

# Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

*MTV-enheden og datamanagement-enheden, Afdelingen for Folkesundhed,  
Århus Amt*

*10. august 2005*

## Forord

Den præhospitale indsats er den indsats der sker på skadestedet eller i folks hjem, når folk bliver akut syge, eller kommer alvorligt til skade. Formålet med den præhospitale indsats er at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed.

I forbindelse med lukningen af den akutte modtagelse på Grenaa Sygehus blev det i december 2002 besluttet i Sundhedsudvalget i Århus Amt, at der skulle afsættes midler til indsættelse af yderligere en lægebil i amtet, med placering på Djursland. Den 2. juni 2003 startede den døgndækkende bil på Djursland.

I forbindelse med den efterfølgende høringsrunde blev det besluttet, at udrykningslægeordningen på Mols skulle fortsætte, foreløbig i evalueringsperioden.

Samtidig med beslutningen om at etablere en ny lægebil på Djursland, besluttedes det, at køremønster m.v. skulle følges nøje, og at hele ordningen, herunder samspil med udrykningslæge, og den geografiske placering af lægebilen, skulle evalueres med udgangen af 2004.

Denne evaluering er en beskrivelse af udnyttelsen af lægebiler og udrykningslæge på Djursland. Evalueringen omfatter samtlige kørsler af lægebiler, udrykningslæge samt ambulancer på Djursland i 2004.

Evalueringen kan indgå i fremtidige politiske drøftelser angående lægebilerne og udrykningslægen. Analyser af eventuelle nye fremtidige placeringer af lægebilerne er en konsekvens af evalueringen og skal derfor foretages i efterbehandlingen af rapportens resultater.

MTV-enheden og Datamanagement-enheden, Afdelingen for Folkesundhed, Århus Amt, har været ansvarlige for gennemførelsen af evalueringen. Evalueringen er gennemført i samarbejde med Center for Evaluering, Psykiatrien i Århus Amt. Afdelingen for Folkesundhed har udarbejdet evalueringen på baggrund af kommissorium formuleret af rekvirent.

Rapporten er afleveret til videre bearbejdning i Sundhedsstaben i Århus Amt d. 10 august 2005.

På projektets vegne

Lise Viskum Hansen  
MTV-enheden/Datamanagement-enheden  
Afdelingen for Folkesundhed  
Århus Amt

## Indhold

<b>Indhold</b>		<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Resumé</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Historik og baggrund for evaluering</b>	<b>5</b>
	2.1 Placering af lægebilerne i Århus Amt	5
	2.2 Disponering af de præhospitale ressourcer	6
	2.3 Bemanding	6
	2.3.1 Ambulancelæger	6
	2.3.2 Ambulancebehandlere og lægeassistenter	7
	2.3.3 Udrykningslæge	7
<b>3</b>	<b>Formål med evaluering</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Projektorganisation</b>	<b>9</b>
	4.1 Følgegruppe	9
	4.2 Arbejdsgruppe	9
<b>5</b>	<b>Data og metoder</b>	<b>10</b>
	5.1 Kvalitativ metode	10
	5.1.1 Dokumentstudie	10
	5.1.2 Interview	10
	5.1.3 Survey-undersøgelse	11
	5.2 Kvantitativ metode	11
<b>6</b>	<b>Analysespørgsmål</b>	<b>13</b>
	6.1 Udnyttelse af højtuddannet personale	13
	6.1.1 Hvad laves der mellem udrykningerne, når Grenaa er udgangspunkt?	13
	6.1.2 Hvad laves der mellem udrykningerne, når Kolind er udgangspunkt?	14
	6.2 Samspil mellem lægebil og udrykningslæge	16
	6.2.1 Hvordan er samarbejdet mellem lægebil og udrykningslæge?	16
	6.2.2 Hvordan er arbejdsdelingen mellem lægebil og udrykningslæge?	17
	6.2.3 Hvor ofte kører lægebil og udrykningslæge til samme patient?	18
	6.2.4 Hvor ofte aflyser de hinanden, og hvor ofte kommer den ene, fordi den anden er optaget andetsteds?	18
	6.2.5 Hvordan deles viden og erfaring?	20
	6.2.6 Arbejdsdeling mellem lægebil og ambulancer	21
	6.3 Hvordan oplever lægebilpersonalet at blive modtaget af patienter og praktiserende læger	23
	6.4 Rammer for arbejdet	26
	6.4.1 Hvordan opleves Grenaa som udgangspunkt for lægebilkørslen?	26
	6.4.2 Hvordan opleves Kolind som udgangspunkt for lægebilkørslen?	27
	6.4.3 Om organiseringen generelt	27
	6.4.4 Delkonklusion	28
	6.5 Om lægerne når frem til dem, der har mest brug for hjælpen/er mest syge	29
	6.5.1 Metode	29
	6.5.2 Resultater	30
	6.5.3 Delkonklusion	31
	6.6 Lægernes mulighed for at færdigbehandle patienter, som ellers ville have optaget et ambulanceberedskab under transport til sygehus	32
	6.6.1 Metode	32
	6.6.2 Resultater	33
	6.6.3 Delkonklusion	35
	6.7 Tidlig lægehjælp ved alvorlig sygdom	36
	6.7.1 Metode	36
	6.7.2 Resultater	37
	6.7.3 Delkonklusion	40
	6.8 Hvor hurtigt tilses patienterne af specialist/læge	41
	6.8.1 Metode	41
	6.8.2 Resultater	42
	6.8.3 Delkonklusion	52
<b>7</b>	<b>Samet konklusion for evalueringen</b>	<b>54</b>
	7.1 Den videre evalueringsproces	57

## Resumé

I forbindelse med lukningen af den akutte modtagelse på Grenaa Sygehus blev det besluttet, at der skulle afsættes midler til indsættelsen af en lægebil på Djursland. Den samlede ordning betyder, at det er muligt at supplere ambulancekørsler med lægebistand til de akut alvorligt syge og de svært tilskadedekomne. Ved indsættelsen af lægebilen i juni 2003 blev det besluttet, at gennemføre en evaluering af tilbuddet med udgangen af 2004. Samtidig besluttedes det, at udrykningslægeordningen på Mols skulle opretholdes, foreløbig i evalueringsperioden.

Formålet med evalueringen er at få belyst udnyttelsen af det lægelige præhospitalt beredskab på Djursland. Til besvarelsen af de opstillede analysespørgsmål er der anvendt både kvalitative og kvantitative data.

Lægebilen på Djursland er placeret i Grenaa i dagtiden og i Kolind aften og nat. Udrykningslægen kører ud fra sit hjem i Knebel.

Der har været en lægebil og/eller udrykningslæge med som supplement til den almindelige ambulance i ca. 60% af de udrykninger, der har været på Djursland. Udrykningslægen er blevet kaldt i ca. 12% af de samlede kørsler på Djursland.

I 25% af de kørsler lægebilerne eller udrykningslægen har foretaget på Djursland i evalueringsperioden, har patienten været i potentiel livsfare, i livsfare eller har haft svigt af vitale organer.

Ca. 20% af alle patienter, der blev tilset af lægebil på Djursland i 2004, blev færdigbehandlet på skadestedet af lægen.

Analysen viser, at i forhold til ambulancekørsler uden lægebil/udrykningslæge, tilses patienterne overordnet for hele Djursland ca. 45 minutter før af en specialist/læge, hvis der er tilkaldt lægebil/udrykningslæge som supplement til det almindelige ambulanceberedskab.

Lægebilsordningen på Djursland er velfungerende, set fra de faglige aktørers perspektiv. De to redningskorps, der samarbejder med lægebilen på Djursland, oplever ordningen som en forbedret service på det akutte område, ligesom redningspersonalet har faglig gavn af lægernes ekspertise. Evalueringen peger på, at der er behov for at sikre klarere arbejdsdeling mellem lægebil og udrykningslæge.

En spørgeskemaundersøgelse blandt Djurslands praktiserende læger viser en høj grad af tilfredshed med lægebilsordningens indsats hos både patienter og læger.

Med den nuværende placering er der ingen forskel på det samlede antal patienter, der tilses inden for 15 minutter, når lægebilen er placeret i hhv. Grenaa og Kolind.

Det kvantitative datamateriale kan ikke understøtte en klar vurdering af, om det er bedst at placere lægebilen i Kolind eller Grenaa, da de to placeringer tilgodeser patienterne i områdets postnumre forskelligt.

## 2 Historik og baggrund for evaluering

Den præhospitale indsats er den indsats der sker på skadestedet eller i folks hjem, når folk bliver akut syge, eller kommer alvorligt til skade. Formålet med den præhospitale indsats er at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed.

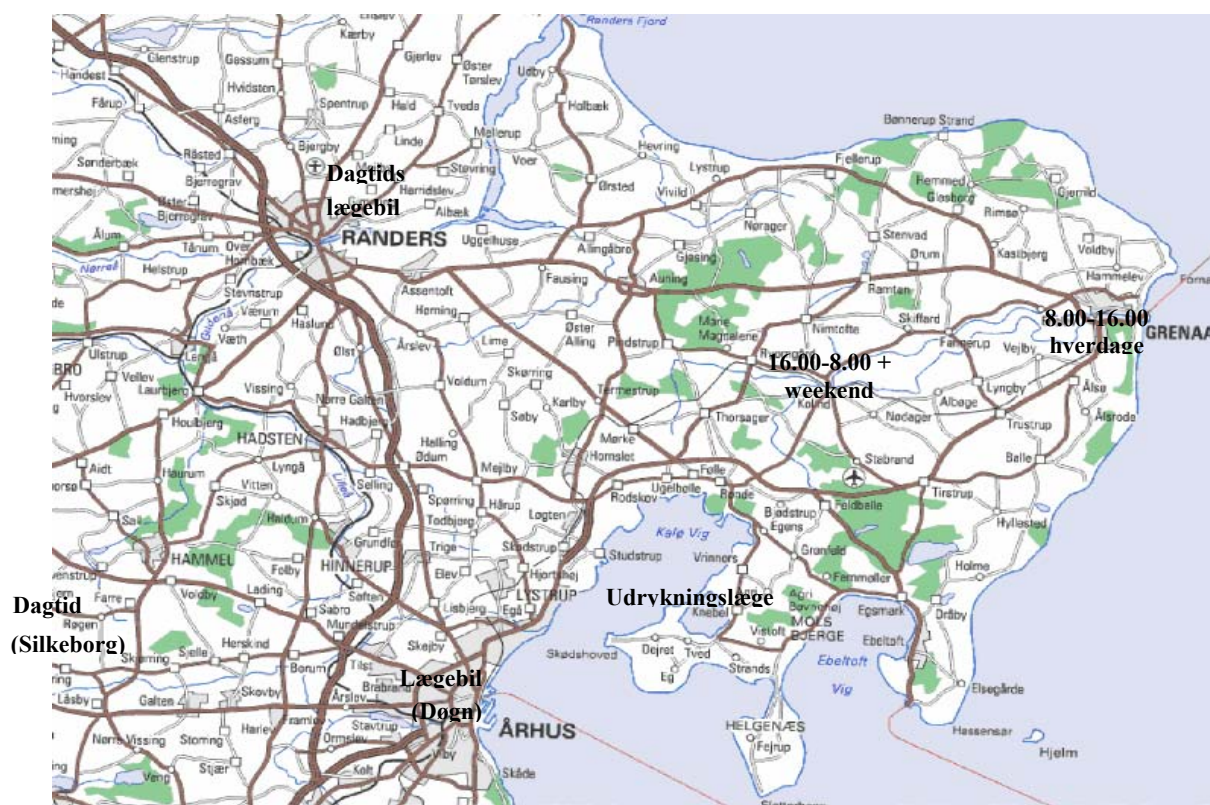
Grundstammen i den præhospitale indsats er de almindelige ambulancer. I 1997 blev det præhospitale tilbud i Århus Amt suppleret med en lægebil. Anskaffelsen af lægebilen var en udvidelse af det præhospitale tilbud i amtet, med særligt sigte på de akut alvorligt syge og de svært tilskadekomne. Lægebilen er bemandedet med en speciallæge i anæstesiologi og en specialuddannet ambulancebehandler.

I forbindelse med lukningen af den akutte modtagelse på Grenaa Sygehus blev det i december 2002 besluttet, at der skulle afsættes midler til indsættelse af yderligere en lægebil i amtet, med placering på Djursland. Samtidig besluttedes det at udvide den præhospitale service omkring Silkeborg Sygehus med en dagtidslægebil, samt fortsætte dagtidslægebilen fra Randers Sygehus. Den 2. juni 2003 startede den døgndækkende bil på Djursland.

I det oprindelige beslutningsoplæg vedr. lægebil på Djursland, var der lagt op til, at lægebilen på Djursland skulle erstatte udrykningslægeordningen på Mols. I forbindelse med den efterfølgende høringsrunde blev det besluttet, at udrykningsordningen på Mols skulle fortsætte, foreløbig i evalueringsperioden.

### 2.1 Placering af lægebilerne i Århus Amt

**Figur 1: Oversigt over placeringen af dagtidslægebiler, døgnlægebiler og udrykningslæge i Århus Amt**



I Århus Amt er der i dag i alt fire lægebiler og to udrykningslægeordninger. De to udrykningslægeordninger har base på Mols og på Samsø.

Placeringen af lægebilen på Djursland blev besluttet af Sundhedsudvalget efter en høringsrunde blandt kommuner, samarbejdspartner og øvrige interesserede.

### *Døgndækkende lægebiler:*

- Falckgården på Trindsøvej i Århus
- Grenaa Sygehus i almindelig arbejdstid (ca. 7-15) på hverdage og fra Kolind resten af tiden

### *Dagtidslægebiler:*

- Randers Centralsygehus
- Silkeborg Centralsygehus

### *Udrykningslæger:*

- Knebel på Mols
- Samsø

Samtidig med indsættelsen af lægebilen på Djursland besluttedes det, at udrykningslægeordningen på Mols skulle opretholdes. Udrykningslægen på Djursland kører ud fra sin bopæl i Knebel på Mols i en radius af 20 kilometer, dvs. at udrykningslægen ikke kører i Grenaa og Nørre Djurs kommuner.

## 2.2 Disponering af de præhospital ressourcer

Når en borger i forbindelse med akut sygdom eller ulykke ringer 112, er det politiets alarmcentral, der i første omgang tager imod henvendelsen. Politiet tager herefter, i overensstemmelse med den disponeringsvejledning Århus Amt har lavet, stilling til, hvilken type hjælp der skal sendes.

Ambulancepersonalet kan på skadestedet efter konkret vurdering bede om assistance fra lægebilerne.

## 2.3 Bemanning

### **2.3.1 Ambulancelæger**

Ambulancelægerne, der bemander lægebilerne, er specialister i anæstesiologi og intensiv medicin, og arbejder dagligt med disse problemstillinger på sygehuset. Derudover har de gennemgået en særlig uddannelse i præhospital indsats. Ambulancelægerne kan behandle alle akutte og livstruende alvorlige tilstande, kan give al slags hjerte- og lungemedicin, give stærke smertestillende medikamenter og bedøve patienterne. Ambulancelægerne er eksperter i at behandle truende lukning af luftveje, og kan lægge patienten i respirator. Altså kan de give den behandling, der svarer til behandlingen på en intensivafdeling.

Lægebilsordningen i Århus Amt dækkes i dag af i alt 28 anæstesilæger, hvoraf 2 har deres daglige arbejde på Silkeborg Centralsygehus, 7 arbejder på Randers Centralsygehus og 19 på Århus Sygehus.

Vagterne er fordelt sådan, at alle læger fra Randers og Århus får vagter både på Djursland og i Århus-området. Ordningen er valgt for at sikre, at alle læger vedligeholder deres rutiner, da der er væsentligt flere udkald i Århus end på Djursland.

Når lægerne befinder sig i Århus, er vagtbasen Falck på Trindsøvej. På Djursland starter vagten kl. 7 på Grenaa Sygehus, og ved 14-15 tiden flytter vagtholdet til Kolind, hvor vagten fortsætter til næste morgen kl. 7.

Alle amtets fire lægebiler er ens udstyret og bemanded.

I evalueringen benævnes læger, der kører med lægebil, ambulancelæger.

### **2.3.2 Ambulancebehandlere og lægeassistenter**

På alle ambulancer skal der være mindst en uddannet ambulancebehandler (der er altid to personer i en ambulance). Ambulancebehandlere er trænet i at påbegynde behandlingen ved hjertestop med genoplivning, incl. afgivelsen af stød. Generelt kan de påbegynde akut førstehjælp og lindre symptomer, men ikke afgive diagnose og færdigbehandle patienten.

Lægeassistenterne, der kører lægebilerne, er ambulancebehandlere med en særlig ekstra uddannelse. For at lægeassistenterne skal kunne opretholde erfaring, rutine og selvstændighed i ambulancetjeneste, roterer de mellem funktionen som lægeassistent og behandler i ambulancerne.

### **2.3.3 Udrykningslæge**

Udrykningslægerne er praktiserende læger, der fra deres hjem eller praksis rykker ud i egen bil med mere udstyr end en vagtlæge, men mindre end en lægebil. Udrykningslægerne er som ambulancelægerne efteruddannet i forhold til deres præhospital funktion, men arbejder ikke som en del af deres daglige praksis med kritisk syge og traumepatienter. Udrykningslægen kører ud alene uden assistent.

### 3 Formål med evaluering

I forbindelse med beslutningen om at etablere en ny lægebil på Djursland, besluttedes det, at ordningen skulle evalueres med udgangen af 2004.

Formålet med evalueringen er at få belyst udnyttelsen af det præhospitale beredskab på Djursland. Evalueringens fokus er den nuværende placering og organisering af lægebilerne, samt udrykningslægens rolle i beredskabet.

Evalueringen belyser følgende punkter, der er udarbejdet af rekvirent.

1. Om lægehjælpen når frem til dem, der har mest brug for hjælp
2. Lægebilernes mulighed for at færdigbehandle patienter, som ellers ville have optaget et ambulanceberedskab under transport til et sygehus
3. Tidlig lægehjælp ved alvorlig sygdom
4. Hvor hurtigt tilses patienterne af specialist/læge
5. Udnyttelse af højtuddannet personale
6. Samspil mellem lægebil og udrykningslæge
  - a. Samarbejde mellem lægebil og udrykningslæge
  - b. Arbejdsdeling mellem lægebil og udrykningslæge
7. Hvordan oplever lægebilspersonalet at blive modtaget af patienter og praktiserende læger
8. Rammer for arbejdet

Det skal bemærkes, at evalueringen ikke belyser den behandlingsmæssige indsats og effekt, samt ordningen vedr. udrykningslæge på Samsø.

Evalueringen er en konkret vurdering af organiseringen og udnyttelsen af den aktuelle indsats og kan indgå i fremtidige politiske drøftelser angående lægebilerne og udrykningslægen. Analyser af evt. nye fremtidige placeringer af lægebilerne er en konsekvens af evalueringen og skal derfor foretages i efterbehandlingen af rapportens resultater.

## 4 Projektorganisation

Afdelingen for Folkesundhed modtog det samlede projektlederskab for evalueringen ultimo oktober 2004.

Sundhedsstaben har indgået en aftale med Center for Evaluering, Psykiatrien Århus Amt vedr. udførelse af den kvalitative analyse. Afsnit 6.1, 6.2, 6.3 og 6.4 er udformet af Center for Evaluering, Psykiatrien i Århus Amt. Center for Evaluering har bidraget til flere afsnit i evalueringen, og dette er indarbejdet i den samlede tekst af Afdelingen for Folkesundhed.

Evalueringen tager udgangspunkt i 8 analysespørgsmål, der er fremsat af rekvirent, og evalueringen er fremstillet på baggrund af disse.

### 4.1 Følgegruppe

- Formand: leder af MTV-enheden, Afdelingen for Folkesundhed, Mette Kjølby
- Rekvirent: Sundhedsstaben v. kontorchef Ib Koustrup Kjeldsen og fuldmægtig Anne Brøcker
- Præhospitalsleder Erica Fricshknecht Christensen

### 4.2 Arbejdsgruppe

- Formand: leder af MTV-enheden, Afdelingen for Folkesundhed, Mette Kjølby
- Lise Viskum Hansen (projektleder og sekretariatsfunktion for følgegruppe)
- Anne Brøcker (ansvarlig for baggrund og historik)
- Jakob Hjort (ansvarlig for kvantitative analyser)
- Birgitte Ahlgreen/Knud Ramian (ansvarlig for kvalitative analyser)

Arbejdsgruppen og følgegruppen har haft møde fire gange fra medio december til ultimo maj.

Evalueringen har inden aflevering været sendt til alle medlemmer af både følgegruppe og arbejdsgruppe til kommentering i forhold til, hvorvidt evalueringen besvarede de opstillede analysespørgsmål.

Afdelingen for Folkesundhed og Center for Evaluering har alene udarbejdet evalueringens resultater og konklusion.

## 5 Data og metoder

Genstandsfeltet for evalueringen er Djursland – defineret ved postnumre på Djursland. Alle kørsler på Djursland medtages i evalueringen, uanset hvilken lægebil og /eller udrykningslæge, der kører.

### 5.1 Kvalitativ metode

Analysespørgsmål 5-8 evalueres på baggrund af kvalitative data indhentet i foråret 2005.

Undersøgelsen bygger på interview suppleret med dokumentstudier. Der er supplerende gennemført en mindre spørgeskemaundersøgelse blandt de praktiserende læger på Djursland.

#### 5.1.1 Dokumentstudie

Som baggrund for den kvalitative evaluering har evaluator gennemgået materiale, der er stillet til rådighed for de politiske beslutninger i tilknytning til lægebilsordningens indførelse på Djursland, den præhospitale plan for Århus Amt, referater fra samarbejds møder samt referater fra høringer og debatter i lokalbefolkningen. I evalueringen indgår dokumenter, der har ligget til grund for beslutningen om lægebilens placeringer i Grenaa og Kolind, samt arbejdsdelingen mellem udrykningslægeordningen på Mols og Djurslands-lægebil.

#### 5.1.2 Interview

Evalueringen er gennemført som personlige interview med en række interessenter, fordelt på ledelsesrepræsentanter og faglige aktører. Det drejer sig om følgende:

##### *Ledelsesrepræsentanter:*

- Cheflægen ved Randers Centralsygehus
- Underdirektøren for Falck, Region Midt
- Ledelsen for REKO, Kolind
- De to faglige ledere for lægebilsordningen ved henholdsvis Randers Centralsygehus og Århus Sygehus.
- En fuldmægtig fra amtets sundhedsstab har desuden bistået med interview og baggrundsmateriale

##### *Faglige aktører og samarbejdsparter:*

- 7 ambulancelæger, repræsenteret ved de to ovennævnte faglige ledere, der også selv kører lægebil, 3 læger ved Århus Sygehus og 2 læger ved Randers Centralsygehus
- 2 lægeassistenter
- Udrykningslægen i Knebel
- To ambulancebehandlere fra Falck i henholdsvis Grenaa og Ebeltoft
- 1 REKO-ambulancebehandler fra Kolind

To ambulancelæger, to lægeassistenter, REKO-ledelsen og en ambulancebehandler fra REKO, samt to ambulancebehandlere fra Falck, er interviewet parvis. De øvrige interview har været med enkeltpersoner. Der er i enkelte tilfælde suppleret med opfølgende telefoninterview.

Interviewene er foretaget som semistrukturerede interview med udgangspunkt i de på forhånd opstillede analysespørgsmål.

### 5.1.3 Survey-undersøgelse

Der er supplerende gennemført en mindre spørgeskemaundersøgelse blandt de praktiserende læger på Djursland. Der er udsendt et lille spørgeskema til 30 praktiserende læger ved i alt 20 lægehuse på Djursland. Der er indkommet besvarelser fra 20 praktiserende læger.

## 5.2 Kvantitativ metode

Analysespørgsmål 1-4 evalueres på baggrund af kvantitative data fra perioden 1/1-31/12 2004.

Datamaterialet er leveret af henholdsvis Falck og lægebilsdatabasen ved overlæge Uffe Landsfeldt, Anæstesiologisk Afdeling, Århus Sygehus. Det drejer sig om tre kilder:

- Ambulancers "Kørsel 1" til Djursland-postnumre (Falck)
- Opgørelser for lægebiler/udrykningslæge til Djursland-postnumre (Falck)
- Journaloplysninger (lægebilsdatabasen)

Det aktuelle set-up til dataopsamling bevirker, at disse tre kilder ikke lader sig entydigt sammenkoble, idet der savnes en fælles gennemgående nøgle (udryknings- identifikation). De to kilder fra Falck ("Kørsel 1" for ambulancer og opgørelser vedrørende lægebiler/udrykningslæge) lod sig imidlertid sammenkoble (med alternative nøgler: dato, klokkeslæt m.fl.) med en succesrate på ca. 94%. Forsøg på også at sammenkoble med data fra lægebilsdatabasen viste en succesrate på under 70%, hvorfor denne øvelse blev afvist.

Datamaterialet består således af et todelt datasæt: Falck-data vedrørende udrykninger, responstider mv., og lægebilsdatabase-data vedrørende patientinformationer, ulykkesklassifikationer, alvorlighedsgrader mv.

Analyseenheden i den kvantitative del af evalueringen er: kørsler. Hvis der er sket et større trafik uheld, hvor 1 lægebil servicerer flere patienter, defineres hver patient som én kørsel. Udrykningslægen og lægebilen kører nogle gange til de samme patienter. Hvis det er tilfældet, tælles det som to kørsler, selvom der kun tilses én patient.

Lægebilen på Djursland, der har udgangspunkt i hhv. Grenaa og Kolind, behandles som 2 forskellige biler i analysen.

Datamaterialet er oprenset og der er udformet deskriptiv statistik efter gængse videnskabelige statistiske og analytiske principper.

### Definitioner:

- **Responstiden** er defineret som tiden fra modtagelse af alarmeringen på vagtcentralen til hhv. lægebil, udrykningslæge eller ambulance når frem til skadestedet
- **Tid-til-læge** er defineret:
  - **Tiden fra modtagelse af alarmering til ankomst til skadested** for lægebil/udrykningslæge

- **Tiden fra modtagelse af alarmering til ankomst til sygehuset** for ambulancer
  - Tiden på skadestedet er inkluderet
  - Tiden på sygehuset er ekskluderet

Responstiden og Tid-til-læge er den samme for lægebil og udrykningslæge, men adskiller sig for ambulancer med den tid, det tager fra ankomst til skadestedet til ankomst til sygehuset.

## 6 Analysepørgsmål

### 6.1 Udnyttelse af højtuddannet personale

Der var i tilknytning til den politiske beslutning om lægebilens placering på Djursland opstillet flere valgmuligheder, idet fordele og ulemper ved alle placeringer er overvejet forud for beslutningen<sup>1</sup>.

En af de angivne fordele ved at placere lægebilpersonalets vagter på Grenaa Sygehus i dagtiden på hverdage var, at der på den måde var mulighed for at udnytte lægens og lægeassistentens kompetencer på hospitalet mellem udkaldene. Da behovet for assistance af lægebil i dagtiden forventedes at være under 1 udkald om dagen i gennemsnit, ville læge og ambulancebehandler tilbringe det meste af dagen med at vente på udkald. På den baggrund skal evalueringen undersøge, hvordan de involverede lægers arbejdskraft har været brugt i tiden mellem udrykningerne.

Ved placeringen på Grenaa Sygehus var det forantagelsen, at lægen kunne støtte funktioner på sygehuset i Grenaa, såsom dagkirurgi og smertehandling. I tilknytning til at udnytte højt uddannet arbejdskraft bedst muligt, kunne der således ifølge oplægget argumenteres for at placere lægebil i Grenaa hele tiden. Når det alligevel blev valgt at placere lægebil i Kolind eftermiddag, aften, nat og weekends, var det ud fra andre hensyn, nemlig køretider til andre destinationer i lægebilens dækningsområde.<sup>2</sup> Samtidig vil lægebil hurtigt kunne være både på motorvejen og i Århus og Randers i tilfælde af større ulykker.

#### 6.1.1 Hvad laves der mellem udrykningerne, når Grenaa er udgangspunkt?

Som det udtrykkes af en af de interviewede læger "har forventningen om, at man kunne gå til hånd på sygehuset ikke haft hold i virkeligheden". Samtlige interviewede fortæller, at der ikke udføres patientrelaterede arbejdsopgaver, når lægebil er stationeret på Grenaa Sygehus.

Som begrundelse nævner alle først og fremmest, at der med de nuværende funktioner på sygehuset ikke er mere arbejde, end den udstationerede anæstesilæge fra Randers og sygehusets øvrige personale sagtens kan klare alene. Af samme grund er der ingen forventninger om, at der med sygehusets aktuelle organisering kan etableres arbejdsopgaver for lægebilens anæstesilæger. Der er heller ikke taget ledelsesmæssige initiativer til at implementere lægebilspersonalet i sygehusets funktioner.

Cheflægen ved Randers Centralsygehus siger, at baggrunden for at vælge placeringen i Grenaa først og fremmest var de mange industrivirksomheder i området. Det skulle sikres, at lægebil i dagtiden kunne nå ud til industrien ved arbejdsulykker mv. Sekundært skulle lægerne have mulighed for at deltage i aktiviteter på Grenaa Sygehus. Tanken har dog ikke været, at de skulle indgå i den daglige drift, men de skulle have mulighed for kollegialt samvær og eventuelt gå til hånd på sygehuset.

---

1. Placering af lægebiler i Århus Amt – køretider, antal forventede kørsler mv. Notat 20. marts 2003, journal. nr. 2-07-00-01-00.

2. Sundhedsstabens bilag til Sundhedsudvalgets møde 14. maj 2003, punkt 3.3.

Lægerne har aldrig selv forsøgt at blive inddraget i sygehusets arbejdsfunktioner. En enkelt læge mener, at en medvirkende årsag muligvis har været, at det i begyndelsen var vanskeligt for lægebilspersonalet at komme ind og tilbyde ressourcer i en vanskelig periode med nedskæringer på sygehuset. En ambulancelæge fremfører desuden, at læger principielt ikke kan arbejde på afdelinger, hvor de ikke er ansat. Vanskeligheder med hurtig omklædning fra operationstøj til udrykningsbeklædning og omvendt, nævnes af en læge som en forhindring. Tilsvarende finder lægerne det u hensigtsmæssigt at blive bundet af sygehusopgaver samtidig med, at man skal være standby til akut udrykning.

Lægebilpersonalets vagtfaciliteter i Grenaa består af et kontor med to pc'er med internetopkobling. I praksis plejer lægebilspersonalet at starte deres vagter her, idet de tjekker nyheder og mails på computeren. Der afleveres post og hentes medicin. Eventuelt kan der udføres lidt medbragt kontorarbejde. Computerne er koblet på hospitalssystemets net i Randers, mens netarbejds mulighederne for Århus-lægerne er begrænsede.

Omgangen med sygehuspersonalet er udelukkende af social art, idet man indimellem snakker sammen i frokoststuen. Det nævnes, at det tildelte kontor er anbragt på en nu nedlagt afdeling, hvor der ingen aktiviteter er, og at det i sig selv forhindrer en naturlig integration i sygemiljøet. En stor del af vagterne tilbringes med kørsel i byen og nærmeste omegn og besøg hos området's Falckstationer.

### **6.1.1.1 Forsøg på inddragelse af lægeassistenter**

Lægeassistenterne tog ved lægebilsordningens start selv initiativer til at deltage i arbejdet på sygehuset. Deres udgangspunkt var, at de kunne klargøre patienter til operation, indlægge drop og på andre måder vedligeholde de færdigheder, de skulle bruge i tilknytning til lægebilkørslen. Der blev ifølge assistenterne også udarbejdet et aftaleudkast i den forbindelse, men det blev aldrig underskrevet og initiativet blev ikke implementeret. I lighed med ambulancelægerne deltager heller ikke assistenterne i dag i sygehusets arbejde. "I stedet læser vi lektier, når vi er i vagtstuen, eftersom vi er forpligtede til at holde vores viden ved lige. Så tiden er sådan set godt brugt".

### **6.1.2 Hvad laves der mellem udrykningerne, når Kolind er udgangspunkt?**

I Kolind er det for Århus-lægerne muligt at udføre relevant administrativt arbejde, idet vagtfaciliteterne her er forsynet med computere, der er koblet til Århus Sygehus' netværk. Randers-lægerne har ikke samme mulighed, men har almindelig internetforbindelse.

Lægerne påpeger, at vagterne ligger uden for normal arbejdstid og derfor også rummer hviletid. REKO har derfor både indrettet kontor og hvilerum, som lægebilspersonalet kan udnytte. Endelig kan lægeassistenten anvende REKO's faciliteter til rengøring af lægebilen og vedligeholdelse af dens udstyr.

Lægebilspersonalet udtaler sig generelt meget positivt om udstationeringen hos REKO, og de interviewede medarbejdere hos redningskorpset er også glade for ordningen. Der bruges også en del tid på samvær med REKO-personalet. Ambulancebehandlerne har ganske vist hjemmeberedskab efter almindelig arbejdstid, men der er overlap med lægernes ankomst, og ambulancebehandlerne kommer også på stationen efter udrykninger. Samværet betegnes af alle parter som meget udbytterigt. Man har blandt andet mulighed for at udveksle erfaringer, og generelt har man lært hinanden godt at kende.

Det betyder meget for ambulancebehandlerne at kunne rådføre sig direkte hos lægerne, en mulighed der benyttes, hvis man gerne vil vende et fagligt tvivlsspørgsmål eller drøfte begivenheder fra en udrykning. Lægeassistentens tilstedeværelse har også haft positiv betydning, siger den interviewede REKO-ambulancebehandler. Selv om de to organisationer fungerer på fælles vilkår og deler vagtcentral, har man ikke kendt hinanden særlig godt på det personlige plan. Mødet med lægeassistenterne har på mange måder betydet, at det gensidige kendskab mellem REKO og Falck er blevet afmystificeret. Eller som REKO-ambulancebehandleren udtrykker det: "Vi har vel efterhånden fundet ud af, at vi er nogenlunde ens."

### 6.1.2.1 Diskussion og konklusion

Ifølge interviewene er forantagelsen om, at lægebilpersonalets arbejdskraft kunne gøre nytte på Grenaa Sygehus, ikke blevet implementeret. Hovedbegrundelsen er, at der ikke er mere arbejde på anæstesiområdet, end det faste personale kan klare alene. Desuden nævner forskellige læger en række praktiske forhindringer for lægebilpersonalets inddragelse i sygehusets arbejdsdag samtidig med, at man skal være parat til udrykning. Lægebilassisterne vil dog gerne deltage i sygehusets arbejde for på den måde at vedligeholde rutiner. Alle interviewede nævner, at vagtlokalet på sygehuset er uheldigt placeret. Det ligger meget isoleret, så lægebilpersonalet ikke har naturlig kontakt med sygehuspersonalet.

I Kolind er der bedre faciliteter, og desuden fremhæver de interviewede som biefekt den sociale kontakt, hvor REKO-personalet har glæde af den lette adgang til lægernes rådgivning, og hvor alle parter lærer hinandens faglighed at kende.

På baggrund af de interviewedes vurdering må det konstateres, at det ikke er en realistisk mulighed at inddrage lægebilpersonalet i arbejdet på Grenaa Sygehus. Det er til diskussion, hvordan man bedst udnytter personalets ledige tid.

## 6.2 Samspil mellem lægebil og udrykningslæge

Før lægebilernes indførelse havde to praktiserende læger i Knebel i en årrække fungeret som udrykningslæger på den sydlige del af Djursland, dvs. Mols-området. Da den endelige placering af lægebilene blev besluttet, blev udrykningslægeordningen på Mols bibeholdt efter ønske fra lokalbefolkningen. Ordningen kunne dog kun opretholdes med en enkelt vagthavende læge, da den ene udrykningslæge er ophørt og i dag kører som anæstesilæge på lægebilene, mens den anden varetager udrykningslægeordningen alene. Udrykningslægens dækningsområde er afgrænset til postnumrene 8400 Ebeltoft, 8410 Rønde, 8420 Knebel, 8544 Mørke og 8560 Kolind. Lægebilene dækker samme område på lige fod med det øvrige dækningsområde på Djursland.

Der blev på et møde mellem repræsentanter fra Århus Amt, udrykningslægen og Falck vendt flere forskellige modeller for arbejdsdelingen mellem lægebil og udrykningslæge:

- Man overvejede en rent geografisk opdeling, hvor de to biler blev kaldt på grundlag af adressen på skadestedet.
- En model var til diskussion, hvor meldingens karakter afgør, hvem der skal sendes.
- Endelig drøftede man en kombimodel, hvor begge ordninger i princippet alarmeres hver gang i udrykningslægens område.

Valget faldt på den sidste model. Dette blandt andet fordi begge de to første modeller havde den ulempe, at Falck i en række grænsetilfælde ville have problemer med at afgøre, hvilket beredskab der skulle sendes<sup>3</sup>.

I tilknytning til ordningens etablering udarbejdede samarbejdspartenerne herefter en disponeringsvejledning for udkald af henholdsvis lægebil og udrykningslæge<sup>4</sup>. Ifølge aftalen alarmerer vagtcentralen altid både udrykningslægen og lægebilene på Djursland til kørsler i udrykningslægens område. Den af de to ordninger, der kommer først frem, afmelder den anden, medmindre der vurderes at være behov for ekstra assistance. Det kan der være, hvis der er tale om tilskadekomst ved trafikulykker, eller hvis der kan drages særlig nytte af udrykningslægens kendskab til patient eller pårørende.

Ifølge aftalen kan udrykningslægen på baggrund af meldingen alene afmelde lægebilene ved akutte medicinske tilstande. Hvis udrykningslæge og lægebil er fremme samtidig, varetager udrykningslægen opgaven og ledsager patienten ved behov for lægeledsagelse, hvorefter lægebilene returnerer til udgangspunktet. Dette med mindre der er tale om en kritisk syg eller tilskadekommet patient, eller patienten har behov for avanceret luftvejshåndtering. Afmelding af lægebil eller udrykningslæge sker via vagtcentralen.

### 6.2.1 Hvordan er samarbejdet mellem lægebil og udrykningslæge?

I dette afsnit er synspunkter samlet, der ikke direkte relaterer til arbejdsdelingen mellem de to lægeordninger.

---

3. Referat af møde mellem Århus Amt, Falck, lægebilerne og udrykningslæge Niels Bie den 5. juni 2003. Journal nr. 2-81-1-03.

4. Disponeringsvejledning, lægelig præhospital indsats: Politimesteren i Århus, den præhospitale leder i Århus Amt, Falcks vagtcentralchef. 10. september 2003.

Såvel udrykningslæge som ambulancelæger betegner det nuværende samarbejde som forholdsvis gnidningsløst. Der var nogle samarbejdsproblemer i starten, hvor udrykningslægen oplevede negative kommentarer eller blev negligeret af enkelte ambulancelæger, når begge parter ankom samtidig. Dette sker ikke mere, og samarbejdet på det personlige plan er i dag godt, siger begge parter. Der henvises også til situationer, hvor udrykningslægens tilstedeværelse har været en fordel i og med, at han har kendt patienten. Dog er der hos begge parter en vis undren over, at de to ordningers dækningsområde i så høj grad skal være overlappende.

Ambulancelægerne og udrykningslægen mener samstemmende, at det nuværende system betyder en vis ressourcemæssig overdækning. Ambulancelægerne oplever, at de – med undtagelse af yderområderne omkring Knebel – fra Kolind vil kunne dække området alene, inden for samme responstid som udrykningslægen. Der er dog hos ambulancelægerne almindelig anerkendelse af den tryk-effekt hos lokalbefolkningen, som udrykningslægens tilstedeværelse er udtryk for. Udrykningslægen giver på sin side udtryk for, at det aldrig har været hans ønske at læge bilen skulle køre i hans område. Det skaber forvirring hos både patienter og læger, at flere lægelige instanser er til stede ved de samme lejligheder. Udrykningslægen gør opmærksom på, at arbejdsdelingen mellem de to ordninger ikke har været til diskussion, men er kommet som en overordnet beslutning. Han mener i øvrigt ikke, at han ifølge aftalen skal dække andre områder end Ebeltoft og Knebel på de tidspunkter, hvor læge bilen er placeret i Kolind. I praksis er han ikke desto mindre blevet kaldt til f.eks. Mørke og Rønde 20-30 gange, selv om han her har længere afstand end Kolind-bilen.

### **6.2.2 Hvordan er arbejdsdelingen mellem lægebil og udrykningslæge?**

I dette afsnit er samlet synspunkter, der direkte relaterer til spørgsmålet om arbejdsdeling.

Grundlaget for arbejdsdelingen mellem de to lægelige instanser er fastlagt formelt på ledelsesplan, idet aftalen blandt andet tager hensyn til de respektive faglige kompetencer. Her nævnes især anæstesi-lægernes særlige kompetence til at intubere patientens luftveje ved kritisk sygdom og tilskadekomst. Det er også med henblik på dette, at både lægebil og udrykningslæge som udgangspunkt skal kaldes ud, idet læge bilen skal tage opgaven, hvis der er tale om en kritisk syg eller tilskadkommen patient, eller der er behov for avanceret luftvejshåndtering. I alle andre tilfælde skal opgaven som nævnt varetages af den først ankomne, eller i tilfælde af samtidig ankomst af udrykningslægen.

#### **6.2.2.1 Arbejdsdelingen i praksis**

Ifølge de interviewede ambulancelæger foregår arbejdsdelingen på den måde, at den først ankomne læge påtager sig opgaven med de ovenfor beskrevne begrænsninger. Ved samtidig ankomst aftaler man fra gang til gang og i forhold til situationen, hvem der skal tage over. Man har ikke oplevet problemer i forbindelse med arbejdsdeling på tilkaldsadressen.

Ifølge udrykningslægen fungerer arbejdsdelingen som den skal i de tilfælde, hvor han selv er først på stedet. I de tilfælde, hvor begge parter ankommer nogenlunde samtidig, men læge bilen en anelse først, mener udrykningslægen, at det er ham, der skal tage opgaven, hvis der er tale om en almenmedicinsk problemstilling. Denne aftale brydes imidlertid ofte, siger udrykningslægen, som dog undlader at protestere for ikke at skabe akavede situationer. Generelt oplever han, at ambulancelægerne har forskellige opfattelser af, hvor grænsen for deres og hans

forskellige kompetencer går: "Der er grænseområder for begge vore funktioner, men jeg mener nok, at anæstesilægernes grænseområder bliver meget mere tilgodeset end mine, da de ofte laver det, jeg egentlig skulle lave, selv om jeg står lige ved siden af – hvorefter jeg tager hjem igen."

### 6.2.2.2 Forskellige opfattelser af kompetence

Ambulancelægernes generelle opfattelse er, at de er bedst kvalificerede til det akutte arbejde.

Interview med både ambulancelæger og udrykningslæge viser dog, at der er forskel på praksis. Ifølge udrykningslægen vurderer enkelte ambulancelæger situationen i forhold til, om der er brug for deres egen ekspertise, eller om deres ressourcer bruges bedre ved at være standby til andre udrykninger. En ambulancelæge fortæller tilsvarende, at det kan være tilfældet:

"Hvis der ikke er noget specielt, og der er frie luftveje, så beder jeg normalt udrykningslægen om at klare det, hvis vi er kommet samtidig. Men det handler så også meget om, hvem der kommer først. Det er klart at vi vil hævde, at vi allround er bedst kvalificeret til det her. Omvendt vil der være tilfælde, hvor udrykningslægen kender patienten og er lige så kvalificeret i forhold til den pågældende problemstilling, om ikke mere. I kraft af sin almene uddannelse har han måske også bedre mulighed for at færdigbehandle patienten (ambulancelæge)."

Udrykningslægen nævner tilsvarende et eksempel, hvor en patient midt om natten var besvimet efter at have hyperventileret:

"Her er det min kompetence at gå ind og se, hvorfor det gik sådan, hvad der kan gøres lægeligt her midt om natten, hvad de pårørende kan gøre, og hvad man kan gøre for at komme videre fra denne situation. Det handler om at give information, gøre folk mindre bange, berolige dem og tale om, hvad der efterfølgende skal gøres. Ting der måske tager lidt tid. At nogle af ambulancelægerne så også laver et godt stykke almindeligt lægearbejde i sådanne situationer er en anden sag. Men det er et spørgsmål om den enkeltes personlighed, det er ikke deres kompetence." (udrykningslæge)

### 6.2.3 Hvor ofte kører lægebil og udrykningslæge til samme patient?

Ifølge såvel udrykningslæge som ambulancelæger sker det ganske ofte i Ebeltoftsområdet, at man kører til samme patient, idet parterne ikke når at aflyse hinanden. Udrykningslæge og lægebil har stort set lige langt til Ebeltoft, uanset om lægebilen udgår fra Grenaa eller Kolind, og i de fleste tilfælde er det vanskeligt at vurdere situationens alvor, før man er på stedet. Der kan være et par minutter til forskel, men som nævnt vil det som regel være den først ankomne læge, der overtager opgaven, medmindre opgaven falder uden for udrykningslægens kompetenceområde.

### 6.2.4 Hvor ofte aflyser de hinanden, og hvor ofte kommer den ene, fordi den anden er optaget andetsteds?

Hvis lægebil eller udrykningslæge er først og alene på stedet, vil der normalt ske en aflysning af den anden part. Hvad udkald til Ebeltoft angår, oplyser udrykningslægen, at han normalt kan nå at aflyse lægebilen, når den kommer fra Grenaa, mens der sjældent bliver tid til det, når den kommer fra Kolind. I

udrykningslægens nærområde kommer han som regel først og afmelder derefter lægebilen. Selv bliver han oftest afmeldt af lægebilen i tilfælde, hvor han kan være forsinket, dvs. om natten, i tilfælde hvor han har konsultation eller lignende. Hertil kommer skiftende perioder, hvor han ikke er på vagt og følgelig ikke skal kaldes eller afmeldes. Dette meddeles fra gang til gang telefonisk til vagtcentralen hos Falck.

### **6.2.4.1 Af- og tilmeldinger registreres manuelt**

Det fremgår af interviewene, at afmeldesystemet ikke fungerer optimalt. Ambulancelægerne fortæller, at de aldrig med sikkerhed ved, om udrykningslægen er kaldt eller ej, dvs. om han er tilmeldt eller ej. Man har ifølge Falck ikke teknisk mulighed for at registrere udrykningslægens af- og tilmeldinger i vagtcentralens elektroniske system. Lægens telefoniske besked registreres derfor manuelt via et notat. Lægebilen får følgelig ikke automatisk besked, om udrykningslægen er på vej eller ej, men skal selv kontakte vagtcentralen og spørge. Det gør nogle af ambulancelægerne rutinemæssigt, mens andre ikke gør det. Desuden kan der ved forespørgsler hos Falck også her være usikkerhed på, om udrykningslægen er på vagt, da en tilmelding ikke er noteret.

Udrykningslægen forklarer, at han i kraft af at være alene ikke kan praktisere et fast system i forhold til, hvornår han kan kaldes og hvornår ikke. Når private gøremål forhindrer ham i at være til rådighed, ringer han til vagtcentralen og melder fra. Han erkender, at det en gang imellem kan ske, at han ikke husker at melde til igen, men at dette blot må registreres sådan, at han ikke er tilmeldt. I stedet kan det ske, at han kaldes alligevel på tidspunkter, hvor han ikke er tilmeldt. Udrykningslægen fortæller desuden, at hans til- og afmeldinger ikke kan gives direkte til den vagthavende i Falck, som bestyrer vognene, men går gennem en telefonpasser. Også dette kan være en kilde til unøjagtigheder i meldesystemet. Det er hans overbevisning, at det uklare til- og afmeldesystem er hovedårsagen til de mange dobbeltudkald, som finder sted i dag.

Tilsvarende har lægerne forskellige rutiner for aflysning af udrykningslægen, som således heller ikke altid kan være sikker på, om lægebilen er på vej, allerede ankommet eller optaget andetsteds. Det sker, at udrykningslægen kaldes alene, fordi lægebilen er optaget andetsteds, men det kan ikke ud fra interviewene afgøres, hvor ofte det sker og det har ikke været muligt at belyse med kvantitative data. I de tilfælde, hvor udrykningslægen er først eller alene på stedet, har han som regel haft den nødvendige kompetence til at håndtere opgaven. Han oplyser, at han to til fire gange årligt har haft brug for at tilkalde assistance fra lægebilen, når han har været alene på stedet.

### **6.2.4.2 Redningskorpsets erfaringer med arbejdsdelingen mellem lægebil og udrykningslæge**

Fra ambulancebehandlers side bekræftes, at man i udrykningslægens område jævnligt oplever fremmøde af både lægebil og udrykningslæge. Dette opleves som en u hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer. Også ambulancebehandlerne finder det uheldigt, at de aldrig ved 100 procent, om der er mulighed for at få fat i udrykningslægen.

Ambulancepersonalet har i øvrigt et godt samarbejde med såvel lægebil som udrykningslæge. De har også oplevet et godt samarbejde mellem de to lægeordninger i de tilfælde, hvor der har været brug for begge parter ́s indsats, f.eks. ved trafikulykker.

Den interviewede ambulancebehandler fra Ebeltoft fortæller, at man her har kendt udrykningslægen gennem flere år, idet områdets daværende to udrykningslæger var de faste samarbejdspartnere før lægebilen kom til Djursland.

"...og det har altid fungeret godt. Udrykningslægen er selvfølgelig praktiserende læge med andre kompetencer end anæstesilægerne, men han har hen ad vejen lært os at kende og følger godt op. Der er ingen tvivl om, at det giver tryghed ude på Mols, at han har den funktion. Han har også en god viden om lokalbefolkningen og ved, hvad der rører sig, og han er fænomenal til at rådgive og vejlede, så folk kommer det rigtige sted, når de skal indlægges. Det er også et gode, at folk kan få valgmuligheden mellem at blive færdigbehandlet i hjemmet med hans opfølgning eller at blive indlagt. Så han udfylder sin post, og der er ingen tvivl om, at han giver tryghed."

Som ordningen er i dag med en enkelt udrykningslæge betegner ambulancebehandleren fra Ebeltoft denne som et godt supplement til lægebilen, idet ambulancelægen dog kan møde op med større lægelig kompetence. "På mange områder, f.eks. ved smertedækning, arbejder lægerne på lige fod, men når der er tale om traumepatienter og tilfælde af problemer med luftvejene, har anæstesilægerne mere rutine."

### 6.2.5 Hvordan deles viden og erfaring?

Udrykningslægen og ambulancelægerne har dårlige muligheder for erfaringsudveksling i og med, at de ikke deler arbejdsplads og heller ikke har fælles formelle fora ud over ambulancelægeforeningens møder, hvor udrykningslægen af og til deltager på eget initiativ. Han bliver ikke automatisk inviteret med til de faglige møder. Den faglige sparring finder for udrykningslægens vedkommende sted i forhold til den præhospitale overlæge, når særligt dramatiske situationer har givet anledning til det, mens der kun er sporadisk kontakt til ambulancelægernes daglige ledelse.

Udrykningslægen mener, at den førnævnte kompetencefordeling mellem ham og ambulancelægerne til en vis grad fratager ham muligheden for at ajourføre den erfaring, han fik som udrykningslæge før lægebilens tid. Han kunne på det tidspunkt godt påtage sig noget af det arbejde, som anæstesilægerne i dag skal udføre, f.eks. intubering af luftvejene, og har også gjort det. Han efterlyser bedre mulighed for såvel praktisk som teoretisk opdatering af disse færdigheder så han, i de tilfælde, hvor lægebilen ikke kan nå frem og han står alene, bedre kan være rustet til en indsats i livstruende situationer.

#### 6.2.5.1 Delkonklusion

Ifølge gældende aftale skal Falcks vagtcentral kalde både ambulance, lægebil og udrykningslæge, når der skal sendes læge ud ved 112-opkald til Mols-området. Lægerne skal herefter selv disponere arbejdsdelingen efter et foruddefineret system.

Den valgte dispositionsmodel for arbejdsdelingen mellem udrykningslæge og lægebilpersonale har tilgodeset flere af de forudsætninger og hensyn, der lå til grund for aftalerne, herunder:

- Imødekommen af et tryghedsperspektiv. Ordningen har således, ifølge de interviewede, taget højde for lokalbefolkningens ønske om at bevare

udrykningslægeordningen i områder, der kan være langt fra lægebilens udgangspunkt.

- En sikkerhed for, at der altid er tilstrækkelig lægefaglig ekspertise til rådighed for området i akutte livstruende situationer.

Den skabte balance mellem ordningens målsætninger om at redde liv og samtidig tryghedsskabelse hos befolkningen har dog også rejst problemstillinger. Disse berører dels udrykningsmønsteret, dels arbejdsfordelingen mellem de to ordninger.

- Specielt i Ebeltoft-området sker der en del dobbelte udrykninger, hvor lægebil og udrykningslæge når synkront frem uden at have nået at afmelde hinanden. Dette forklares dels ved, at afstanden til Ebeltoft er nogenlunde den samme, og dels ved, at behovet for lægekompetence ikke kan afgøres alene på udrykningsmeldingen, men må vurderes på stedet.
- Der er i vagtcentralens meldesystem ikke mulighed for elektronisk registrering af udrykningslægens vagtstatus. Denne noteres manuelt. Lægebilens får med andre ord ikke automatisk besked om, at udrykningslægen er på vej.
- Endelig nævnes det, at den reelle arbejdsdeling på skadesstedet ved samtidig ankomst kan hæmme udrykningslægens mulighed for at vedligeholde sin rutine i visse former for akut lægearbejde.

Det er samtidig til diskussion, i hvilken udstrækning det er muligt at sikre en klarere arbejdsdeling.

### 6.2.6 Arbejdsdeling mellem lægebil og ambulancer

Såvel ambulancelægerne som de interviewede repræsentanter for Falck og REKO oplever et meget positivt samarbejde præget af gensidig respekt. For ambulancepersonalet har samarbejdet givet et betydeligt fagligt løft. Lægerne har på deres side haft nytte af at udvikle deres faglighed fra klinisk praksis på hospitalerne under de noget mere vanskelige arbejdsforhold, de præsenteres for på landevejene og i private hjem, og som ambulancebehandlerne har stor rutine i.

Ambulancebehandlerne på Djursland fortæller, at de i starten var lidt nervøse for under lægernes opsyn at udføre opgaver, som de selv var uddannede til, men som lægerne var meget bedre til. Det var dog kun en kort overgang, og oplevelsen er generelt, at lægerne fuldt ud respekterer ambulancefolkernes kompetencer. En indledende frygt for, at lægerne, når de var til stede, ville overtage alle opgaver, har heller ikke haft bund i virkeligheden. Lægerne lader ambulancebehandlerne gøre, hvad de er uddannede til. Det sker endog, at kompetencerne bliver udvidet, idet lægerne lader ambulancebehandlerne udføre "lidt mere end vi må, når vi er alene", idet det findes forsvarligt under lægeopsyn, når der er tid til det. Det fremhæves dog også, at når der er tale om livstruende situationer, hvor tingene skal gå stærkt, tager lægerne hurtigere over.

#### 6.2.6.1 Arbejdsdelingen i praksis

I praksis foregår ambulancernes arbejdsdeling med såvel ambulancelæge som udrykningslæge som regel sådan, at ambulancemandskabet tager den indledende kontakt til patienten og foretager den indledende behandling. Herefter overtager lægen arbejdet med assistance fra lægeassistenten, og afsluttende aftales præmisserne for kørsel til hospital, medmindre patienten kan færdigbehandles i hjemmet. Det aftales desuden med lægen, om han vurderer det nødvendigt at følge med i ambulancen til sygehuset, eller noget af vejen. Alle mener, at

behandlings samarbejdet i tilknytning til fælles udrykninger foregår "som godt teamwork".

Hvis ambulancepersonalet har gennemført den indledende behandling, optaget patienten i ambulancen og er parat til at køre, før lægebilen når frem, kan man aftale et såkaldt rendezvous undervejs, idet ambulancen holder ind og tager lægen om bord. I mellemtiden holder man telefonisk kontakt og udveksler oplysninger.

Den telefoniske kontakt fremhæves i øvrigt af såvel læger som ambulancepersonale som et godt og meget brugt redskab i mange sammenhænge.

Ambulancebehandlerne ringer for eksempel ofte til lægebilen, når de er alene ude og har brug for faglig rådgivning. En mulighed, de også har haft i forhold til Århus-lægebilen, før der kom lægebil på Djursland, men sjældent benyttede. "Det gør en forskel, at man kender hinanden". Ambulancebehandlerne kan også i tvivlstilfælde kontakte lægebilen, når denne ikke er kaldt med ud, for at drøfte om lægens tilstedeværelse alligevel er nødvendig, og omvendt aftale med den tilkaldte lægebil, at der alligevel ikke er brug for dens assistance.

Også samarbejdet mellem ambulancelæger og lægeassistenter får kun positive ord med på vejen. På evalueringstidspunktet kører 8 lægeassistenter i fast døgnvagt på Djursland, idet de hver især mellem vagterne kører almindelig ambulancekørsel i Århus. Erfaringen fra Falck-ledelsen er, at denne ordning videregiver det faglige løft, som lægeassistenterne får i deres arbejde, til den øvrige ambulancetjeneste.

### **6.2.6.2 Delkonklusion på evalueringsspørgsmål**

Det må konstateres, at der er etableret et godt samarbejde mellem lægebil og primærambulance med gensidig respekt de to fagområder imellem. Samarbejdet med lægebilsordningen på Djursland har også givet ambulancebehandlergruppen et fagligt løft, idet de har gavn af lægernes rådgivning. Samarbejdet mellem lægebil og ambulance foregår på flere niveauer:

- Via samarbejde som team på udrykningsstedet
- Via rendezvous mellem de to biler på aftalte mødesteder under ambulancens kørsel til sygehus
- Via telefonisk kontakt og rådgivning

### 6.3 Hvordan oplever lægebilpersonalet at blive modtaget af patienter og praktiserende læger

Lægebilpersonalet siger samstemmende, at når det drejer sig om akut sygdom og akutte hændelser oplever befolkningen sig lige så godt eller bedre stillet end tidligere. Da patienten er meget dårlig, når man kommer ud, er det ikke altid, de siger noget om lægebilens tilstedeværelse, men de tilkendegivelser, der er kommet, har været positive, siger de interviewede. Nogle gange møder man forundring over, at der kommer 4 mennesker på én gang, dvs. to fra lægebil og to fra ambulancen. Det er dog indtrykket, at folk føler sig beroligede når de får at vide, at "dem i de gule jakker er læger, dem i orange er ambulancebehandlere".

Ambulancemandskabet fortæller, at de kan mærke, folk hurtigere falder til ro, når lægebil er med. Dels på grund af den tryghed der følger med, men også helt konkret på grund af lægens hurtige mulighed for at give den rigtige medicin.

"Vi hører ikke så meget fra befolkningen som sådan, men dog er vi tit ude for, at patienter, vi kommer ud til, spørger om lægebil og om lægebil også kommer. Det er helt sikkert, at hvis man vil spare på lægebil også, så kommer der dønninger i befolkningen," siger en ambulancebehandler. Lægeassistenterne nævner desuden enkelte episoder, hvor folk har stået parat med stopuret ved lægebilens ankomst, "men vi er da indtil nu nået frem til folks tilfredshed".

Når det drejer sig om indlæggelser eller ambulans behandling, der skal foregå på de større sygehuse, får såvel ambulancepersonalet som lægebilpersonalet dog tilkendegivelser om, at folk har været kede af at miste deres sygehus og synes, der er langt til Randers og Århus, også når de pårørende skal på besøg.

#### 6.3.1.1 De praktiserende læger

Det er en fast del af ambulancelægerne rutine, at de dikterer et notat til den praktiserende læge om hændelsesforløbet ved alle udkald via 112, hvor der sendes lægebil med. Egen læge modtager således en eller to dage efter en orientering om, hvad der er foregået.

Lægebilens personale møder i varierende grad de praktiserende læger, som også er blevet mere og mere opmærksomme på dens eksistens. Lægerne rekvirerer også i stigende grad lægebil til egne patienter, når der opstår akutte situationer. Nogle ringer direkte til lægebilens telefon, andre kontakter vagtcentralen, og atter andre har fået kontakt via 112. Nogle af opkaldene forekommer, når en patient, der har kontaktet den praktiserende læge i dennes konsultation, viser sig at være akut syg, andre læger ringer i tilknytning til sygebesøg. Den faglige leder af lægebilsordningen på Djursland oplyser, at opkald fra praktiserende læger altid får høj prioritet.

I tilknytning til evalueringen er der sendt et kort spørgeskema ud til 30 praktiserende læger ved i alt 20 lægehuse på Djursland. 20 praktiserende læger, fordelt på 18 lægehuse, har besvaret spørgeskemaet. Undersøgelsen er dermed repræsenteret ved 2 praktiserende læger fra Ebeltoft Kommune, 9 fra Grenaa Kommune, 2 fra Kolind Kommune, 3 fra Midtdjurs Kommune, 1 fra Nørre Djurs Kommune, 2 fra Rønde Kommune og 1 fra Tirstrup Kommune.

I spørgeskemaet angiver lægerne deres egen og patienternes tilfredshed med lægebilsordningen ved afkrydsning på en graderet skala (meget tilfreds, tilfreds,

utilfreds, meget utilfreds). Desuden har lægerne haft mulighed for at supplere deres besvarelser kvalitativt.

Undersøgelsen viser, at samtlige adspurgte læger har patienter, der har haft kontakt med ordningen. 15 af lægerne har generelt haft indtryk af, at deres patienter har været meget tilfredse, og 5 har sat deres kryds ved "tilfredse". Yderligere har 14 af de 20 læger selv via deres praksis haft brug for lægebilens assistance, siden ordningen blev indført på Djursland. De pågældende har alle været meget tilfredse med den ydede indsats.

I tilknytning til lægebilens udrykninger modtager den praktiserende læge et kort notat fra den vagthavende på lægebilen, der beskriver indsatsen i den konkrete situation. De praktiserende læger bliver i spørgeskemaet bedt om at angive deres tilfredshed med den information, de har modtaget i disse tilfælde. Hertil svarer 9, at de generelt har været "meget tilfredse", og 11 har været "tilfredse". En enkelt oplever dog, at notatet bliver udsendt for sent og har tilføjet følgende kommentar:

"I begyndelsen fik vi lynhurtigt, og senest dagen efter, besked om lægebilens indsats og hvad der var sket med den pågældende patient, som havde fået akut assistance eller var blevet indlagt. Nu kan der gå op til 4 dage, før jeg får EDB-besked. Det er ikke tilfredsstillende og må kunne løses – lægevagten sender altid besked næste dag."

Adspurgt om deres tilfredshed med det generelle informationsniveau om lægebilsordningen er svarene fordelt på 7 meget tilfredse og 12 tilfredse. En enkelt har ikke besvaret spørgsmålet.

Endelig er de praktiserende læger blevet spurgt om deres tilfredshed med lægebilsordningen, set i forhold til de muligheder, der tidligere har været for en akut indsats fra sygehusvæsenet. Hertil svarer 13, at de er meget tilfredse, 5 er tilfredse, og 2 er utilfredse. Besvarelserne er suppleret med nedenstående kommentarer fra 3 tilfredse praktiserende læger, og fra en enkelt utilfreds.

### *Tilfreds og meget tilfreds:*

- "Meget positiv fornyelse i samarbejdet – også i dagtiden. Jeg håber at ordningen fortsætter i uændret form."
- "Meget fin service på alle tider af døgnet."
- "Haft god assistance til hjertepatienter, respirationsstop, krampepatienter, meningitis (?) med krampeanfald under transporten. Vores patienter har haft en del sygdomme som oven for, plus astma og trafikuheld. Systemet er velfungerende."

### *Utilfreds:*

- "Lægebilen har primært en politisk funktion – det er ekstremt sjældent, at den gør en lægefaglig forskel."

### **6.3.1.2 Delkonklusion**

Lægebil- og ambulancepersonale har generelt indtryk af, at befolkningen i forhold til tidligere oplever sig lige så godt eller bedre betjent på det akutte område. Der er i befolkningen en stigende bevidsthed om lægebilsordningens eksistens. Til forskel fra det, er der beklagelse over de lange transportafstande ved indlæggelser og ambulans behandling.

## Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

Den gennemførte spørgeskemaundersøgelse blandt 20 praktiserende læger viser en høj grad af tilfredshed med lægebilsordningens indsats hos både patienter og læger. Med to undtagelser er de praktiserende læger også tilfredse med ordningen, når de sammenligner med den akutte indsats, sygehusvæsenet tidligere kunne tilbyde.

De praktiserende læger bruger i stigende grad muligheden for at tilkalde lægebil, enten direkte eller via 112.

### 6.4 Rammer for arbejdet

Lægebilen på Djursland er døgndækkende, idet vagtholdet ankommer til Grenaa Sygehus kl. 7 om morgenen. Grenaa fungerer som base for udkørsel til alle 112-udkald, hvor lægebilen også kaldes. Herfra dækkes hele Djursland frem til de to andre lægebilers dækningsområder fra Randers og Århus. Omkring kl. 14-15 flytter lægebilen på Djursland til Kolind, hvor den udstationeres fra redningskorpset REKO's ambulancestation resten af døgnet frem til kl. 7 morgen samt i weekenderne. I dette tidsrum kan Djursland-bilen i lighed med Århus-bilen også kaldes til Randersområdet, der kun dækkes af en lokal lægebil i dagtimerne.

#### 6.4.1 Hvordan opleves Grenaa som udgangspunkt for lægebilkørslen?

Cheflægen på Randers Centralsygehus finder det positivt, at der er kommet en lægebil på Djursland, og at hele akutområdet via denne ordning har fået et løft. Han mener, at placeringen i Grenaa tilgodeser industrivirksomhederne i dagtiden, hvor hovedarbejdsmængden ligger.

Det nævnes af de ledende ambulancelæger, at den nuværende ordning er bedre for de akutte patienter i Grenaa-området end tidligere. Hvis en borger i f.eks. Ebeltoft tidligere blev akut syg, skulle vedkommende først bringes til Grenaa Sygehus, hvor det ofte var sådan, at speciallægerne havde bagvagt fra Århus og først skulle tilkaldes. I dag bliver man hurtigt tilset af en erfaren narkoselæge.

I tilknytning til lægebilens placering i selve Grenaa er den generelle holdning blandt de interviewede ambulancelæger dog, at de betragter Grenaa-placeringen som et politisk kompromis, som er indgået af hensyn til lokalbefolkningen. Placeringen nævnes også som "et plaster på såret, da man nedlagde Grenaa Sygehus". Rent lægefagligt oplever ingen af ambulancelægerne, at der er argumenter for placeringen, der dog heller ikke har voldt problemer i tilknytning til udrykninger. Vejene ud ad Grenaa er udmærkede, idet en enkelt læge dog mener, at hvis man forestillede sig døgn-dækning fra Grenaa, ville der herfra blive for mange ture ud på de små veje.

Lægerne påpeger, at hvis udgangspunktet er at lægebilen skal dække hele Djursland, er det "underligt, at bilen skal placeres helt ude i kanten af regionen". Hvis man kører ud fra Grenaa og et stykke ind på Djursland risikerer man nemt, at ambulancen skal stå og vente, fremføres det. Lægeassistenterne giver udtryk for en tilsvarende holdning.

Der peges fra lægeside samtidig på, at Grenaa-placeringen fra et arbejdsmiljøsynspunkt ikke er optimal, dels på grund af det isolerede vagtlokale, og dels på grund af det afbræk der sker, når vagten flyttes til Kolind.

##### 6.4.1.1 Placeringen ifølge Falck

De to interviewede ambulancebehandlere, der er tilknyttet stationerne i henholdsvis Ebeltoft og Grenaa, tager ikke direkte stilling til Grenaa-placeringen, men fremhæver det som vigtigt, at der fortsat er en lægebil placeret på Djursland. Ambulancebehandleren fra Ebeltoft oplyser i den forbindelse, at set fra Falckstationens synsvinkel er der ikke den store tidsmæssige forskel på, om lægebilen kommer fra Grenaa eller Kolind. Grenaa-repræsentanten mener, at det måske ikke er absolut nødvendigt, at bilen udgår fra Grenaa Sygehus, men gerne fra nærmeste omegn, f.eks. Tirstrup. Han nævner, at stationen tidligere havde en stor procent af deres kørsler til skadestuen på Grenaa Sygehus, og at der nu er lagt

et stort ansvar på de ambulancebehandlere, der skal behandle patienten på vej til Randers. "Men i samme øjeblik vi fik lægebilen og kunne få en læge ud til at støtte os, var det nummer et, når man ser på patientens tarv". Lægebilen er her ikke en dækkende erstatning for sygehuset, men når det drejer sig om noget akut er befolkningen blevet bedre stillet, siger den interviewede ambulancebehandler fra Grenaa.

Den interviewede ledelsesrepræsentant for Falck nævner de mange alternative forslag til lægebilens placering og siger, at der ikke findes nogen entydig rigtig placering. I forhold til Grenaa kan det være fornuftigt at have en akutfunktion, når sygehuset ikke længere kan udgøre en sådan funktion, siger han. Den interviewede peger på, at lægebilen både har en fremskudt funktion, når der ikke er ledige ambulancer på stedet, og en tryghedsskabende funktion, som er absolut vigtig. Han sætter dog spørgsmålstegn ved, om tryghedsaspektet ikke kunne tilgodeses lige så godt med en akutbil bemandede med specialuddannede ambulancebehandlere på niveau 3.

### 6.4.2 Hvordan opleves Kolind som udgangspunkt for lægebilkørslen?

Kolind opleves generelt af både ambulancelæger og repræsentanterne for redningskorpserne som en velegnet og central placering for lægebilen. Der er god adgang til hele Djursland fra Kolind, og hurtig adgang til de større veje. Der er heller ikke langt fra Kolind til Grenaa, og en af de faglige ledere af lægebilsordningen mener, at man aldrig er kommet for sent til Grenaa fra Kolind i forhold til ambulancen. Cheflægen ved Randers Centralsygehus nævner, at det i forhold til industrivirksomhederne i Grenaa er fornuftigt at placere bilen i Kolind uden for normal dagarbejdstid. Han påpeger samtidig, at lægebilen ikke alene skal tilgodeses Grenaa, men hele Djursland.

Som det fremgår af afsnittet om organisering, mener nogle af lægerne, at en placering længere inde mod Randers var at foretrække, men "set i et Djurslandsperspektiv er placeringen i Kolind god". Det fremhæves desuden, at både REKO, Falck og ambulancelægerne har faglig og samarbejds-mæssig fordel af at mødes på en fælles base hos REKO. Her er også indrettet gode faciliteter til vagtmandskabet, ligesom der er mulighed for at ordne bil og udstyr i REKO's garage. De fleste interviewede ambulancelæger samt de interviewede fra REKO foreslår døgnplacering i Kolind, hvis de nuværende to placeringer betragtes som de aktuelt gyldige alternativer.

### 6.4.3 Om organiseringen generelt

Generelt er der tilfredshed med, at lægebilen er kommet til Djursland. Der er enighed blandt de interviewede ambulancelæger og redningskorpserne om, at når det drejer sig om patienter med akut behov for hjælp, er lægebilen på Djursland et forbedret tilbud sammenlignet med før. Især fremhæves følgende fordele ved lægebilkørslen af de interviewede:

- Adgangen til direkte indlæggelse på den rigtige sygehusafdeling er blevet betydelig forbedret i og med, at ambulancelægen kan foretage visitationen på stedet. Tidligere kunne tidsforbruget være stort, inden patienterne blev indlagt på et større sygehus, fordi de skulle gennem flere sygehusvisitationer først.
- Lægebilen sparer indlæggelser. Ambulancelægerne har med deres faglige kompetence mulighed for at færdigbehandle en del patienter i eget hjem, når udkaldet drejer sig om akut sygdom. Tidligere har ambulancepersonalet måttet

køre alle patienter til sygehuset, hvilket altid er angstprovokerende for patienterne.

- Lægebilen har en tryghedsskabende effekt blandt befolkningen på Djursland.

### 6.4.4 Delkonklusion

Der peges fra lægeside på, at Grenaa-placeringen fra et arbejdsmiljøsynspunkt ikke er optimalt, dels på grund af det isolerede vagtlokale, og dels på grund af det afbræk der sker, når vagten flyttes til Kolind.

Det fremhæves af de interviewede at både REKO, FALCK og ambulancelægerne har faglig og arbejdsmæssig fordel af at have fælles base ved REKO i Kolind. Her er indrettet gode faciliteter til vagtmandskabet, ligesom der er mulighed for at ordne bil og udstyr i REKO's garage. De fleste interviewede ambulancelæger samt de interviewede fra REKO foreslår døgndækkende placering i Kolind, hvis de nuværende to placeringer betragtes som de aktuelt gyldige alternativer.

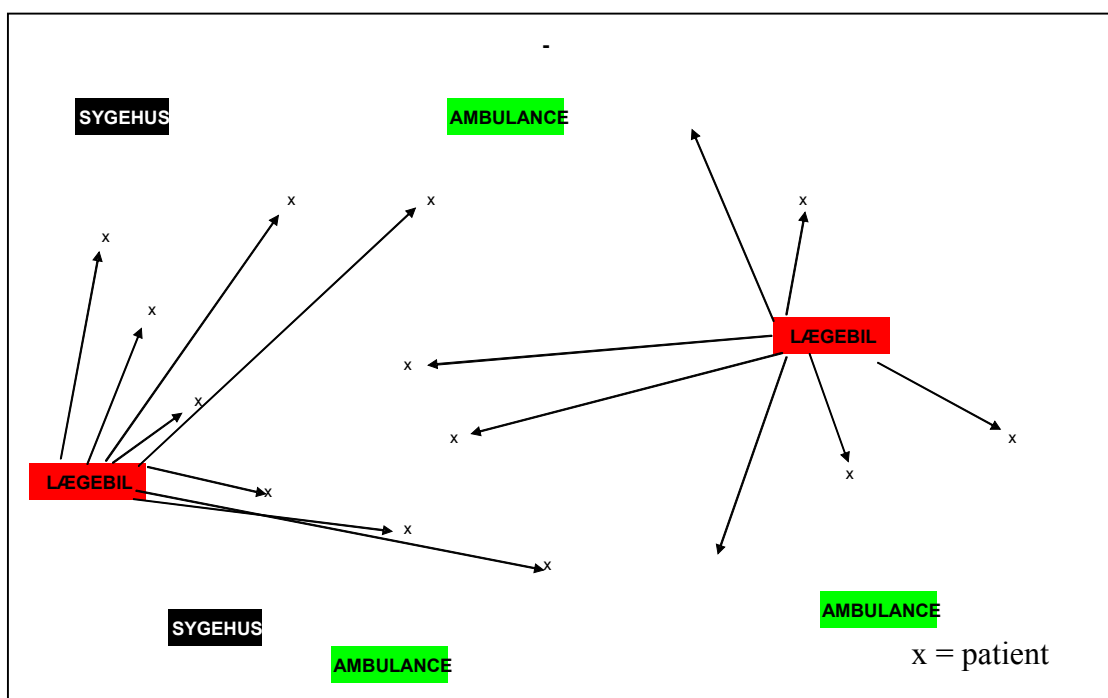
Der er generel tilfredshed med lægebilens indførelse på Djursland, idet den har betydet en forbedret akut service og i nogle tilfælde også sparer indlæggelser. I tilknytning til placeringen af lægebilen er det overvejende de interviewedes holdning, at Grenaa-placeringen tilgodeser befolkningens tryghedsbehov, men at der ikke er nogen lægefaglig begrundelse for placeringen. Kolind nævnes af alle interviewede som en god og central placering for Djursland-området.

## 6.5 Om lægerne når frem til dem, der har mest brug for hjælpen/er mest syge

Dette analyse spørgsmål belyser overordnet, hvor ofte lægebilerne, udrykningslæge og ambulancer kører på Djursland.

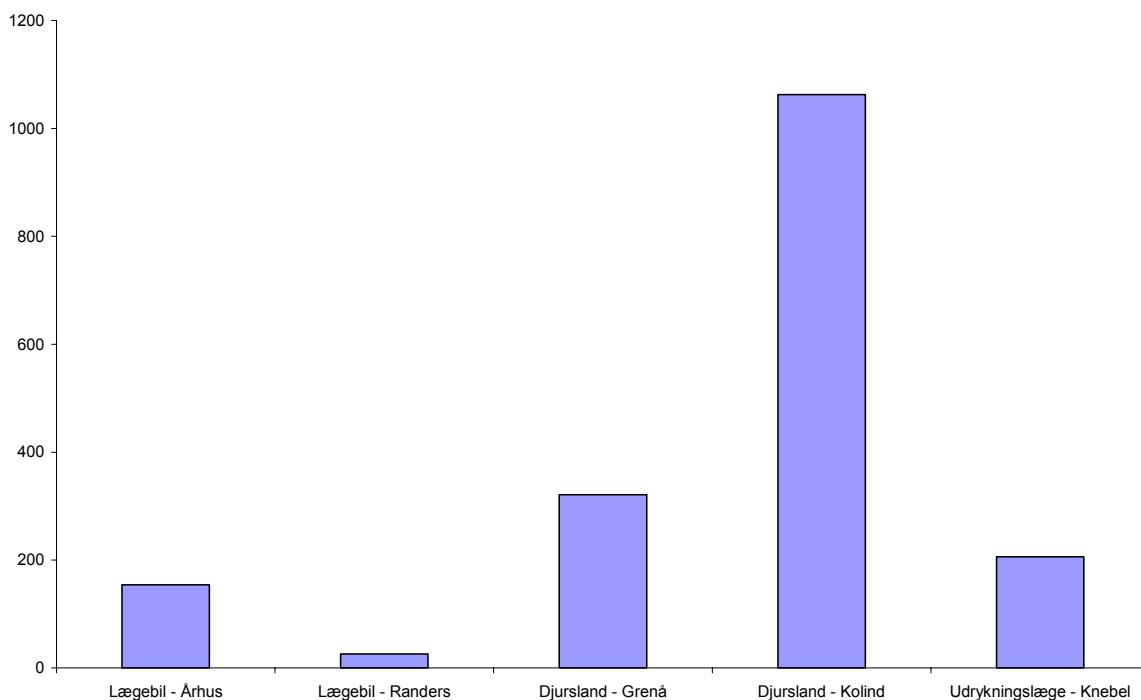
### 6.5.1 Metode

Som nedenstående figur viser, tager analysen udgangspunkt i lægebilerne og udrykningslægen; hvor kører de til og hvor hurtigt kommer de frem. Der ses kun på lægebilerne og udrykningslægen isoleret og ikke i forhold til sygehuse og ambulancer. Analyse spørgsmålet er således en overordnet beskrivelse af kørselsmønstret.



## 6.5.2 Resultater

### 6.5.2.1 Kørsler på Djursland. Fordelt efter lægebiler og udrykningslæge



Figuren viser antallet af kørsler, der er foretaget af lægebiler og udrykningslæge på Djursland fra 1/1-31/12 2004.

### 6.5.2.2 Fordeling af kørsler mellem lægebil, udrykningslæge og ambulance på Djursland

	Patienter		Gennemsnitlig antal kørsler om dagen
	Antal	Procent	
<b>Kørsler på Djursland i alt (lægebil og udrykningslæge)</b>	<b>1.770</b>	<b>100</b>	<b>4,8</b>
<b>Heraf kørsler med lægebil</b>	<b>1.564</b>	<b>88</b>	<b>4,3</b>
Århus	154	9	0,4
Randers	26	1	0,1
Djursland - Grenaa	321	18	0,9
Djursland - Kolind	1.063	60	2,9
<b>Heraf kørsler med udrykningslæge</b>	<b>206</b>	<b>12</b>	<b>0,6</b>
<b>Ambulancekørsler i alt</b>	<b>2.841</b>		<b>7,8</b>
Heraf kørsler med lægebil	1.597	56	4,4

I et vist omfang vil der være overlap mellem udrykningslæge og lægebilskørsler i udrykningslægens område. Af datamæssige årsager var det ikke muligt at verificere og kvantificere dette.

Lægebilerne og udrykningslægen kørte ud 1.770 gange på Djursland i 2004, svarende til knap 5 kørsler om dagen.

Figuren og tabellen viser, at seks ud af ti kørsler på Djursland foretages med udgangspunkt i Kolind. 90% (18%+60%+12%) af alle lægeudrykninger på Djursland foretages af enten lægebil på Djursland og/eller udrykningslægen på Djursland.

77% (1063/(321+1063)) af alle kørsler med Djurslands-lægebil foretages med udgangspunkt i Kolind, dvs. uden for normal arbejdstid.

Yderligere kan det konkluderes, at udrykningslægen blev kaldt til 26% af turene inden for udrykningslægens dækningsområde og 12% af alle udrykninger på Djursland.

Kørsler af Århus-, eller Randers-bilerne på Djursland fordeler sig på hele området og ikke kun på de sydvestlige og vestlige egne af Djursland. Eksempelvis er 27 af de 180 kørsler, der foretages af Århus- eller Randers-bilerne til Ebeltoft, og 30 kørsler er til Grenaa. Dette må antages at være et udtryk for tilfældigheder, hvor lægebilerne fra Randers og Århus har været i området.

Ca. 60% af ambulanceudrykningerne var suppleret af lægebil/udrykningslæge.

### 6.5.3 Delkonklusion

Der har været en lægebil eller udrykningslæge med som supplement til den almindelige ambulance i ca. 60% af de udrykninger, der har været på Djursland.

90% af de ca. 1.800 lægebilskørsler, der har været på Djursland i evalueringsperioden, har været kørt af Djurslands-lægebil og/eller udrykningslægen på Djursland.

Ca. ¾ af alle Djursland-bilens kørsler udgår fra Kolind.

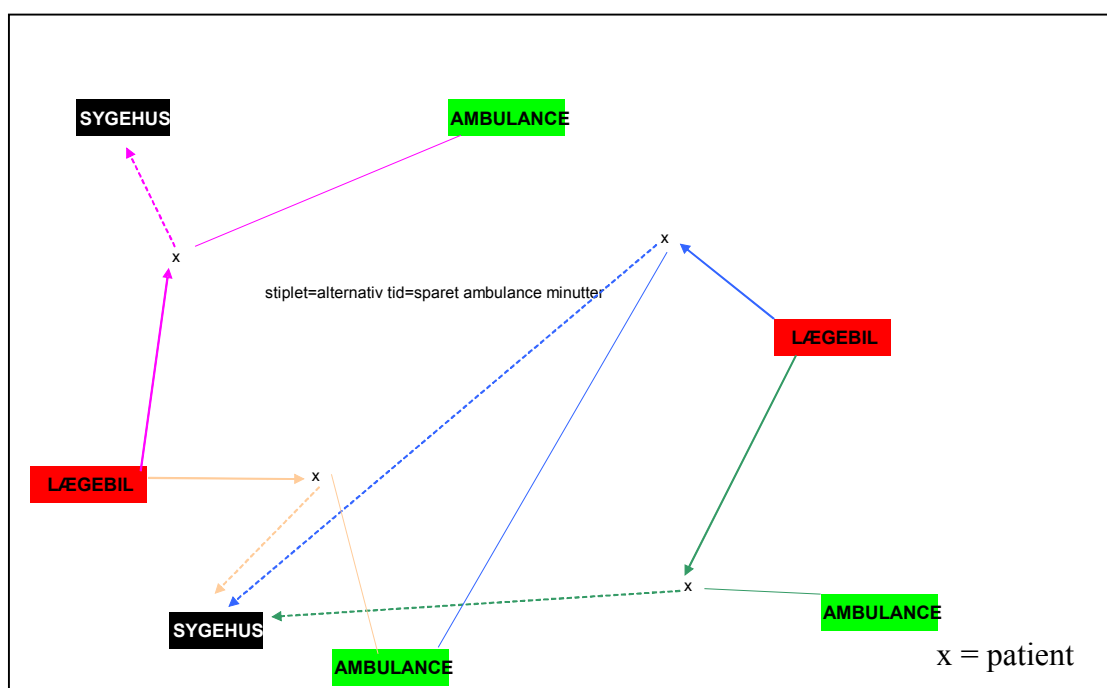
Udrykningslægen er blevet kaldt i ca. ¼ af kørslerne inden for de 5 postnumre, der er i udrykningslægens dækningsområde, svarende til 12% af de samlede kørsler på Djursland.

Der har ikke været opsat konkrete evalueringskriterier for Djursland-bilens aktiviteter, men på baggrund af de tilgængelige registreringer af aktiviteterne kan det konkluderes, at den har en aktiv rolle i det præhospitale beredskab på Djursland.

## 6.6 Lægernes mulighed for at færdigbehandle patienter, som ellers ville have optaget et ambulanceberedskab under transport til sygehus

Generelt kan ambulancebehandlerne påbegynde akut førstehjælp og lindre symptomer, men ikke stille diagnoser og færdigbehandle patienten. De kan derfor som hovedregel ikke færdigbehandle patienten.

Ambulancelægerne og udrykningslægen kan derimod både diagnosticere og færdigbehandle patienter. Færdigbehandlingen af patienterne på skadestedet kan yderligere betyde, at ambulancerne kan disponeres til andre tilskadekomne eller syge.



### 6.6.1 Metode

Analysen tager udgangspunkt i at sammenligne patienter, der er færdigbehandlet på stedet, i forhold til alle andre patienter. Således fokuseres på, om de færdigbehandlede patienter er mere eller mindre syge eller alvorligt kvæstede end andre patienter.

Analysen af, hvor mange ambulanceminutter man sparer, ved at nogle patienter færdigbehandles i stedet for at optage ambulanceberedskab på vejen ind til sygehusene, tager udgangspunkt i estimerede data, da turen til sygehuset reelt ikke er kørt for de patienter, der færdigbehandles på stedet.

Der er her udelukkende set på, hvornår ambulancen er disponibel igen. Der er altså tale om sparet tid i forhold til, hvornår ambulancen igen er til rådighed. Der er ikke set på, hverken hvor mange penge der spares ved at færdigbehandle patienterne, eller hvornår ambulancerne er tilbage i lokalområdet igen.

## 6.6.2 Resultater

### 6.6.2.1 Færdigbehandlede patienter fordelt efter alvorlighedsgrad

Alvorlighedsgrad	Antal			Procent			Kumuleret procent		
	Færdig-behandlede	Ikke - færdig-behandlede	I alt	Færdig-behandlede	Ikke - færdig-Behandlede	I alt	Færdig-behandlede	Ikke - færdig-behandlede	I alt
<b>I alt</b>	<b>355</b>	<b>1.415</b>	<b>1.770</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>			
<b>Mindre alvorlighedsgrad, heraf</b>	<b>320</b>	<b>604</b>	<b>924</b>	<b>95</b>	<b>61</b>	<b>69</b>			
Ingen	25	8	<b>33</b>	7	1	2	7	1	2
Let - ingen medicinsk	171	26	<b>197</b>	51	3	15	58	3	17
Mindre - medicinsk behandling	110	179	<b>289</b>	33	18	22	91	21	39
Ikke livstruende skade	14	391	<b>405</b>	4	39	30	95	61	69
<b>Høj alvorlighedsgrad, heraf</b>	<b>17</b>	<b>321</b>	<b>338</b>	<b>5</b>	<b>32</b>	<b>25</b>			
Potentielt livstruende	13	249	<b>262</b>	4	25	20	99	86	89
Livstruende	4	42	<b>46</b>	1	4	3	100	90	93
Alvorlig - svigt af funktioner	0	30	<b>30</b>	0	3	2	100	93	95
<b>Død</b>	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>68</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Ikke - oplyst	18	422	<b>440</b>	Ikke medregnet					

355 ud af 1.770 patienter blev i 2004 færdigbehandlet på stedet. Det svarer til, at 20% af de patienter der blev kørt ud til, blev færdigbehandlet af lægen på stedet. Den venstre del af tabellen viser i absolutte tal, hvor mange patienter, der blev færdigbehandlet på skadestedet. Den midterste del af tabellen viser i procent, hvor mange patienter, der blev færdigbehandlet inden for hver alvorlighedskategori. Den højre del af tabellen viser den kumulative fordeling af alvorlighedsgraden. I denne del af tabellen kan eksempelvis aflæses, at 91% af de færdigbehandlede patienter havde en mindre skade eller en sygdom, der ikke krævede medicinsk behandling, eller en tilstand, der kun krævede mindre medicinsk behandling.

Der kan i overensstemmelse med det forventede konkluderes, at meget få færdigbehandlede patienter havde en skade eller sygdom, der var potentielt livstruende.

### 6.6.2.2 Færdigbehandlede patienter fordelt efter lægebil og udrykningslæge

	Antal			Procent	
	færdigbehandlet	Ikke-færdigbehandlet	I alt	færdigbehandlet	Ikke-færdigbehandlet
<b>Kørsler på Djursland i alt</b>	<b>355</b>	<b>1.415</b>	<b>1.770</b>	<b>20</b>	<b>80</b>
Århus	24	130	<b>154</b>	16	84
Randers	1	25	<b>26</b>		
Djursland - Grenaa	57	264	<b>321</b>	18	82
Djursland - Kolind	255	808	<b>1.063</b>	24	76
Udrykningslæge - Knebel	18	188	<b>206</b>	9	91

## Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

Tabellen viser, hvor mange patienter de forskellige læger har færdigbehandlet. Lægerne har samlet færdigbehandlet i alt 20% af alle patienterne.

Ambulancelægerne i bilerne fra Grenaa og Kolind færdigbehandlede hhv. 18% og 24% af patienterne, mens udrykningslægen færdigbehandlede 9%.

### 6.6.2.3 Færdigbehandlede patienter fordelt efter årstid, tid på dagen og alder

De patienter, der færdigbehandles er jævnt fordelt over året, mens der er en tendens til, at der færdigbehandles flere patienter om natten end om dagen. Der kan ikke konkluderes noget vedr. aldersfordelingen af færdigbehandlede patienter.

### 6.6.2.4 Antal ambulanceminutter i gennemsnit fra skadested til sygehus under ambulancekørslerne

Post Nummer	Alle	Ebeltoft	Rønde	Knebel	Balle	Grenaa	Hornslet	Mørke	Ryomgård	Kolind	Trustrup	Nimtofte	Glesborg	Ørum	Djurs	Ørsted	Allingåbro	Auning
Minutter	37	43	30	45	47	42	29	26	32	36	42	33	38	36	29	28	28	25

I gennemsnit tager det ambulancen 37 minutter at køre patienter fra Djursland ind på et sygehus. Tiden på skadestedet er ikke inkluderet.

### 6.6.2.5 Estimerede ambulancetimer, der 'spares' ved at patienter færdigbehandles på stedet af en læge

Alvorlighedsgrad	Estimeret antal timer
<b>Total</b>	<b>220</b>
Ingen	15
Let – ingen medicinsk behandling	106
Mindre – medicinsk behandling	68
Ikke livstruende	9
Potentielt livstruende	9
Livstruende	3
Alvorlig – svigt af vitale funktioner	0
Død	0
Ikke oplyst	11

Tabellen viser, hvor mange timers "optaget ambulance", der spares ved at patienten færdigbehandles på stedet og ikke transporteres ind på et sygehus.

I alt er det estimeret, at der spares ca. 220 timer om året ved at 20% af patienterne færdigbehandles på stedet i forhold til, hvornår ambulancen er disponibel igen.

Det estimerede timetal er fundet på baggrund af tiden fra skadested til sygehus for alle patienter. Estimatet er derefter multipliceret med antallet af færdigbehandlede patienter.

### 6.6.3 Delkonklusion

Ca. 20% af alle patienter på Djursland i 2004 blev færdigbehandlet på skadestedet.

Ambulancelægerne i bilerne fra Grenaa og Kolind færdigbehandlede hhv. 18% og 24% af patienterne, mens udrykningslægen færdigbehandlede 9%.

Stort set ingen af de færdigbehandlede patienter var i en situation, hvor de var i potentiel livsfare, og ca. 60% af alle færdigbehandlede patienter havde en alvorlighedsgrad, hvor en medicinsk behandling ikke var nødvendig.

Der færdigbehandles flere patienter om natten end om dagen. Evalueringen kan ikke fortælle hvorfor.

Der er ingen forskel på andelen af færdigbehandlede patienter mellem forskellige aldersgrupper.

Hvis der alene tages udgangspunkt i de 20% af patienterne lægerne samlet færdigbehandler, kan der 'spares' 220 timer i ambulancekørsel fra skadested til sygehus, dvs. at ambulancerne i højere grad har mulighed for at være disponible for patienter, der har behov for ambulance.

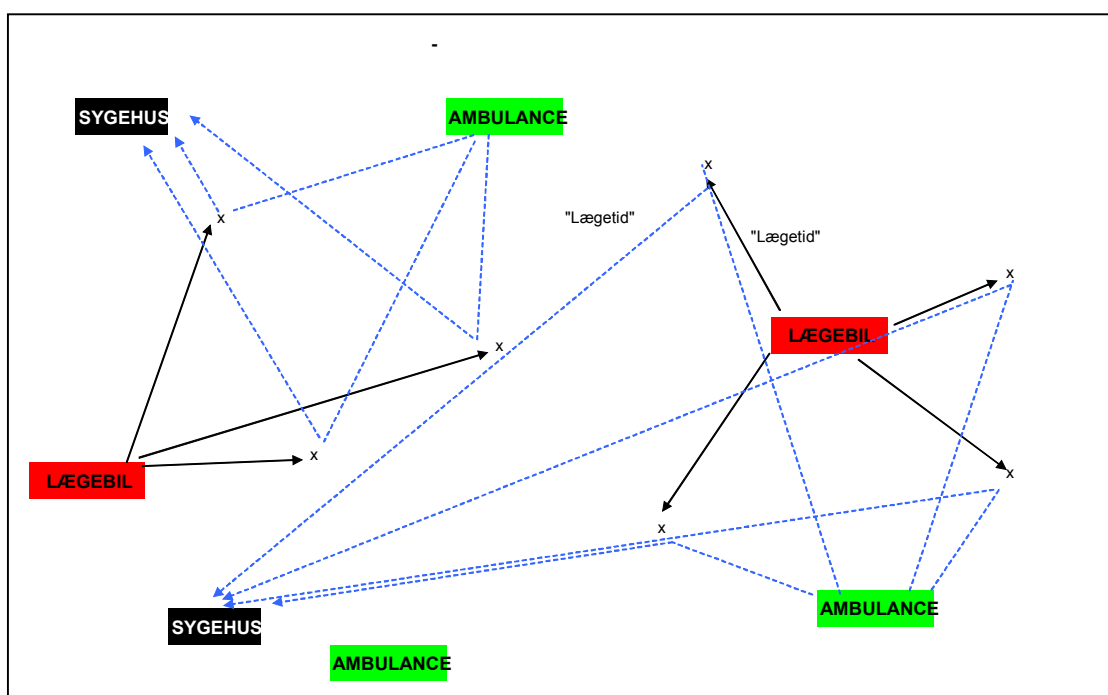
Ambulancens tid på skadestedet og tid på sygehuset er ikke medregnet.

## 6.7 Tidlig lægehjælp ved alvorlig sygdom

Ved at supplere ambulancen med lægebil/udrykningslæge ved livstruende tilstande, er der mulighed for at påbegynde behandlingen af patienten inden ankomst til sygehus. Alternativet til dette ville være, at patienten først bliver tilset af læge ved ankomst til sygehuset. Muligheden for at supplere med lægebil/udrykningslæge kan derfor være af stor betydning for overlevelsesmuligheden og patienternes efterfølgende livskvalitet.

Udover at analysere hvem de alvorligt tilskadekomne typisk er, hvor de er og hvor hurtigt de tilses, gives et estimat på, hvor lang tid de alvorligt syge 'vinder', når der er lægebil/udrykningslæge som supplement til ambulancen.

### 6.7.1 Metode



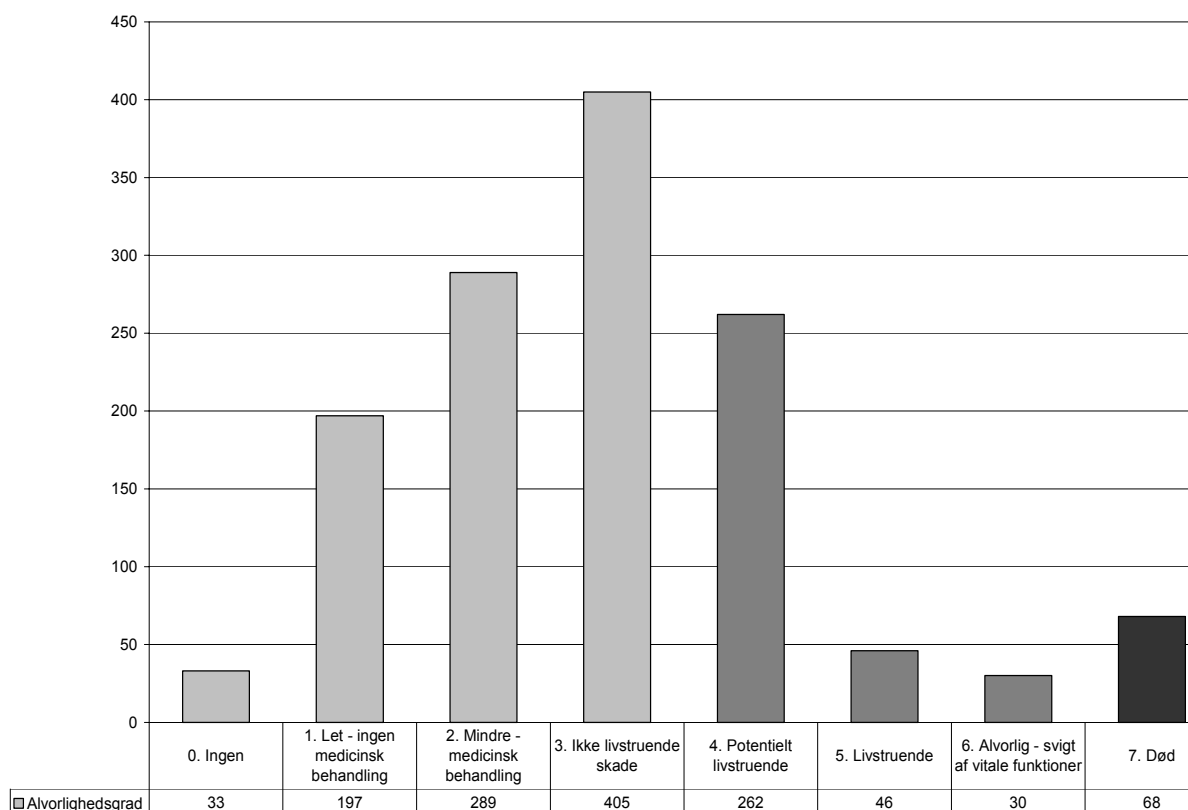
Alvorlighedsgraden er målt i en skala fra 0 til 7, hvor 0 er ingen skade og 7 fortæller, at patienten er død.

Analyserne differentierer patienterne i forhold til, om de har været i en potentiel livstruende situation (alvorlighedsgrad = 4, 5 eller 6).

Analyserne tager udgangspunkt i at belyse hvem og hvor mange, der er i potentielt livstruende situationer, og om disse personer får en hurtigere hjælp end patienter, der ikke er kommet så alvorligt til skade.

## 6.7.2 Resultater

### 6.7.2.1 Alvorlighedsgrader



Det skal bemærkes, at der for ca. 25% af alle patienter ikke er oplyst en alvorlighedsgrad, hvilket forringer kvaliteten af data.

Af de patienter, hvor der er oplyst alvorlighedsgrad, er den hyppigste kategorisering af alvorlighedsgraden: *ikke livstruende skade* eller *sygdom*. Af de patienter, for hvem der er registreret en alvorlighedsgrad, kan 339 (263+46+30) af disse, svarende til 25,4%, karakteriseres som alvorligt syge, dvs. at sygdommen eller skaden er: potentielt livstruende, livstruende, patienten har svigt af vitale funktioner.

68 patienter er døde, svarende til 5,1%. Der kan ikke sondres mellem, om patienterne er døde før eller efter ankomst til skadested. Dvs., at personer der er fundet døde også indgår i tallet.

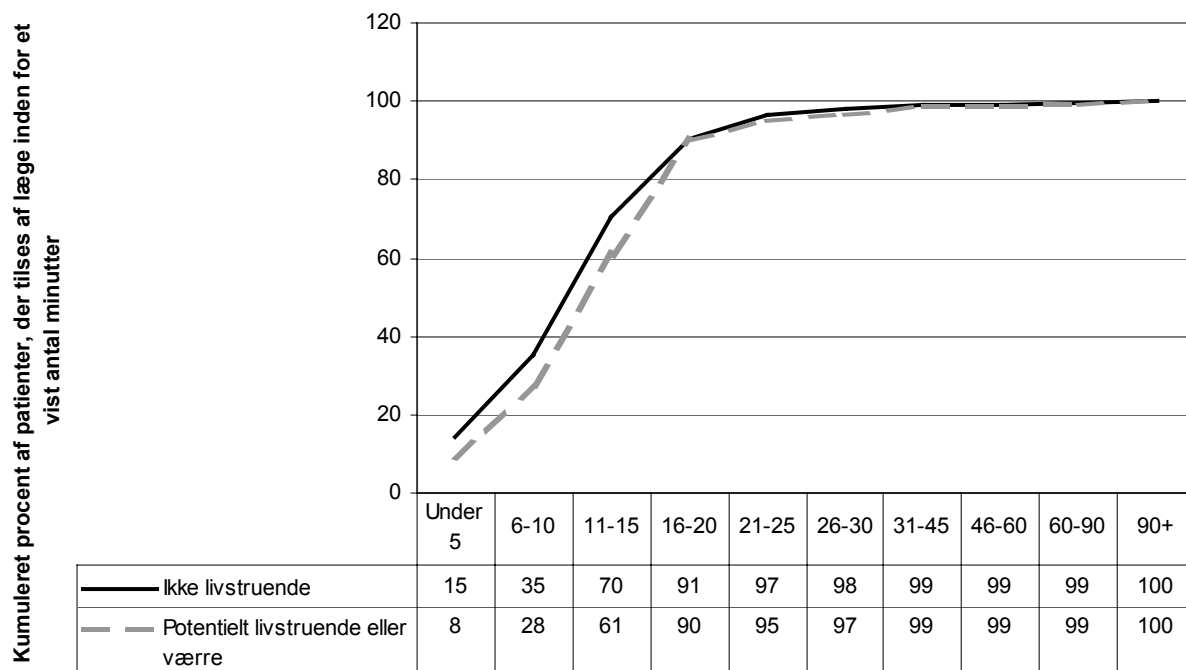
## Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

### 6.7.2.2 Alvorlighedsgrader fordelt på lægebiler og udrykningslæge

Alvorlighedsgrad	Antal						Procent					
	Lægebiler og udrykningslæge i alt	Århus	Randers	Djursland - Grenaa	Djursland - Kollind	Udrykningslæge - Knebel	Lægebiler og udrykningslæge i alt	Århus	Randers	Djursland - Grenaa	Djursland - Kollind	Udrykningslæge - Knebel
<b>I alt (hvor alvorlighedsgrad oplyst)</b>	<b>1.330</b>	<b>119</b>	<b>16</b>	<b>237</b>	<b>870</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Ikke - livstruende skader</b>	<b>924</b>	<b>86</b>	<b>10</b>	<b>169</b>	<b>602</b>	<b>57</b>	<b>69</b>	<b>72</b>	<b>63</b>	<b>71</b>	<b>69</b>	<b>65</b>
0. Ingen	33	2	1	2	26	2	4	2	10	1	4	4
1. Let - ingen medicinsk behandling	197	16	2	37	134	8	21	19	20	22	22	14
2. Mindre – medicinsk behandling	289	36	1	44	194	14	31	42	10	26	32	25
3. Ikke livstruende skade	405	32	6	86	248	33	44	37	60	51	41	58
<b>Livstruende skader</b>	<b>338</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>58</b>	<b>224</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>22</b>		<b>24</b>	<b>26</b>	<b>28</b>
4. Potentielt livstruende	262	19	4	46	170	23	78	58	For få obs.	68	63	74
5. Livstruende	46	6	1	8	30	1	14	18		12	11	3
6. Alvorlig - svigt af vitale funktioner	30	1	0	4	24	1	9	3		6	9	3
<b>7. Død</b>	<b>68</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>44</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>		<b>4</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
Ikke oplyst	440	35	10	84	193	118	Ikke medregnet					

Som det ses i ovenstående figur, er der ikke forskel mellem fordelingen af alvorlighedsgrader mellem lægebilerne og udrykningslægen.

6.7.2.3 Tilses de alvorligt syge eller tilskadekomne hurtigere end andre af lægebilen



Figuren viser den kumulerede fordeling af minutter indtil lægebilen ankommer til skadestedet, og behandling af patienten kan påbegyndes.

Som det ses af kurverne, er der ikke forskel på hvor hurtigt lægebilen når ud til forskellige patienttyper (livstruede/ikke livstruede).

6.7.2.4 Tiden til patienten ses af læge, fordelt efter alvorlighedsgrad

	Antal				Kumuleret procent			
	Lægeordninger - alle, heraf	Ikke livstruende	Potentielt livstruende eller værre	Ikke oplyst	Lægeordninger - alle, heraf	Ikke livstruende	Potentielt livstruende eller værre	Ikke oplyst
	<b>1.770</b>	<b>924</b>	<b>406</b>	<b>440</b>				
0-15 minutter	<b>1.025</b>	646	244	135	<b>66</b>	<b>70</b>	<b>61</b>	<b>58</b>
16-30 minutter	<b>492</b>	255	144	93	98	98	97	98
30-60 minutter	<b>22</b>	11	9	2	99	99	99	99
over 60	<b>15</b>	7	5	3	100	100	100	100
Ikke-oplyst	<b>216</b>	5	4	207				

I den højre del af tabellen kan aflæses de kumulerede procenter, så der direkte kan aflæses og sammenlignes mellem patienttyper.

I figuren og tabellen kan eksempelvis aflæses, at 70% af alle ikke livstruede tilfælde tilses inden 15 minutter, mod 61% af de potentielt livstruede, der tilses

inden 15 minutter. De alvorligt syge tilses altså ikke hurtigere end de mindre alvorligt tilskadekomne. I gennemsnit er lægebilerne/udrykningslægen ca. 15 minutter om at nå ud til skadestederne.

### 6.7.3 Delkonklusion

I 25% af de kørsler lægebilerne eller udrykningslægen har foretaget på Djursland, har patienten været i potentiel livsfare, i livsfare eller har haft svigt af vitale organer. 5% er døde.

Det er af datamæssige årsager ikke muligt at sige noget om, hvor mange patienter med en høj alvorlighedsgrad ambulancen kører ud til uden at være ledsaget af en lægebil.

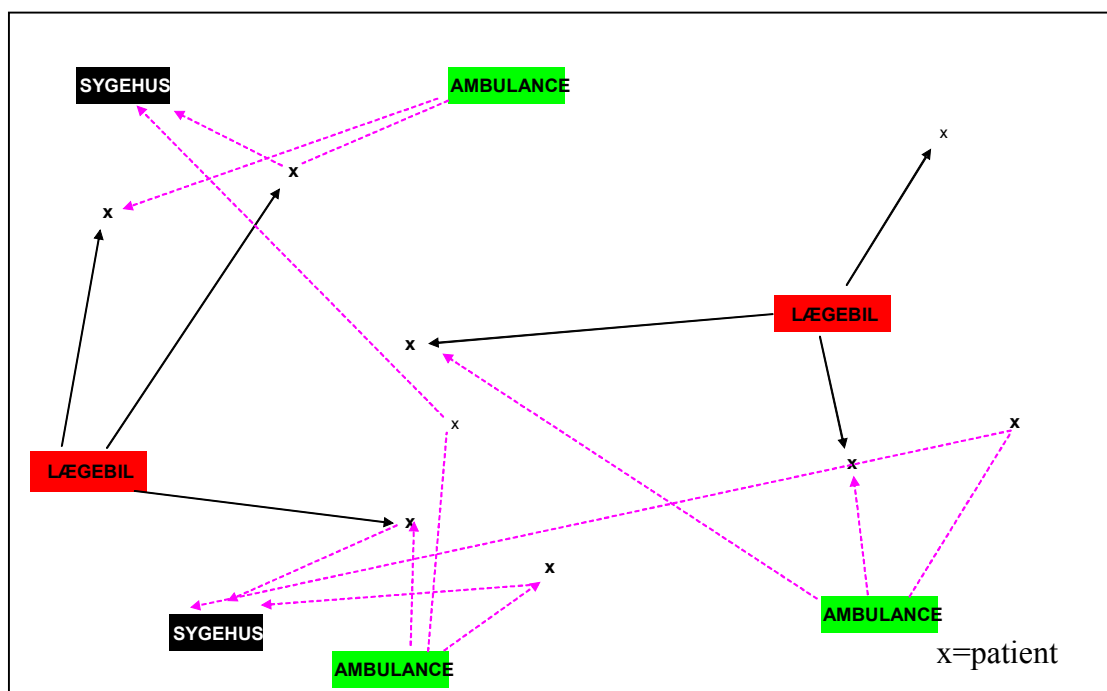
Der er ikke forskel på, hvor hurtigt lægebilen når ud til forskellige patienttyper (livstruede/ikke livstruede).

## 6.8 Hvor hurtigt tilses patienterne af specialist/læge

I dette analysespørgsmål opereres med "Tid-til-læge" - defineret som tid fra modtagelse af opkald til 112 og til lægebilens/udrykningslægens ankomst til skadestedet (responstid); eller ved ambulancekørsler, til ambulancen afslutter patienttransporten ved sygehusdør.

Ambulance- og lægeudrykninger belyses i forhold til hinanden, og der vises, hvor meget tid patienterne 'vinder' ved lægebiler/udrykningslæge i forhold til, hvor hurtigt de bliver tilset af specialist/læge.

### 6.8.1 Metode



Analysen fokuserer på forskelle i Tid-til-læge for de forskellige præhospitale tilbud fordelt efter postnumre på Djursland.

- På baggrund af ambulancedata vil der blive estimeret/præsenteret gennemsnitlige tider fra modtagelse af alarmering til ankomst på sygehus for kørsler, der ikke implicerer en lægebil  
> estimat for antal minutter inden tilseelse af læge
- På baggrund af lægebilsdata vil der blive præsenteret gennemsnitlige og median responstider for lægebilerne og udrykningslægen i Knebel  
> estimat for antal minutter inden tilseelse af læge
- Der vil blive undersøgt forskelle i antal minutter inden tilseelse af læge for:
  - \* Ambulance versus lægebiler/udrykningslæge (opdelt på postnumre)
  - \* Ambulance og lægebiler/udrykningslæge indbyrdes (overordnet)
- For ambulancekørslernes vedkommende præsenteres Tid-til-læge som:  
*responstid+tid på skadested+tid til sygehus*

### Oversigtskort over postnumre



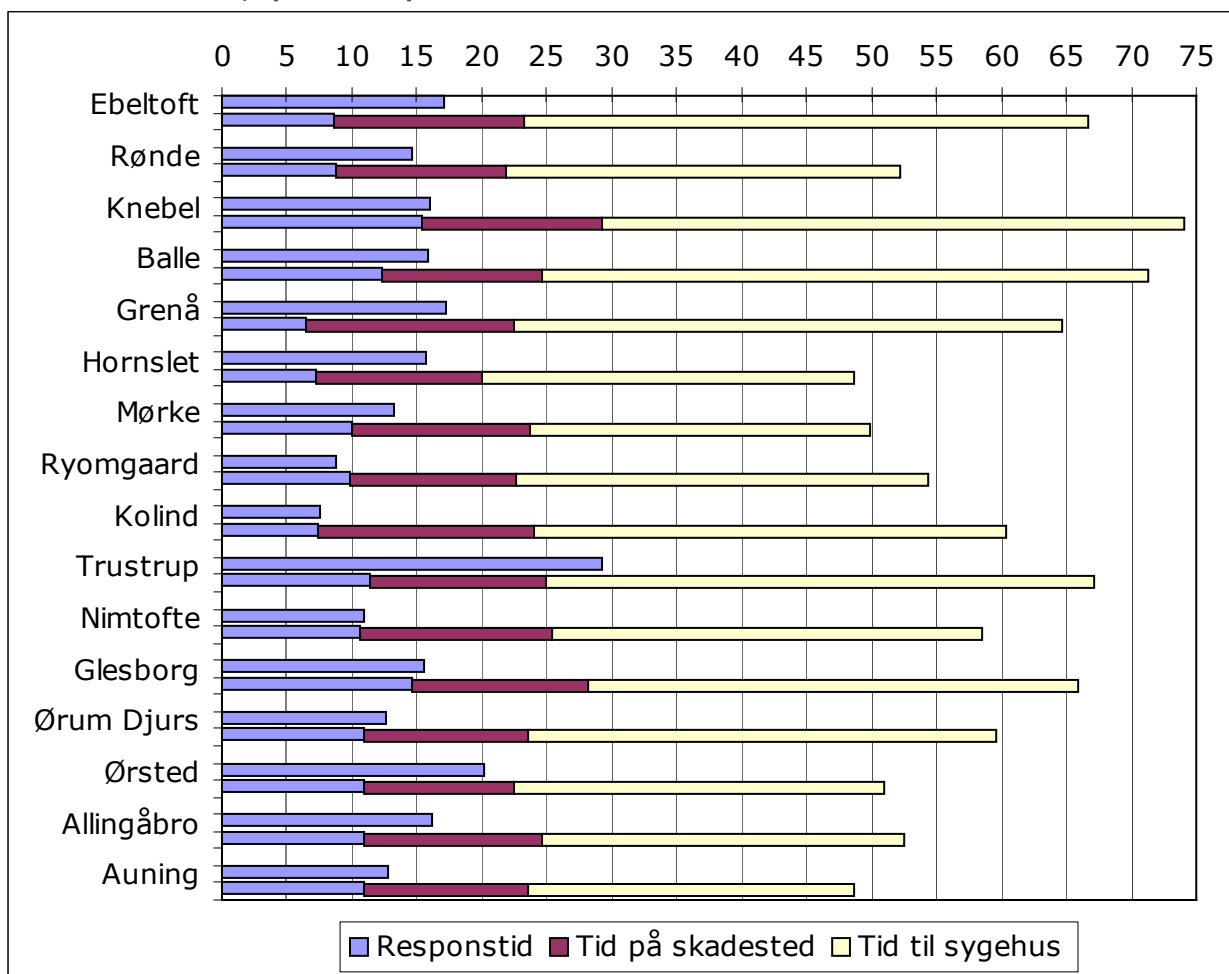
## 6.8.2 Resultater

### 6.8.2.1 Antal kørsler fordelt på lægebiler/udrykningslæge og postnumre

Postnummer	Århus	Randers	Djursland - Grenaa	Djursland - Kolind	Udrykningslæge	Ambulance
Ebeltoft	27		50	154	107	505
Rønde	24	1	26	85	33	264
Knebel	6		15	49	46	145
Balle			3	7		23
Grenaa	30		112	291	1	716
Hornslet	18	1	7	49	1	176
Mørke	5	1	13	33	12	123
Ryomgård	3	3	10	46		99
Kolind	8		13	48	5	105
Trustrup	1		12	25		55
Nimtofte				23		27
Glesborg	11		21	59		167
Ørum Djurs			7	35		67
Ørsted		3	4	29		103
Allingåbro	9	5	13	53		138
Auning	1	8	10	58		128
Ikke oplyst	11	4	5	19	1	
<b>I alt</b>	<b>154</b>	<b>26</b>	<b>321</b>	<b>1.063</b>	<b>206</b>	<b>2.841</b>

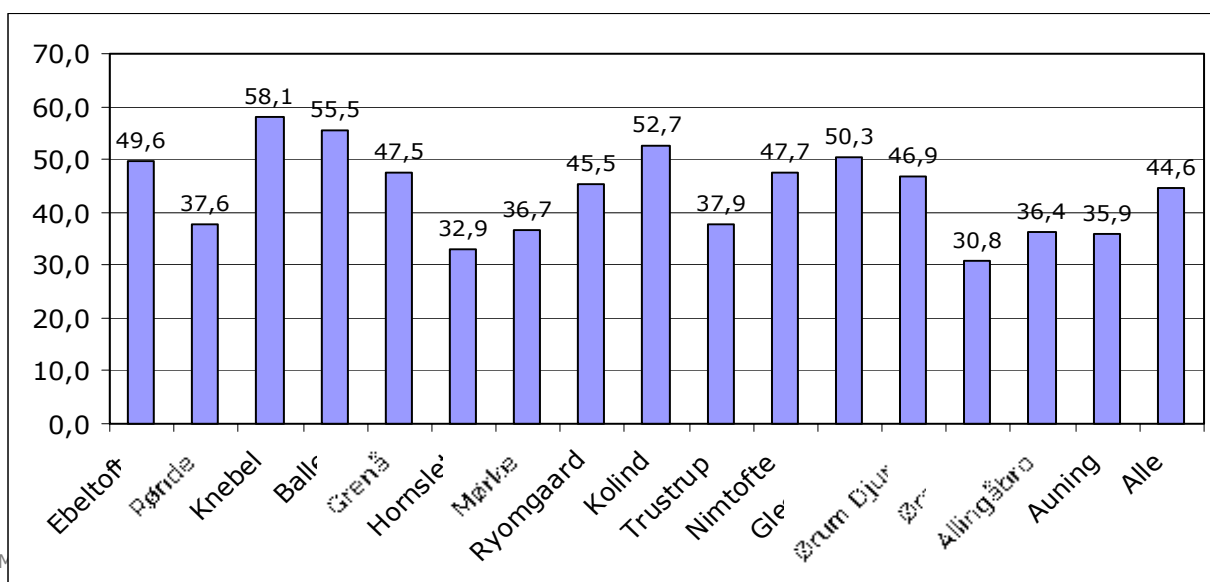
## Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

### 6.8.2.2 Gennemsnitlig antal minutter i Tid-til-læge for lægebil/udrykningslæge vs ambulance, opdelt efter postnummer



Figuren viser, at lægebilerne/udrykningslægen for alle postnummer-områder præsterer en Tid-til-læge (=responstid), som er markant lavere end ambulancernes Tid-til-læge, aflæst som: *responstid+tid på skadested+tid til sygehus*. Selv om ambulancerne generelt har en lavere responstid end lægebilerne/udrykningslægen, kommer Tid-til-lægen for disse aldrig under lægebilernes/udrykningslægens.

### 6.8.2.3 Gennemsnitlig antal sparede minutter i tilfælde af en læge, fordelt efter postnummer



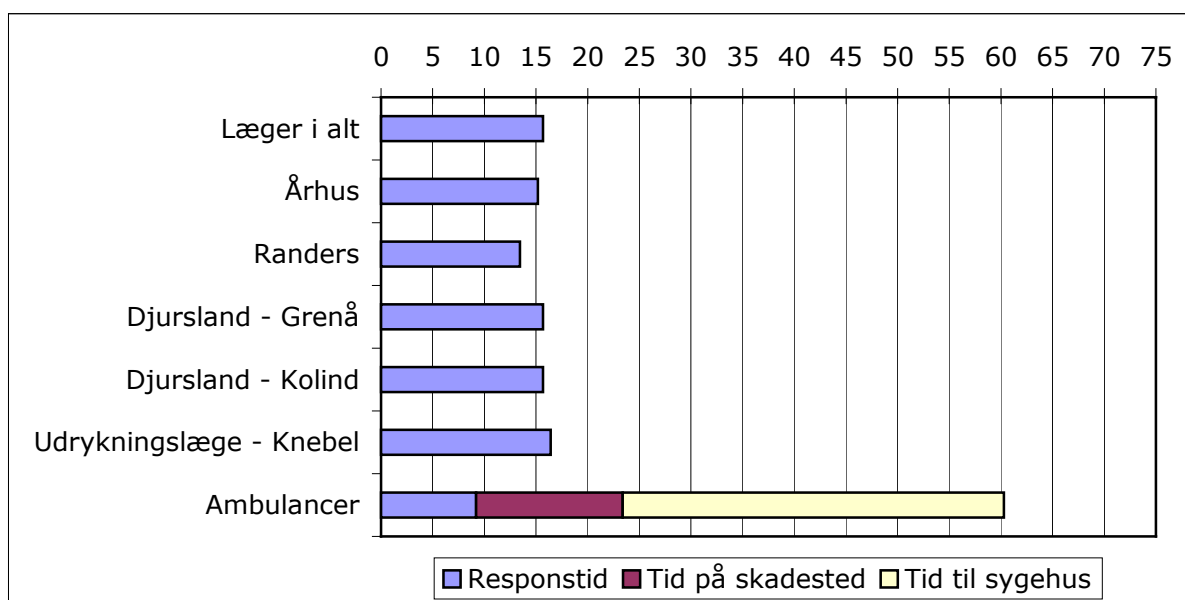
## Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

Figuren viser det antal minutter patienter hurtigere tilses af en læge ved at have det præhospitale tilbud på Djursland suppleret med en lægebil/udrykningslæge. Søjlerne svarer til den reference, der er mellem læge og ambulance i den øverste figur på forrige side.

Hvis analysen kun tager udgangspunkt i de ambulancekørsler, hvor der ikke er suppleret med en læge, tilses patienten i gennemsnit 45 minutter hurtigere af en læge pga. lægebilen.

Lægekørslerne er sammenlignet med de ambulancekørsler, der ikke er suppleret med en læge, da ambulancen i gennemsnit bruger 10 minutter ekstra på skadestedet, hvis lægen også er der.

### 6.8.2.4 Gennemsnitlig antal minutter i Tid-til-læge, fordelt efter lægebil/udrykningslæge og ambulance

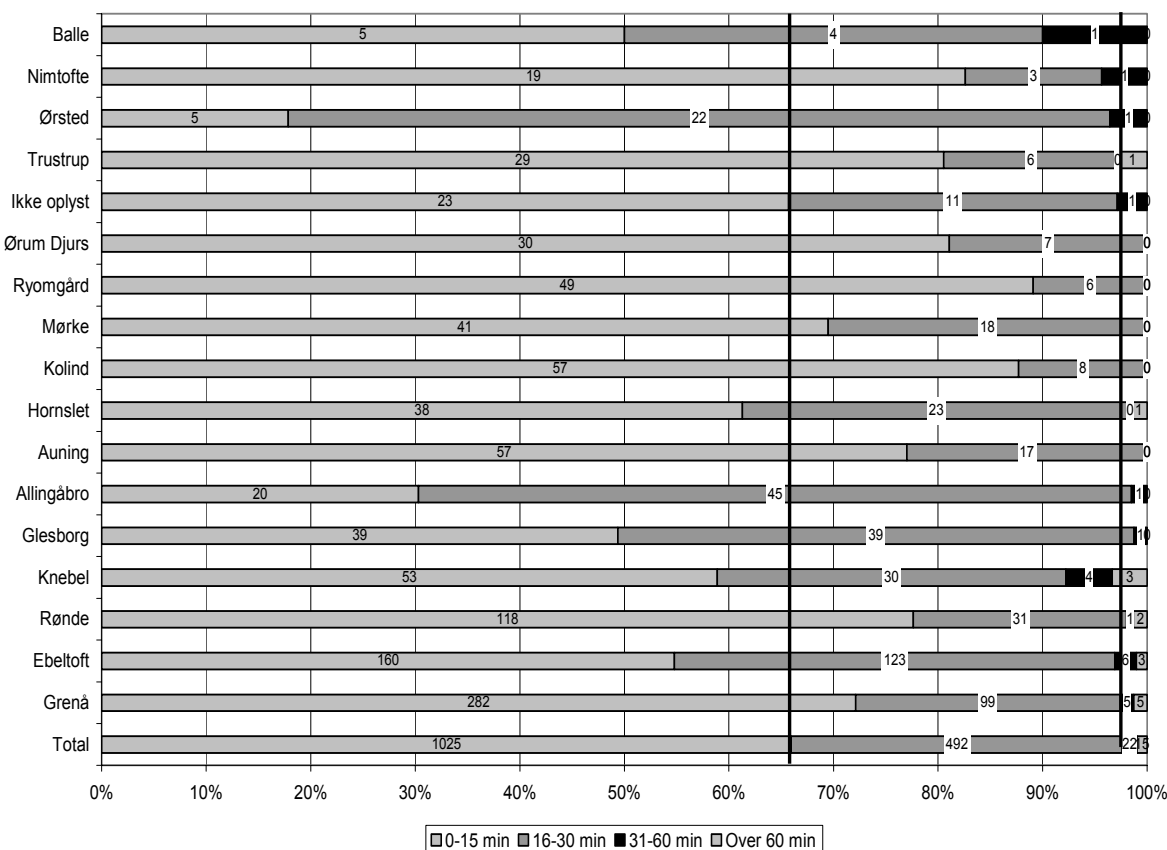


Figuren viser, at lægebilerne/udrykningslægen generelt præsterer en Tid-til-læge (=responstid) på omkring 15 minutter.

Ambulancernes Tid-til-læge aflæses som: *responstid+tid på skadested+tid til sygehus*, og er ca. 45 minutter længere end lægebilernes/udrykningslægens Tid-til-læge.

Der er ingen forskel på de forskellige lægebilers og udrykningslæges responstid.

**6.8.2.5 Relativ sammenligning af Tid-til-læge, fordelt efter postnumre for lægebiler og udrykningslæge**



Ovenstående figur fordeler kørslerne efter Tid-til-læge, så kørslerne inden for hvert postnummer procentvis summer til 100, dvs. figuren tager ikke forbehold for variationen i antallet af kørslerne mellem postnumrene.

Den lodrette søjle længst til venstre markerer andelen af alle patienter på hele Djursland, der er tilset af en læge inden for 15 minutter. Den lodrette søjle længst til højre viser andelen af patienter på hele Djursland, der er tilset af en læge inden for 30 minutter.

De vandrette rækker viser fordelingen af patienter, der er tilset inden for hhv. 15, 30, 60 eller 60+ minutter inden for hvert postnummer. De lodrette streger kan bruges til at sammenligne et enkelt postdistrikt i forhold til hele Djursland.

I Nimtofte, Trustrup, Ørum Djurs, Ryomgård, Mørke, Kolind, Auning, Rønede og Grenaa er der en større andel af patienter, der bliver tilset af en læge inden for et kvarter, end alle patienter på Djursland.

I Balle, Ørsted, Hornslet, Allingåbro, Glesborg, Knebel, Ebeltoft er der en mindre andel af patienter, der bliver tilset af læge inden for 15 minutter, end alle patienter på Djursland.

## Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

### 6.8.2.6 Fordeling af kørsler efter postnumre og Tid-til-læge, for alle lægebiler og udrykningslægen

Postnummer	Antal					Total	Procent				Total	Kumuleret procent			
	0-15 min	16-30 min	31-60 min	Over 60 min	Ikke oplyst		0-15 min	16-30 min	31-60 min	Over 60 min		0-15 min	16-30 min	31-60 min	Over 60 min
<b>Total</b>	<b>1.025</b>	<b>492</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>216</b>	<b>1.770</b>	<b>66</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>98</b>	<b>99</b>	<b>100</b>
Grenaa	282	99	5	5	43	<b>434</b>	72	25	1	1	<b>100</b>	72	97	99	100
Ebeltoft	160	123	6	3	46	<b>338</b>	55	42	2	1	<b>100</b>	55	97	99	100
Rønde	118	31	1	2	17	<b>169</b>	78	20	1	1	<b>100</b>	78	98	99	100
Knebel	53	30	4	3	26	<b>116</b>	59	33	4	3	<b>100</b>	59	92	97	100
Glesborg	39	39	1	0	12	<b>91</b>	49	49	1	0	<b>100</b>	49	99	100	100
Allingåbro	20	45	1	0	14	<b>80</b>	30	68	2	0	<b>100</b>	30	98	100	100
Auning	57	17	0	0	3	<b>77</b>	77	23	0	0	<b>100</b>	77	100	100	100
Hornslet	38	23	0	1	14	<b>76</b>	61	37	0	2	<b>100</b>	61	98	98	100
Kolind	57	8	0	0	9	<b>74</b>	88	12	0	0	<b>100</b>	88	100	100	100
Mørke	41	18	0	0	5	<b>64</b>	69	31	0	0	<b>100</b>	69	100	100	100
Ryomgård	49	6	0	0	7	<b>62</b>	89	11	0	0	<b>100</b>	89	100	100	100
Ørum Djurs	30	7	0	0	5	<b>42</b>	81	19	0	0	<b>100</b>	81	100	100	100
Ikke oplyst	23	11	1	0	5	<b>40</b>	66	31	3	0	<b>100</b>	66	97	100	100
Trustrup	29	6	0	1	2	<b>38</b>	81	17	0	3	<b>100</b>	81	97	97	100
Ørsted	5	22	1	0	8	<b>36</b>	18	79	4	0	<b>100</b>	18	96	100	100
Nimtofte	19	3	1	0	0	<b>23</b>	83	13	4	0	<b>100</b>	83	96	100	100
Balle	5	4	1	0	0	<b>10</b>									

Tabellen viser, hvor mange kørsler lægebilerne og/eller udrykningslægen har haft til de forskellige postnumre.

Tabellens venstre del viser antallet af kørsler fordelt efter tidsintervaller.

Tabellens midterste del viser andelen af kørslerne fordelt efter tidsintervaller inden for hvert postnummer.

Tabellens højre del viser den kumulerede procent inden for hvert postnummer. Den kumulerede procent kan direkte anvendes til at sammenligne, hvor stor andel af kørslerne, der var fremme inden for forskellige tidsintervaller.

En høj procent under kolonnen "0-15 minutter" er således et udtryk for en hurtig responstid.

## Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

### 6.8.2.7 Tid-til-læge for hhv. 25%, 50% og 75% af alle kørslerne, fordelt efter lægebiler og udrykningslæge

Postnummer	Antal minutter inden tilseelse af læge																				
	For 25% af alle kørsler			For 50% af alle kørsler				For 75% af alle kørsler													
	Lægebiler og udrykningslæge i alt							Lægebiler og udrykningslæge i alt							Lægebiler og udrykningslæge i alt						
	Århus	Randers	Djursland - Grenaa	Djursland - Kolind	Udryk - Knebel	Ambulance		Århus	Randers	Djursland - Grenaa	Djursland - Kolind	Udryk - Knebel	Ambulance		Århus	Randers	Djursland - Grenaa	Djursland - Kolind	Udryk - Knebel	Ambulance	
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>52</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>65</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>76</b>
Ebeltoft	12	4	15	11	14	62		15	7	18	14	16	71		18	11	20	17	20	81	
Rønde	6	4	16	8	6	7	45	8	6	16	12	8	14	55	14	12	16	17	10	18	65
Knebel	8	6		17	13	7	67	14	7		20	17	10	76	19	15		21	20	14	89
Balle	12			0	14		70	15			10	16		77	17			12	17		89
Grenaa	9	3		4	13	12	60	14	4		7	15	12	72	16	12		14	17	12	82
Hornslet	12	12		14	11	26	44	15	16		15	14	26	51	17	17		18	17	26	61
Mørke	10	10	14	10	10	5	43	12	13	14	15	11	19	57	18	16	14	20	15	22	64
Ryomgård	6	2	2	8	6		53	8	3	7	11	8		56	10	14	15	16	10		62
Kolind	3	4		5	3	15	55	6	4		7	5	16	64	11	15		14	8	18	72
Trustrup	11	30		11	11		64	11	30		11	12		73	14	30		14	15		78
Nimtofte	6				6		56	9				9		59	14						66
Glesborg	13	6		11	15		58	16	7		13	18		73	20	11		16	21		83
Ørum Djurs	11			7	11		53	13			12	14		63	15			12	15		69
Ørsted	18		15	4	18		43	21		17	21	21		53	23		18	26	23		66
Allingåbro	14	9	8	13	16		46	17	15	16	16	17		54	18	19	19	18	18		66
Auning	10	10	14	7	10		44	13	10	16	14	13		52	15	10	17	15	15		60
Ikke oplyst	9	8	10	10	8			11	14	10	10	15			16	17	10	11	19		

Tabellen viser antallet af minutter for hvornår hhv. 25%, 50% og 75% af patienterne bliver tilset af en læge. Eksempelvis kan aflæses, at 25% af patienterne i Ebeltoft blev tilset af en læge inden 12 minutter, 50% blev tilset af en læge inden 15 minutter, og 75% blev tilset af en læge inden 18 minutter.

Den midterste del af tabellen angiver medianen. Medianen bliver anvendt som niveaumål i stedet for gennemsnittet, da responstiden/Tid-til-læge ikke er normalfordelt (der er få kørsler, der har en meget lang responstid og trækker gennemsnittet meget op).

I tabellen kan også aflæses den enkelte lægebils/udrykningslæges median. Der er ikke stor forskel på de forskellige lægebiler og udrykningslægens responstid, når der ses på alle postnumre samlet.

Lægebilen i Grenaa har eksempelvis en samlet median på 12 minutter, dvs. lægebilen med udgangspunkt i Grenaa når frem til 50% af patienterne inden for 12 minutter. Ebeltoft, Knebel og Ørsted er de postnumre, hvor lægebilen med udgangspunkt i Grenaa har den længste responstid.

Lægebilen i Kolinds responstider er lidt mere jævnt fordelt på de enkelte postnumre, end lægebilen med udgangspunkt i Grenaa.

Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

6.8.2.8 Patienter fordelt efter lægebil og Tid-til-læge

Postnummer	Lægebiler/udrykningslæge i alt						Ambulancer
	Århus	Randers	Djursland - Grenaa	Djursland - Kolind	Udrykningslæge - Knebel		
<b>Alle</b>	<b>66</b>	<b>78</b>	<b>69</b>	<b>67</b>	<b>51</b>	<b>1</b>	
Ebeltoft	55	92	28	67	40	0	
Rønde	78	81	57	92	58	0	
Knebel	59	80	17	33	80	0	
Balle	50						
Grenaa	72	84	85	66	100	4	
Hornslet	61	43	57	70	0	0	
Mørke	69	75	55	87	33	0	
Ryomgaard	89	100	67	91	0	0	
Kolind	88	100	88	91	40	0	
Trustrup	81	0	92	78	0	0	
Nimtofte	83	0	0	83	0	0	
Glesborg	49	100	74	33	0	0	
Ørum Djurs	81	100	100	77	0	0	
Ørsted	18	0	33	13	0	0	
Allingåbro	30	50	38	22	0	0	
Auning	77	100	80	82	0	0	

Postnummer	Lægebiler/udrykningslæge i alt						Ambulancer
	Århus	Randers	Djursland - Grenaa	Djursland - Kolind	Udrykningslæge - Knebel		
<b>Alle</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>95</b>	<b>5</b>	
Ebeltoft	97	100	94	97	97	0	
Rønde	98	100	100	97	97	0	
Knebel	92	100	100	97	87	0	
Balle	90						
Grenaa	97	92	96	98	100	17	
Hornslet	98	100	100	98	100	3	
Mørke	100	100	100	100	100	0	
Ryomgaard	100	100	100	100	0	0	
Kolind	100	100	100	100	100	0	
Trustrup	97	100	100	96	0	0	
Nimtofte	96	0	0	100	0	0	
Glesborg	99	100	100	98	0	4	
Ørum Djurs	100	100	100	100	0	0	
Ørsted	96	0	100	96	0	0	
Allingåbro	98	100	100	98	0	2	
Auning	100	100	100	100	0	6	

Tilset af læge inden for 0-45 min. %						
<b>Alle</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>97</b>	<b>23</b>
Ebeltoft	99	100	97	99	99	8
Rønde	99	100	100	97	97	33
Knebel	97	100	100	100	91	4
Balle	100					
Grenaa	99	96	97	100	100	24
Hornslet	98	100	100	98	100	39
Mørke	100	100	100	100	100	46
Ryomgaard	100	100	100	100	0	14
Kolind	100	100	100	100	100	4
Trustrup	97	100	100	96	0	6
Nimtofte	100	0	0	100	0	0
Glesborg	100	100	100	100	0	18
Ørum Djurs	100	100	100	100	0	4
Ørsted	100	0	100	96	0	41
Allingåbro	100	100	100	100	0	33
Auning	100	100	100	100	0	43

Tabellens tre dele skal læses hver for sig. Inden for hvert postnummer kan der aflæses, hvor mange patienter der tilses af en læge, enten i lægebil/udrykningslæge eller på sygehus, inden for et vist antal minutter.

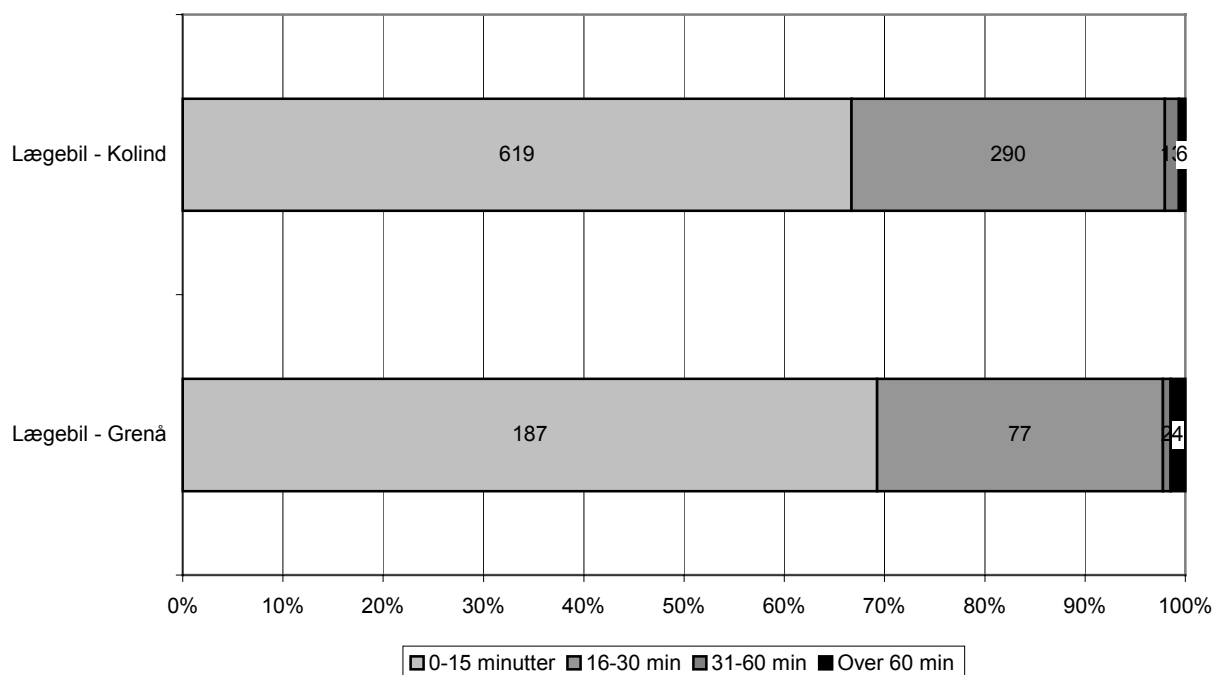
## Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

Hvis der tages udgangspunkt i tabellens højre hjørne, dvs. hvor patienterne er tilset af læge inden for 0 til 30 minutter, kan det aflæses, at 98% af alle patienter blev tilset af læge inden for 30 minutter. I tabellen kan eksempelvis også aflæses, at 62% af alle patienter i Glesborg blev tilset af en læge inden for 0–30 minutter, og 4% alle patienter i Glesborg, hvor ambulancen ikke var suppleret med en lægebil, blev tilset af en læge inden for 0-30 minutter.

Eksempelvis viser tabellen, at 55% af alle patienter i Ebeltoft bliver nået inden for et kvarter, og 66% af alle borgerne på Djursland bliver nået inden for samme tidsrum. Tid-til-læge i Ebeltoft er dog meget afhængig af lægebilens udgangspunkt. Således ses, at 67% af de patienter i Ebeltoft som betjenes af lægebilen med udgangspunkt i Kolind, nås inden for 15 minutter, mens det samme kun gælder for 28% af patienterne i Ebeltoft, der betjenes af lægebilen med udgangspunkt i Grenaa. 40% af de patienter i Ebeltoft, der tilses af udrykningslægen, nås inden for 15 minutter.

Vedrørende udrykningslægen fremgår det, at han når 80% af alle de patienter han kører til i postnummer Knebel inden for 15 minutter. De tilsvarende tal for lægebilerne i Kolind og Grenaa er henholdsvis 33% og 17% for postnummer Knebel.

### 6.8.2.9 Andel patienter, der tilses af læge inden for 15, 30, 60 og 60+ minutter

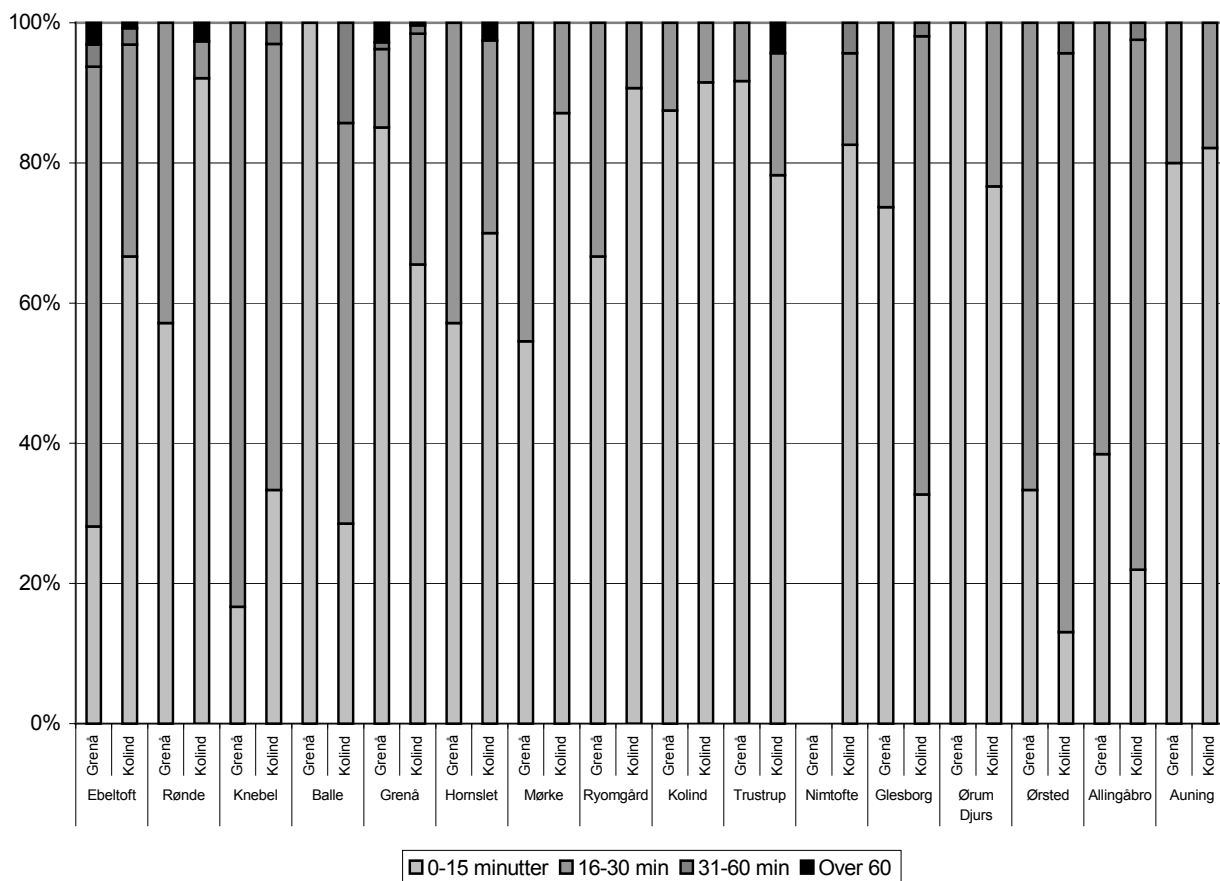


I figuren er angivet antallet af patienter på søjlerne. Der skal gøres opmærksom på, at lægebilen på Djursland kun er i Grenaa inden for normal arbejdstid, approksimativt 20% af tiden.

Andelen af patienter, der tilses af lægebilen med placering i hhv. Kolind og Grenaa inden for 15 minutter, er lige stor. Det samme gør sig gældende for 0-30 minutter.

Når intervallet 0-15 minutter anvendes som evalueringskriteriet, er der ingen forskel på serviceringen af borgerne set under ét, når lægebilen er placeret i hhv. Grenaa og Kolind.

#### 6.8.2.10 Sammenligning af responstid for lægebil i Grenaa og Kolind



Ud for hvert postnummer er angivet "Grenaa" og "Kolind", som er en angivelse af Djursland-bilens placering i enten Grenaa eller Kolind.

Figuren viser for hvert postnummer, hvor stor andel af patienterne der bliver tilset inden for hhv. 15, 30, 60 eller 60+ minutter, når lægebilen er placeret i hhv. Kolind eller Grenaa.

Figuren kan således direkte anvendes til at se, om det er Djursland-bilen med udgangspunkt i Grenaa eller Kolind, der inden for et vist tidsinterval tilser den største patientandel.

Når der ses på andel af patienter, som tilses af læge inden for 15 minutter, tilgodeser de to placeringer af lægebilen patienterne i områdets postdistrikter forskelligt.

Med udgangspunkt i Kolind tilses forholdsvis flest patienter inden for 15 minutter i postnumrene: Ebeltoft, Rønde, Knebel, Hornslet, Mørke og Ryomgård. Omvendt tilses flest patienter inden for 15 minutter i postnumrene: Balle, Grenaa, Trustrup, Glesborg, Ørum, Ørsted og Allingåbro, når lægebilen har udgangspunkt i Grenaa.

Vedrørende postnumrene: Kolind, Auning og Nimtofte kan man ikke sige, hvilken af placeringerne, der giver flest lægebetjening inden for 15 minutter.

#### 6.8.2.11 Hypotetisk beregning af andel patienter der ses inden 15 minutter, hvis lægebilen hele tiden holder i enten Grenaa eller Kolind

	Befolkning - uvægtet			Grenaa Procent	Kolind Procent	Hvis Grenaa hele tiden. Antal kørsler		Hvis Kolind hele tiden. Antal kørsler		Nuværende placering. Antal kørsler
	Antal borgere	Faktiske kørsler		Andel inden 15 minutter	Andel inden 15 minutter	Vægtet efter befolkningsgrundlag	Uvægtet efter befolkningsgrundlag	Vægtet efter befolkningsgrundlag	Uvægtet efter befolkningsgrundlag	
	Kol.1	Kol.2	Kol. 3	Kol. 4	Kol.5	Kol.6	Kol. 7	Kol. 8	Kol.9	Kol.10
Ebeltoft	10.555	204	1	28	67	57	0,3	137	0,7	117
Rønde	7.206	111	1	57	92	63	0,6	102	0,9	93
Knebel	3.293	64	1	17	33	11	0,2	21	0,3	19
Balle	1.141	10	1				0,0			
Grenaa	18.808	403	1	85	66	343	0,9	266	0,7	287
Hornslet	6.698	56	1	57	70	32	0,6	39	0,7	38
Mørke	3.646	46	1	55	87	25	0,6	40	0,9	36
Ryomgaard	3.576	56	1	67	91	38	0,7	51	0,9	49
Kolind	3.347	61	1	88	91	54	0,9	56	0,9	55
Trustrup	1.977	37	1	92	78	34	0,9	29	0,8	31
Nimtofte	1.156	23	1	0	83	0	0,0	19	0,8	19
Glesborg	2.917	80	1	74	33	59	0,7	26	0,3	35
Ørum Djurs	2.018	42	1	100	77	42	1,0	32	0,8	34
Ørsted	3.473	33	1	33	13	11	0,3	4	0,1	5
Allingåbro	4.506	66	1	38	22	25	0,4	15	0,2	17
Auning	3.924	68	1	80	82	54	0,8	56	0,8	56
<b>I alt</b>	<b>78.241</b>	<b>1.360</b>	<b>16</b>			<b>848</b>	<b>8,7</b>	<b>893</b>	<b>10</b>	<b>890</b>
<b>Procent af kørsler fremme inden 15 minutter</b>						<b>62</b>	<b>54</b>	<b>66</b>	<b>62</b>	<b>66</b>

Den første kolonne viser antallet af borgere i de forskellige postdistrikter på Djursland. Den anden kolonne viser antallet af kørsler, som lægebilen med udgangspunkt i enten Kolind eller Grenaa har kørt. Den 3. kolonne viser en rent hypotetisk situation, hvor antallet af borgere på Grenaa er 16 – én i hvert postdistrikt. Denne situation er ækvivalent til at forudsætte, at der slet ikke tages højde for antallet af borgere i de forskellige postdistrikter. Den 4. og 5. søjle viser den empiriske andel af patienter, der blev tilset inden 15 minutter af hhv. lægebil med placering i Kolind og Grenaa. Den 6. kolonne viser, hvor mange patienter der ville være tilset inden 15 minutter, hvis lægebilen hele tiden holdt i Grenaa. Den 7. kolonne viser andelen af patienter, lægebilen ville have tilset inden 15 minutter, hvis der kun var en borger i hvert postdistrikt. Den sidste og 10. kolonne viser, hvor mange patienter der faktisk blev tilset af læge inden 15 minutter, med lægebilens nuværende delte placering i Kolind og Grenaa.

Den nederste række angiver andelen af patienter, der bliver tilset af lægebilen på Djursland inden 15 minutter. I 2004 blev 66% af de patienter Djursland-bilen tilså

tilset inden 15 minutter (10. kolonne). Hvis lægebilen holdt i Grenaa hele tiden, ville 62% af patienterne blive tilset af læge inden 15 minutter. Altså en lille forringelse i forhold til den nuværende situation. Hvis lægebilen holdt i Kolind hele tiden, ville 66% af patienterne blive tilset af lægebilen på Djursland inden 15 minutter. Altså fuldstændig den samme situation som under den nuværende ordning.

Hvis der rent hypotetisk var 16 borgere på Djursland – én i hvert postdistrikt – ville 54% af disse blive tilset af læge inden 15 minutter, hvis lægebilen holdt i Grenaa hele tiden. Det tilsvarende tal er 62%, hvis lægebilen holder i Kolind hele tiden. Der er derfor en tendens til, at en hypotetisk døgndækkende placering i Kolind, i lidt højere grad end en placering i Grenaa, både kan tilgodeses at borgerne geografisk set stilles lige, og at der tilses lige så mange patienter inden for 15 minutter som under den nuværende delta placering af lægebilen på Djursland.

### 6.8.3 Delkonklusion

Analysen viser, at i forhold til ambulancekørsler uden lægestøtte, tilses patienterne på hele Djursland generelt ca. 45 minutter før af en specialist/læge, hvis der er tilkaldt lægebil/udrykningslæge som supplement til det almindelige ambulanceberedskab.

Ambulancebehandlernes indsats på stedet, i de tilfælde ambulancen agerer alene, er i denne analyse ikke taget i betragtning – der er udelukkende fokuseret på, hvornår patienterne tilses af læge/ankommer til sygehus.

Data viser, forventeligt, at tiden på skadestedet forlænges, når der er tilkaldt lægebil som supplement til det almindelige ambulanceberedskab (gennemsnitligt: 22,9 min vs. 14,2 min).

De præsenterede estimater for "Tid på skadested" er på den baggrund beregnet ud fra udrykninger, hvor lægebilerne/udrykningslægen *ikke* har deltaget (det reelle nul-alternativ). Da disse udrykninger imidlertid typisk vil være af lavere alvorlighedsgrad, kan der hermed være åbnet for andre usikkerhedsmomenter i estimaterne.

I forhold til "Tid til sygehus" skal det anføres, at registreringen af tid for ambulancernes vedkommende gælder indtil ankomsten til sygehuset – og således ikke nødvendigvis er ensbetydende med det tidspunkt, hvor patienterne tilses af relevant specialist/læge. Tid-til-læge er således for ambulancernes vedkommende muligvis underestimeret.

Det kvantitative datamateriale kan ikke understøtte en klar vurdering af, om det er bedst at placere lægebilen i Kolind eller Grenaa, da de to placeringer tilgodeser patienterne i områdets postdistrikter forskelligt. En sådan vurdering afhænger af en prioritering af:

1. *Lighedsaspektet*, dvs. alle borgerne skal stilles lige. I forhold til datamaterialet vil det sige at der blot ses på andelen af patienter, der nås inden for et vist tidsinterval. Postdistrikterne er dermed ikke vægtet i forhold til befolkningsgrundlaget.
2. *Antalsaspektet*, dvs. flest mulige borgerne skal kunne nås inden for et vist tidsinterval. Dvs. postdistrikterne vægtes i forhold til befolkningsgrundlaget (de faktiske kørsler i 2004).

## Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland

Inddragelse af begge aspekter indikerer, at der ud fra det indsamlede datamateriale er en tendens til, at en hypotetisk døgndækkende placering i Kolind, i højere grad end en placering i Grenaa, både kan tilgodeses at områdets borgere stilles lige, samt at der inden for 15 minutter tilses lige så mange patienter som under den nuværende placering af lægebil.

Med den nuværende placering er der ingen forskel på det samlede antal patienter, der tilses inden for 15 minutter, når lægebil er placeret i hhv. Grenaa og Kolind. Men de to placeringer af lægebil tilgodeser patienterne i områdets postdistrikter forskelligt.

## 7 Samlet konklusion for evalueringen

### **Udnyttelse af højtuddannet personale**

En af årsagerne til lægebilens placering i Grenaa i dagtiden var en antagelse om, at lægebilpersonalet mellem vagterne kunne deltage i visse patientrelaterede opgaver på sygehuset. I følge de interviewede har dette ikke været realistisk, blandt andet fordi sygehuset ikke har flere opgaver af relevans for anæstesilæger, end det faste personale selv kan varetage. Ventetider mellem vagter anvendes fortrinsvis til socialt samvær på hospitalet, kontorarbejde, besøg hos Falck og kørsel i området. Lægebilassistenterne deltager tilsvarende ikke i hospitalets opgaver, men har udtrykt ønske om det. I Kolind tilbringes ventetider tilsvarende med kontorarbejde og samvær med REKO-personalet. Rapporten sætter til diskussion, hvordan personalets ledige tid bedst udnyttes.

### **Samspil mellem lægebil og udrykningslæge**

I den nuværende organisering af arbejdsdelingen mellem lægebil og udrykningslægen skal vagtcentralen kalde begge ordninger ved samtlige lægeudkald i udrykningslægens område. Den valgte dispositionsmodel for arbejdsdelingen mellem udrykningslæge og lægebilpersonale har tilgodeset flere af de forudsætninger og hensyn, der lå til grund for aftalerne, herunder at imødekomme tryghedsperspektivet.

Den skabte balance mellem "Den præhospitale plan for Århus Amt"s målsætninger om at redde liv og samtidig sikre befolkningstrygheden, har dog affødt nye problemstillinger. Disse berører dels udrykningsmønsteret, dels arbejdsfordelingen de to ordninger imellem. Specielt i Ebeltoft-området sker der en del dobbelte kørsler, hvor lægebil og udrykningslæge når frem samtidigt uden at have nået at afmelde hinanden. Dette forklares dels ved, at afstanden til Ebeltoft er nogenlunde den samme for lægebil og udrykningslæge, og dels ved, at behovet for lægekompetence ikke kan afgøres alene på udrykningsmeldingen, men må vurderes på stedet.

Arbejdsdelingen mellem lægebil og ambulancer fungerer, ifølge såvel lægebilpersonale som ambulancepersonale, til begge parter tilfredshed. Der er gensidig respekt de to fagområder imellem, og de to fagligheder supplerer hinanden godt. Redningsmandskabets mulighed for at få lægelig rådgivning, direkte og telefonisk, fremhæves samtidig som meget udbytterig.

### **Hvordan oplever lægebilspersonalet at blive modtaget af patienter og praktiserende læger**

Lægebil- og ambulancepersonale har generelt indtryk af, at befolkningen i forhold til tidligere oplever sig lige så godt eller bedre betjent på det akutte område. Der er i befolkningen en stigende bevidsthed om lægebilsordningens eksistens. Til forskel herfra er der beklagelse over de lange transportafstande ved indlæggelser og ambulans behandling.

Den gennemførte spørgeskemaundersøgelse blandt 20 praktiserende læger viser en høj grad af tilfreds med lægebilsordningens indsats hos både patienter og læger. Med to undtagelser er de praktiserende læger også tilfredse med ordningen, når de sammenligner med den akutte indsats, sygehusvæsenet tidligere kunne tilbyde.

De praktiserende læger bruger i stigende grad muligheden for at tilkalde lægebilen, enten direkte eller via 112.

### **Rammer for arbejdet**

Der peges fra lægeside på, at Grenaa-placeringen fra et arbejdsmiljøsynspunkt ikke er optimalt, dels på grund af det isolerede vagtlokale, og dels på grund af det afbræk der sker, når vagten flyttes til Kolind.

Det fremhæves af de interviewede at både REKO, FALCK og ambulancelægerne har faglig og arbejdsmæssig fordel af at have fælles base ved REKO i Kolind. Her er indrettet gode faciliteter til vagtmandskabet, ligesom der er mulighed for at ordne bil og udstyr i REKO's garage. De fleste interviewede ambulancelæger samt de interviewede fra REKO foreslår døgndækkende placering i Kolind, hvis de nuværende to placeringer betragtes som de aktuelt gyldige alternativer.

### **Om lægehjælpen når frem til dem, der har mest brug for hjælp**

Der har været en lægebil og/eller udrykningslæge med som supplement til den almindelige ambulance i ca. 60% af de udrykninger, der har været på Djursland i 2004.

90% af alle lægeudrykninger på Djursland foretages af enten lægebilen på Djursland og/eller udrykningslægen på Djursland. 77% af alle kørsler med Djurslands-lægebilen foretages med udgangspunkt i Kolind, dvs. uden for normal arbejdstid.

Yderligere kan det konkluderes, at udrykningslægen bliver kaldt til 26% af turene inden for udrykningslægens dækningsområde, og udrykningslægen bliver kaldt til 12% af alle udrykninger på Djursland.

### **Tidlig lægehjælp ved alvorlig sygdom**

I 25% af de kørsler lægebilerne og/eller udrykningslægen har foretaget på Djursland, har patienten været i potentiel livsfare, i livsfare eller har haft svigt af vitale organer. I ca. 5% af tilfældene var patienten død før eller efter lægernes ankomst til skadested.

Det er af datamæssige årsager ikke muligt at sige noget om, hvor mange patienter med en høj alvorlighedsgrad ambulancen kører ud til uden at være ledsaget af en lægebil.

### **Lægebilernes mulighed for at færdigbehandle patienter, som ellers ville have optaget et ambulanceberedskab under transport til et sygehus**

Ca. 20% af alle patienter på Djursland i 2004 blev færdigbehandlet på skadestedet.

De færdigbehandlede patienter var typisk ikke særligt syge eller tilskadekomne, således havde ca. 60% af de færdigbehandlede patienter en alvorlighedsgrad, der ikke krævede medicinsk behandling.

Ambulancelægerne færdigbehandler typisk en større andel af patienterne end udrykningslægen (ca. 20% mod ca. 10%).

Hvis der alene tages udgangspunkt i de 20% af patienterne lægebilen og/eller udrykningslægen færdigbehandler, kan der 'spares' 220 timer i ambulancekørsel fra skadested til sygehus, dvs. ambulancen kan være hurtigere disponibel igen. Ambulancens tid på skadestedet og tid på sygehuset er ikke medregnet, dvs. den tid, hvor ambulancerne kan være disponible reelt er større end de 220 timer.

### **Hvor hurtigt tilses patienterne af specialist/læge**

Analysen viser, at i forhold til ambulancekørsler uden lægebil, tilses patienterne på hele Djursland generelt ca. 45 minutter før af en specialist/læge, hvis der er tilkaldt lægebil som supplement til det almindelige ambulanceberedskab.

Ambulancebehandlerens indsats på stedet, i de tilfælde ambulancen agerer alene, er i denne analyse ikke taget i betragtning. Der er udelukkende fokuseret på, hvornår patienterne tilses af læge/ankommer til sygehus.

Med udgangspunkt i Kolind tilses forholdsvis flest patienter inden for 15 minutter i postnumrene: Ebeltoft, Rønde, Knebel, Hornslet, Mørke og Ryomgård. Med udgangspunkt i Grenaa tilses flest patienter inden for 15 minutter i postnumrene: Balle, Grenaa, Trustrup, Glesborg, Ørum, Ørsted og Allingåbro,. Vedrørende postnumrene: Kolind, Auning og Nimtofte kan man ikke sige, hvilken af placeringerne, der giver flest lægebetjening inden for 15 minutter.

Der er ingen forskel i den samlede andel af patienter, der tilses inden for 15 minutter, når lægebilen er placeret i hhv. Grenaa og Kolind.

Vedrørende udrykningslægen fremgår det, at han når 80% af alle de patienter han kører til i postnummer Knebel inden for 15 minutter. De tilsvarende tal for lægebilerne i Kolind og Grenaa er henholdsvis 33% og 17%.

### **Overordnet konklusion**

De valgte placeringer af lægebilen fungerer tilfredsstillende. I tilknytning til placering af lægebilen er det overvejende de interviewedes holdning, at Grenaa-placeringen tilgodeser lokalbefolkningens tryghedsbehov i dagtiden, idet den dog ikke kan begrundes rent lægefagligt. Kolind nævnes af alle informanter som en god og central placering set i et Djurslands-perspektiv. Det er samtidig til diskussion, i hvilken udstrækning det er muligt at sikre en klarere arbejdsdeling mellem lægebil og udrykningslæge.

Ifølge de interviewede har udrykningslægeordningen således taget højde for lokalbefolkningens ønske om at bevare ordningen i områder, der kan være langt fra lægebilens udgangspunkt, ligesom ordningen har været med til at sikre, at der for hele området altid er tilstrækkelig lægefaglig ekspertise til rådighed i akutte livstruende situationer.

Det kvantitative datamateriale kan ikke understøtte en klar vurdering af, om det er bedst at placere lægebilen i Kolind eller Grenaa, da de to placeringer tilgodeser patienterne i områdets postnumre forskelligt. En sådan vurdering afhænger af en prioritering af:

- *Lighedsaspektet*, dvs. alle borgerne skal stilles lige. Postdistrikterne skal dermed ikke vægtes i forhold til befolkningsgrundlaget
- *Antalsaspektet*, dvs. flest mulige borgerne skal kunne nå inden for et vist tidsinterval. Dvs. postdistrikterne vægtes i forhold til befolkningsgrundlaget

Inddragelse af begge aspekter indikerer, at der ud fra det indsamlede datamateriale er en tendens til, at en hypotetisk døgndækkende placering i Kolind, i højere grad end en placering i Grenaa, både kan tilgodese at områdets borgere stilles lige, samt at der inden for 15 minutter tilses lige så mange patienter som under den nuværende delte placering af lægebilen (66%).

Med den nuværende placering er der ingen forskel på det samlede antal patienter, der tilses inden for 15 minutter, når lægebilen er placeret i hhv. Grenaa og Kolind. Men de to placeringer af lægebilen tilgodeser patienterne i områdets postdistrikter forskelligt.

### 7.1 Den videre evalueringsproces

Evalueringen har belyst nogle vigtige aspekter i forhold til udnyttelse, placering og organisering af lægebilen og udrykningslægen på Djursland.

Evalueringen har besvaret nogle spørgsmål, men har også rejst problemstillinger, der kan være med til at kvalificere fremtidige spørgsmål.

Derfor kan evalueringen også ses som et redskab i en videre proces, hvor der skal defineres mål for det præhospitale beredskab. Evalueringen – og i særdeleshed samarbejdet om og processen med evalueringsarbejdet – kan således anvendes til definition af fremadrettede målsætninger og til udviklingen af redskaber til mere let gennemførlige evalueringer på det præhospitale område.