kørselskategori**

Type	Respons- og servicemål	2014	2015	2016	2017	2018*
A-kørsler	90 % indenfor 13 minutter	00:12:18	00:12:32	00:12:43	00:12:13	00:12:49
B-Kørsler	90 % indenfor 25 minutter	00:36:12	00:39:50	00:38:05	00:38:11	00:44:04
C-kørsler	90 % indenfor 120 minutter	04:00:52	03:34:00	02:42:00	02:38:24	03:09:25
D-kørsler (sygetransport)	90 % indenfor 120 minutter	03:00:42	02:55:00	01:54:00	01:52:21	02:17:35
Større ændringer i beredskabet**			+ 3 ambulancer	+ 18% ekstra ST- driftstid under nye kontrakter		+ 4 ambulancer

*Til og med maj 2018.

**Udover de nævnte ændringer i beredskabet jf. politiske beslutninger, foretager Akutberedskabet løbende optimering af driften ved tilførsel af midlertidige beredskaber.

Responstider kan også beskrives ved median-værdien, som for A-kørsler er på 6 min. og 28 sek. i 2018, hvilket betyder, at halvdelen af alle A-kørsler var fremme på, eller under 6 min. og 28 sek. (bilag 3)

Der er geografiske udsving alt efter, hvor man som borger er bosat i regionen. Hvor afstandene er større, kan responstiden for A-kørsler være længere. Det gør sig særligt gældende for Planområde Nord og på Bornholm.

Til gengæld er responstiderne for øvrige kørselstyper bedre i disse områder, fordi beredskabet i yderområder typisk er dimensioneret lidt højere for at sikre beredskabsdækning trods lav aktivitet.

Indsatser relateret til kørselsaktivitet

Region Hovedstadens Akutberedskab er opmærksom på udviklingen og arbejder løbende med optimering af anvendelsen af beredskabet.

Der er sat en række indsatser i gang:

- 1 Data vedrørende antal rekvirerede ambulancer fra Akuttefonen 1813 har været fulgt siden januar 2018, og i maj 2018 blev der iværksat en audit af området, med henblik på at optimere den sundhedsfaglige triage,
- 1 Kørselsoptimeringsprojekt 2016/2017 – med fokus på at optimere anvendelsen af de nye ambulance- og ST-kontrakter fra 1. februar 2016, det vil sige anvendelse af pauseaftalen, overholdelse af mobiliserings- og driftstider, anvendelsesgrad af nye lavaktivitetsberedskaber, optimering af dispatch-funktionen, analyse af responstider og mulige ændringer i fx placering af beredskaber mv.,
- 1 Personalet på liggende sygetransporter er blevet uddannet til at håndtere patienter med hjemmeilt, og ca. 60 patienter pr. uge bliver derfor flyttet fra ambulanceberedskabet til liggende sygetransporter, hvilket frigør ambulancekapacitet,
- 1 Indførsel af ”ambulancekørekort” fra januar 2018 med uddannelse af sundhedsfaglige visitatorer (læger og sygeplejersker) på 1813, således at de kan visitere til akutte ambulancekørsler indenfor faste rammer.
Formålet er at minimere forsinkelser i patientbehandlingen, idet de ikke længere skal afvente AMK-lægens godkendelse,
- 1 Den høje responstid på B-kørsler følges ligeledes i driftsmålsstyringen og på ugentlige tavlemøder, og der pågår drøftelser af mulige tiltag,
- 1 En serviceindsats med fokus på patientsikkerhed og serviceoplevelse er under implementering med telefonopkald til borgere, der venter på B-kørsler. Denne serviceindsats betyder, at når der er så travlt, at der ikke kan sendes en ambulance i rette tid til B-kørsler, så ringes der op til borgeren for at berolige og eventuelt genprioritere, fx opgradere til kørsel A, hvis det viser sig nødvendigt.

Sammenligning med øvrige regioner

Regionerne udveksler erfaringer om udviklingen i respons- og servicetider, og tendensen med flere akutte kørsler ses også i andre regioner, fx har der i perioden 2013-2016 for alle regioner samlet været en stigning på 19% i antallet af A-kørsler.

Hvis antallet af A-kørsler opgøres pr. 1000 indbyggere, så ligger Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland over landsgennemsnittet. Region Hovedstaden ligger omkring landsgennemsnittet, mens Region Midtjylland ligger under landsgennemsnittet.

I Økonomiaftalen for 2019 er det mellem regionerne og regeringen aftalt, at regionerne inden udgangen af 2018 skal stille forslag til en ensartet måde at opstille og offentliggøre responstidsmål på. Herudover er det aftalt, for at sikre overblik og kontinuerlig opfølgning på, hvor hurtig hjælpen er fremme, at der kvartalsvis fra 3. kvartal 2018 offentliggøres sammenlignelige responstidstal.

I regi af Danske Regioner pågår et arbejde med at lave en ensartet måde at opstille responstidsmål på tværs af regionerne. Sundhedsdirektørkredsen har i juni 2018 behandlet et forslag om, at responstidsmål opstilles og offentliggøres ud fra procentandel udrykninger fremme inden for henholdsvis fem, ti og 15 minutter. Forslaget skal behandles i Danske Regioners sundhedsudvalg og bestyrelse med efterfølgende politisk drøftelse i Region H af de mulige konsekvenser for regionens måde at opgøre responstidsmål på.

KONSEKVENSER

På baggrund af sundhedsudvalgets drøftelse af udviklingen i antallet af ambulancekørsler vil administrationen følge op på udvalgets ønsker om videre behandling.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges sundhedsudvalget på ekstraordinært møde den 10. august 2018.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Camilla Lund-Cramer

JOURNALNUMMER

18023847

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Bilag 1 Dramatisk stigning i ambulanceudrykninger i Region Hovedstaden_artikel
- ② 2. Bilag 2 Analyse af årsager til stigningen i ambulancekørsler i 2018
- ③ 3. Bilag 3 Analyse af kørselsaktivitet på ambulanceområdet 2018 (juni 2018)

4. BESLUTNING: SUNDHEDSUDVALGETS ARBEJDE MED DRIFTSMÅL

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Ifølge styrelsesvedtægten skal de stående udvalg i Region Hovedstaden, som del af deres politikformulerende og -opfølgende arbejde, følge udviklingen i driftsmålene under udvalgenes resort. Forretningsudvalget besluttede på sit møde den 17. april 2018, at sætte fokus på to overordnede driftsmål i 2018; udredningsret og medarbejdertilfredshed. I tråd med forretningsudvalgets fokusering skal udvalget drøfte hvilke driftsmål, det vil arbejde med i 2018.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- At beslutte, hvordan udvalget ønsker at arbejde med driftsmål inden for udvalgets resort.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Regionens driftsmål er en måde at følge op på regionens mål inden for hovedområder, som eksempelvis ventetider på akuttelefon, beskyttelse af drikkevand og patienttilfredshed.

Ved at fokusere på udvalgte driftsmål er det forretningsudvalgets ønske at koncentrere arbejdet med opfølgning på driftsmålene og følge udviklingen i målopfyldelsen over tid.

Forretningsudvalget modtager fire årlige afrapporteringer af regionens driftsmål. Forretningsudvalget har i 2018 besluttet at fokusere på udredningsretten inden for både somatikken og psykiatrien samt medarbejdertilfredsheden med fokus på åbenhed og ytringsfrihed. I efteråret 2018 holder forretningsudvalget en workshop med fokus på udredningsretten. Forretningsudvalget er herudover ansvarlig for alle mål for medarbejdertrivsel.

I styrelsesvedtægten er der lagt op til, at de stående udvalg følger driftsmålene inden for deres fagområder. I forlængelse af forretningsudvalgets fokus skal sundhedsudvalget beslutte, hvordan det vil sikre en god opfølgning på driftsmålene i 2018.

Driftsmål er **vedlagt** i bilag.

Regionens driftsmål følger i høj grad de nationalt bestemte mål, som alle regioner skal opfylde. Andre mål, som fx ventetider for akuttelefonen, er specifikke for Region Hovedstaden.

Sundhedsudvalget er ansvarlig for følgende driftsmål:

- Patienttilfredshed under indlæggelse/besøg,
- Patientinddragelse i forhold til oplevelsen at blive lyttet til,
- Overholdelse af udredningsretten - at voksne patienter skal være udredt indenfor 30 dage på hospitalerne,
- Opfyldelse af faglige standarder for god kvalitet - fastsat i de landsdækkende Kliniske kvalitetsdatabaser,
- Overholdelse af standardforløbstider i kræftpakker,
- Undgå overbelægning på medicinske afdelinger,
- At nedsætte udviklingen i antibiotikaresistens ved at nedsætte antibiotikaforbrug på hospitalerne,
- Øge andel af patienter, som overlever efter uventet hjertestop.

Udvalget kan arbejde med driftsmål på flere måder, fx knyttet til temadrøftelser på udvalget, som baggrund for at kvalificere udvalgenes årlige budgetforslag eller ved løbende at kvalificere forretningsudvalgets drøftelse af driftsmålene.

Administrationen anbefaler at udvalget følger få mål samt diskuterer metode og form for de kommende drøftelser.

Forretningsudvalget beslutter forventeligt ved udgangen af 2018 hvilke driftsmål, det vil fokusere på i 2019. Herefter vil de stående udvalg skulle tage stilling til hvilke driftsmål, de skal arbejde med i 2019.

KONSEKVENSER

På baggrund af udvalgets beslutning om hvordan der ønskes at arbejde med driftsmål for 2018, vil administrationen indarbejde dette i udvalgets arbejdsplan.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges sundhedsudvalget på ekstraordinært møde den 10. august 2018.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Lise Graae

JOURNALNUMMER

18012837

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Driftsmål 2018

5. EVENTUELT

EKSTRAORDINÆRT MØDE

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

10-08-2018 09:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H4

MEDLEMMER

Christoffer Buster Reinhardt	Formand
Leila Lindén	Næstformand
Annie Hagel	Medlem
Christine Dal	Medlem
Finn Rudaizky	Medlem
Jesper Clausson	Medlem
Karin Friis Bach	Medlem
Karoline Vind	Medlem
Lars Gaardhøj	Medlem
Line Ervolder	Medlem
Niels Høiby	Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - Sundhedsudvalgets arbejdsplan 2018

1. MEDDELELSER - SUNDHEDSUDVALGETS ARBEJDSPLAN 2018

Tentativ arbejdsplan for sundhedsudvalget 2018:

Arbejdsplanen er **vedlagt** i bilag 1.

JOURNALNUMMER

18000993

BILAGSFORTEGNELSE

1. Sundhedsudvalgets tentative arbejdsplan for 2018

Dramatisk stigning i ambulanceudrykningerne i Region Hovedstaden

27. maj 2018 Morten Andersen Præhospitalet



74

delinger

Del/Tweet/Nyhedsbrev

I årets første fire måneder er antallet af akutte ambulanceudrykninger i Region Hovedstaden steget med dramatiske 17 pct. Fra 2017 til 2018 er antallet af A-kørsler således indtil videre øget fra 23.316 til 27.277. Trods indsættelsen af tre ekstra ambulancer er responstiderne derfor under hårdt pres, og regionens servicemål nu er i akut fare for at blive overskredet.

Region Hovedstadens servicemål er, at der maksimalt må gå 13 minutter, inden de 90 pct. hurtigste udrykninger er fremme. Det servicemål overholder regionen fortsat i de første fire måneder af 2018, men servicemålet har aldrig været tættere på at blive overskredet. I januar-april gik der således 12:49 minutter, inden de 90 pct. hurtigste ambulancer var fremme – mod 12:13 minutter i hele 2017.

Baggrunden er en dramatisk stigning i antallet af udrykninger, hvor der i januar-april blev kørt 27.277 akutte A-kørsler. Det er 17 pct. flere end de 23.316 udrykninger i samme periode i 2017.

Tre ekstra ambulancer indsat

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 1 - Side 2 af 2
<https://www.beredskabsinfo.dk/praehospital/dramatisk-stigning-i-ambulanceudrykningerne-i-region-hovedstaden/>

Region Hovedstadens akutberedskab fik med budgettet for 2018 tilført 19,3 mio. kr. til at styrke beredskabet – netop på grund af de stigende responstider. Regionen besluttede at bruge pengene på at indkøbe fire ekstra ambulanceberedskaber. De tre er indkøbt hos Falck, som satte dem i kraft pr. 1. januar 2018.

Det sidste beredskab er indkøbt hos Hovedstadens Beredskab, og her har man ifølge Region Hovedstaden "afventet afklaring på overholdelse af krav om løbende uddannelse af personale hos ambulanceleverandører". Nu forventer regionen imidlertid, at Hovedstadens Beredskab kan indsætte ambulanceberedskabet fra oktober 2018.

Region Hovedstaden oplyser, at der vil blive kompenseret for, at det fjerde og sidste beredskab først kommer i drift i 2. halvår, ved at indsætte ekstra ambulanceberedskaber.

Direkte 38666080

BILAG 1:

Journal-nr.: 18023847

Ref.: CLUN

Dato: 25. juni 2018

Analyse af årsager til stigningen i ambulancekørsler i 2018

Årsagerne til stigning i kørselsaktiviteten er dels det stigende befolkningstal med højere andel af personer i alderen 65+, som ved en uændret sygdoms- og ulykkesfrekvens vil give et øget antal kørsler. At 50 % af generation 65+ tillige statistisk set har mere end 1 diagnose, kan også have indflydelse på den stigende kørselsaktivitet. Befolkningstilvæksten i Region Hovedstaden var fra 2016 til 2018 på 1,1% og stigningen i andelen af personer i alderen 65+ var på 2 %. I analysen af kørselsaktivitet fra 2015 blev yderligere nævnt centralisering af funktioner som konsekvens af Hospitals- og Psykiatriplanen, nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vedr. visse sygdomskategorier og implementeringen af det enstrengede visiterede akutsystem, hvor borgere kunne ringe til akuttelefonen og få hjælp hele døgnet og ikke kun i ”lægevagtens åbningstider”

Befolkningstilvæksten kan imidlertid ikke forklare den markante stigning fra 2017 til 2018, som dog er svær at vurdere endeligt på baggrund af årets første 5 måneder grundet sæsonudsving, udsving relateret til mediedækning af sager mv.

Et første fingerpeg mod årsager kan findes i data over rekvirenter, dvs. hvem der bestiller ambulancekørslerne. Tabel 1 viser rekvirenternes andel af kørselsbestillinger, dels for det samlede antal kørsler, og dels for A-kørsler.

Tabel 1 - Disponerede kørsler fordelt på rekvirent – alle kørsler og A kørsler (Tal fra januar-maj alle år)

Rekvirent	Antal 2016	A-kørsler 2016	Antal 2017	A-kørsler 2017	Antal 2018	A-kørsler 2018	Forskel A-kørsler 17-18	Forskel total 17-18
112	40.155	19.657	38.977	19.256	40.781	21.470	11,5 %	4,6 %
1813	9.229	4.277	13.264	6.796	17.010	9.233	35,9 %	28,2 %
Planlagte bestillinger*	30.716	0	32.399	0	33.782	0	0 %	4,3 %

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 2 - Side -2 af 3

Øvrige (CVI, andre)	22.580	4.315	23.212	4.416	24.652	5.079	15,0 %	6,2 %
Total	102.680	28.249	107.852	30.468	116.225	35.782	17,4 %	7,8 %

*Bestillinger gennem regionens Taxi-system.

Hovedparten af A-kørsler sker efter opkald til 112 mens de øvrige sker efter henvendelse til egen læge (CVI bestilte) eller henvendelse til Akuttelefonen 1813. Halvdelen af ambulancekørsler der rekvireres fra 1813 er akutte og denne andel er uændret.

Som det fremgår, er den største stigning i rekvirerede kørsler, her især A-kørsler, fra Akuttelefonen 1813, når der sammenlignes fra 2017 til 2018. Der ses dog også væsentlige stigninger fra øvrige (CVI og praktiserende læger) og 112.

Den særlige stigning der har været i kørsel i første halvår af 2018 fra både egen læge, CVI og akuttelefonen 1813 må formodes at skyldes en kombination af en særlig influenza situation med og samtidig en særlig opmærksomhed overfor livstruende infektive sygdomme som meningitis og hjertesygdom. Opmærksomheden overfor netop meningitis og andre alvorlige sygdomme fra både borgere og sundhedspersoner har medført flere opkald, flere henvendelser og dermed også flere ambulancekørsler.

Tabel 2 – Udvalgte rekvireringsårsager 2017-2018. Tal omfatter januar – maj begge år, for at eliminere sæsonudsving.

Årsag	2017	2018	Forskel	Forskel %
Allergisk reaktion	534	712	178	33,3 %
Blødning - ikke traumatisk	1.098	1.118	20	1,8 %
Brystsmerter - hjertesygdom	6.523	7.683	1.160	17,8 %
Mavesmerter - rygsmerter	2.042	2.316	274	13,4 %
Nedsat bevidsthed - lammelser	4.561	5.251	690	15,1 %
Ulykker	4.333	4.815	482	11,1 %
Vejrtrækningsproblemer	4.160	4.545	385	9,3 %
I alt	23.251	26.440	3.189	13,7 %

Når det gælder 112, 1813 samt praktiserende læger, så har anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vedr. specielle sygdomskategorier betydning for visitationen. Her viser data i

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 2 - Side -3 af 3

tabel 2, at der, fra 2017 til 2018 (tal for årets første 5 måneder for at gøre data sammenlignelige), især var en stor stigning i visitation angående ”brystsmerter – hjertesygdom”, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Fokus på særlige diagnoser har også en betydning, fx meningitis.

Stigningen fra 2017 til 2018 på udvalgte diagnoser, som vil blive disponeret til en ambulance A og B-kørsler, var jf. tabel 2 på over 3.000 kørsler. Det kan sammenlignes med den samlede stigning i antallet af disse kørsler i perioden på ca. 6.700 (jf. tabel 2 i sagsfremstillingen).

Sammenligning med øvrige regioner

Regionerne udveksler erfaringer om udviklingen i respons- og servicetider, og tendensen med flere akutte kørsler ses også i andre regioner, fx har der i perioden 2013-2016 for alle regioner samlet været en stigning på 19 % i antallet af A-kørsler. Hvis kørslerne opgøres pr. 1000 indbyggere, ligger Region Hovedstaden her omkring gennemsnittet, og tre øvrige regioner ligger over gennemsnittet. Fire af fem regioner har også en stigning i det antal kørsler, som rekvireres fra andre rekvirenter end 112. Denne kategori indeholder bl.a. Akuttelefonen 1813 i Region Hovedstaden og vagtlægeordninger i øvrige regioner.

Analyse af kørselsaktivitet på ambulanceområdet 2016-maj 2018

- **En opdatering af tidligere analyser**

Indhold

Baggrund	1
Opsummering	2
Analyse af kørselsaktiviteten	2
Antal af disponerede kørsler	3
Opgavetid	4
Anvendelsesgrad	5
Responstid og servicetid.....	6
Rekvirenter	11
Forklaringer på den stigende kørselsaktivitet	12
Befolkningsudvikling.....	12
Visitationsretningslinjer.....	13
Øvrige regioner – perspektivering.....	14
Anneks 1	15
Definitioner og metode	15

Baggrund

Kørselsaktiviteten på ambulanceområdet er under stadig stigende pres.

I 2015 blev det i en analyse til regionsrådet konkluderet, at der fra 2011-2014 var en markant stigning i aktiviteten på ambulanceområdet, herunder stigning i antal kørsler og den samlede opgavetid - den tid, ambulancerne har været på opgave. Endvidere var der gennem hele perioden sket en forskydning mod disponering af flere akutte kørsler. Analysens konklusion var, at der ikke var en enkeltstående forklaring på stigningen over årene, men generel befolkningstilvækst i regionen, en aldrende befolkning i regionen, centralisering af funktioner som konsekvens af Hospitals- og Psykiatriplanen, nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vedr. specielle sygdomskategorier og implementeringen af det enstrengt visiterede akutsystem alle har bidraget til stigningen¹

¹ <https://www.regionh.dk/politik/nye-moeder/Documents/RR%20Beslutninger%2016062015%20-%20til%20NETTET.pdf>, s. 10

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -2 af 16

Analysens datagrundlag blev opdateret i 2017 med data for 2015 og 2016. Opdateringen viste af antallet af kørsler lå nogenlunde på samme niveau, dog var der en mindre stigning i de mest hastende kørsler. Forskydning mod disponering af flere akutte kørsler var dermed forsåt.²

Denne analyse bygger på samme analysedesign som de to foregående analyser af kørselsaktiviteten. Datagrundlaget er til om med maj 2018.

Opsummering

Der har fra 2011 til maj 2018 været en markant stigning i aktiviteten på ambulance-området i form af et større antal kørsler og i sammenhæng hermed en stigning i den tid ambulancerne har været på en opgave. Der har ligeledes været en stigende opgavetid for den liggende sygetransport. Der er løbende tilført ekstra faste beredskaber, 3 beredskaber i 2015, 18% ekstra driftstid på sygetransporter i 2016 og 4 ekstra beredskaber i 2018. Endvidere er der tilkøbt midlertidige beredskaber igennem hele perioden. De faste og de midlertidige beredskaber har gjort det muligt, at det politisk fastsatte mål, at 90 % af udrykningskørsler skal være under 13 minutter, er overholdt.

Den øgede aktivitet, der er sket i starten af 2018 har dog haft en betydning for responstider for alle kørselsformer. Da der sker en klar prioritering af kørsler efter hastegrad, er stigningen i responstid primært slået i gennem for de mindre hastende kørsler.

Rekvirenterne af de disponerede kørsler er opkald til 112, opkald til Akuttefonen 1813 og Øvrige, heri bl.a. Den Centrale Visitation (CVI). Stigningen kan i overvejende grad henføres til opkald til Akuttefonen 1813, hvor det vurderes, at borgerne har behov for en akutambulance.

Der er ikke en enkeltstående forklaring på stigningen over årene, men generel befolkningstilvækst i regionen, en aldrende befolkning i regionen, anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vedr. specielle sygdomskategorier samt øget fokus på sygdomme, der kan være svære at diagnosticere, bidrager alle med stigningen.

Endelig er stigningen i de akutte kørsler en national tendens. De andre regioner har haft en lignende stigning for deres akutte kørsler, hvor stigningen ligeledes kommer fra andre rekvirenter end 112 opkald.

Analyse af kørselsaktiviteten

Kørselsaktiviteten kan beskrives dels ved antallet af kørsler og dels ved opgavetiden (den tid ambulancerne er på opgave og dermed ikke fri til at løse en anden opgave). Anvendelsesgraden angiver opgavetiden som procentdel af driftstiden, som er den samlede tid, hvor ambulancerne kontraktligt er til rådighed for regionen. Det skal understreges, at området i sagens natur omfatter meget akut aktivitet, hvilket gør, at der døgnet rundt er behov for overskydende beredskaber, så der ikke opstår lange responstider i spidsbelastningssituationer. Det vurderes, at en anvendelsesgrad på 60 % er rimelig ift. responstider, sikkerhed for kapacitet i akutte situationer og en effektiv anvendelse af beredskaberne.

² <https://www.regionh.dk/politik/spoergsmaal-fra-regionsraadet-til-administrationen/Documents/Bilag%20til%20sag%201-7%20RR%20Beslutninger%2022082017%20NETTET.pdf>, 2. 420

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -3 af 16

Antal af disponerede kørsler

Udviklingen i antallet af disponerede kørsler fremgår af tabel 1 nedenfor. Kørsler for 2018 er til og med maj 2018.

Tabel 1 - Antallet af ambulancekørsler og sygetransport 2013 til 2018

Transportkategori	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015	Antal 2016	Antal 2017	Antal 2018*
Ambulance Kategori A	51.773	63.746	64.562	65.546	72.250	34.546
Ambulance Kategori B	76.657	91.803	88.299	88.840	93.524	40.621
Akut interhospital transport**	10.859	9.698	10.449	10.220	9.819	4.119
Ambulance Kategori C	32.125	27.165	26.436	24.339	22.618	9.503
Sygetransport D	59.048	58.965	57.222	62.810	65.351	28.720
Total	230.462	251.377	246.968	251.755	263.562	117.509

*Til og med maj 2018, ** her indgår også kørsler fra akutlægebil

Det fremgår af tabel 1, at der var en markant stigning i antallet af kørsler fra 2013-2017 på 14,4 %. Den procentvise stigning for årene 2016-2017 var på 4,7 %. Der er især på Ambulance kategori A kørsler, hvor der samlet har været en 40 % stigning fra 2013 til 2017 og en 10,2 % stigning fra 2016 til 2017. For Ambulance kategori B er der sket en stigning på 22 % fra 2013 til 2017 og 5,3 % til 2016 til 2017.

Endvidere er der i de 5 første måneder 2018 sammenlignet med de 5 første måneder i 2017 yderligere sket en stigning for de akutte kørsler, henholdsvis 17,7 og 4,1 % for Ambulance kategori A og Ambulance kategori B. Dette er en større stigning, end hvis man sammenligner med samme periode for 2016 til 2017.

Tabel 2 – Antal kørsler i årets første fem måneder - 2014 til 2018

Transportkategori	Antal 2014	Forskel % 14-15	Antal 2015	Forskel % 15-16	Antal 2016	Forskel % 16-17	Antal 2017	Forskel % 17-18	Antal 2018
Ambulance Kategori A	25.452	5,8%	26.939	0,6%	27.106	8,3 %	29.353	17,7%	34.546
Ambulance Kategori B	37.290	3,5%	38.596	-5,7%	36.414	7,2 %	39.028	4,1%	40.621
Akut interhospital transport**	4.504	0,7%	4.536	-6,8%	4.227	-4,1 %	4.054	1,6%	4.119
Ambulance Kategori C	12.028	-11,5%	10.647	3,8%	11.048	-17,6 %	9.107	4,4%	9.503
Sygetransport D	24.620	-1,7%	24.213	5,1%	25.436	8,4%	27.563	4,2%	28.720
Total	103.894	1,0%	104.931	-0,7%	104.231	4,7 %	109.105	7,7%	117.509

Som i tidligere år sker der til stadighed en forskydning mod flere disponerede akutte kørsler, og det medfører, at responstiderne for alle kørselstyper er under stort pres.

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -4 af 16

Opgavetid

Opgavetiden illustrerer den samlede tid, hvor ambulancerne er på opgave – fra de har modtaget opgaven til patient er afleveret på hospitalet. Opgavetiden illustrerer dermed det samlede pres på beredskabet uafhængig af transportkategori. En øgning af den samlede opgavetid skal ses i sammenhæng med anvendelsesgraden.

Tabel 3 og 4 viser udviklingen i opgavetiden for hhv. ambulancer og sygetransporter.

Tabel 3 - Opgavetiden for ambulancer

	Samlet opgavetid i timer	Opgavetid i timer pr. dag	Stigning antal timer pr. dag fra sidste år	Stigning antal timer pr. dag i %
2014	223.421	612,1		
2015	227.724	623,9	11,8	1,9 %
2016	225.813	617,0	-6,9	-1,1 %
2017	225.811	618,7	1,7	0,3 %
2018*	103.281	688,5	70,0	11,3 %
I alt 2014-maj2018			76,4	12,4 %

*Til og med maj 2018

Opgavetiden for ambulancer fra 2016-2017 har ligget forholdsvis konstant, men der ses en markant stigning i opgavetiden fra 2017-2018. Det skal bemærkes, at der er en sæsonvariation i antallet af kørsler, hvor der er færrest midt på året. Fra 2014 har der været en procentvis stigning i antallet af opgaver for ambulancer på 12,4% eller 76,4 flere opgavetimer pr. dag.

Tabel 4 - Opgavetid for sygetransporter

	Samlet opgavetid i timer	Antal dage	Opgavetid, timer pr. dag	Stigning timer pr. dag fra sidste år	Stigning antal timer pr. dag i %
2014	66.223	365	181,4		
2015	60.099	365	164,7	-16,8	-9,3 %
2016	70.348	366	192,2	27,6	16,7 %
2017	69.992	365	191,8	-0,4	-0,2 %
2018*	30.850	150	205,7	13,9	7,3 %
I Alt 2014-2018				24,3	13,4 %

*Til og med maj 2018

Opgavetiden har ligget konstant fra 2016-2017 efter der var sket en relativ stor stigning i 2016. I 2018 er der sket en opgavestigning på 7,3 %. Fra 2014 har der været en procentvis stigning i antallet af opgaver for sygetransporter på 13,4 % eller 24,3 flere opgavetimer pr. dag.

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -5 af 16

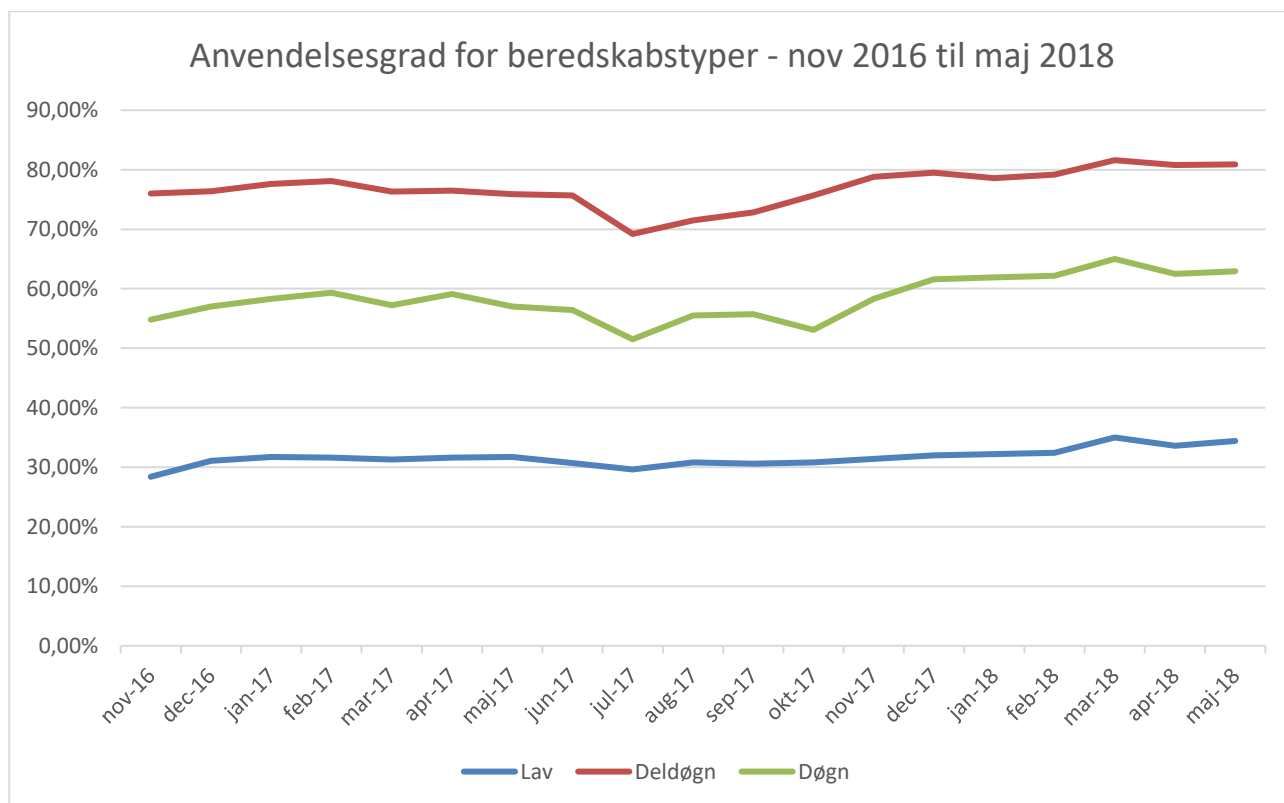
Anvendelsesgrad

Anvendelsesgraden opgøres ud fra ovenstående opgavetid delt med den planlagte driftstid. Til de akutte kørsler er der tale om et beredskab, hvor der skal være fri og tilgængelig kapacitet, hvorfor der ikke kan være en fuld anvendelsesgrad. Endvidere er pauseafholdelse en del af den planlagte driftstid, hvor fuld anvendelse ikke er mulig. Anvendelsesgraden varierer fra område til område og over døgnet med den højeste anvendelse i dag- og aftentimerne og den lavest anvendelsesgrad om natten. Selvom antallet af beredskaber er lavere om natten, skal der om natten opretholdes det nødvendige beredskab til håndtering af spidsbelastning, som gør, at anvendelsesgraden bliver lavere. Det samme gør sig gældende for tyndere befolkede områder som eksempelvis Bornholm og i mindre omfang dele af Nordsjælland, hvor et vist minimumsberedskab er nødvendigt, og anvendelsesgraden derfor nødvendigvis er lavere.

Der opereres med tre typer af beredskaber, der anvendes forskelligt. 1. Deldøgnberedskaber der anvendes i befolkningstætte områder og tidspunkter, hvor der er høj aktivitet, 2. Døgnberedskaber, der anvendes i befolkningstætte områder, hvorfor der sikres høj anvendelse, når der er høj aktivitet og samtidig beredskabssikkerhed i perioder med lav aktivitet samt 3. Døgnberedskaber, der anvendes i tyndtbefolkede områder med lav aktivitet men behov for beredskabssikkerhed.

Tabel 5 nedenfor illustrerer udviklingen i anvendelsesgraden på månedsbasis i perioden fra november 2016 til og med maj 2018.

Tabel 5 -Anvendelsesgrad for beredskabstyper



Anvendelsesgraden for deldøgnberedskaberne har i hele perioden ligget under 80%. Fra februar 2018 ligger anvendelsesgraden over 80%. Dette er forholdsvis højt taget i betragtning, at et deldøgnberedskab typisk har 2 pauser, der svarer til ca. 10% af driftstiden. For døgnberedskaberne ses samme tendens.

Anvendelsesgraden har ligget under 60% til og med december 2017, herefter ligger den over 60%. En

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -6 af 16

anvendelsesgrad på ca. 60 % vurderes til at være rimeligt med øje for responstider, sikkerhed for fri kapacitet i akutte situationer og generelt effektiv anvendelse af beredskaberne. Lavaktivitetsberedskaberne har ligget på ca. 30%, dog med en stingende anvendelse.

Responstid og servicetid

Respons- og servicetider er et centralt mål for belastningen af ambulanceberedskabet, da de stiger, når det samlede beredskab kommer under aktivitetsmæssigt pres. Det er muligt med et stigende antal kørsler og en stigende opgavetid og dermed anvendelsesgrad at holde respons- og servicetider konstant, så længe beredskabet generelt er tilstrækkeligt, men en kontinuerlig stigning vil på et tidspunkt resultere i længere respons- og servicetider. En stigning i den mest hastende kørselsform – kategori A vil – alt andet lige – belaste mest. Tabel 6 nedenfor illustrerer 90% percentilen for kørselskategorier fordelt på årstal. Tabel 7 illustrerer medianen for samme kørsler. Tabel 8 og 9 illustrerer, ved en graf, udviklingen i responstiden ved både 90% percentil og median.

Tabel 6 - Responstider fordelt på kørselskategori

Type	Mål	2014	2015	2016	2017	2018*
A-kørsler	90 % indenfor 13 minutter	00:12:18	00:12:32	00:12:43	00:12:13	00:12:49
B-Kørsler	90 % indenfor 25 minutter	00:36:12	00:39:50	00:38:07	00:38:11	00:44:51
C-kørsler	90 % indenfor 120 minutter	04:00:52	03:34:00	02:42:00	02:38:24	03:08:24
D-kørsler (sygetransport)	90 % indenfor 120 minutter	03:00:42	02:55:00	01:54:03	01:52:21	02:17:21

*Til og med maj 2018

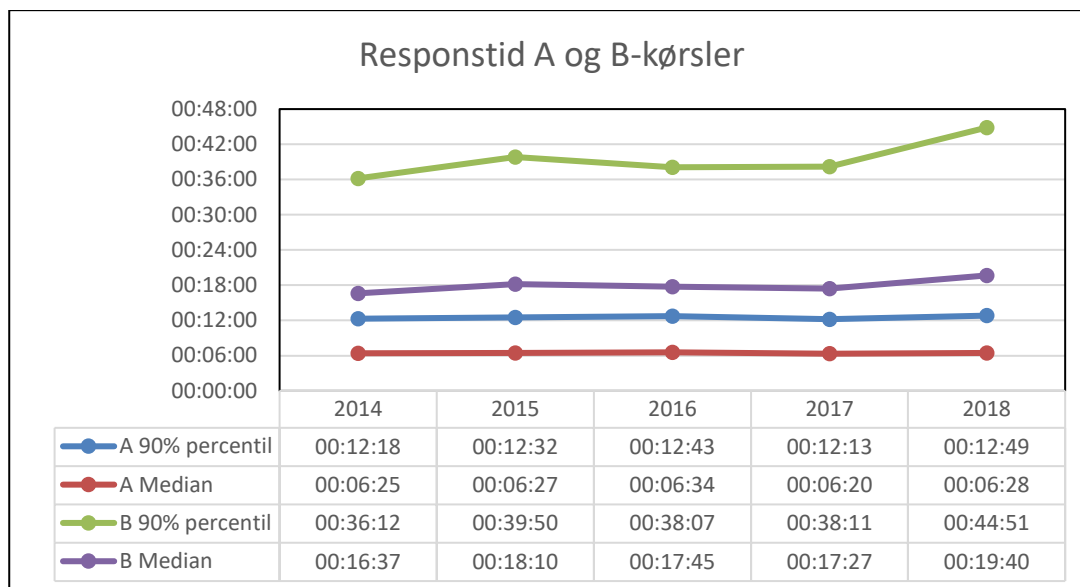
Tabel 7 - Responstider fordelt på kørselskategori - Median

Type	2014	2015	2016	2017	2018*
A-kørsler	00:06:25	00:06:27	00:06:34	00:06:20	00:06:28
B-Kørsler	00:16:37	00:18:10	00:17:45	00:17:27	00:19:40
C-kørsler	01:00:13	00:51:19	00:41:24	00:40:33	00:46:33
D-kørsler (sygetransport)	01:02:13	00:59:24	00:41:51	00:40:15	00:53:26

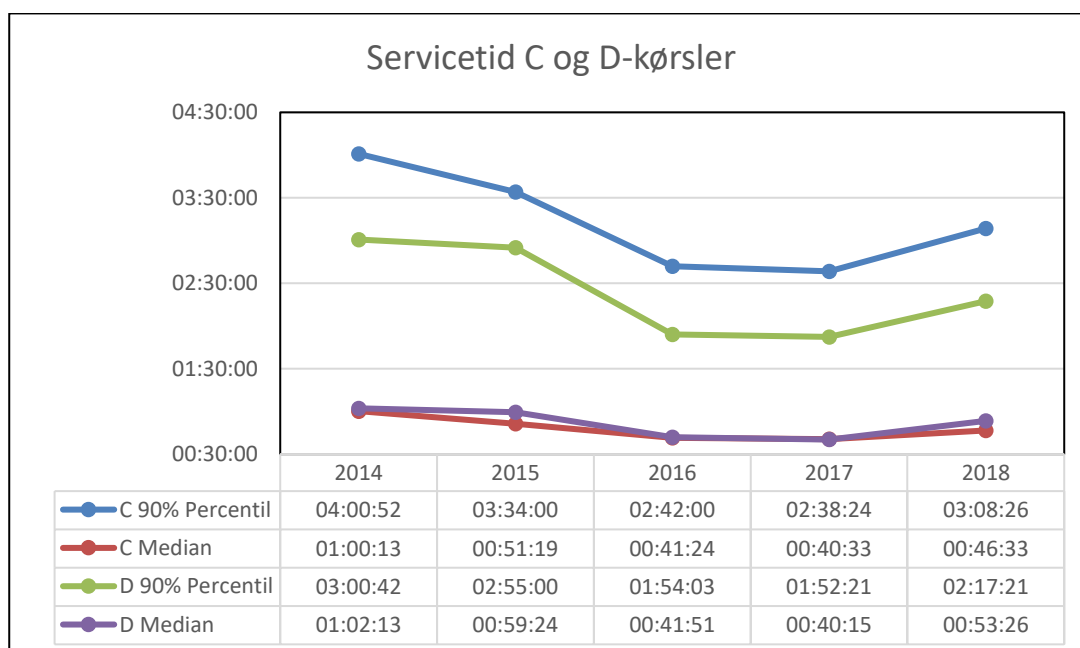
*Til og med maj 2018

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018
Bilag 3 - Side -7 af 16

Tabel 8 - Responstid A og B-kørsler. 90% percentil og median. Til og med maj 2018



Tabel 9 - Servicetid C og D-kørsler. 90% percentil og median. Til og med maj 2018



Det fremgår af tabellerne, at responstiden for alle kørsler er steget. Det er især problematisk for B-kørslerne, hvor responstiden er steget med lige knap 6 minutter fra 2017 til 2018. Med de tal er B-kørslerne langt fra målsætningen om, at 90% af alle kørsler skal være fremme indenfor 25 minutter. Det kan dog skyldes, at der har været en markant stigning i A-kørsler, og derfor bliver B-kørslerne nedprioriteret, og det giver udfordringer med et konstant antal beredskaber og en samtidig stigning i antallet af B-kørsler.

I graferne nedenfor vises udviklingen i responstider og servicemål på de forskellige planområder. Med enkelte undtagelser, er der en stigning på responstiden på alle kørsler fra 2017-2018. Den røde vandrette streg indikerer servicemålet.

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -8 af 16

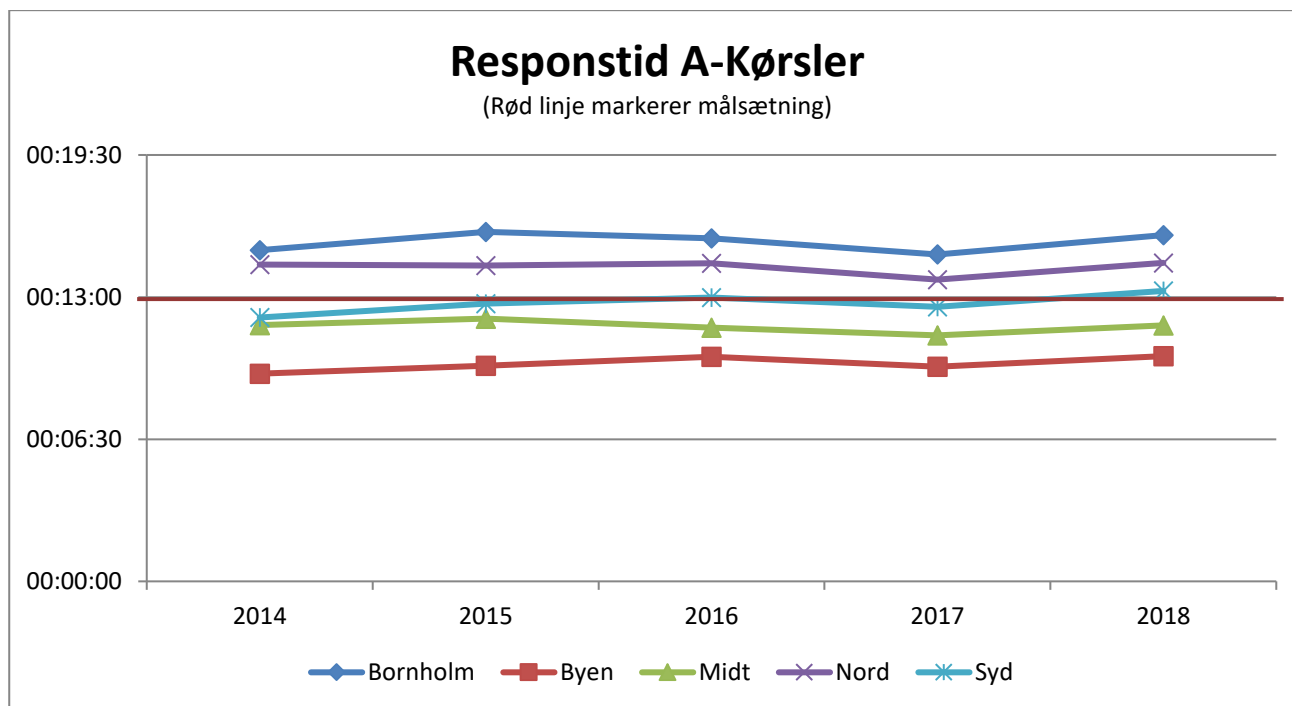
Responstiden for planområde Bornholm, Nord og Syd er over de målsatte 13 minutter for A-kørsler, og det kan skyldes den geografiske afstande der er mellem ambulance og afhentningssted. Anderledes ser det ud i planområde Byen og Midt, hvor der er kortere distance fra base til afhentningssted og dermed lavere responstid. Selvom begge områder overholder servicemålet, er der stadig sket en stigning i responstiden.

For alle planområder ligger responstiden for B-kørsler over de fastsatte 25 minutter, og responstiden er steget markant med undtagelse af på Bornholm, hvor der er en mindre stigning. Udviklingen af responstiden på Bornholm viser, at det primært er den geografisk afstand, der har betydning for responstiderne. Det skyldes, at beredskabet i yderområder typisk er dimensioneret lidt højere ift. aktiviteten for at sikre beredskabsdækning trods en lavere aktivitet.

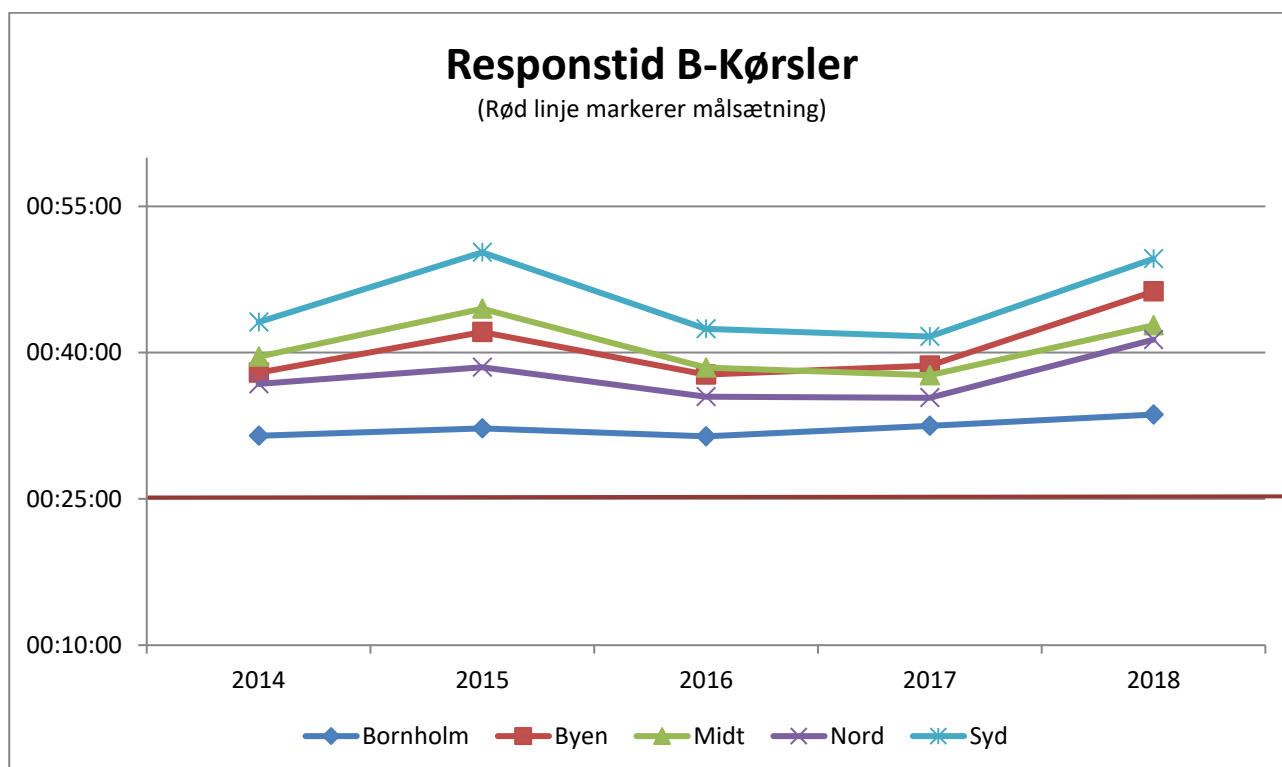
Stigningen for B-kørsler gælder, ligesom ved A-kørslerne, for 2017-2018, og de kan hænge sammen med den større andel akutte kørsler samt den faldende anvendelsesgrad på deldøgnsberedskaberne. Derudover skyldes det den tidligere nævnte prioritering af A-kørsler, hvorfor B-kørslerne omdisponeres eller beredskaberne reserveres til A-kørsler.

C- og D-kørslerne har fra januar 2018 et administrativt servicemål, der hedder 120 minutter, og med undtagelse af Bornholm ligger planområderne over det fastsatte mål. Der er som i A- og B-kørslerne en stigning fra 2017-2018 og det kan igen kontribueres til de stigende antal kørsler og omdisponering af de registrerede C- og B-kørsler.

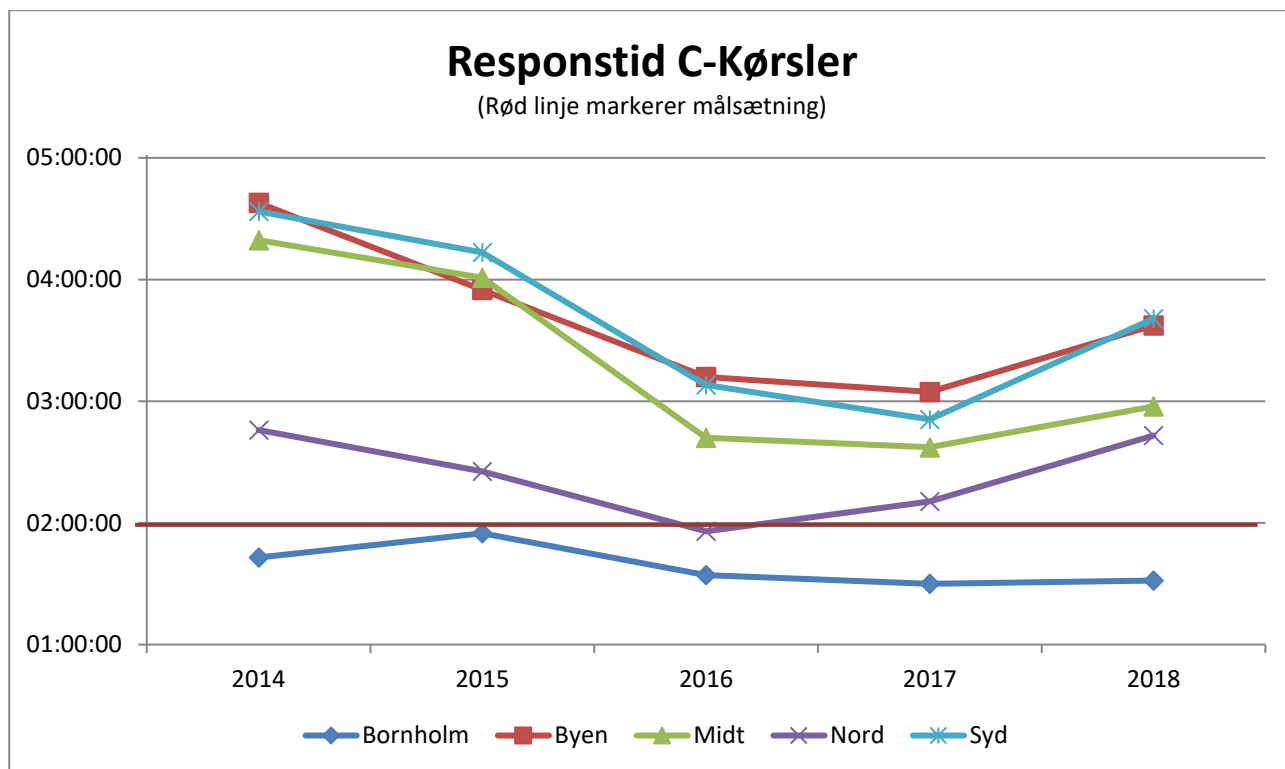
Tabel 10 - Responstid for A-kørsler fordelt på planområder



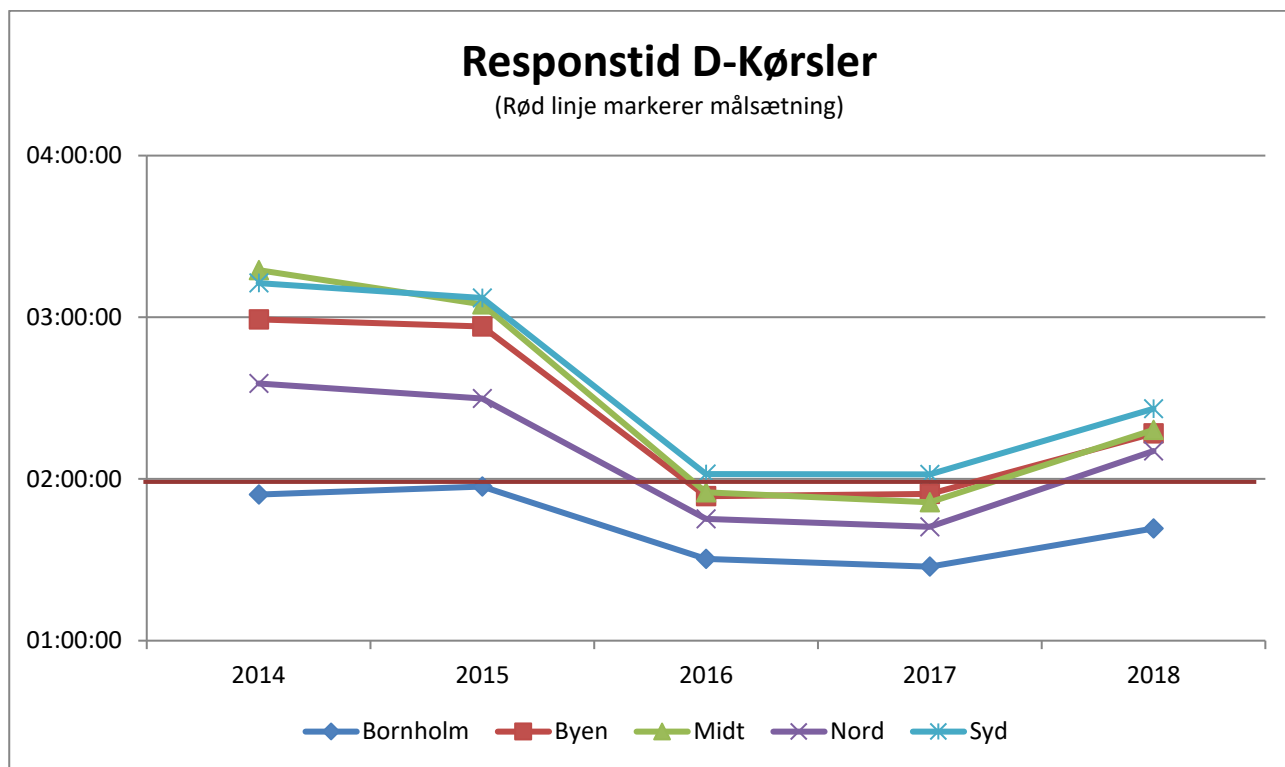
Tabel 11 - Responstid for B-kørsler fordelt på planområder



Tabel 12 - Servicetid for C-kørsler fordelt på planområder



Tabel 13 - Servicetid for D-kørsler fordelt på planområder



Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -11 af 16

Tabel 14 nedenfor viser, hvor stor en andel (i %) af kategori A, B, C og D kørsler, der gennemføres indenfor de respektive servicemål. Det er stadig lykkedes at fastholde, at over 90% af A-kørsler kommer frem inden 13 minutter, selvom der er et øget antal kørsler i denne kategori. Det er skal dog bemærkes, at procentdelen ligger på sit laveste i de 5 år, der er opgjort, nemlig 90,4%.

For B-kørslerne er der sket et markant fald på 8,6% i hvor stor en andel, der gennemføres indenfor målsætningen på 25 minutter.

Tabel 14 - Responsmål – Andel nået inden for

Type Kørsler	Servicemål	2014	2015	2016	2017	2018*
A Kørsler	Under 13 minutter	91,4 %	90,9 %	90,7 %	91,8%	90,4%
B Kørsler	Under 25 minutter	71,4 %	66,0 %	69,4 %	69,3%	60,7%
C Kørsler	Under 90 minutter	61,1 %	66,3 %	74,0 %	73,3%	68,7%
D Kørsler	Under 90 minutter	63,5 %	65,6 %	81,3 %	81,4%	72,3%

*Til og med maj 2018

I nedenstående tabel fremgår det, at procentdelen af kørsler der overholder 120 minutter ligger i 2018 på henholdsvis 77,9 og 84,9 for C og D kørsler.

Tabel 15 - Servicemål – Andel nået inden for

Type Kørsler	Servicemål	2014	2015	2016	2017	2018*
C Kørsler	Under 120 minutter	69,5 %	74,6 %	82,0 %	82,3%	77,9%
D Kørsler	Under 120 minutter	75,1 %	76,9 %	91,0 %	91,5%	84,9%

*Til og med maj 2018

Rekvirenter

Nedenstående tabeller viser, hvem der rekvirerer de disponerede kørsler. Rekvirenterne består af opkald til 112, Opkald til Akuttefonen 1813, planlagte bestillinger og Øvrige, heri Den Centrale Visitation på hospitalerne (CVI), politiet mv. tabel 16 viser for alle kørselskategorier, hvor tabel 17 viser for kørsel A.

Tabel 16 - Disponerede kørsler fordelt på rekvirent. Kørselskategori = A, B, C og D

Rekvirent	Antal 2016	Antal 2017	Forskel % 2016-2017	Antal 2018**	Forskel % 2017-2018***
112-opkald	95.527	94.026	-2%	40.781	5%
Akuttefonen 1813	24.448	33.580	37%	17.010	28%
Planlagte bestillinger*	75.638	77.733	3%	33.782	4%
Øvrige (CVI, andre)	52.178	55.387	6%	24.652	6%

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -12 af 16

Total	247.791	260.726	5%	116.225	8%
--------------	----------------	----------------	----	----------------	----

*Bestillinger igennem regionens Taxi-system, **Til og med maj 2018, ***Samme periode for 2017, jan-maj****Data er ekskl. alle akutlægebiler.

Ud fra tabel 16 fremgår det, at der er sket et beskedent fald i disponerede kørsler via opkald til 112 fra 2016-2017. Der er, i samme tidsperiode, derimod sket en markant stigning af rekvireringer gennem Akuttelefonen 1813 med ca. 9.000 flere disponerede kørsler. Dette svarer til en stigning på 37 % fra 2016 til 2017. Endvidere er der sket en stigning i rekvirent Øvrige med ca. 3.200 kørsler, svarende til 6 % fra 2016 til 2017. For 2018 ses der en stigning for alle rekvirenter, dog er stigningen størst for opkald til Akuttelefonen 1813.

Tabel 17 - Tabel 4 - Disponerede kørsler fordelt på rekvirent – alle kørsler og A kørsler (Tal fra januar-maj alle år)

Rekvirent	Antal 2016	A-kørsler 2016	Antal 2017	A-kørsler 2017	Antal 2018	A-kørsler 2018	Forskel A-kørsler 17-18	Forskel total 17-18
112-opkald	40.155	19.657	38.977	19.256	40.781	21.470	11,5 %	4,6 %
Akuttelefonen 1813	9.229	4.277	13.264	6.796	17.010	9.233	35,9 %	28,2 %
Planlagte bestillinger*	30.716	0	32.399	0	33.782	0	0 %	4,3 %
Øvrige (CVI, andre)	22.580	4.315	23.212	4.416	24.652	5.079	15,0 %	6,2 %
Total	102.680	28.249	107.852	30.468	116.225	35.782	17,4 %	7,8 %

Når der fokuseres eksplicit på kørsels A for 2016 til 2018 for perioden januar til maj, så ses det, at der har været en stor stigning i A-kørsler for alle rekvirenter, 35,9 % for Akuttelefonen 1813 med 11,5 % for opkald til 112 samt 15 % for rekvirent Øvrige. Tallene viser dermed, at der både sker en stigning i antallet af kørsler, men også en forskydning mod mere hastende kørsler.

En kortlægning af rekvirentmønsteret med de 4 andre regioner viser, at de har haft samme udvikling, hvor antallet af kørsler fra 112 er nogenlunde konstant, hvorfor kørsler kommer fra andre rekvirenter (fx lægevagt, hospitalsbestillinger, praktiserende læger mv.). Stigningen i rekvirentmønsteret fra 1813 svarer således til stigningen fra lægevagt i de øvrige regioner?

Forklaringer på den stigende kørselsaktivitet

Det er forventeligt, at befolkningsudviklingen samt ændringer i visitationsretningslinjer har bidraget til en øget aktivitet på ambulanceområdet.

Befolkningsudvikling

En af forklaringerne på det stigende antal ambulancekørsler må formodes at være et stigende befolkningstal, som ved en uændret sygdoms- og ulykkesfrekvens alene vil give et øget antal kørsler. Region Hovedstaden har haft en kontinuerlig stigning i befolkningstallet og en endnu større stigning i antallet af personer i alderen 65+. Personer i alderen 65+ har godt 3,5 gange så stor gennemsnitlig indlæggelsesfrekvens som de 0 - til 64-årige, og da det må formodes, at antallet af ambulancekørsler korrelerer tæt med antallet af indlæggelser, kan ændringen i befolkningstal og -sammensætning forklare en væsentlig del af stigningen i antallet af ambulancekørsler

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -13 af 16

Tabel 18 - Befolkningstilvækst

Antal personer	2014	2016	2018*	Stigning 2014-2016	Stigning i %	Stigning 2016-2018	Stigning i %
I alt	1.766.677	1.806.249	1.826.010	39.572	2.2%	19.761	1,1 %
- heraf personer 65 år eller over	291.918	301.875	307.912	9.957	3.3%	6.037	2 %

*Pr. 1. dag i 2. kvartal 2018

Befolkningen er fra 2016-2018 steget med 19.761 personer eller 1,1% og andelen af ældre i alderen 65+ er steget med 6.037 personer eller 2%. Der skal tages højde for, at tallene fra 2014-2016 tager udgangspunkt i 2 hele kalenderår, mens tallene fra 2016-2018 løber til og med ultimo maj 2018. Selvom det er en lavere stigning end fra 2014-2016, vil antallet af kørsler og responstid fremtidigt påvirkes af den ekstra befolkningstilvækst.

Visitationsretningslinjer

En anden væsentlig årsag til stigningen er ændring i visitationsretningslinjer. Fra Sundhedsstyrelsens side er der blevet gjort opmærksom på et behov for en øget opmærksomhed på specielt to sygdomskategorier, - akut hjertesygdom, heri atypiske brystmerter og tegn på blodprop / blødning i hjernen, som kræver hurtig indsats med akutambulance evt. suppleret med akutlægebil. Baggrunden for Sundhedsstyrelsens henvendelser til landets læger var at gøre opmærksom på, at atypiske forløb af disse to sygdomskategorier ikke sjældent blev mistolket. En væsentlig del af stigningen i akutte ambulancekørsler både i Region Hovedstaden og de andre regioner vedrører netop disse to kategorier. Også andre sygdomsområder, heri sygdomme der kan være svære at diagnosticere har været i fokus mht. at sikre borgerne en hurtig og effektiv behandling, hvor det er påkrævet. Endvidere har der været større fokus på meningitis, der ligeledes har udløst flere akutte kørsler

I tabellen nedenfor er vist eksempler på udviklingen i udvalgte rekvireringsårsager for akutte kørsler, hvor ambulancen er ankommet til skadested. Rekvireringsårsager dækker registreringer i beslutningsstøtteværktøjer Dansk Indeks for Akuthjælp, der kan anvendes af både medarbejdere, der håndterer 112 og 1813 opkald.

Tabel 19 - Rekvireringsårsager

Årsag	2016	2017	Forskel	Forskel %	2017*	2018*	Forskel	Forskel %**
Allergisk reaktion	1.379	1.476	97	7,0%	534	712	178	33,3 %
Blødning - ikke traumatisk	2.419	2.534	115	4,8 %	1.098	1.118	20	1,8 %
Brystmerter - hjertesygdom	14.992	15.824	832	5,5 %	6.523	7.683	1.160	17,8 %
Mavesmerter - rygsmerter	4.928	5.095	167	3,4 %	2.042	2.316	274	13,4 %
Nedsat bevidsthed - lammelser	10.292	11.296	1.004	9,8 %	4.561	5.251	690	15,1 %
Ulykker	11.010	11.529	519	4,7 %	4.333	4.815	482	11,1 %
Vejrtrækningsproblemer	9.039	9.435	396	4,4 %	4.160	4.545	385	9,3 %
I alt	54.059	57.189	3.130	5,8 %	23.251	26.440	3.189	13,7 %

Punkt nr. 3 - Drøftelse: Stigning i antal ambulancekørsler i 2018

Bilag 3 - Side -14 af 16

*Til og med maj måned, **Procent ift. samme periode for 2017 (jan-maj)

I tabellen ses det, at der samlet set er sket en stigning på 5,8 % af de udvalgte årsager fra 2016 til 2017. Fx er der sket en stigning på 9,8 % vedr. hændelser, der omhandler nedsat bevidsthed og lammelser samt 5,5 % for hændelser vedr. brystsmerte – hjertesygdom. Samme tendens ser der, når man sammenligner 2017 til 2018. Her der det brystsmerte – hjertesygdom som har haft den største stigning. Det er netop også denne årsag, som Sundhedsstyrelsen har haft stop fokus på. Samlet set er der sket en 13,7 % stigning fra 2017 til 2018 på de udvalgte rekvireringsårsager.

Stigningen fra 2017 til 2018 på udvalgte rekvireringsårsager var på ca. 3.200 kørsler. Det kan sammenlignes med den samlede stigning i akutte kørsler på ca. 6.800 disponerede kørsler.

Øvrige regioner – perspektivering

Samme tendens med at der sket en disponering mod flere akutte kørsler er til stede i alle regioner. En sammenligning i Notat "*Udvikling i ambulancekørsler med hastegrad A og B i regionerne i 2013-2016*" præsenteret til styregruppe for de præhospitalt virksomheders direktioner, viser, at der er sket en stigning på 16,3 % for A og B kørsler og 19 %, hvis der kun medtages A-kørsler.

Hvis kørslerne opgøres pr. 1.000 indbyggere, så ligger Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland over landsgennemsnittet. Region Hovedstaden ligger omkring landsgennemsnittet, mens Region Midtjylland ligger under landsgennemsnittet.

I forlængelse af drøftelserne blev der foretaget yderligere analyser af stigningen i notat "*Af rapportering fra arbejdsgruppe vedr. udviklingen i antallet af ambulancekørsler og kørsler med liggende sygetransport*". I den færdige af rapportering ses det, at 4 ud af 5 regioner har en stigning i antallet af kørsler rekvireret af øvrige rekvirenter end 112. Denne kategori indeholder bl.a. Akuttelefonen 1813 fra Region Hovedstaden samt vagtlægeordningerne, der findes i de resterende regioner.

Den samlede stigning fra 2016-2017 var på landsplan 4,8 % rekvireret af øvrige. Til sammenligning faldt kørsler rekvireret af 112 på landsplan med 1,1 %. I Region Sjælland var stigningen 10,3 %, i Region Hovedstaden 8,1 %, i Region Nordjylland 2 % og i Region Midt 4,3 %. Kun Region Syddanmark oplevede et beskedent fald på 1,8 % i øvrige rekvirenter fra 2016-2017, men dette kan tilskrives, at nogle af opkaldene til vagtlægeordningerne i Region Syddanmark rekvireres af 112.

Annex 1

Definitioner og metode

Beredskabsmodel og nye kontrakter:

Ambulancerne i Region Hovedstaden er organiseret efter den såkaldte beredskabsmodel, hvor leverandører i henhold til kontrakten er forpligtet til at stille et bestemt antal ambulancer til rådighed med en given driftstid, og det er herefter regionens opgave at disponere disse mest hensigtsmæssigt, så det giver den kortest mulige responstid (udrykningstid). Der er i februar 2016 indgået nye kontrakter.

Kategorier af ambulancekørsel:

Ambulancekørsler er inddelt i fire kategorier. De overordnede kategorier er kort beskrevet nedenfor:

Tabel 19 – Kategorier for ambulancekørsler

Kategori A: Livs - eller førlighedstruende tilstande , hvor der ud over ambulancen ofte vil være brug for supplerende indsats med paramediciner og/eller akutlæge. Disse kørsler afvikles altid med udrykning.
Kategori B: Hastende opgaver , men hvor der ikke er umiddelbar risiko for liv eller førlighed. Anvendelse af udrykning beror på en konkret vurdering.
Akut interhospital transport: Livstruende eller hastende kørsel mellem to hospitaler , der svarer til A- eller B-kørsler, men vedrører overflytning af patienter mellem hospitalerne.
Kategori C: Ikke hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver , der kræver medicinsk behandling eller overvågning. Disse afvikles uden udrykning.
Kategori D: Liggende transporter , der ikke kræver behandling eller medicinsk overvågning. Disse afvikles i de fleste tilfælde med en sygetransportvogn (liggende patientbefordring), men kan varetages af ambulancer ved ledig kapacitet.

Der er således tale om, at visitation af A og B-kørsler er baseret på en sundhedsfaglig hastegradsvurdering, mens visitation af C og D-kørsler er udtryk for et valgt serviceniveau for borgerne.

Ambulancekørselsområdet skal således ses som et hele, hvor pres på beredskabet forplanter sig til længere responstider på mindre hastende kørsler og ultimativt til de planlagte C-kørsler og til sygetransportområdet (D-kørsler), da de mest hastende kørsler naturligvis altid prioriteres højest. I øvrigt disponeres alle kørsler fra 112 AMK-Vagtcentralen ud fra hvilket køretøj, der er det mest hensigtsmæssige, og det har således ingen betydning hvilken leverandør eller delaftale, beredskaberne tilhører.

Leverandørernes rolle

Ambulance- og liggende sygetransport-kontrakterne er indgået med aftale om, at der leveres et antal driftstimer. Det er leverandørens ansvar at stille beredskaber til rådighed, fx i 24 timer (døgnberedskab) eller 12 timer. Det er således leverandøren, som skal sikre ambulancepersonalets pauser i løbet af vagten. Dette gøres ved indsættelse af erstatningsberedskaber. Regionen tilbyder en pauseaftale, hvis leverandøren ikke ønsker selv at planlægge pauser. Begge leverandører har ønsket en pauseaftale.

Metode og beregningsforudsætninger

Denne analyse tager udgangspunkt i at opdatere de to tidligere analyser med 2016-2018 data. Analysen tager udgangspunkt i de samme beregningsforudsætninger.

Respons-og servicetider samt respons- og servicemål

Responstiden angives som perioden fra en opgave er modtaget til disponering, til ambulancen er ankommet til stedet. Responstiden er i denne analyse angivet for den samlede region og over ét år. Respons- og servicetider er således de faktiske tider, som er opnået enten for det enkelte køretøj eller for alle køretøjer samlet.

Herudover er der dels det politisk fastsatte responsmål for de mest hastende kørsler (A-kørsler), mens der for mindre hastende kørsler foreligger administrative respons- og servicemål, der ikke er politisk besluttede. For A-kørsler er det politisk fastlagte mål, at 90 % af alle kørsler skal være fremme indenfor 13 minutter.

Målepunkter	Sundhed	Regional Udvikling	Det Sociale Område
Tilfredshed	<ul style="list-style-type: none"> • Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?/ Er du alt i alt tilfreds med besøgets forløb? • Lyttede personalet til dig, f.eks. dine bekymringer, ønsker og behov? 	<ul style="list-style-type: none"> • Måling af tilfredshed i forbindelse med V1 kortlægning og V2 • undersøgelser af jordforurening 	<ul style="list-style-type: none"> • Alt i alt er du tilfreds med at være her
Levering	<ul style="list-style-type: none"> • Svartider, Akuttelefonen • Overholdelse af standard-forløbstider i kræftpakker • Somatiske patienter udredt indenfor 30 dage; Psykiatriske patienter (voksne) udredt • indenfor 30 dage; psykiatriske patienter (børn og unge) udredt indenfor 30 dage • Andel af elektroniske epikriser • (udskrivningsbreve) afsendt • indenfor én dag • Overbelægning på medicinske afdelinger 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventetid på V1 kortlægninger og V2 kortlægninger • Strukturfondsmidler, disponering • Kubikmeter beskyttet drikkevand • Antal skabte praktikpladser • Antal virksomhedskontakter om teknologiske og innovative sundhedsløsninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Belægningsprocent
Kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotikaforbrug • Kliniske kvalitetsdatabaser • Overlevelse ved uventet hjertestop • Akutte genindlæggelser (somatik) • Tvang (antal bæltefikseringer) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ekstern finansiering / eksterne indtægter til forskning og innovation fra offentlige og private kilder • Udvikling i CO₂ udledning (pilotprojekt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Magtanvendelser
Medarbejdere og ledere	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejdertrivsel 	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejdertrivsel 	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejdertrivsel
Produktivitet	<ul style="list-style-type: none"> • Budgetoverholdelse, økonomi • Budgetoverholdelse, aktivitet • Udvikling i effektivitet (index) 	<ul style="list-style-type: none"> • Udgift per passager i den regionale kollektive trafik 	<ul style="list-style-type: none"> • Budgetopfølgning

Sundhedsudvalget

- Tentativ arbejdsplan for 2018

Dato: 10. juli 2018

Definition på typer af sager

Beslutning: Udvalgets behandling af sagen skal munde ud i en beslutning/afgørelse eller i en anbefaling til forretningsudvalget/regionsrådet.

Drøftelse: Udvalgets behandling af sagen er en åben drøftelse uden at blive afsluttet. Typisk er der tale om tilbagevendende emner eller et emne, der skal behandles over flere møder og derfor indleder med en åben drøftelse før en egentlig beslutning skal tages i udvalget.

Orientering: Udvalgets behandling af sagen kan være at drøfte den/ikke drøfte den, da den "kun" har til formål at orientere udvalget om status eller andet aktuelt.

Dato	Sundhedsudvalget - tentativ arbejdsplan for 2018	
2018.08.28	Beslutning	Hospitalsplan 2020: Rammer og principper
2018.08.28	Beslutning	Etablering af kvinde-barn center på Bispebjerg Hospital
2018.08.28	Beslutning	Øge kapaciteten på området for offentlig høreapparatsbehandling
2018.08.28	Drøftelse	Opfølgning patientvejledning
2018.10.03	Beslutning	Evaluering af brugerrepræsentanter i hospitalsfora mhp. videreførelse
2018.10.03	Beslutning	Afrapportering fra Tværpolitisk forhandlingsgruppe
2018.10.03	Drøftelse	Kliniske database - manglende målopfyldelse inden for hoftenær fraktur
2018.10.03	Drøftelse	Status for manglende målopfyldelse i de Kliniske kvalitetsdatabaser
2018.10.03	Drøftelse	Anbefalingerne fra udvalget for sammenhængende patientforløb
2018.10.03	Orientering	Status for flytning af sexologisk klinik til somatikken
2018.10.03	Drøftelse	Opfølgning på arbejdet med patientsikkerhedskultur

Punkt nr. 1 - Meddelelser - Sundhedsudvalgets arbejdsplan 2018
Bilag 1 - Side -2 af 2

2018.10.31	Drøftelse	Opfølgning på analyse om meningitis
2018.10.31	Drøftelse	Rekruttering af læger jfr lægemangel
2018.10.31	Beslutning	Plan for udrulning af Åbne ambulatorier
2018.10.31	Drøftelse	Status for medicinområdet
2018.10.31	Orientering	Status for arbejdet med garantiklinikker
2018.10.31	Drøftelse	Evaluering af projekt om polyfarmaciambulatoriet på BFH
2018.11.28	Drøftelse	Inddragelse af patienternes egne ressourcer i behandlingen
2018.11.28	Drøftelse	Varetagelse relationerne til patientinddragelsesudvalget,
2018.11.28	Drøftelse	Indsatser i forhold til undersøgelse, behandling og rehabilitering på kræft-, hjerte- og transplantations-området
2019	Drøftelse	Kvalitet i servicetilbud og information til patienterne samt ekstern patienttransport.
2019	Drøftelse	Afledte konsekvenser af Sundhedsplatformen
2019	Orientering	Status for hospitalsinfektioner
2019	Drøftelse	Patientsikkerhed datasikkerhed
2019	Drøftelse	Tolkekorps
2019	Drøftelse	Status for arbejdet i Center for komplekse symptomer
2019	Drøftelse	Cannabis - opfølgning på forskningsprojekt
2019	Drøftelse	Driftsmål ventetider og udredningsgaranti