

Rammesætning for analyse af den fremskudte præhospitale indsats i Region Midtjylland



Dato 21.12.2017

Anne Knutsson Hansen

Tel. +45 29646385

j.nr. 1-31-72-14-17

Side 1

Regionsrådets hensigtserklæring i budgetforlig 2017

Regionsrådet vedtog i budgetforliget 2017 følgende hensigtserklæring: "Region Midtjylland har et meget fintmasket net af præhospitale indsatser med en særlig god dækning med akutlægebiler/akutbiler i sammenligning med andre regioner. På den baggrund ønskes det undersøgt, om der kan ske en optimering og tilpasning af ressourceanvendelsen set i forhold til akutbiler og akutlægebiler; herunder den sundhedsmæssige værdi og dermed effekten af disse biler.

Der skal derfor inden udgangen af 2017 foretages en ekstern analyse af den fremskudte præhospitale indsats i Region Midtjylland med fokus på effekten af akutbiler og akutlægebiler og med inddragelse af såvel nationale som internationale forskningsresultater vedrørende værdien af den fremskudte præhospitale indsats.

Analysens indhold drøftes og følges af Hospitalsudvalget."

Parallele udredninger besluttet af Regionsrådet

Funktionen som udrykningslæge på Mols:

Funktionen som udrykningslæge på Mols blev vakant pr. 1. januar 2017 og har ikke endnu kunnet besættes helt eller delvist.

Regionsrådet besluttede på møde den 21. december 2016, "at der ikke på nuværende tidspunkt indgås ny kontrakt som udrykningslæge på Mols, idet der ikke pt. findes en anden læge i området, som man i stedet kan indgå aftale med. Funktionen skal inddrages i den evaluering af det præhospitale område, der blev besluttet i forbindelse med budgettet for 2017".

Koncept for 112-førstehjælperkorps:

I forbindelse med sagens behandling er det besluttet, at muligheden for et nyt koncept for 112-førstehjælperkorpsene i Region Midtjylland skal undersøges. Dette inddrages derfor i tilknytning til den politiske behandling af evalueringen af analysen af den fremskudte præhospitale indsats i Region Midtjylland som en selvstændig sag.

Status for analysen

Systematisk litteraturgennemgang

Første del af analysen, udarbejdet af DEFACTUM, består af en systematisk litteraturgennemgang af nationale og internationale forskningsresultater med fokus på at få belyst effekten af lægebaseret præhospital behandling sammenholdt med præhospital behandling af paramediciner.

Litteraturgennemgang opsummeret

Det europæiske genoplivningsråd har identificeret fem tidskritiske tilstande, der kræver hurtig kvalificeret præhospital håndtering. De fem tilstande er:

- Hjertestop
- Respirationssvigt
- Brystsmerter
- Slagtilfælde
- Svære traumer

Da det er disse fem tidskritiske tilstande, hvor det må formodes at en præhospital indsats udført af en læge har største effekt, er der i litteraturgennemgangen taget udgangspunkt i forskning indenfor disse områder.

Kort opsummeret viser denne gennemgang, at der i forhold til patienter med hjertestop og patienter med traumer findes evidens for en positiv effekt af lægebehandling sammenlignet med paramedicinerbehandling, målt på dødelighed. Derudover viser gennemgangen, at såfremt der udføres intubering (indlæggelse af et plastikrør via mund eller næse til nedenfor stemmebåndene og ned i luftrøret) i den fremskudte præhospitale indsats, ses en positiv effekt ved lægeudført intubering over for paramedicinerudført intubering. Effekten ses i forhold til antal vellykkede intuberinger og i forhold til dødelighed blandt patienterne. Ved brystsmerter, respirationssvigt og slagtilfælde findes der på grundlag af nuværende viden ikke tilstrækkelig grundlag for at konkludere, om der er evidens for positiv effekt af lægebehandling i den fremskudte præhospitale indsats sammenholdt med paramedicinerbehandling.

Den systematiske litteraturgennemgang viser, at en række forhold gør det vanskeligt at opnå sikker viden omkring kliniske effekter af den fremskudte præhospitale indsats. Dette skyldes blandt andet, at fremskudte præhospitale indsats ofte kun er en mindre del af patienternes samlede behandlingsforløb. Derudover kan det være vanskeligt at overføre resultater fra andre landes studier til danske forhold, blandt andet fordi der er betydelige forskelle i det præhospitale personales uddannelse og kompetencer. Generelt kan man se, at de danske ambulancebehandlere og paramedicinere har en betydelig kortere uddannelse end i mange af de gennemgåede lande. Det danske system bygger i høj grad på oparbejdelse af erfaring gennem praksis. Samlet set angives det, at sådanne

udfordringer kan betyde, at effekten af lægebehandling undervurderes, og at de fundne forskelle i behandlingseffekt mellem faggrupperne skal ses som et mindstemål for den reelle forskel i behandlingseffekt.

Det rådgivende udvalg vedrørende hospitaler har den 2. oktober 2017 tilsluttet sig, at administrationen i analysen af den fremskudte præhospitale indsats arbejder videre med at undersøge det andet led i hensigtserklæringen vedrørende ressourceanvendelsen set i forhold til akutbiler og akutlægebiler og med udgangspunkt i den sundhedsfaglige kvalitet, det vil sige den rette hjælp til rette patient i rette tid.

Forslag til Rammesætning for analysen af den sundhedsfaglige kvalitet

I analysens anden del skal det undersøges, om der kan ske en optimering af den fremskudte præhospitale indsats i Region Midtjylland uden væsentligt at forringe muligheden for at sikre kortest mulig tid til den rette hjælp.

De spørgsmål, der ønskes undersøgt angives nedenfor.

1. Visitation og triage:

- Beskrivelse af visitation og triage, herunder akutlægebilernes rolle i responstidsmodellen, "overtriage" og disponering af beredskaber på sparsomme oplysninger.

2. Undersøgelsesspørgsmål vedr. kompetencer:

- Hvilken udvikling har der været i den præhospitale patientbehandling siden vedtagelsen af akutplanen i 2007?
- Hvilke behandlings- og medicinkompetencer har henholdsvis anæstesilæger, anæstesisygeplejersker og ambulancebehandlere/paramedicinere i Region Midtjylland i dag?

3. Undersøgelsesspørgsmål vedr. den fremskudte aktivitet:

- Hvilke fremskudte opgaver varetager henholdsvis akutlægebiler og akutbiler, og hvad er formålet/gevinsten ved de opgaver, der løses?
- Hvor stor en andel af akutbilens opgaver sendes der også akutlæge (akutlægebil eller akutlægehelikopter) til?
- Hvor lang tid går der før patienter i livstruende eller muligt livstruende situation (hastegrad A) tilses af læge?
- Hvilke opgaver har akutbilerne (anæstesisygeplejersker) og hvad må de ift. instruksen?
- Aktiviteten søges – i den udstrækning det er muligt - belyst ved:
 - Aktivitet pr. akutlægebil og akutbil i 2016
 - Fordelt på kommune
 - Fordelt på døgnprofil
 - Fordelt på kørsels-type (A og B), og
 - Fordelt på øvrige opgaver
 - Fordelt på antal kørsler og kapitler fra Dansk Indeks

- Herunder fordelt på døgnprofil
- Ressourceforbrug pr. akutlægebil og akutbil i 2016
 - Udgifter til kontrakt
 - Udgifter til personale
 - Øvrige udgifter
- Relativering/enhedsomkostninger pr. akutlægebil og akutbil i 2016
 - Omkostning pr. kørte ture
- Responstid - herunder
 - ❖ Responstid pr. akutlægebil og akutbil i 2016
 - Herunder fordelt på kommune
 - ❖
 - ❖ Hvornår skal akutlægevil være fremme ved hjertestop og svære traumer, for at det har afgørende effekt?
 - ❖ Hvor ofte er akutlægebil fremme før ambulance (og hvor meget før)?
 - ❖ Hvor ofte er akutbil fremme før ambulance (og hvor meget før)?
- Herudover inddrages oplysninger ift. følgende opgaver:
 - Præhospital patientbehandling på skadested og under transport til hospital.
 -

4. Undersøgelsesspørgsmål vedr. øvrige aktivitet/opgaver, som akutlægebilerne løser sideløbende med deres kerneopgaver (den akutte livreddende indsats):

- Ledsagelse af patienter, der skal transporteres mellem hospitaler.
- Opfyldelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger indeholdt i *Handlingsplan for organdonation*.
- Uddannelse af øvrige præhospitaler og inhospitaler personalegrupper.
- Afslutning af patienter i hjem/på skadesteder.
- Beredskab ved større hændelser (ulykker/terrorhændelser) og ved særligt smitsomme sygdomme eller epidemier (eksempelvis Ebola).

5. Undersøgelsesspørgsmål vedr. geografi og infrastruktur:

- Hvilken betydning har akutlægehelikopterne haft for de tidskrisiske patienter i forhold til 1) den tid, det tager at få speciallæge frem til patienterne? og 2) den tid, det tager at få patienterne til relevant specialiseret hospitalsbehandling?
- Hvilken udvikling har der været i infrastrukturen i Region Midtjylland og hvilken betydning har det for 1) den tid, det tager at få speciallæge frem til patienterne? og 2) den tid, det tager at få patienterne til relevant specialiseret hospitalsbehandling? Herunder bør der være særlig fokus på de områder med længst til specialiseret lægebehandling inhospitalt. Følgende forhold bør desuden inddrages:

- Udviklingen af vejforhold, herunder nye motorveje i Region Midtjylland.
- Akuthospitalernes placering.
- Befolkningsstæthed.
- Teknologisk udvikling, herunder udviklingen i eksempelvis medicoteknisk udstyr og brug af biomarkører.

6. Undersøgelsesspørgsmål vedr. forventet udvikling på det præhospitale område:

- Hvilken udvikling forventes fremadrettet på det præhospitale område, herunder hvordan forventes sammenhængen at være mellem den præhospitale- og inhospitale patientbehandling?
- Hvilken betydning har akutlægebiler og akutbiler for forskning og udvikling, herunder implementering af ny teknologi og viden, på det præhospitale område?

7. Mulige optimeringsscenarier:

- Med udgangspunkt i analysens svar på ovenstående undersøgelsesspørgsmål, ønskes anbefalinger til, hvordan ressourcerne kan optimeres uden væsentligt at forringe muligheden for at sikre kortest mulig tid til den rette hjælp. Med udgangspunkt i udvalgte optimeringsscenarier ønskes følgende spørgsmål besvaret:
 - Hvilken type beredskaber anbefales i den fremskudte præhospitale indsats?
 - Hvor mange beredskaber anbefales i den fremskudte præhospitale indsats?
 - Hvor bør beredskaberne i den fremskudte præhospitale indsats placeres?
 - Hvilke konsekvenser har de foreslåede optimeringsscenarier for omkostningsniveau og indsatsområder?

Udover ovenstående skal der fremgå en kort faktabaseret sammenligning af organiseringen af den fremskudte præhospitale indsats med de fire øvrige regioner.

Metode og datagrundlag:

Til analysen vil der både kunne anvendes kvalitativ og kvantitative data. Der gøres opmærksom på, at der ikke vil kunne gives kvantitative data til alle dele af analysen.

Proces:

Udkast til ramme for analysen forelægges hospitalsudvalget. Analysearbejdet iværksættes umiddelbart derefter. Analysen forventes at foreligge ultimo 2018.