

Sundhedsfaglig visitation af 112-opkald

- virtuel sammenkædning af politiets 112-alarmcentraler og de regionale AMK-vagtcentraler



Dato 11-08-2010

Sagsbehandler Tine Due Bluhme

Tel. +45 8728 4422

Tine.Bluhme@ph.rm.dk

I juli 2009 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen en rapport om 'Sundhedsfaglige opgaver i alarmeringsfasen'. Rapporten var en opfølgning på og en konkretisering af anbefaling 12 i rapporten 'Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen' fra 2007.

Den nye rapport blev udarbejdet i samarbejde mellem regionerne, Rigspolitiet, Alarmcentralen for Storkøbenhavn, Danske Regioner, korpslægerne fra ambulancetjenesterne, Dansk Sygepleje Selskab, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen i 2009.

Rapporten beskriver, hvordan alarmeringen foregår i dag, og hvordan de præhospitale ressourcer disponeres. Rapporten beskriver ligeledes en række forslag, der vil give væsentlige forbedringer af borgernes fremtidige adgang til akut sundhedsfaglig hjælp, visitation og rådgivning.

På møde 17. december 2009 vedtog Danske Regioners bestyrelse et oplæg til det fremtidige sammenhængende akutsystem, herunder etablering af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald via konferencekald mellem regionernes AMK-vagtcentraler og 112-alarmcentralerne som beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport om 'Sundhedsfaglige opgaver i alarmeringsfasen' under model 9.2.3 Samarbejde/overlevering af 112-opkald fra alarmcentral til regional vagtcentral/AMK ved konferencetelefon.

Formålet med etableringen af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald er at sikre, at akut syge eller tilskadekomne borgere får den rette hjælp på det rette tidspunkt, og at de præhospitale ressourcer udnyttes bedst muligt. Og det forudsætter netop, at sundhedsfagligt personale på regionernes AMK-vagtcentraler taler direkte med den borger, der ringer 112 for at kunne foretage den relevante sundhedsfaglige hastegradsvurdering og prioritering af alle 112-alarmopkald.

På baggrund af beslutningen i Danske Regioners bestyrelse, er der

primo 2010 nedsat en fælles styregruppe for projektet med repræsentation fra Rigspolitiet, Danske Regioner og regionerne. Styregruppen har arbejdet siden og har juni 2010 afleveret den endelige rapport. Heri fastlægger styregruppen en række principper for etableringen af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald:

- Regionerne forpligter sig ved etablering af samarbejde/overlevering af 112-opkald til at besvare *alle* opkald til 112, der har et sundhedsfagligt indhold
- *Alle* opkald skal besvares uden forsinkelse
- Ordningen skal træde i kraft i alle regioner samtidigt

Sundhedsdirektørerne har på møde 18. juni 2010 taget rapporten til efterretning.

Arbejdsgangen ved sundhedsfaglig visitation af 112-opkald

I arbejdsgruppen har Danske Regioner, regionerne og Rigspolitiet aftalt, at der etableres en ensartet landsdækkende ordning, hvor alle regioner indgår. Dette er en helt afgørende og ufravigelig forudsætning, fordi alarmopkald til en region skal kunne betjenes fra en vilkårlig af politiets 112-alarmcentraler.

Det er ligeledes af afgørende betydning, at regionerne kan modtage alle sundhedsrelaterede alarmopkald også under de største spidsbelastningssituationer.

I arbejdsgruppen har Danske Regioner, regionerne og Rigspolitiet aftalt følgende som en forudsætning for de nye procedurer i alarmeringsfasen:

- Politiets 112-alarmcentraler skal *ikke* vurdere behovet for hjælp ved sygdom og tilskadekomst. Vurderingen ligger alene på regionernes AMK-vagtcentraler.
- Alarmcentraloperatørerne skal alene udfinde skadestedet og videreformidle præcis adresse til AMK-vagtcentralerne, der er afhængige af disse adresser.

Målingen af responstiden vil fremover blive målt, ligesom i dag, det vil sige fra det tidspunkt, hvor opgaven modtages til disponering (udsendelse af ambulance og eventuel akutbil).

Samarbejdet mellem regionernes AMK-vagtcentraler og politiets 112-alarmcentraler omkring sundhedsfaglige hændelser vil fremover ske på en sådan måde, at så snart et 112-opkald er stedefæstet og identificeret som et opkald vedrørende sygdom eller tilskadekomst, skal 112-operatøren koble den relevante AMK-vagtcentralers sundhedsfaglige personale ind på samtalen. Den sundhedsfaglige medarbejder taler herefter direkte med borgeren og foretager den relevante sundhedsfaglig visitering og rådgivning af indringer. Politiets 112-alarmcentral tager sig således alene af stedefæstelse og identifikation af opkaldet samt vurdering af, om der er behov for at involvere andre myndigheders beredskaber (politi samt brand/redning).

Parterne er enige om følgende procedure for overlevering af et alarmopkald fra 112-alarmcentralerne til regionernes AMK-vagtcentraler:

- Alarmoperatøren kobler den sundhedsfaglige medarbejder på regionens AMK-vagtcentral ind på opkaldet. Den sundhedsfaglige medarbejder vurderer, visiterer og rådgiver indringeren. Indringeren oplyses om, hvilken form for hjælp der ydes, og/eller rådgives.
- AMK-vagtcentralen afsender den rette præhospital hjælp (ambulance, akutlægebil mv.), så snart der er foretaget en sundhedsfaglig vurdering og prioritering heraf.

- Hvis alarmcentralen ikke kan få kontakt til den regionale AMK-vagtcentral, da skal alarmoperatøren ikke fastholde indringeren, men sende et teknisk signal plus teksten, "Ingen kontakt med AMK-vagtcentralen" til AMK-vagtcentralen. Endvidere meddeles det borgeren, at "der er rekvireret en ambulance". AMK-vagtcentralen afsender ligesom i dag en ambulance på baggrund af den elektroniske melding.

Da de nødvendige tekniske ændringer hovedsageligt skal ske i alarmcentralernes telefon- og IT-systemer, er der ikke større udgifter for regionerne som følge af de tekniske krav til den nye model. Den tekniske løsning forventes endelig beskrevet august 2010.

Alarmopkald til 112-alarmcentralerne i 2009

Regionerne har i samarbejde med Rigspolitiet lavet en opgørelse over, hvor mange 112-opkald de enkelte regioner fremover skal modtage og besvare med udgangspunkt i den aftalte afgrænsning af opgaven. Denne ses i tabel 1.

Tabel 1: Fordeling af 112-opkald på årsbasis

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

Alarmopkald fra borgere i Region Midtjylland vil overvejende gå til politiets 112-alarmcentraler i Århus og Viborg. Alle otte 112-alarmcentraler i landet arbejder tæt sammen og er elektronisk forbundet indbyrdes. Det betyder, at hvis et alarmopkald ikke bliver besvaret inden for 10 sekunder, stilles opkaldet automatisk videre til en 112-operatør på en af de øvrige 112-alarmcentraler. Derved sikres det, at et opkald til 112-alarmcentralen aldrig bliver mødt af en optagettone. Alarmopkald kan således blive håndteret et vilkårligt sted i Danmark. Opgørelserne fra Rigspolitiet viser dog, at overløbet fra 112 Århus og 112 Viborg til andre 112-alarmcentraler i landet er mindre end overløbet til de to 112-alarmcentraler, der betjener Region Midtjylland. Netto-overløbet udgør kun en meget begrænset del af det samlede antal alarmopkald.

Det er derfor muligt udelukkende at se på data vedrørende alarmopkald til 112 Århus og 112 Viborg, når det forventede antal alarmopkald fra 112 til AMK-vagtcentralen efter etablering af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald skal vurderes.

112-alarmcentralen i **Århus** modtog i 2009 i alt 186.013 alarmopkald (ambulancer, brand/redning og politi). Ud af disse opkald var 139.903 svarende til 74,89 pct. fejlopkald. Ved fejlopkald forstås de opkald, som ikke ender med en elektronisk afsendt tur til en myndigheds beredskab (politi, ambulancer, brand/redning). Fejlopkald dækker over almindelige fejlopkald, chikaneopkald, alarmopkald som ender med en henvisning til anden myndighed (lægevagt, egen læge eller andre), henvisning til at kontakte myndigheder på almindelige telefonnumre og lignende. De 186.013 alarmopkald resulterede i 46.710 sager, det vil sige at alarmoperatøren i disse tilfælde har afsendt en tur til det/de berørte beredskab(er). Ud af disse sendte ture, var **33.095** anmodninger om ambulancer, enten til sygdom, tilskadekomst eller til brug ved færdselsuheld, redning, stand by ambulancer og lignende.

Tilsvarende modtog 112-alarmcentralen i **Viborg** i 2009 i alt 115.204 alarmopkald (ambulancer, brand/redning og politi). Ud af disse opkald var 89.188 svarende til 77,42 pct. fejlopkald. De 115.204 alarmopkald resulterede i 26.016 sager, det vil sige at alarmoperatøren i disse tilfælde har afsendt en tur til det berørte beredskab. Ud af disse sendte ture, var 18.112 anmodninger om ambulancer. Det vurderes, at 2.500 af disse opkald vedrører Thy/Mors-området og derfor vil blive sendt til AMK-vagtcentralen i Region Nordjylland. De resterende **15.612** opkald vedrører Region Midtjylland.

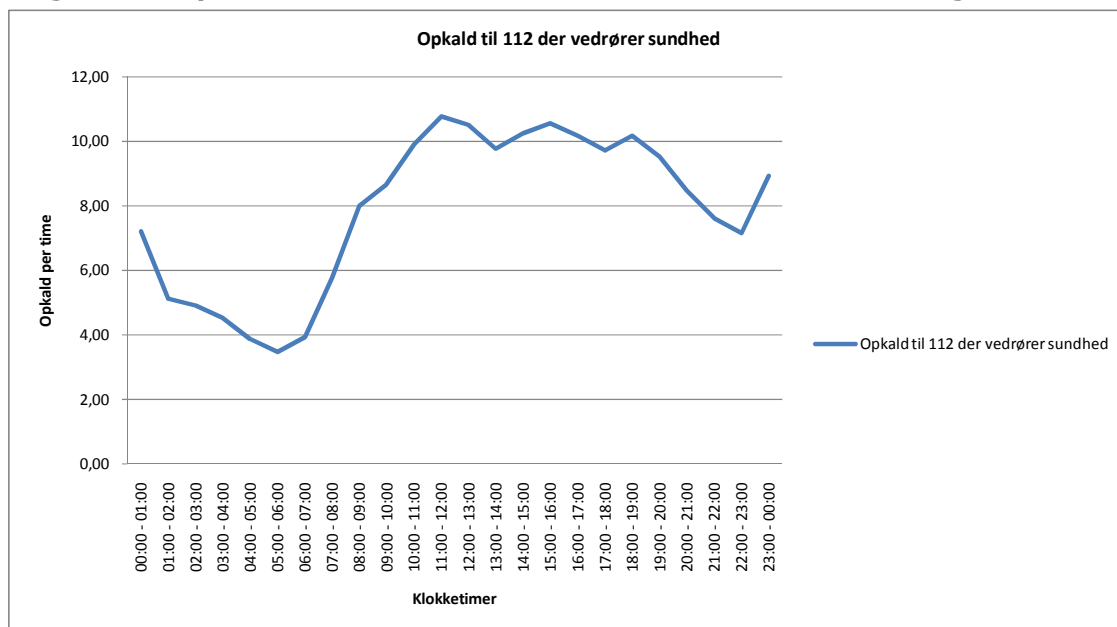
Det vurderes efter dialog mellem Danske Regioner og Rigspolitiet og de regionale 112-alarmcentraler, at regionernes AMK-vagtcentraler ved indførelsen af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald vil skulle modtage omkring syv procent af alle fejlopkald, idet de vedrører sundhedsfaglige problemstillinger, der blot ikke fører til afsendelsen af en ambulance. For AMK-vagtcentralen i Region Midtjylland drejer det sig konkret om cirka **18.000** opkald.

AMK-vagtcentralen i Region Midtjylland vurderer således, at der skal besvares omkring **67.000** alarmopkald fra 112 årligt.

Fordeling af indgående 112-opkald i Region Midtjylland hen over døgnet

På diagram 1 ses fordelingen af alarmopkald til 112 Århus og 112 Viborg, der vedrører sundhed, som et gennemsnit over alle dage i året 2009. AMK-vagtcentralen vil efter aftalen skulle besvare disse opkald ved etablering af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald.

Diagram 1: Opkald til 112 der vedrører sundhed fordelt over dagen



Af diagrammet ses, at belastningen er højest i tidsrummet kl. 10.00–20.00, hvor der i gennemsnit er 10 alarmopkald i timen. Fra kl. 07.00–10.00 og fra kl. 20.00–01.00 er der i gennemsnit 8 alarmopkald i timen og fra kl. 01.00–07.00 er der i gennemsnit 5 opkald i timen.

Der gøres opmærksom på, at der er tale om et **gennemsnit over alle dage** i hele år 2009, og at **spredningen over de enkelte dage således kan være betydelig**. Dette vil skulle håndteres i den daglige planlægning af arbejdet.

AMK-vagtcentralen har været i drift siden 1. december 2009 og har været bemannet med én sundhedsfaglig medarbejder hele døgnet siden driftsstart. Den sundhedsfaglige medarbejder hastegradsvurderer, visiterer og prioriterer så stor en andel af de indkomne opgaver som muligt. Kørslerne bestilles ikke alene af politiets 112-alarmcentraler, men også for en stor dels vedkommende af regionens hospitaler, praktiserende læger, vagtlæger og kommuner. Herudover giver den sundhedsfaglige medarbejder sundhedsfaglig rådgivning og støtte ved telefonopkald til patienter og pårørende, indtil hjælpen er fremme.

En bemanning med én sundhedsfaglig medarbejder hele døgnet indebærer, at 14-15 pct. af alle kørslerne (160.000 på årsbasis) er visiteret/vurderet af en sundhedsfaglig medarbejder i perioden 1. december 2009 – 31. maj 2010. Dette svarer til, at en sundhedsfaglig medarbejder gennemsnitligt (et årsværk) vil visitere og vurdere omkring 2.500 sager på årsbasis. Der gøres opmærksom på, at disse erfaringer er gjort i organisationens opstartsperiode, hvor alle medarbejdere har været under oplæring og uddannelse. I perioden 1. december 2009 – 31. maj 2010 har den sundhedsfaglige medarbejder i Region Midtjylland været inde i visitationen af alle typer af sager alt efter behov (det vil sige sager fra 112-alarmcentralerne og sager fra hospitalerne, de praktiserende læger, vagtlæger, kommuner m.fl.).

I ambulanceudbuddet var den forudsatte fordeling af kørslerne følgende:

- 20 pct. A-kørsler
- 20 pct. B-kørsler
- 30 pct. C-kørsler
- 30 pct. D-kørsler

I praksis har der været en højere andel af A-kørsler og en lavere andel af B- og C-kørsler, end der var forudsat i udbuddet. Dette skyldes blandt andet, at det ikke har været muligt at foretage en sundhedsfaglig visitation af alle kørslerne, og fordi det ikke er muligt at nå at ringe op til borgeren efter 112-opkaldet i de fleste tilfælde, hvor responstiden er kort. Det er forventningen, at andelen af opgaver, som visiteres af sundhedsfagligt personale, efter overtagelse af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald vil stige efterhånden som rutinen stiger, og at fordelingen af kørsler dermed vil nærme sig det forudsatte i ambulanceudbuddet. Det vil sige, at det forudsættes, at det sundhedsfaglige personale fremover fortsat vil indgå i visitationen af samtlige opgaver, der modtages på AMK-vagtcentralen, da en nødvendig bemanning til håndtering af visitation af 112-opkald også vil give mulighed for visitation af øvrige opkald, der ikke har akutkarakter. Den konkrete organisering vil afhænge af den enkelte region.

Overvejelser om bemanning af den sundhedsfaglige visitation af 112-opkald i Region Midtjylland

Regionerne har primo juni 2010 haft de indledende drøftelser vedrørende håndteringen af den nye opgave, herunder bemanningen af den sundhedsfaglige visitation af 112-opkald. På baggrund af den nuværende viden om sundhedsfaglig visitation af 112-opkald, statistiske beregninger sammenholdt med det antal opkald, der skal besvares, samt drøftelser om,

hvordan man sikrer, at alle opkald besvares, er der enighed om følgende principper regionerne imellem:

- Da der er krav om et fælles starttidspunkt for alle regioner, er der enighed om, at regionerne vil kunne være klar til at starte sundhedsfaglig visitation af 112-opkald per 1. februar 2011, forudsat at de nødvendige politiske beslutninger er på plads sommeren 2010 (regionerne behøver 6 måneder til forberedelse, ansættelse og uddannelse).
- På baggrund af regionernes nuværende erfaringer vurderes det, at hver sundhedsfaglig medarbejder (årsværk) på årsbasis kan modtage (hastegradsvurdere, visitere, give sundhedsfaglig rådgivning og sikre al sagsbehandling, koordinering mv.) omkring 2.500 opkald, der kommer fra 112. Hertil kommer visitation af øvrige mindre hastende sundhedsfaglige opgaver, som vil afhænge af de lokale forhold i de enkelte regioner. En opgave der kan have et betydeligt omfang.
- Der gennemføres et fælles uddannelsesforløb for de sundhedsfaglige medarbejdere på 6-8 uger med henblik på start 1. februar 2011. Regionerne udvikler uddannelsen i fællesskab for at sikre ensartede principper og ensartet inddragelse af 112-alarmcentralerne i uddannelsen omkring overgangen.
- Regionerne anbefaler, at der hurtigst muligt startes med pilotprojekt i Region Nordjylland. Region Nordjylland har allerede ansat det nødvendige sundhedsfaglige personale og vil derfor kunne være pilotregion i august/september/oktober 2010.

Region Midtjylland har med bistand fra et eksternt konsulentfirma beregnet sammenhængen mellem antallet af sundhedsfaglige medarbejdere og sandsynligheden for straksbesvarelse samt sandsynligheden for, at en eventuel ventetid overstiger forskellige værdier.

Ligeledes er det drøftet med de øvrige regioner, hvor længe et gennemsnitligt opkald til den sundhedsfaglige medarbejder vil vare inklusiv koordinering, notat mv. Der vil være betydelig variation mellem de enkelte opkald. Det er forventningen, at visitation af sundhedsfaglige samtaler, der ikke resulterer i bistand fra en præhospital ressource (ambulance, akutlægebil mv.) vil kunne tage megen tid, særligt når borgeren skal have bistand til anden sundhedsfaglig hjælp fra AMK-vagtcentralen. I de mest akutte sager vil samtalen enten kunne afsluttes hurtigt eller, og det vil være i ikke helt så få tilfælde, vil den sundhedsfaglige medarbejder have indringeren i røret for at give førstehjælp, indtil ambulancen er fremme.

Der er indarbejdet en forudsætning om en samtalelængde svarende til den mediane responstid for akutambulanterne (kørsel A). Denne forudsætning er lagt til grund for følgende beregninger.

Beregningerne er lavet på baggrund af det nuværende kendskab til fordelingen af 112-opkald hen over døgnet time for time. Fordelingen inden for den enkelte time antages at være beskrevet ved en poissonfordeling (en fordeling som beskriver uafhængige og tilfældige hændelser).

Herunder er i skemaform opstillet tre modeller med forskellig konsekvens for serviceniveauet. Det vil sige forskellig konsekvens for i hvilket omfang 112-opkald ikke straks bliver besvaret af sundhedsfaglige medarbejdere.

Tabel 2: Model 1

Tidsrum	Antal medarbejdere	Sandsynlighed for straksbesvarelse	Middelventetid for de opkald, der oplever ventetid
01.00-07.00	2	87%	4,9 min.
07.00-10.00	3	92%	3,4 min.
10.00-20.00	3	87%	3,8 min.
20.00-01.00	3	92%	3,4 min.

Tabel 2: Model 2

Tidsrum	Antal medarbejdere	Sandsynlighed for straksbesvarelse	Middelventetid for de opkald, der oplever ventetid
01.00-07.00	2	87%	4,9 min.
07.00-10.00	3	92%	3,4 min.
10.00-20.00	4	97%	2,5 min.
20.00-01.00	3	92%	3,4 min.

Tabel 3: Model 3

Tidsrum	Antal medarbejdere	Sandsynlighed for straksbesvarelse	Middelventetid for de opkald, der oplever ventetid
01.00-07.00	2	87%	4,9 min.
07.00-10.00	4	98%	2,3 min.
10.00-20.00	4	97%	2,5 min.
20.00-01.00	4	98%	2,3 min.

I model 1 bemannes der med 2-3-3-3 i de angivne tidsrum, i model 2 bemannes der med 2-3-4-3 i de angivne tidsrum, mens der i model 3 bemannes med 2-4-4-4 i de angivne tidsrum.

I model 1 er sandsynligheden for straksbesvarelse i den periode, hvor der er størst belastning (kl. 10.00-20.00) 87 pct. ved en bemanning på 3 personer. Der er således 13 pct. sandsynlighed for, at et opkald *ikke* kan besvares umiddelbart ved viderestilling fra 112 alarmcentralen. Den gennemsnitlige ventetid for opkald, der rent faktisk oplever ventetid i tidsrummet kl. 10.00 – 20.00 vil være på 3,8 minutter. Der vil være opkald, som oplever en kortere ventetid end denne, men der vil også være opkald, der oplever en længere ventetid.

I model 2 og 3 er sandsynligheden for straksbesvarelse i den periode, hvor der er størst belastning (kl. 10.00-20.00) 97 pct. ved en bemanning på 3 personer. Her er der 3 pct. sandsynlighed for, at et opkald ikke kan besvares uden ventetid. Den gennemsnitlige ventetid for opkald, der rent faktisk oplever ventetid, er i model 2 og 3 på 2,5 minutter.

Sandsynligheden for straksbesvarelse er om natten (kl. 01.00-07.00) i alle tre modeller 87 pct. ved en bemanning på 2 personer, og den gennemsnitlige ventetid for opkald, der rent faktisk oplever ventetid, er 4,9 minutter.

I model 1 og 2 er sandsynligheden for straksbesvarelse tidlig formiddag og aften (kl. 07.00-10.00 og kl. 20.00-01.00) 92 pct. ved en bemanning på 3 personer, og den gennemsnitlige

ventetid for opkald, der rent faktisk oplever ventetid, er 3,4 minutter. I model 3 gælder det, at sandsynligheden for straksbesvarelse tidlig formiddag og aften (kl. 07.00-10.00 og kl. 20.00-01.00) er 98 pct. ved en bemanning på 4 personer, og den gennemsnitlige ventetid for opkald, der rent faktisk oplever ventetid, er 2,3 minutter.

Anbefaling om valg af model

Præhospitalet anbefaler, at model 2 anvendes som grundlag for bemanningen. Model 2 vil give en lidt dårligere straksbesvarelse imellem kl. 7.00-10.00 og 20.00-01.00 end i model 3. Det er dog vurderingen, at en lavere straksbesvarelse i ydertidspunkterne vil være i overensstemmelse med intentionerne i den beskrevne model. Intentionerne er, som tidligere beskrevet, at når en borger henvender sig med akut behov for hjælp og problemstillingen er sundhedsfaglig, så skal borgeren umiddelbart kunne få en *sundhedsfaglig medarbejder* på AMK-vagtcentralen i telefonen med henblik på visitation, rådgivning og vejledning. Dette vil med model 2 være opfyldt, når den mindre del af borgere, der ikke oplever en straksbesvarelse fra en sundhedsfaglig medarbejder særligt i ydertidspunkterne, vil få besked om, at en ambulance er afsendt. Denne vil så senere kunne aflyses eller omprioriteres efter hastegradsvurdering, hvis det efter sundhedsfaglig vurdering viser sig hensigtsmæssigt, og hvis det kan nås, inden ambulancen er fremme ved borgeren.

Økonomi

Præhospitalet har på baggrund af styregruppens foreløbige arbejde beregnet udgiften til sundhedsfaglig visitation af 112-opkald.

I **model 1** vil der være en årlig driftsudgift til aflønning af sundhedsfagligt personale, sundhedsfaglig ledelse m.v. på **8,8 mio. kr.**

I **model 2** vil der være en årlig driftsudgift til aflønning af sundhedsfagligt personale, sundhedsfaglig ledelse m.v. på **10,6 mio. kr.**

I **model 3** vil der være en årlig driftsudgift til aflønning af sundhedsfagligt personale, sundhedsfaglig ledelse m.v. på **12,2 mio. kr.**

I alle tre modeller vil der desuden være en engangsudgift på **370.000 kr.** til etablering af arbejdspladser, rekruttering og uddannelse.

Hertil kommer udgiften til etablering af den tekniske løsning, som afventer arbejdet i den nationale styregruppe.

I tabel 4-6 herunder ses fordelingen af udgifterne i 2010 og 2011 for de tre modeller med den forudsætning at ordningen kan påbegyndes 1. februar 2011 og at personalet hermed skal være ansat med henblik på uddannelse senest 1. december 2010.

Tabel 4: Model 1: Udgifter 2010 og 2011

	2010	2011
Engangsudgift: Etablering af arbejdspladser, rekruttering og uddannelse	247.000 kr.	123.000 kr.
Årlig drift: aflønning af sundhedsfagligt personale, sundhedsfaglig ledelse m.v.	730.000 kr.	8,8 mio. kr.*

*Årlig driftsudgift 2011 og frem.

Tabel 5: Model 2: Udgifter 2010 og 2011

	2010	2011
Engangsudgift: Etablering af arbejdspladser, rekruttering og uddannelse	247.000 kr.	123.000 kr.
Årlig drift: aflønning af sundhedsfagligt personale, sundhedsfaglig ledelse m.v.	883.000 kr.	10,6 mio. kr.*

*Årlig driftsudgift 2011 og frem.

Tabel 6: Model 3: Udgifter 2010 og 2011

	2010	2011
Engangsudgift: Etablering af arbejdspladser, rekruttering og uddannelse	247.000 kr.	123.000 kr.
Årlig drift: aflønning af sundhedsfagligt personale, sundhedsfaglig ledelse m.v.	1,0 mio. kr.	12,2 mio. kr.*

*Årlig driftsudgift 2011 og frem.

I Region Midtjylland vil en bemanning baseret på model 2 (side 7) og de opstillede forudsætninger sammenholdt med gældende overenskomst/arbejdsaftaler indebære, at der skal ansættes 26,8 sundhedsfaglige medarbejdere til løsning af opgaven 24 timer i døgnet, 365 dage om året. Pt. er der en norm på 8,7 årsværk på AMK-vagtcentralen. Det vil sige, at der vil være tale om en udvidelse fra 1. december 2010 på 18,1 årsværk forudsat start per 1. februar 2011.

I tabel 5 herunder ses de fem regioners beregnede normeringsbehov til visitation af 112-opkald, under forudsætning af, at hver sundhedsfaglig medarbejder (årsværk) på årsbasis kan modtage (hastegradsvurdere, visitere, give sundhedsfaglig rådgivning og sikre al sagsbehandling, koordinering mv.) omkring 2.500 opkald, der kommer fra 112.

Enkelte regioner har i praksis valgt en lidt højere normering end den beregnede med den begrundelse, at der også er andre sundhedsfaglige opgaver på AMK-vagtcentralen, som de sundhedsfaglige medarbejdere skal varetage, ligesom enkelte regioner fortsat arbejder med at færdiggøre deres beskrivelse af bemanningen.

Tabel 5: Beregnet normeringsbehov i de fem regioner*

	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Antal 112-opkald årligt	67.000	26.000	52.000	46.000	100.000
Mål Normering til visitation af 112- opkald	26,8	10,4	20,8	18,4	40

*Under forudsætning af at hver sundhedsfaglig medarbejder (årsværk) på årsbasis kan modtage (hastegradsvurdere, visitere, give sundhedsfaglig rådgivning og sikre al sagsbehandling, koordinering mv.) omkring 2.500 opkald, der kommer fra 112.

Status i de fem regioner

Regionerne har frem til nu arbejdet ud fra en administrativ tidsplan, som forudsætter driftsstart af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald 1. februar 2010, under forudsætning af at de nødvendige politiske beslutninger er på plads senest 6 måneder inden driftsstart (regionerne behøver 6 måneder til forberedelse, ansættelse og uddannelse).

Status i de fire øvrige regioner er pt. følgende:

Region Nordjylland

I Region Nordjylland har man valgt en lidt højere bemanning med sundhedsfagligt personale end den beregnede normering anført i tabel 5. Der er således anvist finansiering til og ansat sundhedsfaglige medarbejdere svarende til 15 årsværk. Region Nordjylland er primo april 2010 startet med en modificeret model af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald efter aftale med den lokale 112-alarmcentral og vil således være klar til start af den landsdækkende model for sundhedsfaglig visitation af 112-opkald 1. februar 2011.

Region Sjælland

I Region Sjælland indgår overtagelse af opgaven med sundhedsfaglig visitation af 112-opkald som en forudsætning i Budgetudkastet for 2011. Der er anvist finansiering. Opgaven forudsættes overtaget 1. februar 2011, og der vil skulle bruges mellem 16-18 sundhedsfaglige medarbejdere til opgaven.

Region Hovedstaden

Regionsrådet i Region Hovedstaden har med deres anbefalinger for det præhospitale område vedtaget, at sundhedsfaglige 112-opgaver skal varetages af regionen selv. Opgaven forventes overtaget i perioden 1. februar til 1. april 2011. Region Hovedstaden har planlagt med udvidelse af deres AMK-vagtcentral og forventer ansættelse af cirka 40 sundhedsfaglige medarbejdere for at kunne løse denne opgave som forudsat.

Region Syddanmark

Region Syddanmark har drøftet sagen og forelægger den til politisk beslutning oktober 2010. De sundhedsfaglige medarbejdere, der skal varetage opgaven (sundhedsfaglig visitation af 112 opkald) vil være ansat 1. februar 2011. De konkrete beregninger er ikke afsluttet endnu, men udgangspunktet vil være den model for beregninger, som regionerne har gennemført. De konkrete beregninger i Region Syddanmark er blandt andet præget af et ønske om at forelægge en model for etablering af en akutlinje til politisk drøftelse - en akutlinje, hvor

borgere kan visiteres til akutmodtagelsen og få råd og vejledning. Bemandingen af de to funktioner vil naturligt skulle ses i sammenhæng.