

Sundheds- og Ældreministeriet
Att.: Tove Kjeldsen
sum@sum.dk
tk@sum.dk

25. februar 2016

Høringssvar vedrørende udkast til bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v.

Overordnet ser vi fra 3F's side positivt på, at der med en ny bekendtgørelse sker en opsplitning af bekendtgørelsen i henholdsvis "Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsbreds-kabet og det præhospitale beredskab" og "Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale". Sidstnævnte afleveres der hermed høringssvar til.

FAGLIGT FÆLLES FORBUND
Kampmannsgade 4
DK-1790 København V
tlf. +45 70 300 300
fax +45 70 300 301
e-mail: 3f@3f.dk
www.3f.dk
CVR-nr. 31 37 80 28

Grundlæggende behov for præcisering af kompetencer og uddannelse

I udkastet til bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse ser vi, at der qua udkastet til en ændret bekendtgørelse opstår et behov for en substantiel stil-lingtagen til uddannelsesdelen. Vi opfordrer derfor til, at der kommer en egentlig uddannelsesbekendtgørelse på området, der kan præcisere formål og kompetenceniveauer for henholdsvis ambulanceassistent-, ambulancebe-handler- og paramediciner-uddannelsen.

Dette vil afgrænse spørgsmål om kompetence på de tre niveauer for ambu-lancepersonaler. Vi mener desuden, at dette vil bidrage positivt til innovation og udvikling mellem faggrupper i de enkelte regioner.

Mulighed for styrket udnyttelse af ressourcer

Vi ser med udkastet til bekendtgørelse en positiv mulighed for at sikre en samfundsøkonomisk kosteffektiv udnyttelse af ressourcer på det præhospita-le område, samtidig med at trygheden for borgerne styrkes på linje med pa-tientsikkerheden.

Den ambulancebehandlerbemandede ambulance er grundstenen i det danske præhospitale beredskab herunder ved patientoverførsler. Ved alle udryknin-ger sendes en ambulance, som eventuelt suppleres med en akutbil bemandet af enten en ambulancebehandler, en paramediciner eller anæstesisygeplejer-ske eller en lægebemandet akutbil eller lægebemandet akuthelikopter.

Der er store regionale forskelle i brugen af akutbiler. En opgørelse fra KORA¹ i 2012 viste, at Region Hovedstaden udelukkende har lægebemandede akutbi-ler (5), mens Region Sjælland og Nordjylland hver alene har én lægebeman-det akut bil, mens de har henholdsvis 6 og 8 paramedicinerbemandede akut-biler. I Region Midtjylland har man har man henholdsvis 9 og 6 lægebeman-dede akutbiler og derudover henholdsvis 6 og 5 akutbiler bemandet med en-ten paramedicinere eller anæstesisygeplejersker.

¹ Præhospitalsindsats – hvem redder dig? (KORA oktober 2012, side 11)





Akutbiler bemandede med læger eller sygeplejersker forudsætter, at der er en anden person med til at køre bilen, mens en paramediciner kan køre alene.

Der gøres i rapporten fra KORA opmærksom på, at de fleste ordninger med anæstesisygeplejersker er lukket, "fordi paramedicinere og sygeplejersker i vid udstrækning har samme kompetencer. Den anæstesisygeplejerskebemandede akutbil er desuden dyr, fordi anæstesisygeplejersken (i modsætning til paramedicineren) ikke kan køre bilen selv, og derfor har brug for en chauffør²".

De samfundsøkonomiske effekter af forskellige beredskaber er svære at gøre op. I KORA's opgørelse tages der udgangspunkt i marginalomkostningerne ved at supplere det eksisterende beredskab. Tydeligt er det dog, at lønomkostninger generelt udgør den største post i vurderingen af omkostningen ved forskellige typer af beredskaber³.

I forhold til § 2, stk. 2, hvor det anføres, at "Når en ambulance anvendes til overførsel af en patient fra et hospital til et andet, kan én af de personer, som i medfør af stk. 1 bemander ambulancen, erstattes af en læge eller anæstesisygeplejerske", har vi flere bemærkninger:

Der er i høj grad brug for en præcisering af "erstattes", idet "erstattes" kan have flere betydninger, som at én af ambulancepersonalerne flytter fra bårerum til førerhus i ambulancen, *eller* at en af ambulancepersonalerne helt konkret og fysisk sættes af ambulancen på det sygehus, transporten skal ske fra.

Fra 3F's side mener vi, at der alene bør være tale om det første, og det har følgende grunde:

- Det er essentielt, at kompetencen til at føre ambulancen er til stede under hele transporten og dermed også i tilfælde, hvor der måtte tilståde komplikationer undervejs.

I dette tilfælde bør det sikres, at der fortsat er tilstrækkelig kompetence til stede til både at samarbejde med læge eller anæstesisygeplejerske samt at sikre en hurtigt og forsvarlig føring af ambulancen. Dette vil ikke være muligt, såfremt "erstattes" bliver fortolket som, at kompetencen sættes af ambulancen.

² Præhospital indsats – hvem redder dig? (KORA oktober 2012, side 10)

³ Opgørelse baseret på tal fra Region Sjælland, som ikke tager højde for intensiteten i beredskabet, og hvor meget det anvendes, ifølge rapporten fra Præhospital indsats – hvem redder dig? (KORA oktober 2012, side 31)

Akutbil med paramediciner	3.063.910 kr.
Akutbil med paramediciner og sygeplejerske	7.211.000 kr.
Akutbil med paramediciner og læge	11.500.000 kr.
Ambulance med redder og paramediciner	5.379.821 kr.
Ambulance med to ambulancebehandlere	4.759.611 kr.



- Det er ligeledes vigtigt, at den erstatning, der finder sted - uagtet hvilken fortolkning der skal tillægges "erstattes" - sker med øje for kompetenceniveauer, således at det til enhver tid er en ambulancebehandler eller paramediciner, der er til stede sammen med en læge eller anæstesisygeplejerske.

Der bør ikke kunne opstå situationer, hvor en ambulanceassistent (som kan være en elev under uddannelse, da eleven efter 7. skoleperiode må køre som fuldgyltig ambulanceassistent), er alene med en læge eller anæstesisygeplejerske om patienten, som i sagens natur ofte vil være en alvorligt syg eller tilskadekommet person. Begrundelsen er, at paramedicinere og til dels ambulancebehandlere besidder de nødvendige kompetencer og derfor kan sikre en optimal patientsikkerhed.

- Skulle der være tale om, at "erstattes" fortolkes således, at ambulancepersonalet slet ikke er til stede i bårerummet og efter endt overførsel er alene på ambulancen, gør vi opmærksom på, at der ikke længere er tale om en ambulance, når retur/videre (jf. definitionen af en ambulance § 1, stk. 1 og stk. 2).

Dette har som konsekvens, at køretøjet de facto må regnes for at være ude af drift og bør derfor ikke fremgå på oversigten over ambulancer på vagtcentralen.

Dette finder 3F stærkt betænkeligt, da køretøjet over for borgerne udadtil fremstår som en ambulance, men kan risikere at måtte køre forbi et skadessted, idet der med kun én ambulancepersonale ikke reelt er tale om en ambulance.

Udover at skabe forvirring og misforståelser i befolkningen, med risiko for at minimere opfattelsen af tryghed, synes dette at være behæftet med en vis fare for øgede økonomiske byrder, da et køretøj per definition er taget ud af drift. Dette vil lægge et yderligere pres på de øvrige beredskaber.

Her henleder vi til et vigtigt princip i disponeringen af ambulancer, som er princippet om at sende "nærmeste beredskab". Et køretøj, som ikke kan betegnes som en ambulance, da der alene er én ambulancepersonale tilstede på bilen, vil ikke kunne kaldes til trods for, at det geografisk måtte være nærmest en alvorlig syg eller tilskadekommet borger. Også dette risikerer at påvirke trygheden i befolkningen negativt, da det må antages, at borgerne har en forventning om, at et køretøj med påskriften "ambulance" ikke kører forbi f.eks. et færdselsuheld eller et hjertestop på gaden, men derimod at ambulancen er korrekt bemannet og kan indgå i enhver situation.

En anden væsentlig bekymring, vi ønsker at ytre her, vedkommer ambulancen som arbejdssted for andre faggrupper end ambulancepersonaler. Anæstesisygeplejersker og læger uddannes i dag ikke til at have ambulancen som arbejdssted, og de har derfor ikke nogen formel træning i at have bårerummet i ambulancen som arbejdssted.



I modsætning hertil undervises ambulancepersonaler allerede på assistentuddannelsen både på skole og praktikforløb i ambulancen som setting. Ambulanceassistenter skal både have indgående kendskab til korrekt anvendelse af ambulancens udstyr og rutine i brugen af dette for at bestå uddannelsen til assistent, ligesom de skal bestå praktikforløb med forskellige hospitalsafdelinger som setting i løbet af deres uddannelsesforløb.

Læger og anæstesisygeplejersker har grundet den manglende træning i ambulancen som arbejdssted ikke kendskab til placeringen af udstyr i bårerummet, og dermed ikke rutine i at arbejde i bårerummet. Desuden kan udstyr og placering variere fra ambulanceoperatør til ambulanceoperatør.

Samlet mener vi, at der derfor opstår en risiko for patientsikkerheden, idet hurtig og korrekt brug af livsreddende udstyr kan være afgørende.

Her skal der henvises til et forsøg i Thy Mors med anæstesisygeplejersker i akutberedskaber⁴, som ifølge KORA viste, at der synes at være et stort overlap mellem sygeplejersker og paramedicinernes kompetencer, og at "der ses ingen synergi i at have begge grupper i en paramedicinerbil⁵".

De fleste regioner har afprøvet modellen med anæstesisygeplejersker i beredskabet, men som tidligere nævnt er disse lukket ned, idet "paramedicinere og sygeplejersker i vid udstrækning har de samme kompetencer⁶".

Ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv er også grund til at se på, hvilke sammensætninger af mandskab og faggrupper der bør være til stede i relation til tankerne om at "erstatte" en af ambulancepersonalerne, jf. fodnote 3 på side 2 i dette høringssvar.

Vedrørende frigøring

Der lægges i udkastet til bekendtgørelsen op til, at det i § 3 slettes, at "ambulancepersonalet skal kunne "indlede frigørelse af tilskadekomne", idet opgaven medio 2008 overgik til redningsberedskabet".

Det er naturligvis korrekt, at opgaven med egentlig frigøring er overgået til redningsberedskabet, dog finder vi det i 3F afgørende, at ambulancepersonalet til stadighed har et indgående kendskab til beredskabsfaglige opgaver for at kunne sikre patienter og skadestedet på en professionel måde.

Dette, mener vi, bør sikres. Eventuelt via en præcisering af uddannelsen via en uddannelsesbekendtgørelse, som understreger kompetencer knyttet til

⁴ Brøcker A, et.al. (2012) Anæstesisygeplejersker og paramedicinere i det præhospitale beredskab. Evaluering af forsøg med anæstesisygeplejersker i paramedicinerbil i Thisted og paramedicinerbilordning i Region Nordjylland, DSI 2012.

⁵ Præhospital indsats – hvem redder dig? (KORA oktober 2012, side 16)

⁶ Præhospital indsats – hvem redder dig? (KORA oktober 2012, side 10)



ambulancepersonalet.

I spørgsmålet om indgående kendskab til beredskabsfaglige opgaver som frigøring er dette, og bør dette fortsat være et element i uddannelsen af ambulanceassister.

Det bemærkes, at det i § 11 vedrørende ambulancers indretning og udrustning i stk. 2 er beskrevet, at ambulancen skal være udrustet med basalt frigøringsudstyr.

I 3F mener vi, at dette skal bevares i henhold til vores bemærkning om, at det er essentielt, at ambulancepersonalet har og bør have et indgående kendskab til frigøring for at kunne agere professionelt og sikre patientsikkerheden bedst muligt på et skadessted ved bl.a. færdselsulykker.

Skulle formuleringen om frigøring helt slettes, som der lægges op til i udkastet, vil det næppe give mening at have udstyret som en del af ambulancers udrustning.

Vedrørende uddannelse

Fra 3F's side vil vi se positivt på, hvis der som følge af ændringerne i L73 samt de berørte bekendtgørelser opstår behov for en uddannelsesbekendtgørelse for ambulancepersonaler.

En sådan bekendtgørelse vil hensigtsmæssigt kunne præcisere de elementer om kompetencer, som er oplistet i udkastet til bekendtgørelse i § 4 -1 samt i bilag 1.

Der er i udkast til bekendtgørelsen nævnt:

- For ambulancebehandleruddannelsen er det eksemplificeret, hvordan luftveje kan holdes frie.
- Det er tilføjet, at
 - o der kan gives smertestillende gennem næsen
 - o blodpropbehandling kan være med andre blodpladehæmmende midler end acetylsalicylsyre, og
 - o insulinchok kan afbødes med infusion af glukose.
- For paramedicineruddannelsen er det indføjet, at
 - o personalet efter lægelig delegation kan ophøre med udsigtsløs behandling ved hjertestop og
 - o kan etablere og opretholde frie luftveje med larynx device.

I relation til ovenstående anbefaler 3F en formulering vedrørende paramedicineres virker, der lyder: For paramedicineruddannelsen er det indføjet, at personalet efter lægelig delegation kan afslutte visse behandlinger på stedet



samt ophøre med udsigtsløs behandling ved hjertestop og kan etablere og opretholde frie luftveje.

Dette begrundes blandt andet med, at flere ledere inden for det præhospitale område mener, at "der i udgangspunktet ikke er nogle forskelle mellem, hvad en paramediciner og en anæstesisygeplejerske kan afslutte på skadesstedet"⁷.

Skulle der være behov for yderligere uddannelse af paramedicinere for at styrke dette argument, er 3F positive over for dette.

Der ses i dag eksempler på, at flere kompetencer udvikles, og kompetenceområdet udvides regionalt. Således er der eksempler på, at brugen af paramedicinere udvides i særligt Region Sjælland og Region Nordjylland, og seneste har Region Hovedstaden ændret sin instruks vedrørende assistenters opgaver i bårerummet. Disse lokale tiltag styrker udviklingen af faget og behandlingsmetoder i det præhospitale.

Løfte og bæreteknik anbefales erstattet med forflytningsteknik

I forhold til ændringen i § 3, stk. 5 vedrørende formuleringen om at "beherske løfte og bæreteknik" mener 3F, at formuleringen bør hedde "beherske forflytningsteknik". Dette, mener vi, er en mere tidssvarende formulering, som afspejler praksis.

Venlig hilsen

Jan Villadsen

⁷ Præhospital indsats – hvem redder dig? (KORA oktober 2012, side 33)