

Tendenser i de præhospitale udbud 2021



Tendenser i de præhospitale udbud

August 2021

Udarbejdet af journalist, cand.comm. Morten Hansen i Reddernes Udviklingssekretariat under vejledning og sparring med sundhedspolitisk seniorkonsulent Nina Bach Ludvigsen. Udgivet af Reddernes Udviklingssekretariat.

Layout: Rabotnik

Foto: Rasmus Preston

(C) Reddernes Udviklingssekretariat

Forord

Der er stort politisk fokus på at skabe øget konkurrence i ambulancetjenesten. Det præhospitale beredskab er en helt central del af det danske sundhedsvæsen, og det er afgørende, at udbuddene på området giver forsyningssikkerhed og skaber tryghed for borgerne.

De senere års udvikling har imidlertid skabt tvivl herom. De hidtidige udbud har primært været indrettet til at skabe konkurrence på prisen og ikke på kvaliteten af ambulanceberedskabet. Konsekvensen har været en intens konkurrence på løn- og arbejdsvilkår. Det bør være drift af ambulancer, der er i udbud. Ikke reddernes løn- og arbejdsforhold, der er på tilbud.

I Reddernes Udviklingssekretariat (RUS) har vi derfor ønsket at afdække tendenserne i de præhospitale udbud, så vi har et solidt vidensgrundlag i vores videre arbejde med at påvirke udbudsprocesserne.

For at afdække tendenserne har vi foretaget en gennemgang af de seneste og igangværende udbud, vi har gennemført interviews med blandt andet regionspolitikere, de præhospitale direktører, operatørerne, ambulancepersonalet, samt en række andre relevante aktører i de præhospitale udbud.

Denne rapport peger på ti tendenser, der er identificeret på baggrund af analyser af centrale områder i de præhospitale udbud.

Undersøgelsen er gennemført i perioden fra den 1. februar til 31. juli 2021.

Tak til alle der har stillet deres viden til rådighed i analysearbejdet både i interviews og til baggrund.

God læselyst.

Flemming Overgaard

Formand

Reddernes Udviklingssekretariat

August 2021

Indholdsfortegnelse

10 tendenser i de præhospitale udbud 2021	6
Tendens 1: Hjemtagelse dominerer det præhospitale område i 2020'erne	6
Tendens 2: Styrket regionalt samarbejde	6
Tendens 3: Beredskabsmodellen afløser responstidsmodellen	6
Tendens 4: Færre udbud i fremtiden	7
Tendens 5: Flere specifikationer i udbudsmaterialet og mindre fleksibilitet	7
Tendens 6: Kontrolbud taber til kontrolberegning	7
Tendens 7: Uafklaret om Lov om virksomhedsoverdragelse gælder for præhospitale udbud	7
Tendens 8: Udbud sætter redderne under pres	7
Tendens 9: Uddannelse og efteruddannelse opprioriteres efter lang tørkeperiode	8
Tendens 10: Fremtidens præhospital er et 'rigtigt' hospital	8
 Indledning	 10
Formål	10
Afgrænsning	11
Metode og Datagrundlag	11
Desk research (Skriftlige kilder)	11
Mundtlige kilder	11
Dagbøger fra den liggende sygetransport	12
Metode for udvikling af analysespørgsmål	12
Præhospitale udbud i et historisk rids	14
 De præhospitale udbud	 16
Tidsperspektivet	19
Geo- og demografiske forskelle på de fem regioner	19
Den overordnede udvikling	20
Opgaven som medarbejder i ambulancen	22
Leverandører på delaftaler i hver region	24
 Analyse	 26
Udbudsprocessen – skridt for skridt	26
ST i udbuddene	30
Hvad betyder vægtning mellem pris og kvalitet?	30

Udbud dyrt for regionerne trods samarbejde	30
Misforståelser om overenskomster.....	30
1) Massiv hjemtagelse af det præhospitale område.....	31
Hjemtagelse og leverandører	32
Uklarheder efter hjemtagelse	32
2) Regional masterplan for den præhospitale udvikling.....	33
3) Beredskabsmodellen afløser responstidsmodellen.....	34
4) Udbud bliver en sjældenhed.....	36
5) Mere detaljeret og mindre fleksibelt for både leverandører og medarbejdere	37
6) Kontrolbud vs. kontrolberegning.....	40
7) Tvivl om Lov om virksomhedsoverdragelse er gældende for de præhospitale udbud	42
Stor betydning for medarbejderne	44
8) Arbejdsmiljøet har større betydning	44
De konkrete usikkerhedsmomenter	46
Særligt om ST	47
9) Uddannelse, efteruddannelse og oplæring	48
Uddannelse og opkvalificering	50
10) Sådan tror vi, at det vil gå	50
Reddernes forventninger til fremtiden	52
Opsamling på analysen	52
Kildeliste	56
Rapporter og undersøgelser	56
Hjemmesider, Nyhedsbreve og link	58
Mundtlige kilder	59
Fokusgrupper / gruppeinterviews.....	61
Andre kilder til empiri: Informationsmøder og lignende	61
Bilag 1 Forforståelser og analysespørgsmål	62
Bilag 2 ST-dagbog	64

10 tendenser i de præhospitale udbud 2021

Denne undersøgelse har fundet ti overordnede tendenser i de præhospitale udbud i 2021, som præger udviklingen.

De ti tendenser er:

1. Hjemtagelse dominerer det præhospitale område i 2020'erne
2. Styrket regionalt samarbejde
3. Beredskabsmodellen afløser responstidsmodellen
4. Færre udbud i fremtiden
5. Flere specifikationer i udbudsmaterialet og mindre fleksibilitet
6. Kontrolbud taber til kontrolberegning
7. Uafklaret om Lov om virksomhedsoverdragelse gælder for præhospitale udbud
8. Udbud sætter redderne under pres
9. Uddannelse og efteruddannelse opprioriteres efter lang tørkeperiode
10. Fremtidens præhospital er et 'rigtigt' hospital

Tendens 1: Hjemtagelse dominerer det præhospitale område i 2020'erne

Igennem delvis hjemtagelse forsøger regionerne at skabe øget konkurrence og plads til nye leverandører på markedet. Den grundlæggende idé er, at man hjemtager en del af ambulanceberedskabet og lader den anden del blive leveret af en ekstern leverandør. På denne måde kan man dels måle både sin egen og leverandørens priseffektivitet i forhold til den forventede kvalitet. Dels bliver det lettere for nye leverandører at komme ind på markedet, idet opgaven er mindre krævende.

Tendens 2: Styrket regionalt samarbejde

Der er et solidt samarbejde imellem de fem regioner, når det gælder udbudsmaterialet i forhold til de overordnede planer og visioner for den præhospitale udvikling i Danmark, herunder ambulancedriften og den liggende sygetransport. Regionerne har et tæt samarbejde og en øget koordinering af udbud og udbudsmateriale.

Tendens 3: Beredskabsmodellen afløser responstidsmodellen

Ambulancedriften i Danmark har historisk været tilrettelagt efter responstidsmodellen. Det betyder, at det afgørende parameter for at kunne varetage ambulancedriften var, at

ambulancerne nåede frem inden for en på forhånd fastsat responstid. Det kunne eksempelvis være inden for otte minutter efter, der var ringet 112. Den private leverandør, Falck, leverede en samlet pakke til de daværende amter. Pakken omfattede ambulancedriften, transport af patienter mellem hospitaler og mellem hjem og behandling. AMK-vagtcentralen og disponeringen af køretøjer til både det akutte beredskab og sygetransporterne, var en del af den samlede opgave. Falck ejede også stationerne, som var baser for medarbejderne og garage for ambulancerne og de øvrige redningskøretøjer.

I beredskabsmodellen stiller regionerne stationer og baser til rådighed for leverandørerne. Tidligere havde man stationer, det har man stadig, men samtidig har man oprettet baser, hvor en enkelt eller måske flere ambulancer holder klar til at rykke ud. Det gør det lettere for nye leverandører at komme ind på markedet. Og det gør det lettere for den enkelte region at styre, hvordan ambulancedriften fordeles med et mere fintmasket net af baser. Det betyder også, at opgaven med overgangen til beredskabsmodellen er reduceret til at levere et konkret antal beredskaber – ambulancer med bemanding plus nogle ST-biler med bemanding, og ikke andet.

Tendens 4: Færre udbud i fremtiden

Tendenserne i de regionale udbud går imod længere aftaler og færre udbud. Tre af regionerne har ændret kontraktperioden, så perioden er tidsbegrænset. Fremover skal aftalen opsiges til en bestemt dato med et tidsinterval på fem eller seks år.

Tendens 5: Flere specifikationer i udbudsmaterialet og mindre fleksibilitet

Sammenlignet med tidligere, så er udbudsmaterialet vokset i omfang. Årsagen er, at der i denne runde stilles flere kravspecifikationer og kvalitetskrav. Samtidig med, at

der er flere specifikationer, er opgaven blevet begrænset, idet regionerne har valgt at hjemtage eller overtage ansvaret for en del af opgaverne, herunder den primære del af reddernes efteruddannelse.

I forbindelse med den aktuelle udbudsrunde er der sket en justering af beredskabet, således at hver region er delt op i fire eller fem delaftaler. Desuden har man fra hver regions side besluttet og erhvervet de stationer og baser, som ambulancedriften skal udgå fra. Det er så op til den konkrete leverandør at drive både baser og stationer.

En følgevirkning er mindre fleksibilitet for både leverandør og medarbejdere, og dermed også i det faglige arbejde.

Tendens 6: Kontrolbud taber til kontrolberegning

Kontrolberegninger dominerer udbudsrunderne. Kun Region Hovedstaden anvender et kontrolbud. Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland anvender kontrolberegninger.

Tendens 7: Uafklaret om Lov om virksomhedsoverdragelse gælder for præhospitale udbud

Det er uafklaret, om Lov om virksomhedsoverdragelse er gældende for de præhospitale udbud. Hidtil har regionerne afvist, at loven gælder, men billedet er ved at ændre sig. Region Hovedstaden opfordrer til i udbudsmaterialet, at Lov om Virksomhedsoverdragelse anvendes.

Tendens 8: Udbud sætter redderne under pres

Arbejdsmiljøet har fået større betydning i udbudsmaterialet og i regionernes tilgang til udbuddene end tidligere. Men udbud medfører generelt en ret stor usikkerhed for medarbejderne, uanset om man er privat eller offentligansat. Udbud sætter altså redderne under pres.

Overenskomsterne er dog en væsentlig del af rammerne omkring arbejdsmiljøet. Pauser, køretid og deslige er defineret af overenskomsterne. Det samme er reglerne for at stå til rådighed.

Tendens 9: Uddannelse og efteruddannelse opprioriteres efter lang tørkeperiode

I udbudsmaterialet forsøger man på tværs af regionerne at styrke både efteruddannelse af ambulancebehandlere, paramedicinere og ST-reddere og styrke elevoptaget.

Tendens 10: Fremtidens præhospital er et 'rigtigt' hospital

Præhospitalet vil udvikle sig henimod et regulært hospital, hvor en del af opgaven bliver at behandle patienter i eget hjem eller i ambulancen. Dermed vil man undgå indlæggelser, som ellers truer med at sende akutenhederne til i de kommende år.

Det betyder, at ambulancerne løbende vil blive opgraderet med bedre udstyr. Tilsvarende skal bemanningen i ambulancerne opkvalificeres. Med tiden vil der kunne indgå andre faggrupper i bemanningen af ambulancerne, særligt sygeplejersker og læger kunne være relevante, men der vil stadig være behov for den ekspertise, som redderne besidder, i bilen. Andre faggrupper må forventes, når ambulancerne på et tidspunkt har udviklet sig til at være fremskudte behandlingenheder

En følgevirkning kan være, at den liggende sygetransport skal have et tilsvarende løft for at kunne varetage flere af de opgaver, som ambulancerne løser i dag. Akutudrykninger er kun en begrænset del af ambulanceberedskabets opgaver. Det meste af tiden foretager ambulancerne patienttransporter. Udviklingen henimod fremskudte behandlingenheder gør det mere naturligt, at denne del af den præhospitale indsats ikke er udliciteret.

“På den anden side, så vil jeg ikke afvise, at vi ender med at hjemtage det hele. Vi kan se, at det har virket på prisen efter vi gik ind. Vi har skabt et marked igen, fordi vi har tvunget konkurrencen igennem. På den lange bane kunne det ende med, at det hele bliver hjemtaget.”

● Anders Kühnau, Regionsrådsformand i Region Midtjylland

Indledning

Reddernes Udviklingssekretariat (RUS) i 3F satte arbejdet med denne undersøgelse i gang 1. februar 2021. Formålet med undersøgelsen og rapporten er at skabe et vidensgrundlag i sekretariatet om processerne og tendenserne i de præhospitale udbud. Baggrunden for arbejdet med rapporten er, at reddernes – det vil sige medarbejderne i ambulancer og den liggende sygetransport – trivsel, hverdag og arbejdsmiljø bliver påvirket af udbudsrunderne. 3F Transport og Reddernes Udviklingssekretariat arbejder målrettet på, at det ikke er reddernes løn- og arbejdsvilkår, der skal betale for, at den præhospitale indsats bliver billigere.

I 2020/21 foregår den tredje udbudsrunde, siden regionerne overtog ansvaret fra de daværende amter for det præhospitale område i 2007. Første runde blev gennemført i 2008 – 2009¹, hvor Falck vandt samtlige udbud.

Anden udbudsrunde blev gennemført i 2014 – 2016. Her var flere leverandører i spil, to vandt udbud foran Falck. Det var BIOS og Response i Region Syddanmark. Sidstnævnte blev sidenhen opkøbt af Falck. I andre regioner vandt to svenske leverandører delaftaler. Det var dog ikke muligt for disse leverandører at leve op til kravene på det danske arbejdsmarked, hvorefter Falck overtog opgaven. BIOS gik konkurs i 2016, og regionen hjemtog BIOS' del af ambulancedriften og den liggende sygetransport.

Udviklingen omkring det præhospitale udbud i Region Syddanmark har medført en ny tendens – hjemtagning af opgaverne. Udbud og hjemtagning har efterfølgende vist sig at

have stor betydning for ambulancemedarbejdernes arbejdsdag, som denne rapport dokumenterer længere omme.

Før 2007 havde de daværende amter aftaler med Falck om at levere ambulancedriften og sygetransporten. Fra flere sider var der kritik af, at det var for dyrt, at en privat virksomhed mere eller mindre havde monopol på området, og derfor blev det besluttet på baggrund af en EU-dom, at ambulancedriften skulle konkurrenceudsættes, altså sendes i udbud².

Det er imidlertid forbundet med stor usikkerhed for medarbejderne i ambulanceberedskabet og den liggende sygetransport, når der er udbudsrunder³. Det er deres jobfunktion, som er i udbud, hvilket betyder, at den enkelte medarbejder skal søge sin egen stilling igen, hvis der skiftes leverandør.

Formål

Formålet med undersøgelsen er at beskrive tendenserne i de præhospitale udbud med henblik på at identificere, hvornår i processen det er muligt at påvirke de enkelte udbuds udformning. Desuden at søge svar på en række konkrete problemstillinger, som medlemmerne under udviklingssekretariatet ønsker svar på.

På den baggrund formulerede RUS fem overordnede spørgsmål, som der igennem undersøgelsen søges svar på:

- Hvilke tendenser er der i de regionale udbud, som det ses i det tilgængelige udbudsmateriale?

1 Danske Regioner 2018, side 6; Christensen med flere 2018, side 7; Rigsrevisionen 2013.

2 Danske Regioner 2018; Christensen med flere 2018; Rigsrevisionen 2013.

3 Andersen med flere 2017; Christensen med flere 2018.

- Hvordan adskiller de igangværende udbud sig fra tidligere udbud?
- Hvilken betydning kan det få for ambulancedriften?
- Hvilke muligheder og udfordringer giver udbudsrunderne set fra ambulancepersonalets perspektiv, for eksempel i forhold til løn, arbejdsvilkår og faglig udvikling?
- Hvordan ser udbudsprocessen ud i hver region?

Afgrænsning

Der undersøges kun processerne frem mod udbuddene og selve udbudsmaterialet. Og udelukkende med fokus på de dele, der er relevante for medarbejderne i ambulancedriften og den liggende sygetransport, som er organiseret i 3F Transport eller i FOA, hvis delområdet allerede er hjemtaget.

Således ligger andre faggrupper – i akutberedskabet, det kunne være sygeplejersker eller læger – forhold uden for undersøgelsen, ligesom patienter og patientrettigheder etc. er uden for undersøgelsen.

I udbudsmaterialet er det alene ambulancedriften og befordringen i den liggende sygetransport, der er i udbud. Dermed er det ikke AMK-vagtcentralerne, Akut-helikoptere eller akutlægebiler. Ej heller den del af den akutte indsats, der foregår på hospitalernes akutafdelinger.

Derfor afgrænses det empiriske kildegrundlag til eksisterende rapporter og undersøgelser samt følgende fem grupper: De beslutningsansvarlige (regionsrådsmedlemmer), de administrative ansvarlige repræsenteret ved de præhospitale direktører, de private leverandører (Falck og PreMed), de fagligt ansvarlige og medarbejderne i ambulancer og ST-biler.

Rapporten er blevet til i perioden fra 1. februar 2021 til 31. juli 2021.

Metode og Datagrundlag

I undersøgelsen anvendes flere forskellige videns- og datakilder og metoder til at indsamle og analysere den indsamlede viden. Udgangspunktet er en undersøgende journalistisk metode, hvor designet tilpasses efter de spørgsmål, der søges svar på. Den metodiske grundantagelse er, at to af hinanden uafhængige kilder skal verificere en oplysning for at gøre oplysningen til brugbar viden i analysearbejdet. Dermed kan baggrundsinterviews og baggrundssamtaler generere brugbar viden i undersøgelsen i det omfang, der verificeres påstande og oplysninger. Derudover er følgende metoder anvendt:

Desk research (Skriftlige kilder)

Er gennemført med udgangspunkt i tilgængelige undersøgelser, rapporter, evalueringer, udbudsmateriale og bøger, som beskriver eller undersøger de præhospitale udbud. Suppleret med viden fra de præhospitale virksomheders hjemmesider og nyhedsbreve, hvor den præhospitale indsats er beskrevet. Desuden selve udbudsmaterialet fra de fem regioner. En samlet oversigt kan ses i kildelisten.

Noterne fungerer udelukkende som kildehenvisninger. Som læser behøver man derfor kun at slå op i noterne, hvis man vil tjekke, hvorfra den konkrete oplysning eller tekstbid stammer fra.

Mundtlige kilder

Desk researchen er suppleret med en række interviews, gruppeinterviews og baggrundsinterviews med relevante kilder:

- 12 regionsrådsmedlemmer, herunder to Regionsrådsformænd.
- 5 præhospitale direktører – en fra hver region

- Repræsentanter fra de private leverandører, Falck og PreMed.
- Tillidsrepræsentanter fra både 3F og FOA
- Arbejdsmiljørepræsentanter fra flere regioner både inden for ambulancedriften og ST-kørsel
- Fagligt aktive fra forbundene 3F og FOA.

Dertil forskere på universiteter og eksperter i udbud fra både 3F, Dansk Erhverv, Danske Regioner samt to referencegrupper under RUS for henholdsvis Ambulance og Den liggende sygetransport. En samlet oversigt over de mundtlige kilder kan ses i kildelisten. Endvidere deltagelse i tre informationsmøder, som blev gennemført online af regionerne for at informere redderne om udviklingen i forhold til de aktuelle udbud.

Som en del af undersøgelsen gennemførte RUS to gruppeinterviews med tre reddere – to ambulance- og en ST-redder i hver gruppe. Derudover er der gennemført en række supplerende interviews og baggrundssamtaler med reddere fra både den liggende sygetransport og fra ambulancedriften. Formålet er at få identificeret og beskrevet, hvad udbud konkret gør ved redderne for på den måde at argumentere for, at regionerne fremover følger lovgivning og bekendtgørelser, der er sat i verden for at sikre en ordentlig overgang i forbindelse med udbud af offentlige opgaver.

Dagbøger fra den liggende sygetransport

Referencegruppen for Den liggende sygetransport har desuden udarbejdet dagbøger over deres arbejdsdag. Dagbøgerne blev udarbejdet i anonymiseret form, så alle GD-PR-regler er overholdt. Herefter er de tværlæst, og der er destilleret seks dages dag-

bogsfortegnelser, som i samarbejde med referencegruppen er vurderet til at være repræsentativ for en ST-redders arbejdsdag. Formålet med dagbøgerne er at opnå en dybere indsigt i den liggende sygetransport, og hvilke opgaver ST-medarbejderne løser i løbet af en arbejdsdag.

Metode for udvikling af analysespørgsmål

Med udgangspunkt i de fem indledende spørgsmål blev to af RUS' referencegrupper inddraget i arbejdet med at udvikle undersøgelsen. Referencegrupperne er en gruppe fagligt aktive fra specifikke jobfunktioner, som i sekretariatets daglige arbejde sikrer, at der er en direkte forbindelse til redderne. Redderne er i denne forbindelse en samlende betegnelse, der dækker over ambulancemedarbejdere, ST-folk, chauffører i den siddende sygetransport, brand- og redningsmandskab. Relevant for denne undersøgelse var det at inddrage Referencegruppen for ambulance og Referencegruppen for liggende sygetransport, også kaldet ST. Det er disse to medarbejdergrupper/medlemsgrupper i det præhospitale område, der primært er påvirket af den aktuelle udbudsrunde. Dermed blev analysespørgsmålene udviklet på baggrund af referencegruppernes undren i forhold til processerne omkring de præhospitale udbud.

Igennem referencegruppen for ambulancedrift og referencegruppen for liggende sygetransport er en række for forståelser af det præhospitale område og udviklingen relateret til udbudsrunder identificeret. Identifikationen er foregået igennem gruppesamtaler med referencegrupperne, suppleret med individuelle samtaler med nogle af referencegruppernes medlemmer, suppleret med input fra de fagligt ansvarlige i både Transportgruppen og i de 3F afdelinger, der arbejder med de præhospitale udbud samt i FOA's system, hvor for forståelserne bekræftes. På den baggrund er de identificerede

forforståelser et ret præcist udtryk for, hvilke emner der fylder i det daglige hos redderne. Efterfølgende er forforståelserne blevet bearbejdet til operationaliserbare analyse-spørgsmål, der er anvendt i udarbejdelse af de forskellige interviewguides. I bilag 1 findes forforståelser og analysespørgsmål, som har dannet grundlag for de semistruktureret interviewguides, der er anvendt ved både baggrundsinterviews, individuelle interviews og gruppeinterviews.

Som et metodisk greb indtages fem aktørers respektive positioner for at forstå problemstillingen og det felt, som præhospitale udbud udspænder sig inden for.



Præhospitale udbud i et historisk rids

Efter regionernes overtagelse af det præhospitale område fra de nedlagte amter i 2007, blev det besluttet, at ambulancedriften skulle i udbud. Falck havde haft aftaler med de nedlagte amter, men var dog ikke alene om ambulancedriften i Danmark. Reelt sad Falck på lige knap 80% af ambulancedriften⁴.

Beslutningen om, at ambulancedriften skulle i udbud, tages på baggrund af en EU-dom. Det er Konkurrencestyrelsen, der er myndighed på området. Rigsrevisionen kommer med flere anbefalinger til, hvordan man kan øge konkurrencen på ambulancemarkedet.⁵

Et af formålene er at skabe konkurrence på driften af ambulancerne for at sikre en bedre pris i forhold til kvaliteten. Kvalitet og pris hænger sammen, men Falck har opnået en monopollig-nende dominans på markedet.

De nyetablerede regioner havde tilsyneladende brug for en stejl læringskurve i de første udbudsrunder. Her forklarer Benny Jørgensen nogle af udfordringerne: *“Problemet er jo bare - præcis lige som i Region Sjælland: Når et udbud er gennemført og Samaritten har vundet, på de objektive evalueringskriterier, som værende billigst og har en kvalitet, som ligger inden for det normalbillede, som man ser, så skal de tildeles kontrakten. Uanset om man tror på det eller ej. Og det var det, der skete bl.a. i Region Sjælland. Og politikerne her blev revset for, at de overhovedet kunne tage så drastisk en beslutning. De havde ikke andre valg. Det er den udbudslovgivning, der ligger. Så kan man sige, så skulle man have sorteret dem fra under prækvalifikationen. Men det er altså svært at pille nogen fra under prækvalifikationen, hvis de opfylder prækvalifikationskravene. Samaritten vandt jo områder i hele Danmark. Der var der små hundrede millioner forskel i deres og Falcks pris. Og hvis vi skal lukke den en gang for alle, så har vi hentet de 100 millioner kroner i besparelser på Falck kontrakten.”*

I Region Syddanmark vinder BIOS udbuddet i anden udbudsrunde. Forløbet er katastrofalt og i bakspejlet er det tydeligt, at der bliver begået fejl, mange fejl i processen. Det ender med, at regionen hjemtager driften. Dermed begynder en ny bølge, hvor det i øjeblikket er tendensen at hjemtage så meget som muligt. Samtidig skifter man model, så akutområdet i dag er drevet efter en beredskabsmodel modsat tidligere, hvor det var en responstidsmodel. De to modeller giver betydelige forskelle i den måde det daglige arbejde skal tilrettelægges på. I responstidsmodellen skulle den private operatør levere en akut indsats inden for nogle konkrete tidsintervaller. Hvor mange beredskaber var op til operatøren, bare der altid kom en ambulance inden for den fastsatte tidsgrænse. Med overgangen til beredskabsmodellen bliver det lettere for mindre operatører at byde ind på ambulancedriften, fordi denne model fordrer et konkret antal beredskaber, der til enhver tid skal stå klar til udrykning. Dermed bliver operatørens rolle at levere beredskaber, ikke at opfylde et tidskrav.

Forskellen for de to modeller har vist sig at have stor betydning for arbejdets tilrettelæggelse. Fagligt er ambulancedriften organiseret, så der er aftaler mellem medarbejdere og deres arbejdsgiver, som er operatøren. Men det er kunden, altså regionen, der bestemmer over disponeringen af arbejdet.

4 Bilde 2003.

5 Rigsrevisionen 2014.



De præhospitale udbud

Det præhospitale område i Danmark er opdelt i fem regioner med delegeret ansvar, hvilket betyder, at den lægeansvarlige i hver region har uddelegeret en begrænset del af det lægelige ansvar til ambulancefolkene. Derfor er der forskel på, hvad en ambulancebehandler eller paramediciner må, alt efter hvilken region der køres i.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er: *“Den præhospitale indsats er den samlede regionale varetægelse af transport og behandling af akut syge eller tilskadekomne frem til overlevering til sygehus, eller behandling der varetages og afsluttes på stedet. Regionerne kan supplere den præhospitale indsats med ordninger bestående af frivillige borgere, der kan disponeres til for eksempel hjertestop uden for hospital, hvor også udbredelsen af hjertestartere har været af stor betydning.*

Ambulancer bemandet med ambulancebehandlere er den grundlæggende præhospitale ressource, der kan disponeres til opgaver visiteret af AMK-vagtcentralen. Derudover benytter regionerne ambulancer bemandet med ambulancebehandlere med særlige kompetencer (paramedicinere), akutlægebiler, akutbiler og akutlægehelikoptere i den præhospitale indsats.”⁶

I denne undersøgelse er de præhospitale udbud en betegnelse for ambulancedriften og den liggende sygetransport, der begge trans-

porterer patienter og akutte tilskadekomne til, fra og imellem hospitalerne i Danmark. Det er en opgave, som regionerne skal sørge for bliver løst sammen med driften af hospitalsvæsenet. Opgaven omfattede tidligere også AMK-vagtcentralerne, lægebiler og lægehelikoptere. AMK står Akut Medicinsk Koordinering, og vagtcentralen håndterer 1-1-2 opkald vedrørende alvorlig sygdom, tilskadekomst eller fødsel, samt andre former for ikke-akutte liggende patienttransporter. Der er en AMK-vagtcentral i hver region, og forud for eller i forbindelse med denne udbudsrunde, er de alle hjemtaget til regionerne.

Det er, som ovenover beskrevet, et krav, at regionerne konkurrenceudsætter de præhospitale opgaver, hvilket betyder, at opgaven skal sendes i udbud. Regionerne kan vælge at hjemtage opgaven, hvis de vurderer, at opgaven kan løses bedre i regionsregi. I den forbindelse betyder bedre, at man kan opnå den samme kvalitet til en konkurrencedygtig pris. Reglerne for, hvordan et udbud skal foregå, er defineret af EU's udbudsdirektiver, som er implementeret i Udbudsloven i Danmark⁷.

De fem regioner overtog ansvaret for det præhospitale område fra de daværende amter i 2007. Da amterne havde ansvaret, blev opgaven i overvejende grad løst af Falck i det meste af landet. Både Rigsrevisionen⁸ og Konkurrencestyrelsen⁹ krævede, at man fra regionernes side forsøgte at bryde den

6 Sundhedsstyrelsen 2020, side 66.

7 <https://udbudsportalen.dk/udbudsguiden/ret-regler/udbudsregler/>

8 Rigsrevisionen 2013.

9 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2019.

monopol lignende tilstand, som Falck havde opnået. Med kun én leverandør var der risiko for, at samfundet betalte for meget for at få løst opgaven. I den første udbudsrunde vandt Falck alligevel det meste af ambulancedriften i Danmark. I anden udbudsrunde kom flere udenlandske leverandører på banen. Det hollandske BIOS vandt det meste af driften i Region Syddanmark, men gik konkurs året efter. Det fik Region Syddanmark til at hjemtage det meste af ambulancedriften i regionen. Med konkursen begyndte en ny tendens, som er den dominerende i øjeblikket, nemlig hjemtagelse af de præhospitale opgaver.

I 2020/21 er den tredje udbudsrunde for de præhospitale opgaver i gang. Fire af de fem regioner har sendt ambulancedriften i udbud. For tre af regionerne – Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland er den liggende sygetransport, der i daglig tale kaldes ST, udbudt sammen med ambulancedriften. I Region Hovedstaden er det kun ambulancedriften, der er i udbud, mens den liggende sygetransport vil blive udbudt senere. Og i Region Syddanmark har man valgt at forlænge den eksisterende aftale til og med 2025. Aftalen er med den Falck-ejede leverandør Responce, som driver ambulancer og ST i Trekantområdet, mens regionen igen selskabet Ambulance Syd, driver ambulance og ST i resten af Region Syddanmark.

Denne undersøgelse af tendenserne i de præhospitale udbud gennemføres med udgangspunkt i Reddernes Udviklingssekretariat. Sekretariatets overordnede formål er at sikre redderne en stemme på den politiske scene og et sted, hvor redderne kan være med til at udvikle nye løsninger i det præhospitale beredskab, inden for brand- og redning og på assistanceområdet.

For at være bedre klædt på til denne opgave undersøges tendenserne med udgangspunkt i fem positioner, som hver især har indflydelse eller betydning i udbudsprocesserne for det præhospitale område. De fem positioner er:

1. Medarbejderne i ambulancerne og ST-bilerne, det er deres job, som er i udbud. Medarbejderne er organiseret i enten 3F eller i FOA. Det er dem, der løser den konkrete opgave, som er i udbud. De kører ambulancen eller den liggende sygetransport, de hjælper patienterne, og er reelt den eneste aktør i denne undersøgelse, som har direkte berøring med patienterne. De er driften. 70 – 80% af udgifterne til ambulancedrift og ST-kørsel, er lønninger.
2. De folkevalgte i regionsrådene har det formelle ansvar og beslutningskompetence. Alle beslutninger i den præhospitale sektor tages af regionerne. De skal følge lovfæstede retningslinjer og bekendtgørelser fra sundhedsmyndighederne, men derudover kan regionerne tilrettelægge den præhospitale indsats selvstændigt.
3. Embedsmændene, som i denne undersøgelse er repræsenteret ved de præhospitale direktører i de fem regioner. Embedsmændene har flere funktioner: De administrerer indsatsen regionalt, de har ansvaret for, at der udarbejdes udbudsmateriale, og de står for at rådgive regionrådsmedlemmerne i forbindelse med de politiske beslutninger. Endelig producerer de indstillingerne, herunder afgørelse af de konkrete udbud, til regionsrådene.
4. De fagligt aktive i forbund og afdelinger, som varetager medlemmernes interesser i forhold til løn – og arbejdsforhold. Et væsentligt element i det præhospitale felt er overenskomsterne som – jævnfør den danske model – definerer de arbejdsmiljøelementer, som ikke er fastsat ved lov. Det gælder arbejdstid, pauser, opgaver der må løses og så videre. Igennem tillidsrepræsentantssystemet varetager det faglige system ambulancefolkene og ST-reddernes interesser.

“Det, der har givet vand på hjemtagelsesmøllen, det er hele BIOS, altså hele Region Syddanmark sagen, og Falcks ageren i den. En ting er BIOS, en anden ting er Falcks ageren. De to ting tilsammen, har gjort det fuldstændig synligt for politikerne, at man vil have sikkerhed i leverancen. Og ikke kun have en leverandør.”

● Benny Jørgensen, præhospital direktør i Region Sjælland

5. De private leverandører, som leverer de præhospitale ydelser, som leverer den præhospitale ydelse. Det drejer sig primært om Falck Danmark A/S og PreMed A/S. Dertil kommer en række offentlige selskaber, eksempelvis Hovedstadens Beredskab I/S, som er ejet af otte kommuner i Region Hovedstaden og Ambulance Syd, som er ejet af Region Syddanmark.

Brugerne, det vil sige patienterne, er i denne undersøgelse ikke relevante, idet denne undersøgelses formål er at beskrive tendenserne i selve de præhospitale udbud, hvilket er et forretningsområde defineret af de ovenover beskrevne parter. Patienterne er i øvrigt heller ikke nævnt i udbudsmaterialet for det præhospitale område.

Især set fra reddernes perspektiv kommer rapporten alligevel i berøring med patienterne. Af de fem mulige positioner, er reddernes position den eneste, der har direkte berøring med patienterne. Andre faggrupper er også udeladt. Der er løbende forslag om, at eksempelvis sygeplejersker skal kunne indgå i bemanningen af ambulancerne, det samme gælder for læger. Der har forsøgsvis været projekter, som inddrog eksempelvis sygeplejersker i ambulancebemandingen, men der er angiveligt endnu ikke fundet en brugbar model. Dette kan hænge sammen med, at redderne har flere opgaver end de sundhedsfaglige, som præhospitale direktør og selv tidligere redder, Benny Jørgensen fra Region Sjælland, her forklarer:

“Redderfaget er andet end at møde patienter. Du skal også kunne køre bil. Du skal også kunne begå dig i samfærdsel. Altså i landbrugsmaskiner, på fabrikker, i et miljø, som hvis man kun har siddet på en skole, kan have svært ved at navigere i. Hændelserne sker jo et sted, hvor det er pissefarligt at være, mange gange. Der skal man have en grundlæggende tilgang til det også. Det er ikke bare at køre ambulancen og behandle patienterne. Der er meget an-

det i en ambulancetransport. Gylletanke og lignende steder skal man kunne arbejde, det hører også med til faget at få patienten klargjort til transport.”

Undersøgelsen koncentrerer sig alene om den/de faggrupper, der p.t. bemander ambulancer og ST-biler, og dermed er i udbud.

Tidsperspektivet

Når vi taler om udbud, så er det vigtigt at holde sig for øje, den frekvens præhospitale udbud optræder med. Der er typisk fem til seks år imellem hver udbudsrunde, hvilket giver en anden tidsfornemmelse end vi kender fra hverdagen. Det, der skete sidste gang, skete for omkring seks år siden. Dermed kan man som læser opleve, at eksempelvis BLOS-sagen jo er længe siden i menneske-år, men i en udbudskontekst skete det i går.

Geo- og demografiske forskelle på de fem regioner

Et andet og afgørende parameter er de geografiske og demografiske forskelle på regionerne. Befolkningstæthed og geografiske afstande har afgørende betydning for, hvordan den præhospitale indsats kan tilrettelægges og gennemføres. I hovedstadsområdet bor folk tæt, og der er relativt korte afstande mellem hospitalerne og patienterne. Til gengæld er der flere daglige akutte udrykninger og flere transporter mellem behandlingsenheder. I naboregionen er der store afstande fra befolkningstynede områder til hospitalerne. Det samme gør sig gældende for de tre regioner, der omfatter blandt andet Jylland og Fyn. Forskellen bliver tydelig, når ST-reddernes arbejdsdag undersøges. I forbindelse med denne rapport har en række ST-reddere udarbejdet dagbogsnotater over deres konkrete opgaver, i anonymiseret form, så alle GDPR-regler er overholdt. Opgørelsen viser tydeligt og

ikke overraskende, at man i de tyndtbefolkede områder kører færre, men væsentligt længere ture på en enkelt arbejdsdag¹⁰.

For ambulancebemandingen betyder de demografiske forskelle, at der i de tæt befolkede områder ikke er mulighed for døgnvagter. Der er simpelthen for mange ture at køre, til at man kan holde til en døgnvagt. 2021 har foreløbig været præget af historier i dagspressen om, at redderne i hovedstadsområdet er meget presset.

Den overordnede udvikling

Den generelle tendens er, at der kommer flere akutte indlæggelser på hospitalerne, og der bliver flere sygetransporter som følge af et støt stigende antal patientkontakter. *“Hospitalerne og akutmodtagelserne sander til, hvis vi ikke gør noget,”* som Peter Larsen, der er direktør for Den Præhospitale Virksomhed i Region Nordjylland, udtrykker det.

Det stiller nye krav til akutområdet. Da regionerne overtager det præhospitale område fra amterne i 2007, er ambulancedriften primært en transportopgave. Det handler populært sagt om at få den tilskadekomne hurtigst muligt frem til en skadestue. Denne opgave er sammenlignelig med andre konkrete opgaver, eksempelvis rengøring eller vedligeholdelse af bygninger og udendørsarealer. Derfor er opgaven også velegnet til at blive varetaget af private leverandører. Men i takt med, at en tidlig indsats får større betydning for den akutte tilskadekomne, er der langsomt kommet flere opgaver, som ambulancens bemanding skal kunne varetage. Det afspejler sig både i de stigende uddannelseskrav, som ambulancepersonalet skal opfylde samt i den mængde udstyr en ambulance skal indeholde. Denne udvikling beskrives og analyseres længere omme i denne rapport.

En væsentlig del af ambulancedriften i Danmark bliver brugt på ikke-akutte funktioner. Ambulancerne har til opgave at transportere patienter rundt efter behov. Dette behov har i en årrække været stigende, og fremskrivninger viser en fortsat stigning.

Derfor supplerer man ambulancedriften med den liggende sygetransport (ST) i 2009. Den liggende sygetransport er befordring af patienter mellem hjem og behandlingssted eller mellem forskellige behandlingssteder. ST må udelukkende køre med ikke-behandlingskrævende patienter, som stadig er i en tilstand, hvor de har behov for at ligge ned under transporten. Dette kan for eksempel være på grund af et brækket ben eller hofte, men kan også være terminale patienter, der har brev med om at de ikke skal genoplives, hvis de afgår ved døden under transporten. En ST-biler har et meget begrænset udstyr.

Opgaven som medarbejder i ambulancen

Ambulancepersonalet skal være i stand til at iværksætte behandling med ambulancens udstyr. Desuden skal ambulancefolkene kunne håndtere skadestedet, herunder udføre basalt redningsarbejde ved ulykke samt have kendskab til frigørelsesmetoder, beherske køreteknik, herunder udrykning og skånsom transport af akut tilskadekomne, syge og fødende, vurdere forskellige ulykkestyper og sygdomstilfælde for at kunne give korrekte tilbagemeldinger, der sikrer en rigtig og tilstrækkelig assistance, beherske forflytningsteknik, og indgå i et korrekt samarbejde med øvrige deltagere i det præhospitale beredskab, sygehusvæsen, politi samt redningsberedskab.

Sagt med en redders ord, så *“Vi skal bl.a. kunne bevare roen og overblikket, og igen-*

10 Bilde 2003.

nem vores erfaring ved hjælp af mønstergenkendelse, hurtigt kunne vurdere, hvad der er behov for i den konkrete, akutte situation,” forklarer Bo Hansen, der er medlem af referencegruppen for ambulance og til daglig arbejder som paramediciner på Bornholm.

I den liggende sygetransport har opgaven mere karakter af en transportopgave med ikke-behandlingskrævende patienter. Dog med den tilføjelse, at man i nogle regioner kan give ilt under transporten, men ellers må patienten ikke være behandlingskrævende, det vil sige heller ikke have smerter, som kræver smertedækning under transporten. Patienter i den liggende sygetransport kan være i et behandlingsforløb, på vej til et behandlingsforløb eller netop have afsluttet et behandlingsforløb. Fællestrækket er, at den enkelte patient ikke er i stand til at sidde oprejst under transporten. Nogle gange, kan det være terminale patienter, som ikke skal forsøges genoplives, hvis de afgår ved døden under transporten. Liggende sygetransport kaldes D-kørsel i ambulance-regi. Der findes fire kategorier af kørsler: A-, B-, C- og D-kørsler.

Kørsel A: Udrykningskørsel) til akutte livstruende tilfælde.

Kørsel B: (Overvejende ikke udrykningskørsel) til akutte, men ikke direkte livstruende tilfælde.

Kørsel C: (Ikke udrykningskørsel) til ikke-akutte patienter, som kræver observation eller behandling under transport.

Kørsel D: Ikke behandlingskrævende kørsler, hvor patienten skal ligge ned, men ikke har brug for behandling eller observation.

Kørselskategori A-C hører under ambulanceberedskabet, mens kørsel D er liggende sygetransport.¹¹

¹¹ Akutudvalget 2012.

Ambulancepersonalet skal kunne løse følgende opgaver¹²:

Ambulancepersonale, der har modtaget uddannelse til ambulancebehandler, skal kunne foretage:

1. Basal bedømmelse af patientens tilstand.
2. Skånsom optagning af tilskadekomne med særligt udstyr.
3. Etablering og opretholdelse af frie luftveje f.eks. ved brug af tungeholder eller nasal airway.
4. Genoplivning ved kunstig opretholdelse af vejtrækning med tilskud af ilt samt udvendig hjertemassage.
5. EKG-overvågning og genoplivning ved brug af defibrillator.
6. Blødningsstandsning og antichockbehandling.
7. Brudbehandling således at hele kroppen eller dele af kroppen, herunder halshvirvelsøjlen, kan understøttes.
8. Akut behandling ved afrevne legemsdele.
9. Akut behandling af brandsårsskader, ætsningsskader, kuldeskader mv.
10. Fødselshjælp og pleje af nyfødte.
11. Medicinsk smertelindring, f.eks. ved inhalation af ilt og lattergas.
12. Lindring af hjertekrampesmerter, f.eks. med nitroglycerin administreret i mundhulen.
13. Afbødning af astmaanfald ved inhalation af bronchieudvidende stoffer.
14. Afbødning af kramper ved administration af krampestillende medicin (benzodiazepin) i endetarmen eller gennem mundhulen.
15. Indledende behandling ved tegn på blodprop i hjertet med acetylsalicylsyre eller andre blodpladehæmmende midler.
16. Afbødning af tilstande med lavt blodsukker ved infusion af glukose eller med glukagon som intramuskulær injektion.
17. Afbødning af allergiske reaktioner med adrenalin som intramuskulær injektion.
18. Afbødning af følger efter indtagelse af overdosis af morfinlignende stoffer med naloxon som intramuskulær injektion.
19. Anlæggelse og gennemskylning af intravenøs adgang.
20. Opstart af intravenøs væskebehandling af svært tilskadekomne samt patienter med alvorlig kredsløbssvigt som følge af hypovolæmi.

12 BEK nr. 1264 af 09/11/2018, bilag 1

Behandlingsopgaver efter punkt A, nummer 11 - 20 kan kun ske efter lægelig delegation.

Ambulancepersonale, der har modtaget uddannelse til ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner), skal kunne foretage:

1. Den i pkt. A nævnte ambulancehjælp.
2. Intravenøs indgivelse af smertestillende medicin (morfinlignende stoffer) ved smerter.
3. Afbødning af følger efter indtagelse af overdosis af morfinlignende stoffer, benzodiazepin eller lignende stoffer ved intravenøs indgivelse af medicin som modgift.
4. Afbødning af ophobning af væske i lungerne ved intravenøs indgivelse af vanddrivende medicin.
5. Afbødning af kvalme ved intravenøs indgivelse af kvalmestillende medicin.
6. Intravenøs indgivelse af medicin i forbindelse med hjertestopbehandling, jf. guidelines fra Dansk Råd for Genoplivning.
7. Intravenøs indgivelse af anden medicin.
8. Afslutning af visse behandlinger på stedet, eksempelvis til diabetespatienter med for lavt blodsukker efter at tilstanden er behandlet.
9. Etablering og opretholdelse af frie luftvej med larynx device.

Behandlingsopgaver efter punkt B, nummer 2-6 kan kun ske efter lægelig delegation, behandling efter nummer 7 og 9 kan ske efter lægelig delegation under forudsætning af, at det sker i henhold til konkrete behandlingsprotokoller, behandling efter nummer 8 kan ske ved lægelig delegation under forudsætning af, at dette sker i henhold til konkrete behandlingsprotokoller eller efter lægelig ordination.

Leverandører på delaftaler i hver region 2014/16 kontra 2020/21:

Region	Delaftaler 2014/16	Leverandør 2014/16	Delaftaler 2020/21	Leverandør 2020/21
Region Hovedstaden	6 delområder	Falck: 4 delområder _____ HB I/S: 2 delområder	4 delaftaler plus særlig delaftale for Bornholm	Ikke afgjort i skrivende stund
Region Sjælland	3 delområder	Falck: 3 delområder	4 delområder	Ikke afgjort i skrivende stund
Region Midtjylland	6 delområder	Falck: 4 delområder Response: 1 delområde _____ Samsø Redningsk. 1 delområde	4 delområder plus 1 særligt for denne liggende sygetransport i øst	2 delområder plus delområdet for liggende sygetransport til Falck _____ 2 delområder hjemtaget
Region Nordjylland	1 delområde	Falck: 1 delområde	4 delområder	2 delområder hjemtaget _____ 2 delområder til PreMed
Region Syddanmark	4 delområder	Response: 1 delområde _____ Ambulance Syd: 3 delområder	Ikke i udbud	Ikke i udbud

Udover de 20 delaftaler på ambulancekørsel i 2014/16 er der yderligere 9 delaftaler specifikt for liggende sygetransport og en aftale for akutbilsørsel. Falck Danmark A/S er eneste leverandør på disse aftaler i 2014/16.¹³

Derudover har alle regioner hjemtaget AMK-vagtcentralerne og specialområder, som lægebil etc.

¹³ Danske Regioner 2018, side 7.

Status på præhospitale udbud juli 2021

Region Hovedstaden

- 6-årige aftaler med mulighed for forlængelse i 2x12 måneder
- 5 delaftaler, i alt 65 beredskaber
- Hjemtager kun, hvis eget bud er bedst og billigst, beslutning tages efter denne rapports deadline
- Siddende og liggende sygetransport er skilt ud for sig selv

Region Sjælland

- Har besluttet på forhånd at hjemtage minimum to delaftaler.
- 6-årige aftaler, der skal opsiges med tre års varsel hvert sjette år
- 4 delaftaler, i alt 65 beredskaber
- Liggende sygetransport er udbudt sammen med ambulancedrift i hvert delområde

Region Midtjylland

- 5-årige aftaler, der kan opsiges med to års varsel hvert femte år
- 5 delaftaler, i alt 47 beredskaber
- Liggende sygetransport er en del af udbuddet sammen med ambulancedriften
- Hjemtog to delaftaler. De øvrige to gik til Falck Danmark A/S

Region Nordjylland

- 5-årige aftaler, der kan opsiges med to års varsel hvert femte år.
- 4 delaftaler, 42 ambulanceberedskaber + 15 ST-biler
- Liggende sygetransport er udbudt sammen med ambulancedriften
- Hjemtog to delaftaler. PreMed A/S vandt de to øvrige delaftaler.

Region Syddanmark

Region Syddanmark har endnu ikke besluttet, hvordan og hvornår næste udbud skal foregå. Man vil ifølge Regionrådsformand Stephanie Lose, inddrage erfaringerne fra de fire regioner, der gennemgår en udbudsrunde i 2021. Det bliver det nyvalgte regionsråd, der tiltræder i januar 2022, som kommer til at beslutte, hvad der skal ske i Region Syddanmark med hensyn til ambulancedriften.

■ Analyse

I det følgende analyseres ti problemstillinger, som denne undersøgelse har identificeret i forbindelse med de præhospitale udbud i 2021. En del af de undersøgte problemstillinger er fundet igennem de tidligere beskrevne forforståelser, en del ud fra den indledende desk research, herunder gennemgang af udbudsmaterialet. For at sætte analysen ind i en relevant kontekst, indledes med en gennemgang af udbudsprocessen, herunder afklaring af konkrete forhold i udbudsmaterialet, som har betydning for den samlede analyse. De ti problemstillinger er:

1. Massiv hjemtagelse af det præhospitale område
2. Regional masterplan for den præhospitale udvikling
3. Beredskabsmodellen afløser responstidsmodellen
4. Udbud bliver en sjældenhed
5. Mere detaljeret og mindre fleksibelt for både leverandører og medarbejdere
6. Kontrolbud vs. kontrolberegning
7. Tvivl om Lov om virksomhedsoverdragelse er gældende for de præhospitale udbud
8. Arbejdsmiljøet har større betydning
9. Uddannelse, efteruddannelse og oplæring
10. Sådan tror vi, at det vil gå
11. Vi begynder med en deskriptiv gennemgang af udbudsprocessen:

Udbudsprocessen – skridt for skridt

Når regionsrådet har besluttet at sende ambulancedriften og ST-kørslen i udbud, udarbejder den præhospitale virksomhed et udbudsmateriale. Politisk beslutter man i regionsrådet nogle retningslinjer, der definerer, hvordan udbudsmaterialet konkret kommer til at se ud. Det er en proces, hvor embedsværket vejleder regionsrådet, svarer på konkrete spørgsmål, udarbejder notater til brug i beslutningsprocessen og kommer med indstillinger på baggrund af forespørgsler. Det munder ud i, at regionsrådet beslutter nogle principper og retningslinjer for det videre arbejde.

Herefter udarbejder embedsværket, med konsulentbistand udefra, når det er nødvendigt, udbudsmaterialet.

Udbudsmaterialet offentliggøres, og det er muligt at søge om at blive prækvalificeret til at byde på opgaverne. Dermed sikrer man sig som udbyder, at de bud, der måtte komme, er relevante, og at man som byder er kvalificeret til at løse opgaven.

Denne udbudsrunde foregår efter en mere dialogbaseret udbudsform end tidligere i alle fire regioner. Det hedder udbud med forhandling og er bl.a. beskrevet i rapporten *“Udbud af den præhospitale indsats – hvordan sikres kvalitetsudvikling og innovation”*:

“Udbud med forhandling er en fleksibel udbudsform, der indebærer, at en ordregiver på baggrund af et indledende tilbud kan gennemføre forhandlinger eller drøftelser med tilbudsgiverne med henblik på at forbedre tilbuddets indhold, så det tilpasses ordregiverens behov. (...) Udbudsformerne åbner dermed mulighed for, at der i samarbejde mellem regioner og leverandører kan

“Arbejdet er jo det samme. Kører du en ambulance ud til et færdselsuheld, så er det lige meget hvad der står på ryggen af dig. Du skal løse den samme opgave. Men alt det uden om. Det er dine vilkår i forhold til pauser, i forhold til at holde fri, i forhold til vagtbytte, i forhold til turnus, uniformering og alt det her, som kan ændre sig.”

● Thomas Brücker, Sektornæstformand i FOA.

udvikles løsninger, som sikrer høj kvalitet og udvikling på det præhospitale område.”¹⁴

Efter prækvalifikationen har de prækvalificerede en tidsfrist til at svare på udbudsmaterialet. Der er eksempelvis 35 konkurrencekrav i det aktuelle udbudsmateriale fra Region Sjælland, som kræver en beskrivelse. Nogle af kravene skal beskrives for både ambulance og den liggende sygetransport, så der skal sammenlagt leveres 46 beskrivelser. Derudover er der 159 andre krav, som leverandøren skal leve op til. Her er opgaven er at prisfastsætte, hvad disse krav koster at realisere.¹⁵

Der er en mindre forskel i antallet af krav fra region til region. Region Sjælland har sammenlagt 194 krav, i Region Midtjyllands udbudsmateriale er der 213 krav og i Region Nordjylland er der 191 krav i udbudsmaterialet. Region Hovedstaden har kun 135 kravspecifikationer, men her er den liggende sygetransport ikke med i udbuddet.

Et eksempel på et konkurrencekrav, der kræver en løsningsbeskrivelse, er fra udbudsmaterialet i Region Sjælland, krav nr. 160, der i den samlede vurdering vægter med 2% af de 40% som udgør kvalitetsvurderingen:

“Af hensyn til akkumulering af erfaring lægger Ordregiver vægt på, at personalet fastholdes på ambulanceområdet i Region Sjælland. Tilbudsgiver bedes redegøre for sin plan/tiltag for fastholdelse af personalet.”¹⁶

Dette krav findes også i udbudsmaterialet fra Region Midtjylland, som krav nr. 179, og tæller med en vægtning på 1,3%

“Af hensyn til akkumulering af erfaring lægger ordregiver vægt på, at personalet fastholdes på ambulanceområdet i Region Midtjylland. Tilbudsgiver bedes redegøre for sin plan/tiltag for fastholdelse af personalet.”¹⁷

Ovenstående kræver en løsningsbeskrivelse, hvor den bydende leverandør beskriver, hvordan konkurrencekravet indfris. Den anden type krav kaldes blot krav eller mindstekrav. Det er eksempelvis her krav nr. 7 fra Region Nordjylland:

Krav nr.: 7. Type: K

“Ambulancen skal udstyres med hjælpemidler, så personalet som minimum kan håndtere patienter på 160 kilo, dvs. herunder forestå flytning af patient fra seng til bære og flytning af en patient op eller ned ad en trappe.”¹⁸

Dette krav skal opfyldes og kræver ikke en uddybende beskrivelse udover specifikation af modelvalg etc. Der har været et samarbejde imellem regionerne om udbudsmaterialet. Derfor er ordlyden ofte meget ens på tværs af regionernes udbudsmateriale. Som eksempel på dette ses herunder krav nr. 7 fra Region Sjælland:

Krav nr.: 7. Type: K

“Ambulancen skal udstyres med hjælpemidler, så personalet som minimum kan håndtere patienter på op til 160 kilo, dvs. herunder forestå forflytning af patient fra seng til bære og forflytning af en patient op eller ned ad en trappe.”¹⁹

Konkurrencekravene er ikke detaljeret, der er 46 konkurrencekrav i Region Sjællands

14 Christensen med flere 2018, side 32 og 33.

15 Kontraktbilag 2 i udbudsmaterialet fra Region Sjælland.

16 Kontraktbilag 12 Tilbudsgivers løsningsbeskrivelse, Region Sjælland.

17 Kontraktbilag 14 Tilbudsgivers løsningsbeskrivelse, Region Midtjylland.

18 Kontraktbilag 02 – kravspecifikation, side 11, Region Nordjylland.

19 Kontraktbilag 02 – Kravspecifikation, side 12, Region Sjælland.

materiale. De fylder 40% i vurderingen, mens prisen fylder 60%:

“Det er de 46 KK-krav, der er afgørende for, hvem der får opgaven. De øvrige krav, mindste kravene og kravene skal ikke beskrives. Men alle konkurrencekravene skal beskrives. Og den beskrivelse har vi også lavet i forbindelse med vores egen kontrolberegning,” forklarer Benny Jørgensen, præhospitals direktør i Region Sjælland.

Herefter kommer en eller flere forhandlingsrunder, inden den præhospitale virksomhed indstiller til regionsrådet, hvordan de endelige bud ser ud, inklusiv en vurdering af hvert bud i forhold til de opstillede kvalitetskrav. Der er et kompliceret pointgivningssystem, der skal sikre en så fair vurdering som muligt. Vurdering og pointgivningen er en subjektiv proces.

Hvis regionen har lavet en kontrolberegning, skal denne ikke vurderes. Har regionen derimod udarbejdet et kontrolbud, så skal dette vurderes på lige fod med de øvrige modtagne bud. Herefter er det regionsrådet, som beslutter, hvilket bud der skal vinde, eller om man hjemtager på baggrund af regionens egen beregning eller eventuelt eget kontrolbud. Der er forskel på, hvordan man udarbejder beregningen i hver region. Dog tilstræber alle tre regioner, der anvender beregning, at efterleve kontrolbudsbekendtgørelsen.

Angiveligt er der forskel på, hvor grundigt man beskriver de forskellige typer af krav i udbudsmaterialet i forbindelse med kontrolberegningerne. Det har ikke muligt at få indsigt i materialet, da udbudsprocessen er i gang, mens denne undersøgelse pågår. Forfatteren til denne rapport har dog haft mulighed for at bladre og læse i én regions beskrivelser af, hvordan regionen vil løse de ca. 48 konkurrencekrav ved en eventuel hjemtagelse.

Benytter man i regionen kontrolbud, så åbnes dette samtidig med de øvrige bud og vurderes efter de samme kriterier, som de øvrige bud. Hele processen er defineret af kontrolbudsbekendtgørelsen²⁰.

“Som politikere sætter vi rammerne og kriterierne. Embedsmændene udfører opgaven, fx evalueringen. Derefter beslutter vi på baggrund af embedsmændenes evaluering. Så embedsmændene har stor indflydelse, men dette er inden for de rammer vi som politikere sætter op. Og vi har brug for faglig rådgivning og for indstillinger fra kompetente embedsmænd. Som politikere kan vi ikke være nede i detaljen, det er embedsmændenes opgave,” forklarer Anders Kühnau, Regionsrådsformand i Region Midtjylland.

ST i udbuddene

I Region Nordjylland, Midtjylland og Sjælland sendes ambulancedrift og den liggende sygetransport i udbud sammen. Det betyder, at leverandøren skal aflevere et samlet bud på ambulance- og ST-kørslen. I region Hovedstaden har den liggende sygetransport været adskilt fra ambulancedriften siden 1. september 2009²¹.

Ved at fastholde, at ST og ambulancedrift udbydes sammen, så sikrer man dels en synergieffekt, dels at det er muligt at bruge ST som en retræte eller aflastning for ambulancemedarbejderne. Det giver desuden den sideeffekt, at ambulancemedarbejderne er på et uddannelsesmæssigt højt niveau sammenlignet med ST-uddannelseskravene.

20 BEK nr. 607 af 24/06/2008

21 <https://www.beredskabsinfo.dk/præhospital/historisk-omlaegning-af-det-præhospitale-beredskab-i-region-hovedstaden/>

Hvad betyder vægtning mellem pris og kvalitet?

En forskel i udbudsmaterialet regionerne imellem er vægtningen imellem pris og kvalitet. I 3F Den offentlige Gruppe har man stor erfaring med udbud.

“Vi ved erfaringsmæssigt, fra andre brancher, at når vægtningen hedder 50-50 imellem pris og kvalitet, så er vi på grænsen til, at prisen bliver afgørende. Bliver den mere skæv, for eksempel 40-60 eller 30 -70, så bliver prisen afgørende i valget,” forklarer Nina Vedel Møller, der er konsulent i 3F.

Udbud dyrt for regionerne trods samarbejde

Regioner har, som anbefalet i de 18 anbefalinger fra Danske Regioner, udarbejdet udbudsmaterialet sammen. Det har to formål, dels at spare ressourcer i udarbejdelsen, dels at ensarte materialet, så bydere på opgaven har lettere ved at genbruge dele af deres ansøgning.²²

På trods af samarbejdet er det stadig en bekostelig affære for den enkelte region at gennemføre udbudsprocessen:

“Jeg vil tro, at et udbud i Region Sjælland koster et sted imellem 4 og 6 millioner kroner at gennemføre. Det kunne godt være lavt sat. I hvert fald et sted imellem 4 og 6 millioner kroner. Men i og med, at kontrakterne nu – for alle regioner – er tidsubegrænsede, så kan man jo godt se ind i, at der kommer til at gå mange år, inden at nogle af ambulancekontrakterne kommer i udbud igen,” anslår Benny Jørgensen, præhospitals direktør i Region Sjælland.

Misforståelser om overenskomster

I en del af det materiale, som ligger til grund for denne undersøgelse, fremgår det, at en forhindring for eventuel udenlandske leverandører, har været at få en overenskomst med 3F. I rapporten Styrket konkurrence på ambulancemarkedet, står der:

“To svenske firmaer – Samaritten og Ulfab – var blevet prækvalificerede til at byde i Danmark. Ulfab blev opkøbt af Falck Danmark A/S i den indledende udbudsproces. Samaritten bød på opgaver i både Region Hovedstaden, Sjælland og Midtjylland. Samaritten vandt delområder i såvel Sjælland, Midtjylland som Hovedstaden, men måtte efterfølgende trække sig fra kontrakten.

Vægtning mellem pris og kvalitet

	Kvalitet %	Pris %
Region Hovedstaden	50	50
Region Sjælland	40	60
Region Midtjylland	40	60
Region Nordjylland	30	70

22 Danske Regioner 2018.

Ifølge en pressemeddelelse fra Samaritten måtte de opgive, fordi 3F havde krævet en dyrere overenskomst end ventet. Overenskomsten var ifølge Samaritten væsentligt dyrere, end den 3F havde indgået med Falck Danmark A/S.”²³

Det er ikke en opfattelse, som 3F deler: BIOS fik uden problemer en overenskomst med 3F, der sikrede fair konkurrencevilkår. Det samme fik Responce og nu PreMed.

Jakob Andersen, der er formand for 3F Chaufførerne København og dermed deltager i overenskomstforhandlingerne for reddere i Hovedstaden, sad med under forhandlingerne med de udenlandske operatører:

“Det passer ikke, ingen blev stillet skrappe krav end andre. Det er den samme ramme, men faktisk en lidt mere forenklet overenskomst, der blev lagt på bordet. Problemet er, at svenskerne ville have det til at være et bijob, hvor man som redder kunne have ambulancen holdende derhjemme. Dette er ikke muligt i en dansk model. Det at være redder, ville på den måde være et fritidshverv, der skulle løses fra egen bopæl,” siger Jakob Andersen.

1) Massiv hjemtagelse af det præhospitale område

Forud eller i forbindelse med den aktuelle udbudsrunde i 2020/21 er dele af akutberedskabet hjemtaget. Vagtcentral, lægebiler etc. Således at det alene er ambulanceberedskabet og den liggende sygetransport, der er i udbud. I Region Hovedstaden er det alene ambulancedriften, den liggende sygetransport sendes i udbud for sig selv på et senere tidspunkt.

Udadtil bliver et økonomisk argument ofte brugt for hjemtagning. Men reelt er der tale om politiske grunde til, at nogle regioner vil hjemtage ambulancedriften. Dette er tydeligst i Region Sjælland, hvor man på forhånd har afgjort, at mindst to af fire delområder bliver hjemtaget. Fra politikernes perspektiv er en del af forklaringen blandt andet, at man vil have ‘foden under eget bord’, som et af regionrådsmedlemmerne udtrykker det.

Man kan på den anden side opfatte ambulancedrift som kritisk infrastruktur, og det kan være et argument for at hjemtage. Det er vigtigt at understrege, at der er ikke noget ulovligt eller fordækt i at regionerne hjemtager ambulancedrift, akutlægebiler etc. Et af hovedargumenterne for at have udbud er, at det på den lange bane sikrer en fornuftig økonomi igennem sund konkurrence. At hjemtagning kan fungere som konkurrencefremmende, er også beskrevet i de 18 anbefalinger for styrket konkurrence på ambulancemarkedet, som Danske Regioner udgav i 2018.²⁴

Hjemtagning er altså grundlæggende politisk motiveret, men både den politiske ledelse og embedsværket i flere regioner fastholder, at skulle de tage det billigste bud på at få opgaven løst, så skulle hele området hjemtages – både ambulancedrift og den liggende sygetransport. Billigste bud er i denne kontekst en kontrolberegning foretaget af regionerne selv. I Region Hovedstaden hjemtager man kun hvis eget kontrolbud er billigst og vurderes bedst i kvalitet. BIOS-sagen nævnes som en af hovedårsagerne årsag til hjemtagningsbølgen:

“Det, der har givet vand på hjemtagelsesmøllen, det er hele BIOS, altså hele Region Syd-danmark sagen, og Falcks ageren i den. En ting er BIOS, en anden ting er Falcks ageren. De to ting tilsammen, har gjort det fuldstændig synligt for politikerne, at man vil have

23 Danske Regioner 2018, side 11.

24 Danske Regioner 2018.

sikkerhed i leverancen. Og ikke kun have en leverandør,” siger Benny Jørgensen, præhospital direktør i Region Sjælland.

3F Transport er af den opfattelse, at man med hjemtagning måske også forsøger at forringe løn- og arbejdsvilkår:

“Der er elementer i FOA’s overenskomst, der gør, at det er billigere at have folk i de første ti år. Og der er en samfundsudvikling i gang, der gør, at man ikke er i det samme arbejde, så lang tid, som man var førhen,” siger Flemming Overgaard, næstformand i 3F Transport, formand for RUS og selv tidligere redder.

Hjemtagelse og leverandører

Overordnet set er der altså gang i en massiv hjemtagelse af de præhospitale opgaver til regionerne. Når udbudsrunderen er gennemført i slutningen af 2022, vil sammenlagt ca. 2/3 af opgaverne være hjemtaget. Regionerne hjemtager for at skabe konkurrence og plads til flere private leverandører.

“Det giver et konkurrenceperspektiv med delvis hjemtagelse. På den måde kan vi måle vores egen drift op imod den private leverandørs drift. Men det gør også – i og med vi anvender beredskabsmodellen – at nye private leverandører får en opgave, der ikke er for stor og kompleks til, at de kan byde på den. I øvrigt er hjemtagning med henblik på konkurrence, beskrevet i de 18 anbefalinger fra Danske Regioner,” siger Henning Voss, der er præhospital direktør i Region Midtjylland.

Regionerne har ret til at hjemtage ambulance-driften og den liggende sygetransport. De er ejer af opgaven. Det er en politisk beslutning, om man hjemtager eller ej. Fra politisk side argumenteres der med, at det primært handler om at skabe konkurrence på markedet.

En anden pointe er, at omstillingen af driften er hurtigere, hvis man har hjemtaget. Bliver opgaven løst af en ekstern leverandør, så er man kontraktlig forpligtet. Det kan begrænse

mulighederne for at ændre i driften, og dermed påvirke muligheden for udvikling.

Grundtanken med de præhospitale udbud er, at det handler om at få den bedste kvalitet for de penge, det offentlige bruger på den præhospitale del af sundhedsbudgettet.

En sideeffekt af hjemtagning er, at regionerne fører tilsyn med sig selv. Det er regionerne selv, der skal vurdere, om man har en tilfredsstillende beredskabsdækning. Tidligere skulle regionerne føre tilsyn med leverandørerne for at vurdere, om leverandørerne levede op til kontrakterne og dermed leverede det ønskede eller krævede beredskab.

Uklarheder efter hjemtagelse

Det er uklart, set fra et redder-, fagforenings- og operatørperspektiv, om de faktiske udgifter reelt konteres og medregnes, som de burde blive det. Det er en udbredt antagelse blandt redderne, at hjemtagelse ikke er billigere end at lade opgaven forblive udliciteret. Antagelsen fører til spørgsmål som:

Er det reelt billigere at hjemtage? Er følgende udgifter med, når man beregner: lønsum, forsikring, bod ved nedetid, kontering af depotudgifter med videre? Bliver den samme beregningsmetode og regnskabspraksis brugt, som hvis det er i en privat virksomhed? Hvordan ser regnskaberne og økonomien for ambulancedriften ud?

Det er spørgsmål, som det ikke umiddelbart er muligt at finde dokumenterbare svar på. Hjemtagelse af ambulancedrift og den liggende sygetransport er kun lige ved at blive udmøntet. Det betyder, at det er for tidligt at undersøge, hvordan regionerne i praksis drifter, herunder konterer, overholder budgetter etc.

De fire af de fem præhospitale direktører understreger, at udbud, hjemtagning og eventuelt valg af anden leverandør ikke skyldes utilfredshed med den hidtidige leverandør, som altså er Falck:

“Vi har ikke et udbud fordi Falck har gjort det dårligt, men fordi vi skulle. Juraen og konkurrencelovgivningen er klar og tydelig. Det ændrer ikke ved, at vi har stor respekt for de mange følelser, der er i det her. I forhold til delvist hjemtaget, delvist udliciteret drift, så er det en politisk beslutning i forlængelse af en formel udbudsforretning at hjemtage dele af driften. Der er også en synergi og positiv påvirkning ved at have en offentlig og privat aktør samtidig. Set fra min stol, så er det fornuftigt, at der er et offentligt og et privat alternativ. Det er en fornuftig balance. Efter nogle år vil man mærke efter, om det fungerer tilfredsstillende. Forlængelse er ikke efter synsninger, men efter reelle vurderinger. Det at have en privat og offentlig aktør ved siden af hinanden i sundhedsvæsenet er ikke unikt. Tværtimod er det ganske normalt. Vi har private/offentlige plejehjem og hospitaler og så videre. Det er den samme måde, de andre velfærdsområder er drevet på,” forklarer Peter Larsen, der er direktør for Den Præhospitale Virksomhed i Region Nordjylland.

2) Regional masterplan for den præhospitale udvikling

Det, der kunne beskrives som en masterplan for de præhospitale udbud, finder vi i de 18 anbefalinger, Danske Regioner udgav i oktober 2018. Rapporten hedder “Styrket konkurrence på ambulancemarkedet, 18 anbefalinger til handling. Afrapportering fra regional arbejdsgruppe vedrørende ambulanceudbud og styrket konkurrence på ambulanceområdet”.

Efter den anden udbudsrunde i 2014/15 ned sætter Danske Regioner en arbejdsgruppe, som skal undersøge udbudsområdet og komme med anbefalinger for, hvordan regionerne kan tilrettelægge det præhospitale område.

Rapporten baserer sig på de to udbudsrunder, man på daværende tidspunkt har været igennem. Formålet er at skabe bedre konkurrence i de kommende udbudsrunder. Det anses for at være afgørende for at undgå *“højere priser og dyrere betaling for en væsentlig sundhedsydelse.”*²⁵

Hver region kan, hvis regionen ønsker det, implementere anbefalingerne. I 2021 er de fleste af de 18 anbefalinger gennemført. Tre af anbefalingerne handler om uddannelse og efteruddannelse, herunder andre faggruppers adgang til at bemande ambulancerne. Regionerne skal sikre, at de enten selv eller igennem leverandøren, sikrer, at der uddannes nok ambulancepersonale. En anbefaling er, at ambulancebehandleruddannelsen skal forankres i sundhedsfagligt regi.

Derudover anbefales det, at man tilpasser både ambulancedriften og udbudsprocessen, så flere leverandører vil have mulighed for at byde på opgaverne. Det handler i al sin enkelthed om, at udbudsrunderne i hver region ikke må ligge samtidig, at opgaven i hver region deles op i passende delområder, som det er muligt at drifte selvstændigt. I praksis betyder det fire til fem delområder i hver region. Og som tidligere nævnt overgangen fra responstidsmodellen til en beredskabsmodel.

Udbudsmaterialet skal også strømlines, så der er en fællesmængde, og regionerne skal øge synlighed og gennemsigtighed for nye leverandører ved at gennemføre en markeds- og teknisk dialog med potentielle leverandører. Det er alt sammen indfriet i forbindelse med den aktuelle udbudsrunde.

Det nævnes også som en af de 18 anbefalinger, at regionerne har mulighed *“for selv at agere konkurrencefremmende aktør ved egen drift af en del af ambulanceberedskabet.”*²⁶

25 Danske Regioner 2018, side 3

26 Danske Regioner 2018, side 5

Det skal her understreges, at samarbejdet mellem regionerne foregår bilateralt. Det er således ikke organisationen Danske Regioner, der styrer slagets gang.

“Den region, der har hjemtaget mest, er den eneste, som har en blå ledelse. Region Syddanmark. S og V ser fornuftigt på dette spørgsmål. Alle er enige om, at der er brug for mere konkurrence. Udgangspunktet er konkurrence, hverken et offentligt eller et privat monopol,” forklarer Anders Kühnau om de politiske nuancer. Yderfløjene vil naturligt enten have det meste på private hænder eller i offentligt regi.

Det handler altså om at fremtvinge konkurrence for at få mest mulig sundhed for pengene. Regionrådspolitikerne kan ikke udskrive skatter, så deres primære opgave er at træffe politiske beslutninger og prioriteringer indenfor de økonomiske rammer, der er udstukket af Finansloven.

“På den anden side, så vil jeg ikke afvise, at vi ender med at hjemtage det hele. Vi kan se, at det har virket på prisen efter vi gik ind. Vi har skabt et marked igen, fordi vi har tvunget konkurrencen igennem. På den lange bane kunne det ende med, at det hele bliver hjemtaget. Det vigtigste er, at vi får mest sundhed for pengene. Det betyder, at vi skal have den samme kvalitet og arbejdsmiljø for den bedst mulige pris. Som det ser ud lige nu, så er det bedre at hjemtage, det er simpelthen billigere,” forklarer Anders Kühnau.

Der er stor forskel på stemmetallene i de enkelte regioner. I Region Nord ender man med at gennemføre beslutningen om hjemtagelse med den snævrere mulige margin, 20 – 21. I Region Sjælland ender stemmetallene på 40 – 1. Men det overvældende flertal dækker over, at blandt andet Venstre, Liberal Alliance og de Konservative søger indflydelse. Er man ikke med i beslutningen, så er man helt ude og kan ikke få indflydelse på de efterfølgende beslutninger, som den konservative Christian Wedell Nedergaard, udtrykker det. I region Midtjylland gik venstremanden

og tidligere Falck- og Responcemedarbejder Finn Thranum, ligeledes med i en aftale for at undgå, at det hele blev hjemtaget.

I forhold til overenskomstdækningen, så er det – set fra politikernes stole – underordnet, hvem der har overenskomsten, bare der er en overenskomst, og denne bliver fulgt. Undervejs i denne undersøgelse har RUS talt med omkring 12 regionrådsmedlemmer fordelt over hele landet og hele det politiske spekter. Grænsestridigheder imellem store forbund som FOA og 3F er ikke noget regionspolitikkerne vil have noget med at gøre.

3) Beredskabsmodellen afløser responstidsmodellen

Beredskabsmodellen bliver i denne udbudsrunde indført i alle fem regioner. I en periode har der været to modeller, hvorefter akutindsatsen var organiseret. Region Nordjylland og Region Sjælland er de sidste to regioner til at anvende beredskabsmodellen.

Historisk har ambulancetjenesten i Danmark været udviklet efter en responstidsmodel. Leverandøren blev købt til at levere en funktionsydelse, som var ambulancetjenesten. Der er tale om en totalleverandør, som har alle led af driften, inklusive vagtcentralerne, som modtager alarmopkaldene og efterfølgende fordeler kørslen. Ydelsen skulle leveres efter en responstid, når der blev slået alarm, så der var et på forhånd fastsat tidsinterval, ambulancen skulle nå frem inden for. Hvis leverandøren ikke kunne overholde responstiden, udløste det en bod. Hvordan beredskabet var organiseret var op til leverandøren. Modellen giver en stor fleksibilitet og mulighed for at flytte rundt på ressourcerne efter behov.

Et par af ulemperne ved responstidsmodellen er, at leverandøren sidder med alle data og informationer om beredskabet og eventuelt konkurrerende leverandører har derfor meget svært ved at byde ind med en løsning, da de ikke har adgang til de nødvendige data.

“Der er ikke den samme fleksibilitet i beredskabsmodellen som i responstidsmodellen. Det sætter krav til den faglige side, i forhold til at finde løsninger for vagtrykmer, placering af arbejdstid mm. således beredskaberne kan bemannes i de krævede tidsrum. Førhen var det lidt mere dynamisk og fleksibelt i planlægningen af arbejdet.”

● Stefan Fyhn, Fællestillidsrepræsentant, Responce

Det kræver meget stor indsigt, og det kræver en meget stor organisation, der kan løfte og finansiere en opstart for en ny leverandør.

Responstidsmodellen egner sig godt til én totalleverandør af ambulancetjenesten, men skal det reelt være muligt for andre leverandører at byde ind, så kræver det en beredskabsmodel. Region Nordjylland forklarer forskellen således:

“I beredskabsmodellen er det regionen og ikke ambulanceleverandøren, der bestemmer antallet af baser og dertil hørende ambulanceberedskaber samt placeringen heraf.

I en responstidsmodel, som regionen har for nuværende, er det leverandørens ansvar. Det vil også være regionen, der varetager den tekniske disponering af beredskaberne og har ansvar for overholdelse af servicemål. Det vil sige, at regionen pr. 1. april 2022 ansætter tekniske disponenter til AMK-vagtcentralen.

I en responstidsmodel er det leverandørens ansvar at varetage den tekniske disponering af beredskaberne og overholde det fastlagte servicemål.”²⁷

I forhold til ambulancedriften medfører ændringerne altså mindre fleksibilitet. Både for leverandørerne og for medarbejderne. Tidligere var hele opgaven samlet hos en leverandør, i dag byder man ‘kun’ ind på grundigt specificerede opgaver, dele af driften. Ikke den samlede driftsopgave.

4) Udbud bliver en sjældenhed

En gennemlæsning af udbudsmaterialet fra de fire regioner, der har præhospitale udbud i 2020/21, viser, at der kan blive færre udbud i fremtiden:

“Leverandøren og Kunden kan begge opsiges Kontrakten med 2 års varsel, dog tidligst med virkning fra den 1. april 2027. Opsigelse skal ske til udløb af en 5-års periode, dvs. tidligst med virkning fra 1. april 2027 og ellers med virkning fra 1. april 2032, 1. april 2037 osv.”²⁸ som det hedder i udbudsmaterialet fra Region Nordjylland. I Region Midtjylland er perioden ligeledes fem år, men kan opsiges med to års varsel til den “1. december 2026 og ellers med virkning fra 1. december 2031, 1. december 2036 osv.”²⁹

Region Sjælland har valgt seksårige kontraktperioder med tre års varsel, så datoerne for opsigelse hedder: *“Opsigelse skal ske til udløb af en 6-års periode, dvs. tidligst til kontraktophør den 1. februar 2030 og ellers til kontraktophør den 1. februar 2036, 1. februar 2042 osv.”³⁰*

Hidtil har kontrakterne været med en fastsat udløbsdato, hvilket stadig er tilfældet i Region Hovedstaden. Kontraktperioden er ifølge udbudsmaterialet seks år, hvorefter kontrakten udløber uden yderligere varsel. Dog kan kontraktperioden forlænges med op til to gange et år.³¹

27 www.dpv.rn.dk/præhospitale-omraader/hjemtagelse-af-ambulanceberedskab/faq

28 Region Nordjylland 2020, side 10.

29 fra Region Midtjylland 2020, side 10.

30 Region Sjællands udbudsmateriale 2020, side 8.

31 Region Hovedstaden 2020, side 10.

Region Syddanmark er som bekendt ikke i gang med en udbudsrunde, men Regionrådsformand Stephanie Lose oplyser i forbindelse med denne undersøgelse, at *“Region Syddanmark forventer at starte den politiske proces om det fremtidige præhospitale setup i regionen i 2022.*

Som forberedelse af og grundlag for denne politiske proces vil der naturligvis – på administrativt niveau – blive indhentet og beskrevet erfaringer fra de øvrige regioners processer på området samt ikke mindst Region Syddanmarks egne gode erfaringer med hjemtagelse af opgaven og etablering af Ambulance Syd.

Som en del af denne opsamling af erfaringer vil vi naturligvis sørge for at inddrage alle relevante interessenter – ikke mindst redderne – som grundlag for den videre politiske proces.”³²

Der er dermed mulighed for, at der kommer til at gå en længere periode i tre af regionerne, inden der kommer præhospitale udbud igen.

5) Mere detaljeret og mindre fleksibelt for både leverandører og medarbejdere

Set over de tre udbudsrunder, det præhospitale område har været igennem siden 2007, er der en tydelig tendens til, at der bliver flere specifikationer i udbudsmaterialet. Dette hænger blandt andet sammen med overgangen til beredskabsmodellen, som fordrer en mere detaljeret beskrivelse af opgaven. Derfor rummer udbudsmaterialet en lang række kravsspecifikationer, som leverandøren skal tage stilling til i sit bud.

Kravsspecifikationerne delt i to kategorier, dels er der mindstekrav eller krav (MK eller

K). Det er krav, som leverandøren skal leve op til, dels kvalitetskravene også kaldet KK, hvor der er plads til, at leverandøren byder ind med kvalitative løsninger.

I udbudsmaterialet fra 2014 oplister Region Sjælland eksempelvis 20 spørgsmål, som en byder skal komme med løsningsbeskrivelser på i forhold til ambulancetjenesten. De 13 spørgsmål henhører under et kvalitetskriterie i ambulancetjenesten, og de 7 henhører under et kriterie, der benævnes leverings-sikkerhed. Samlet set fylder de 20 spørgsmål 9 sider i et kontraktbilag. Det samlede kontraktbilag 2, som også omfatter akutbil-tjenesten, er på 15 A4-sider.

I udbudsmaterialet fra 2021 fylder kontraktbilag 2, som hedder kravsspecifikationer 56 A4-sider, og der er oplistet 194 krav, som en byder skal opfylde. Og det dækker alene ambulancetjeneste og ST-kørsel.

Kontraktudkastet i 2014-materialet er på 36 sider. I 2021 udgaven er kontraktudkastet på 95 sider.

Dog sikrer man sig, at de tilkøbte beredskaber kan udnyttes optimalt. I udbudsmaterialet fra Region Sjælland findes følgende oversigt som præciserer, hvad udbuddet dækker:

“For at fremme konkurrencen vil Ordregiver stå for en række opgaver, som derfor ikke er omfattet af den opgave, som Tilbudsgiver skal løse:

- *Det delegerende lægeansvar.*
- *Den primære del af efteruddannelsen af personalet.*
- *AMK-Vagtcentralen.*
- *Kommunikationsudstyr, ekskl. telefoner.*
- *Defibrillatorer/monitører, excl. AED på Enhederne.*
- *Medicin.*

32 Mail sendt 14/6-2021 til ut.



ALARM 112

AMBULANCE

511-A27

5141270

AV 89 829

AMBULANCE

RM 112

- *Medicinske gasser.*
- *Utensilier.*³³

Det betyder, at leverandøren skal stå for:

- Køretøjer inkl. dele af udstyret.
- Bemanding af Beredskaberne/Enhederne.
- Indretningen og driften af baserne og de fremskudte placeringer.
- Uniformering.
- Øvrige opgaver vedr. ambulance-drift og liggende sygetransport.

Herefter understreges det i udbudsmaterialet, at *“For at udnytte ambulancekapaciteten optimalt skal ambulancerne varetage en del kørsler, som ellers kunne varetages af den liggende sygetransport.”*³⁴ Samtidig er muligheden for at *“Efter Ordregivers ønske kan det komme på tale, at Beredskaberne/Enhederne skal løse andre opgaver for regionen, herunder monitorering og behandling af borgere i eget hjem.”*³⁵

Flere specifikationer betyder samtidig mindre fleksibilitet for både leverandøren i forhold til krav om udstyr, der skal leveres, men også i forhold til leverandørens medarbejdere.

Stefan Fyhn er fællestillidsrepræsentant i Responce, der er den private leverandør i Region Syddanmark, og han har været med i den overgang eller omstilling, som både Region Midtjylland, Nordjylland og Sjælland er på vej igennem i 2021 og som først vil være endeligt gennemført i 2024. En omstilling, der ifølge Stefan Fyhn vil tage flere år efterfølgende at komme igennem med faglige justeringer fordi:

“Der er ikke den samme fleksibilitet i beredskabsmodellen som i responstidsmo-

dellen. Det sætter krav til den faglige side, i forhold til at finde løsninger for vagtrykter, placering af arbejdstid mm. således beredskaberne kan bemannes i de krævede tidsrum. Førhen var det lidt mere dynamisk og fleksibelt i planlægningen af arbejdet. Førhen på responstidsmodellen kunne vi som personale godt afspadsere de sidste 1 til 2 timer af vagten, hvis der var roligt og andre beredskaber ledige. Samtidig kunne vi godt have flere beredskaber på gaden, hvis vi var nogle reddere i overskud den pågældende dag. Det kan man ikke i beredskabsmodellen, fordi regionerne har købt et antal beredskaber, som skal være der i de krævede tidsrum. Det gør fleksibiliteten mindre. Så det er en stor forandring fra responstid til beredskabsmodellen. Det er en helt anderledes måde at gøre det på. Og det stiller nogle andre krav til det faglige arbejde. Vi er nødt til at få nogle aftaler på plads, som passer til den nye virkelighed, den nye måde at tilrettelægge arbejdet på. Det er ikke altid, at kravene i udbuddene til beredskabers mødetid går i spænd med overenskomsterne. Her er det så, at behovet for lokale aftaler bl.a. opstår,” forklarer Stefan Fyhn og uddyber yderligere:

“Førhen kunne man have nogle beredskaber, som ikke var bemandet. Nu er der større fokus på, at alle er fuldt bemandet uanset det aktuelle behov. Fx ved sygdom så har arbejdsgiveren et problem, fordi der er betalt for et bestemt antal beredskaber, og det koster en bod, hvis ikke der er bemanding. Det lægger et andet pres på medarbejderne og dermed på det faglige system, for nu er arbejdsgiveren mere fokuseret på at undgå en dyr bod end at spare mandskabet, når der er plads til det. Som medarbejder kan man godt få følelsen af, at man er nødt til at blive på vagten, selvom man måske egentlig burde gå hjem. Så man bliver på vagten, selvom

33 Region Sjælland 2020, side 5.

34 Region Sjælland 2020, side 5.

35 Region Sjælland 2020, side 5.

man er syg, fordi man ved, at det kan medføre arbejdsgiveren en stor bod, hvis ikke der kan etableres afløsning... medmindre man har et nødberedskab, og det koster også penge, ellers er det for dyrt med nedetid.”

6) Kontrolbud vs. kontrolberegning

I de præhospitalle udbud arbejder regionerne med en hybrid, som regionerne kalder kontrolberegning. I forbindelse med udbud kan udbyder udarbejde sit eget kontrolbud, som udarbejdes på lige fod med de bud, der kommer fra potentielle leverandører. Udbyder kan så, hvis opgaven er inhouse, foretage en kontrolberegning af egne udgifter for at opnå viden om, hvilket udgiftsniveau der er forventeligt og realistisk i tilfælde af, at en ekstern leverandør skal levere ydelsen. Dette for at undgå, at en given leverandør underbyder eller ikke vil være i stand til at levere den aftalte ydelse.

Et kontrolbud skal udarbejdes, så det følger anvisningerne i kontrolbudsbekendtgørelsen, der bl.a. foreskriver, hvordan beregningerne i et kontrolbud skal foretages. Når det handler om præhospitalle udbud, så har regionerne valgt at indføre en kontrolberegning, som erstatning for kontrolbud. En beregning, der ikke baserer sig på egne regnskabstal, men som delvist følger

kontrolbudsbekendtgørelsen uden at leve helt op til bekendtgørelsens anvisninger og krav.

Region Hovedstaden anvender et kontrolbud, som følger kontrolbudsbekendtgørelsen. Kun hvis kontrolbuddet er billigst og vurderes bedst, vil man hjemtage.

Ifølge Freddy Lippert, der er præhospital direktør i Region Hovedstaden, så anvender man kontrolbuddet for at være sikker:

“Er en beregning forkert eller mangelfuld, så får vi som virksomhed budgetproblemer. Der er nødt til at være stor sikkerhed omkring de reelle udgifter og dermed også hvad det koster at drive en ambulancetjeneste. Dette glæder for private virksomheder og selvfølgelig også for en offentlig virksomhed. Hvis der gives et urealistisk højt eller lavt bud, er det nok udtryk for et uklart udbudsmateriale,” siger Freddy Lippert.

Det er altså afgørende, at man i forhold til kvalitet og økonomi kan stole på, at budet holder. Ifølge kontrolbudsbekendtgørelsen så skal et kontrolbud leve op til en række krav, der sidestiller kontrolbuddet med de eksterne leverandører. Eksempelvis skal der tages højde for eventuelle moms-forhold, lønsum, administrative udgifter og så videre. En administration i en region har for eksempel et lønkontor, der kan stå for lønsedler og udbetaling af løn

Oversigt over regionernes brug af kontrolbud og kontrolberegninger

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Kontrolbud	X			
Kontrolberegning		X	X	X

til medarbejderne. Denne udgift skal beregnes i et kontrolbud. Det er ikke 'gratis' at benytte egne eksisterende systemer³⁶.

I Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland, har man valgt at bruge kontrolberegning. Kontrolberegning er egentlig en metode, der bruges til at kontrollere, om et bud er realistisk. Der tages udgangspunkt i de hidtidige omkostninger, som sammenlignes med omkostningerne i et afgivet bud. Formålet er at vurdere, om et konkret bud er realistisk³⁷.

De fagligt aktive i 3F, leverandørerne sammen med deres arbejdsgiverforening Dansk Erhverv og nogle regionsrådsmedlemmer ønsker, at man følger kontrolbudsbekendtgørelsen. Embedsmændene, repræsenteret ved de præhospitale direktører, stoler på deres egne beregninger. Det understreges, at de ikke har ressourcer for at lave et kontrolbud. Flertallet i de tre regionsråd, følger embedsværkets indstillinger, velvidende, at det er på baggrund af en beregning. Der er, i hvert fald nogle steder, bevidsthed om, at det ikke er muligt at gennemføre et kontrolbud:

"Det ville være en uforholdsvis stor opgave at udarbejde og evaluere kontrolbud. Der er grænser for hvor dyrt og tungt administrativt, vi kan gennemføre udbudsprocessen. Det ville være forholdsvis meget dyrt at ansætte et hold konsulenter ekstra. Derfor laver vi en beregning efter de samme principper, som i et kontrolbud. Beregningen bliver tjekket af BDO (red. Revisionsfirma)," forklarer Anders Kühnau, Regionsrådsformand i Region Midtjylland.

Modsat de øvrige regioner anvender Region Hovedstaden et kontrolbud fordi:

"Kontrolbud er reelt. Vi har tidligere arbejdet med kontrolberegning, men et kontrolbud er mere præcist og kommer meget tættere på de egentlige udgifter," siger Lars Gaardhøj (S), der er Regionsrådsformand i Region Hovedstaden. I notatet UDBUD – et overblik, som er udarbejdet af Region Hovedstaden, findes følgende begrebsafklaring:

*"En kontrolberegning betyder, at regionen opgør de nuværende totale omkostninger ved udførelse af den udbudte opgave. Kontrolberegningen benyttes i en sammenligning med de indkomne tilbud mhp. at vurdere, om det vil være en fordel for regionen at udlicitere opgaven."*³⁸

En kontrolberegning er ikke det samme som et kontrolbud:

*"Mange kommuner sammenligner de private virksomheders bud på opgaven med arbejdspladsens nuværende omkostninger, en såkaldt kontrolberegning. Men det er at sammenligne pærer og bananer. (...) Et kontrolbud forholder sig derimod til opgavebeskrivelsen i udbudsmaterialet på lige fod med de private virksomheder og beregner, hvad det vil koste at løse opgaverne fremover ud fra de nye krav til mængde og kvalitet og så videre."*³⁹

Der er altså en klar forskel på, hvad et kontrolbud er, og hvad en kontrolberegning er: *"De to beregninger er forskelligt motiveret. Et kontrolbud udarbejdes med henblik på at lade kommunen deltage i konkurrencen på lige vilkår med de private tilbudsgivere. Kontrolberegningen, som i modsætning til kontrolbud følger langt de fleste udbud, er blot en måde, hvorpå prisniveauet på de indkomne tilbud kan vurderes."*⁴⁰

36 BEK nr 607 af 24/06/2008; FOA 2016; www.udbud.dk

37 UDBUD – et overblik, Region Hovedstaden.

38 UDBUD – et overblik, side 1, Region Hovedstaden.

39 FOA 2016, side 4 – 5.

40 <https://udbudsportalen.dk/2016/12/regeringen-saetter-lup-paa-kommunernes-kontrolbud/>

Den nævnte validering af Region Midtjyllands kontrolberegning omfatter i øvrigt alene de økonomiske parametre og ikke løsningsbeskrivelserne. Det fremgår af notatet *“Validering af kontrolberegning og forudsætninger for omkostningsopgørelse ved regional drift af ambulancetjenesten og sygetransportenheder”* fra juni 2020, udarbejdet af BDO⁴¹.

Dansk Erhverv er meget kritiske i forhold til kontrolberegning *“Når kontrolberegninger bruges som sammenligningsgrundlag med tilbud modtaget i forbindelse med et udbud, er det som at sammenligne pærer og bananer”* siger Morten Jung, der er Markedschef i Dansk Erhverv og fortsætter: *“Udfordringen med kontrolberegninger er, at regionen kan sammensætte beregningerne som det passer dem uden hensyn til de kvalitetsmæssige parametre, som i givet fald vil skulle overholdes ved et kontrolbud. På denne måde har regionerne stort set frit spil, når de skal gøre op, hvad deres varetagelse af opgaven vil koste.”*

Det sker ikke sjældent, at forvaltningen efterfølgende må bede om tillægsbevillinger for at dække omkostninger, som de private leverandører har regnet med fra starten, og det tyder også på at være tilfældet i flere af regionerne. Det burde ellers ikke være for meget at forlange, at noget så vigtigt som et ambulanceudbud, sker på et sagligt og sammenligneligt grundlag, men det tyder altså på, at det ikke er tilfældet, når regionerne anvender kontrolberegninger. Taberne bliver både borgerne, politikerne og samfundet som helhed, der risikerer et ringere serviceniveau til en højere pris.”

I et notat til Statsrevisorerne fra juni 2014, som følger op på Rigsrevisionens beretning om de præhospitale udbud, udtrykker Rigsrevisionen tilfredshed med, at regionerne anvender kontrolbud:

*“Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at regionerne har fokus på at minimere omkostningerne, bl.a. ved øget brug af kontrolbud.”*⁴²

På daværende tidspunkt anvendte både Region Sjælland og Region Hovedstaden kontrolbud ifølge beretningen. En udbudsrunde senere er det kun Region Hovedstaden, der anvender kontrolbud. I materialet fra Rigsrevisionen nævnes det, at nogle regioner bruger andre metoder.

Summa summarum har regionerne angiveligt ikke ressourcer til at gennemføre et regulært kontrolbud. Det er med til at skabe usikkerhed omkring, hvilke vilkår der hjemtages på.

7) Tvivl om Lov om virksomhedsoverdragelse er gældende for de præhospitale udbud

Siden 1979 har vi i Danmark haft en lov, der beskytter lønmodtageres retsstilling ved virksomhedsoverdragelse⁴³. På baggrund af juridiske vurderinger udarbejdet på foranledning af regionerne antager man, at Lov om virksomhedsoverdragelse ikke er gældende, når det gælder ambulancedrift og den liggende sygetransport. De præhospitale direktører i fire af regionerne medgiver, at det er tvivlsomt om Lov om virksomhedsoverdragelse er gældende, som 3F Transport hævder på baggrund af en afgørelse i Tyskland. I praksis har man og er i gang med at forhandle i to regioner om en overgang for medarbejderne fra en 3F-overenskomst til en FOA-overenskomst. For Region Midtjylland er en aftale faldet på plads, mens der i skrivende stund pågår forhandlinger mellem Region Nordjylland, FOA og 3F. Forhandlingsgrundlaget er, at man ikke tager stilling til om loven er gældende, hvis man opnår et forhandlingsresultat.

41 Region Midtjylland 2020C

42 Rigsrevisionen 2014.

43 Lov om lønmodtageres retsstilling ved virksomhedsoverdragelse, LOV nr 111 af 21/03/1979.

“Der er nogle politikere, der ikke ved, hvad der foregår i vores job. De afsætter x antal minutter til at køre en tur og aflæsse en patient. Det holder ikke. Beregningerne er lavet i et Excel-ark, de er ikke ude og kigge, hvad der foregår. Det er jo ikke bare at gå ind og få fru Jensen op på båren og så gå ud igen. Nej, vi skal også sørge for, at katten ikke løber ud, at kaffemaskinen er slukket, der skal lige findes en nøgle, der skal lige låses, nogle går dårligt, skal måske lige på toiletet inden vi kan køre.”

● Ambulancebehandler

Region Midtjylland har fået udarbejdet en ekstern advokattvurdering af advokatfirmaet Bech-Bruun, der siger, at den planlagte hjemtagning af 30% af driften, som regionsrådet havde besluttet at gennemføre primo 2021, ikke betyder, at loven finder anvendelse. Dog gør Bech-Bruun opmærksom på, at der skal foretages en konkret vurdering ved yderligere hjemtagelse, da dette kan betyde, at personalet skal virksomhedsoverdrages⁴⁴.

I Region Hovedstaden har man valgt at fortolke at lov om virksomhedsoverdragelse er gældende: *“Det er uklart om Loven om virksomhedsoverdragelse gør sig gældende, når vi taler præhospitale udbud. Men vi kan konstatere, at det er et punkt, som har stor betydning for medarbejderne. Derfor er det besluttet at bruge virksomhedsoverdragelse. Det giver en sikkerhed for medarbejderne at de kan fortsætte i ambulancetjenesten uanset hvem der vinder et udbud,”* siger Freddy Lippert, præhospital direktør i Region Hovedstaden.

Stor betydning for medarbejderne

For medarbejderne er netop loven om virksomhedsoverdragelse et kardinalpunkt. Hvis regionerne accepterede, at loven bør finde anvendelse, ville en stor del af medarbejdernes usikkerhed og frustrationer blive mindre eller måske helt forsvinde.

I gruppeinterviewene træder de konkrete tanker og overvejelser tydeligere frem. Det illustrerer den følgende dialog:

Informant 1): *“Nogle er bange for, om der er arbejde til dem bagefter. Får vi den, hvis vi søger vores egen stilling?”*

Informant 2: *“Vi ved ikke, om vi er købt eller solgt, fordi man ikke har den der lov om virksomhedsoverdragelse, som egentlig er*

ret essentiel, så man egentlig bare, i citationstegn, kunne læne sig tilbage og sige: Jeg ved faktisk, at jeg har et arbejde, når det udbud her er kørt færdigt. Det kan vi faktisk ikke være sikre på nu.”

Set med de faglige briller er der ikke tvivl om, at loven burde anvendes i de præhospitale udbud:

“Medlemsmæssigt er de faglige udfordringer, at man ikke bringer virksomhedsoverdragelsesloven i spil. Fordi virksomhedsoverdragelsesloven er lavet til at beskytte medarbejderne,” siger Flemming Overgaard, der er Næstformand i 3F Transport og har ansvaret redderne i 3F.

8) Arbejdsmiljøet har større betydning

I denne undersøgelse kommer det frem, at arbejdsmiljøet har en særstatus. De mange tekniske specifikationer argumenteres som værende en del af arbejdsmiljøet. De tekniske detaljer til den fysiske indretning af ambulancen er en konkret beskrivelse af medarbejdernes fysiske arbejdsmiljø.

Region Hovedstaden har valgt at gøre regionens arbejdsmiljøpolitik til en del af udbudsmaterialet. Det er ikke tilfældet i de tre øvrige regioner, der har et udbud i 2020/21.

Derudover bliver arbejdsmiljøet italesat som noget af det første, når RUS i forbindelse med denne undersøgelse taler med politikere og embedsfolk i regionerne. Samme indtryk gør sig gældende hos de private leverandører:

“Jeg oplever stor fokus på arbejdsmiljøet i alle regioner, det samme gælder bæredygtighed. Det er i forhandlingerne, man kan mærke, at det er vigtigt for regionerne med både arbejdsmiljø og bæredygtighed,” siger Anders Vikke, direktør for PreMed A/S.

44 Notat vedrørende udbud af ambulancetjeneste og liggende/hvilende sygetransport til Region Midtjylland, side 6, 22/9-2020.

Tillidsvalgte og fagligt aktive i både 3F og FOA melder om de samme udfordringer: Deres medlemmer har i lange perioder ondt i maven over uvisheden i udbuddene. Sektornæstformand i FOA, Thomas Brücker, der selv tidligere har kørt ambulance i Hovedstaden, forklarer det således:

“Arbejdet er jo det samme. Kører du en ambulance ud til et færdselsuheld, så er det lige meget hvad der står på ryggen af dig. Du skal løse den samme opgave. Men alt det uden om. Det er dine vilkår i forhold til pauser, i forhold til at holde fri, i forhold til vagtbytte, i forhold til turnus, uniformering og alt det her, som kan ændre sig. Hvem skal man ringe til for at bede om fri. Får man en ny arbejdsgiver... det der med at være ny i et fag man er gammel i. Omstillingen til noget nyt er svær. Vi ved jo, at de er meget afhængige af, at deres hverdag er tryk og forudsigelig. Uden for ambulancen. Vi ved jo, at i ambulancen har de et meget uforudsigeligt job. Derfor er det også vigtigt for dem, at rammerne uden for bilen er stabile. Deres ansættelsesforhold, deres lønforhold alle de vilkår, der knytter sig til at være ansat. Der har de behov for relativ meget stabilitet. Og det er fuldstændigt op hævet, når der er et udbud.”

Derudover er der nogle mere konkrete, faglige udfordringer, når udbuddet er afgjort. Først skal medlemmerne fra en overenskomst over på en anden. Det lyder måske teknisk, men konkret skal den enkelte medarbejder flyttes fra et sæt løn- og arbejdsforhold til et andet sæt løn- og arbejdsforhold. Det betyder, at lønnen kan ændre sig, at antallet af pauser, tiden imellem pauserne, hvor mange timer man må køre på en døgnvagt, hvad dit pensionsbidrag er, muligheder for privat sygeforsikring, alt det der er med til at indrette din arbejdsdag gennem aftaler mellem arbejdsgiveren og arbejdstageren, det forandrer sig. Desuden er det ikke sikkert, at du har et job eller dit job, for du skal søge dit eget job igen.

Desuden er overenskomsterne konstrueret forskelligt alt efter, om de er målrettet en

privat arbejdsgiver eller en offentlig arbejdsgiver. Eksempelvis bygger FOA's overenskomster mere på lokalaftaler og mindre på overordnede retningslinjer end 3F's overenskomster. Dette anskueliggøres ved, at FOA-overenskomsten har få sider, mens 3F overenskomsten har mange sider for at sikre, at alle har de samme betingelser og gode. Til gengæld vil der altid være en lokalaf-tale tilknyttet FOA overenskomsten, hvilket betyder at forholdene er mere tilpasset det enkelte geografiske sted, hvor medarbejderen udfører sin funktion.

På tværs af regioner, og uanset om man er ansat i ambulancedriften eller i den liggende sygetransport, så er det de samme ting, som ligger medarbejderne på sinde: Usikkerhed for deres job med konkrete spørgsmål, som: Er der job til mig, får jeg en ny makker, skal jeg skifte arbejdssted, hvordan bliver min løn, hvilke arbejdsforhold vil skifte i min dagligdag (pauser etc.)?

“Det vigtigste i forhold til følelsen af usikkerhed er nok, at man ikke er sikker på, at man kan have sin nuværende stilling efter et kommende udbud. Kunne man give større sikkerhed for, at den enkelte får sin stilling flyttet med over på lignende løn og arbejdsvilkår, ville det mindske usikkerheden betragteligt,” siger Stefan Fyhn, hvis job ikke er i udbud i denne udbudsrunde, da han arbejder for Responce i Trekantområdet i Region Syddanmark, når han tænker tilbage på sidste udbudsrunde. Stefan Fyhn er i 2021 fællestillidsrepræsentant.

Hans pendant i Region Syddanmark hedder Flemming Sejlund, og han er fællestillidsrepræsentant for FOA i Ambulance Syd:

“Nu har jeg været igennem et par stykker (udbud, red.) siden 2010. Og det giver en enorm usikkerhed for redderne. De ved ikke, hvad fremtiden bringer, og de har heller ikke meget indflydelse på det selv. Usikkerhed, utryghed. Det slider meget at gå for længe med det i maven.”

Et grundlæggende spørgsmål er, hvad sker der med min løn?

“Jeg var på stationerne her i Nordjylland i dagene efter, at det blev offentliggjort at PreMed havde vundet. For at svare på spørgsmålet. Det første spørgsmål, jeg blev mødt med alle steder, var: Hvad får jeg i løn i det nye firma? Så kunne jeg sige, rolig, du får det samme beløb i løn, på øre. Så kunne man se skulderne falde ned og de begyndte at slappe af. Så var det ikke helt så slemt alligevel,” fortæller Jacob Bonne Guldborg, der er formand for Reddernes Landsklub.

Guldborgs tur rundt var til de stationer, der skulle overtages af PreMed, og derfor var det muligt at svare på de presserende spørgsmål. PreMed har overenskomst med 3F, og da man har udarbejdet et komplet bud for at kunne vinde kontrakten, er det velkendt, hvad lønnen vil blive.

De konkrete usikkerhedsmomenter

Informanterne i gruppeinterviewsene konkretiserer deres overvejelser og mulige konsekvenser af udbuddene, som de foregår i den aktuelle udbudsrunde:

Informant 1: *“Der er vi ude i noget økonomi, man skal måske ud og købe bil nummer to, som man ikke har været afhængig af at have tidligere.”*

Informant 2: *“Plus det gør også noget for familieskabet altså, er man en ung familie med små børn, så betyder det noget, om man skal køre fem minutter om morgenen eller man skal køre en halv time...”*

Informant 1: *“Også noget usikkerhed med det materiale, de har sendt ud, de steder de har udpeget, hvor der skal være... den station, hvor jeg er på, der skal ikke være paramedicinere mere i det nye udbud. Så der sidder jeg lidt og tænker, kan jeg så søge den stilling overhovedet, eller skal jeg ud og finde et andet sted at arbejde. Jeg er para-*

mediciner, og jeg er glad for døgnvagter, for det passer rigtig godt ind i min familie. Men som det er lagt ud, så skal jeg skifte station og skifte til effektivvagt, og det ved jeg, det passer ad helvede til i min familiekonstellation derhjemme og til mig personligt. På den måde har det eller kan få nogle konsekvenser, som jeg... vi ikke kender, før de har taget stilling til, hvem der får hvilke områder, og hvor vi så skal søge.”

Lønnen fylder også en del, som tidligere beskrevet. Sekundært kommer de praktiske forhold, som uniformer og udstyr. Generelt er der stor enighed om, at virksomhedsoverdragelse ville løse en del af frustrationerne. Der er enighed om, at man igennem årene, særligt efter hjemtagelser og udbud er begyndt at arbejde mere, og det er en kilde til at skabe frustrationer blandt redderne, hvoraf nogle også oplever, at de bliver pålagt flere opgaver, uden at lønnen følger med. Informanterne oplever, at man ofte er på grænsen af, hvad der er forsvarligt, og det giver frygt for, at de kan komme til at køre endnu flere timer, hvis de bliver tvunget til at skifte til en overenskomst, hvor der må køres flere end 13 timer på en døgnvagt. En forklaring kan være, ifølge informanterne, at politikerne ikke forstår deres arbejde, hvad det er de rent faktisk laver på en vagt:

Informant 1: *“Der er nogle politikere, der ikke ved, hvad der foregår i vores job. De afsætter x antal minutter til at køre en tur og aflæsse en patient. Det holder ikke. Beregningerne er lavet i et Excel-ark, de er ikke ude og kigge, hvad der foregår. Det er jo ikke bare at gå ind og få fru Jensen op på båren og så gå ud igen. Nej, vi skal også sørge for, at katten ikke løber ud, at kaffemaskinen er slukket, der skal lige findes en nøgle, der skal lige låses, nogle går dårligt, skal måske lige på toilettet inden vi kan køre.”*

Informant 2: *“Det tager ifølge regnearket 22 eller er det 24 minutter at læsse patienten af. Og det gør det også nogle gange. Og nogle gange tager det en hel time, og så*

sprænger budgettet for det kan regnearket ikke tage højde for. Vi kan ikke bare losse patienterne ind på en stol eller sætte af ude ved kantstenen. Det vil gå ud over vores omsorgsgen – det kan vi simpelthen ikke holde til rent psykisk.”

Der er en udtalt frygt for, at man ender som flextrafik, hvor opgaven er reduceret til en taxa-opgave. Der er en tydelig bekymring for, at ST-kørslen vil blive degraderet, som det skete med den siddende sygetransport.

Særligt om ST

I forbindelse med interview og gennemlæsning af rapporter og udbudsmateriale, fik forfatteren til denne rapport det samme indtryk af manglende viden især om, hvad en D-kørsel reelt er. Indtrykket omfatter både det politiske led og det administrative led. Derfor er der behov for at beskrive, hvad det er for en opgave, som den liggende sygetransport løser. En ST-medarbejder forklarer det således:

“I ST skal vi helt op på afdelingen efter modtagelsen, vi skal først igennem modtagelsen, også videre til afdelingen. Nogle gange skal vi måske vente 7-8 minutter på en elevator på de store hospitaler. Og det skal vi også for at kunne få båret ned igen. Så løber regnearket. Det er måske en ud af ti, som vi kan aflevere i modtagelsen, resten skal vi op med. Og de ved det ikke. De ved heller ikke, at når vi kommer ind på modtagelsen, så er der måske fire bærer foran os, hovsa, så løber regnearket igen. De der 22 minutter, det er det, der sat af. De skal også tage målinger, når vi kommer fra ST... så skal sygeplejersken tage en måling. Blodtryk, temperatur en masse ting. Så skal de finde et sted, hvor vi skal hen med patienten. Det er stue 42 på 1. sal... Så skal afdelingen lige registrere patienten, inden vi kan aflevere.”

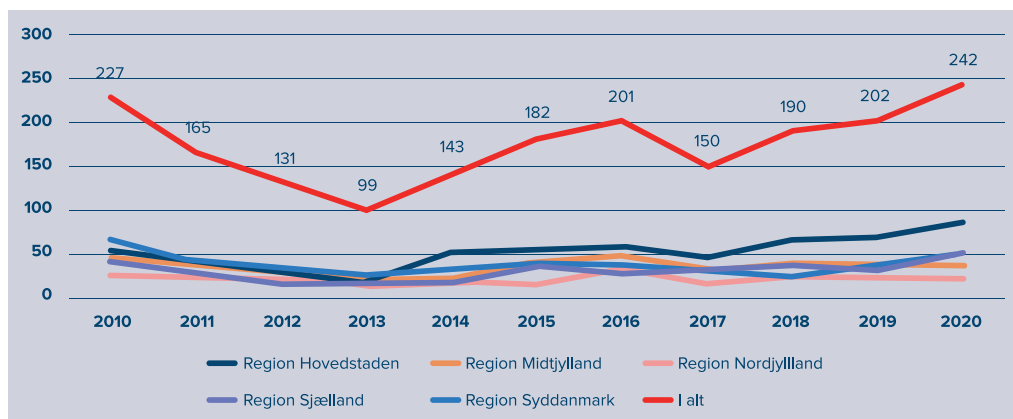
For at få et indtryk af arbejdsdagen i den liggende sygetransport, udarbejdede medlem-

lemmerne af Referencegruppen for den liggende sygetransport under Reddernes Udviklingssekretariat dagbøger.

Dagbøgerne, der kan ses i bilag 2, viser, at den liggende sygetransport kører med meget syge patienter, som har brug for hjælp til at komme ud og ind i egen bolig, og som ofte ikke kan efterlades alene, når de er bragt ind i eget hjem. Jævnligt køres der med patienter, som ikke skal genoplives i tilfælde af, at de dør under turen. Desuden er der et pres på den liggende sygetransport for at tage patienter med, som ikke burde blive kørt i en sygetransport, men skulle køres i en ambulance. Endelig er der eksempler på, at ST-redderne bliver brugt til at visitere. Angiveligt er vagtcentralen usikker på, om der er brug for en ambulance fra vagtcentralen, så man sender en liggende sygetransport ud for at vurdere situationen. Der bliver ikke sagt, at chaufførerne skal visitere, men ST'erne skal afvise at køre med patienten, hvis patienten ikke opfylder kriterierne for en D-kørsel. Det vil sige, hvis patienten har behov for behandling eller smertedækning under transporten, så er det ikke en D-kørsel og der skal tilkaldes en ambulance.

“Langt størstedelen af vores arbejde er psykisk førstehjælp. Langt de fleste af turene er jo psykisk, det er de bløde værdier i vores arbejde, og det tror jeg heller ikke politikerne ved.” Paramediciner om sygetransporter.

Indgået uddannelsesaftaler 2010 - 2020⁴⁵



9) Uddannelse, efteruddannelse og oplæring

Uddannelse og efteruddannelse er der generelt mere fokus på i udbudsmaterialet end tidligere.

Følgende eksempel er fra Region Nordjyllands udkast til kontrakten. Krav til uddannelse af ambulancebehandlerelever er beskrevet i pkt. 18.c:

“Grundvederlaget indeholder et elevoptag på 4 procentpoint pr. år uden udnyttelse af optionen, jf. pkt. 18.c. (...) Elevoptaget kan maksimalt øges til et niveau svarende til 8 procentpoint, medmindre Leverandøren accepterer et højere niveau. Hvis elevoptaget ikke overholder det fastsatte niveau, udløser det bod, jf. pkt. 33.f.”⁴⁶

Man har altså fastlagt et niveau på mellem 4 og 8 procentpoint i elevoptaget.

Det er der angiveligt behov for. En opgørelse af antallet af indgåede uddannelsesaftaler i perioden fra 2010 til 2020 viser en smule flere indgåede aftaler i 2020 end i 2010. Men i de mellemliggende år falder antallet af indgåede aftaler:

Som grafen viser, er 2010 og 2020 på niveau. I den mellemliggende tid har der samlet set været et fald.

Som ny leverandør på ambulancemarkedet i Danmark påpeger PreMeds direktør, Anders Vikke, at det fremadrettede er et fælles ansvar:

“Rekrutteringen har ikke været god nok tidligere, og derfor er der mangel i dag, det er vi nødt til at forholde os til. Fremadrettet er det et fælles ansvar, som vi private leverandører deler med regionerne.”

Både de præhospitalle direktører og den politiske ledelse i flere regioner fremhæver, at man i denne udbudsrunde har forsøgt – som ovenover beskrevet – at rette op på uddannelses- og efteruddannelsesefterslæbet fra tidligere. Af udbudsmaterialet fra denne udbudsrunde, fremgår det, som nænt ovenover, at man forsøger at gøre noget med efterslæbet. Og blandt informanterne i denne

⁴⁵ Data er hentet på Undervisningsministeriets statistikdatabase www.uddannelsesstatistik.dk

⁴⁶ Kontraktudkastet i udbudsmaterialet fra Region Nordjylland, side 47 og 48.

“Jeg frygter, at ST bliver udskilt, så vognmand Madsen kan køre det. Altså en frygt for, at det vil gå som med den siddende sygetransport. Derfor er det godt med mere udstyr og uddannelse i ST-bilerne.”

● ST-redder

undersøgelse er det særligt ST-medarbejderne, som er optaget af uddannelse, efteruddannelse og oplæring.

Uddannelse og opkvalificering

De erfarne ST-reddere ønsker mere uddannelse og bedre opkvalificering af nye kollegaer, inden de sættes ind i driften. Johnni Johansen, der er fællestillidsrepræsentant i Falck i Region Midtjylland fremhæver, hvor vigtigt det er, at politikerne kender til den liggende sygetransport:

“Jeg tror, det er gået lidt under politikernes radar, hvor vigtigt det er med den liggende sygetransport. Derfor er det vigtigt, at de kommer ud og ser ST i praksis, for politikerne kender ikke vores opgaver. Der er en synergieffekt i at have ST og ambulancedrift sammen. ST bruges også til retræteposter for reddere, og det sikrer et højt niveau i arbejdet. Heldigvis er der for første gang et krav om uddannelse til ST-medarbejdere i det udbudsmateriale, vi netop har været igennem.”

En af dem, der arbejder med uddannelse og opkvalificering ved siden af sit hverv som ST'er, er Camilla Rihn Ellegaard, som har været faglig leder i sygetransporten i Region Sjælland. I dag er hun ST-instruktør i Region Hovedstaden:

“Kravene til ST-personalet vokser. De skal være i stand til at vurdere grænsetilfældene. En patient, der skal smertedækkes eller er septisk og derfor i risiko for at blive akut behandlingskrævende, må de ikke køre med. Indtil, der er en redder på stedet, er der i mange tilfælde ingen, som har set patienten. Der kan gemme sig nogle ting, som ikke er blevet afsløret igennem telefonen. Det kan også være, at turen er blevet bestilt for flere dage siden, men så er patienten blevet væsentligt dårligere i mellemtiden. Det er der ingen, der har haft mulighed for at opdage, men det gør ST-redderen.”

I gruppeinterviewsene bliver ST-tjeneste diskuteret en del. Noget af dette er allerede

inddraget i analysearbejdet under temaet Set fra forsædet i en ambulance. Det følgende supplerer det tidligere beskrevne:

“Med hensyn til ST-tjenesten, så synes jeg, det er lidt af en katastrofe, at vi ikke har mere uddannelse, end vi har. Bare et tre-ugers kursus. Også selvom man ikke har kørt ambulance.”

Der er en bekymring for, at man for hurtigt sluser nye medarbejdere ind.

10) Sådan tror vi, at det vil gå

Ambulancedriften har udviklet sig meget siden amternes tid. Sammenfattende kan man sige, at der er en bevægelse fra en transportopgave til en kerneydelse i sundhedsvæsenet, der inkluderer behandling:

“Ambulancetjenesten er i dag en sundhedsfaglig kerneydelse for borgerne og for samfundet. Tidligere var det ‘bare’ en transportopgave på linje med andre vigtige transportopgaver, men i dag er det en væsentlig del af patientbehandlingen. Og det vil blive endnu vigtigere de kommende år. Det kalder jeg fremtidens ambulancetjeneste, hvor en del eller måske hele behandlingen vil foregå i patientens hjem og afsluttes der og der vil være udgående funktioner alene med det formål. På den måde kan patienterne undgå mange indlæggelser, og dermed bliver ‘præhospitalet’ et udkørende hospital,” forklarer Freddy Lippert, præhospital direktør i Region Hovedstaden.

Visionerne fra Region Hovedstaden deles i de øvrige regioner, med visse regionale tilpasninger. I Region Nordjylland beskriver Peter Larsen, det således:

“Hvis vi fremskriver tallene, så allerede om fire eller fem år kan vi ikke være på de akutte enheder. Der er ikke plads nok. Derfor bliver præhospitalet til fremskudte enheder, der skal tage trykket fra det akutte område. Det præhospitale vil blive mere tværsektionelt for at kunne løse de fremskudte op-

gaver. Præhospitalet vil komme til at fylde mere, og kompetencerne vil få større betydning, fordi det bliver fremskudt.”

Præhospitalet direktør Benny Jørgensen i Region Sjælland nævner sin regions frivillige hjerteløbere og advanced paramedics som en vision, der er i gang med at blive udfoldet.

I 2009 kom den liggende sygetransport til som en måde at aflaste ambulancer og medarbejdere på. ST-bilerne er billigere i drift, fordi de har næsten intet udstyr og væsentlig færre krav til medarbejdernes uddannelsesniveau.

Generelt så arbejder de præhospitale virksomheder i hver region for at tilpasse driften, så man er i stand til at løse flere opgaver i fremtiden.

En udfordring i forhold til den fremtidige udvikling er at fastholde de yngre medarbejdere. Det er man klar over i regionerne, og derfor vægter fastholdelse af medarbejderne som et selvstændigt konkurrencekrav i udbudsmaterialet.

I Region Syddanmark er en ny akutplan for regionen i høring. Høringsperioden er først afsluttet efter denne rapport's deadline. Akutplanen giver et indtryk af, hvilke visioner man arbejder med i Syddanmark. Følgende illustrerer paramedicinernes rolle i fremtiden:

“Ambulancer bemanded med paramedicinere skal i højere grad kunne indgå i indsatsen for at forebygge (gen)indlæggelser. Det skal ske dels ved opgradering af udstyr i ambulancer, så der i borgerens eget hjem kan foretages prøver, test mv., og dels ved opkvalificering af paramedicinere, så de opnår en større viden om sygdomme og kronisk medicinering og i øvrigt uddannes til at måle og vurdere blodprøver mv.”⁴⁷

Og med tiden vil eksempelvis paramedicinere indgå i flere funktioner:

“Paramedicinernes arbejde med at forebygge indlæggelse vil normalt involvere egen læge, men paramedicinere kan også i vagttiden indgå i supplerende funktioner. Det kan eksempelvis være i forbindelse med tilsyn, opfølgning eller afholdelse af et sygebesøg i lægevagten eller i forbindelse med afholdelse af konsultationer på nogle af de perifert beliggende konsultationslokaler.”⁴⁸

Samtidig understreges det i høringsudkastet, at for at fastholde paramedicinere skal de have mulighed for at videreudanne sig inden for det sundhedsfaglige felt. Her kunne bl.a. Benny Jørgensen i Region Sjælland forstille sig, at man lod ambulancebehandlerruddannelsen være en erhvervsuddannelse, mens paramedicinerruddannelsen skulle blive en sundhedsuddannelse med rang af professionsbachelor.

Lars Gaardhøj (S), der i sommeren 2021 har overtaget posten som Regionsrådsformand i Region Hovedstaden, beskriver den kommende udvikling og visionerne for området, således:

“Vi forsøger med udbuddet at få flere elever, flere paramedicinere, mere uddannelse til ambulancemedarbejderne og udvikle ambulanceområdet. Uddannelse af elever og nye kompetencer til ambulancepersonalet er afgørende for at udvikle området, så akut syge borgere også i fremtiden kan få den nyeste og bedste sundhedsfaglige behandling. At køre ambulance er i højere og højere grad en sundhedsfaglig opgave, og ikke blot en transportopgave. Der sker enormt mange ting i en ambulance på vej mod akutmodtagelsen. Det er en specialiseret behandling og transport, og vi har i dag meget dygtige ambulancefolk og leverandører.

47 Høringsudkast til Akutplan i Region Syddanmark, side 30.

48 Høringsudkast til Akutplan i Region Syddanmark, side 30.

Mere og mere livreddende udstyr bygges ind i ambulanterne, så personalet kan løse flere og flere opgaver. Ambulanceområdet spiller også sammen med udviklingen af hele den akutte sundhedssektor. Fx med de nye akutmodtagelser på hospitalerne, der arbejder med midlertidige senge, hvor patienter kan være til observation i 12 timer. Dermed kan de i nogle tilfælde undgå indlæggelser. Også Akuttelefonen 1813 er et udtryk for, at det akutte område udvikler sig, så det tilpasser sig borgernes behov. Udviklingen kommer til at fortsætte, det er der ingen tvivl om. Og i løbet af den næste kontraktperiode, kommer vi fx til at øge antallet af paramedicinere, så antallet bliver næsten fordoblet.”

Reddernes forventninger til fremtiden

Alle, der har medvirket i denne undersøgelse, forventer, at der vil komme flere opgaver fremover:

Informant 1: *”For ambulancen tænker jeg, at det flytter sig henad, vi får flere opgaver ud, men at der ikke følger en højere betaling med. Dårligere vilkår, flere opgaver og ingen betaling for de ekstra opgaver. Det er jo i tråd med, som det har været i mange år. Vi har fået mere udstyr og så videre, medicin etc. Der kommer bare ikke honorering for det. Og den udvikling tror jeg fortsætter.”*

Informant 1: *”Rygtet siger, at vi måske skal til at køre for lægevagten. Eller ud og tage blodprøver... ud hos borgeren til lægetjek.”*

Informant 3: *”Det er i og for sig fornuftigt nok, bare der følger en betaling med.”*

Den liggende sygetransport kommer sandsynligvis til at spille en stadig større rolle fremover. Tendensen er, at mere og mere af ambulancekørslen flyttes over i ST, efterhånden som ambulanterne bliver mere specialiserede og varetager flere opgaver. ST-medarbejderne frygter, at det vil gå ud over kvaliteten i deres arbejde:

”Jeg er bange for, at det giver en forringelse af kvaliteten. Jeg har en forventning om, at vi skal arbejde hurtigere i ST, og at jeg skal presse patienterne mere. Det kan vi ikke... det er gamle og syge mennesker.”

Der er en generel forventning blandt ST’erne om, at man vil komme til at køre med mere komplekse patienter i fremtiden. ST’erne føler presset i dag, jævnfør dagbogen, hvor der er et eksempel på, at man forsøger at presse den liggende sygetransport til at agere ambulance.

ST’ere beskriver, hvordan de ofte bliver sendt ud til en opgave, men hvor de i virkeligheden foretager en visitation. “Kan vi køre med denne patient eller skal der en ambulance til,” som flere af informanterne i denne undersøgelse udtrykker det.

Under coronaen måtte man køre med flere corona-patienter, selv om de pågældende patienter ikke havde behov for at ligge ned, men fordi den siddende sygetransport ikke er gearret til den type opgaver, som kræver ekstra rengøring.

Opgaverne i den liggende sygetransport spænder fra simple transportture til komplicerede forløb, hvor patienterne kræver megen hjælp og omsorg. Måske fordi vedkommende er på grænsen til at dø eller ikke er i stand til at tage vare på sig selv, på grund af sygdom. Dette viser dagbøgerne, som tidligere beskrevet.

En af informanterne sammenfatter frygten for, hvad der vil ske med den liggende sygetransport, således:

”Jeg frygter, at ST bliver udskilt, så vognmand Madsen kan køre det. Altså en frygt for, at det vil gå som med den siddende sygetransport. Derfor er det godt med mere udstyr og uddannelse i ST-bilerne.”

Opsamling på analysen

En sætning kan sammenfatte, hvad de forskellige informanter og kilder er enige om,

“Ambulancetjenesten er i dag en sundhedsfaglig kerneydelse for borgerne og for samfundet. Tidligere var det ‘bare’ en transportopgave på linje med andre vigtige transportopgaver, men i dag er det en væsentlig del af patientbehandlingen. Og det vil blive endnu vigtigere de kommende år. Det kalder jeg fremtidens ambulancetjeneste, hvor en del eller måske hele behandlingen vil foregå i patientens hjem og afsluttes der og der vil være udgående funktioner alene med det formål. På den måde kan patienterne undgå mange indlæggelser, og dermed bliver ”præhospitalet” et udkørende hospital.”

● Freddy Lippert, præhospital direktør, Region Hovedstaden.

her sagt af en ST-redder, der tidligere har kørt ambulance i en del år:

“I bund og grund så ønsker vi os bare ro på bagsmækken og tryghed i ansættelsen. Vi ved godt, at de her udbud kommer.”

Ro på bagsmækken betyder, dels ro til at løse opgaverne uden at frygte, man blive punktet for at gøre det hurtigere. Dels, at man er sikret sit job og ikke skal have hovedet fuldt af tanker om, at man måske mister sit job eller går ned i løn eller skal til at droppe pauser og restitution. At man ikke længere kan tage sig af patienterne på en ordentlig måde. Og hvis ens forhold forandrer sig, at det så sker på et fair og reelt grundlag. Sagt på en anden måde: Lov om virksomheds-overdragelse og kontrolbud.

Det er bemærkelsesværdigt, at det er i interviewene med redderne, at patienterne fylder en væsentlig del af dialogen. Det gør patienterne ikke tilnærmelsesvist i samme grad under interviews med de fire øvrige aktører i denne undersøgelse (politikkerne, embedsmændene, leverandørerne og de fagligt aktive).

Samlet set tegner der sig et billede, hvor de præhospitale udbud bliver brugt til at forandre den præhospitale indsats i Danmark i en retning, hvor det bliver en offentlig opgave at varetage ambulancedrift og liggende sygetransport. En forudsætning har været at hjemtage bl.a. AMK-vagtcentralerne for at kunne overgå til en beredskabsmodel. Derudover har man de fleste steder hjemtaget specialfunktionerne som akutbil og lignende.

Fremfor en landsdækkende operatør har man i dag fem driftscentre med fem offentlige operatører og to private, der leverer ambulanacer og liggende sygetransport. Det virker som om, at stordriftsfordelene svinder ind i beredskabsmodellen, hvilket ikke er dokumenteret med denne undersøgelse, men der er kraftige indikationer på, at det forholder sig således.

Overgangen fra responstids- til beredskabsmodellen betyder dels en anden dækning i

akutberedskabet, dels væsentligt forandrede arbejdsvilkår for medarbejderne.

Dækningen er angiveligt ikke den samme. Informanterne i denne undersøgelse fortæller om flere konkrete tilfælde af beredskaber, der er lukket ned for et døgn eller en nat, på steder hvor ambulancedriften allerede er hjemtaget. Denne undersøgelse kan ikke verificere disse påstande, ej heller sige noget om omfanget, men det bør undersøges snarest på samme måde, som de angiveligt stigende responstider efter overgang til beredskabsmodellen bør undersøges snarest.

Arbejdsvilkårene forandrer sig væsentligt i overgangen til en beredskabsmodel. For ambulancefolkene virker det som om, at flere opgaver forventes at blive løst af dem. Fleksibiliteten bliver som tidligere beskrevet mindre i beredskabsmodellen sammenlignet med responstidsmodellen. Der er et større behov for at få faglige aftaler på plads om de daglige opgaver, så arbejdsvilkårene ikke bliver forringet mere end højest nødvendigt.

I forhold til den liggende sygetransport er bekymringen, at udviklingen skulle gå i samme retning, som det skete med den siddende befordring. Med det menes der en sidestilling med almindelig taxakørsel. Der er umiddelbart ikke noget i udbudsmaterialet, der tyder på dette. I denne undersøgelse har hovedvægten i forhold til den liggende sygetransport været på et deskriptivt plan. Det virkede som om, at det var nødvendigt at få beskrevet, hvilke opgaver det er ST-driften løser for at undgå en uheldig udvikling.

Og analysen viser, at den liggende sygetransport har med tidskrævende transporter at gøre, som samtidig stiller store krav til medarbejdernes empati og omsorg, men også til deres faglige kvalifikationer. Der vil sandsynligvis blive flere D-kørsler i fremtiden. Derfor er det vigtigt, at der er fokus på både arbejdsforhold og medarbejdernes kvalifikationer. Risikoen er, at man udhuler begge dele for at få enderne til at nå sammen.



Kildeliste

Rapporter og undersøgelser

BEK nr 607 af 24/06/2008, Bekendtgørelse om kommuners og regioners beregning og afgivelse af kontrolbud.

Bhatti, Y., Andersen, L. B., Petersen, O. H., & Houlberg, K. (2017). Konsekvenser af udlicitering for medarbejdere som skifter fra offentlig til privat ansættelse: en registerbaseret analyse. Roskilde Universitet.

Bilde, Lone (2003): International sammenligning af akut ambulancetjeneste. En foranalyse vedrørende finansieringsmæssige og økonomiske aspekter. DSI Institut for Sundhedsvæsen ISBN 87-7488-383-6:

Branchemiljørådet for transport og engros, Udbudsunders betydning for arbejdsmiljø, udgivet 2013.

Busck, Ole Gunni (2007): Skraldemænd er vel også en slags mennesker! Markedsgørelsen af kommunale serviceopgaver forår-sager nedslidning, Aalborg Universitet, 2007.

Center for Arbejdsliv, 2013. Patientsikkerhed i liggende sygetransport, Teknologisk Institut.

Christensen, Iben E.; Wadmann, Sarah; Kjellberg, Pia K.; Kjellberg, Jakob (2018). Udbud af den præhospitale indsats – hvordan sikres kvalitetsudvikling og innovation? Vive 2018.

Christensen, Iben E.; Wadmann, Sarah; Kjellberg, Jakob (2017). Udbud af den præhospitale indsats i Region Syddanmark.

Evaluerings og erfaringsopsamling. Udgivet af KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

Dansk Erhverv 2018. Kan selv / vil selv; Hjemtagning af offentlige opgaver, 24. januar 2018.

Danske Regioner (2018), Styrket konkurrence på ambulancemarkedet, 18 anbefalinger til handling. Afrapportering fra regional arbejdsgruppe vedrørende ambulanceudbud og styrket konkurrence på ambulanceområdet, oktober 2018.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2018. Fakta om Arbejdsmiljø og Helbred 2018.

FOA (2009): Planlægningen af akutberedskabet og den præhospitale indsats, 2009, analyse udført af BONNÈN & Partners Aps for FOA – Fag og Arbejde.

FOA (2016): Vejledning om kontrolbud, FOA's råd til medarbejdere, som skal arbejde med kontrolbud, udgivet 2016.

Kjellberg, Jakob og Kjellberg K. Pia (2012) Præhospital indsats – hvem redder dig? Pris og effekt af forskellige komponenter i det præhospitale beredskab. Udgivet af KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

Konkurrencerådets afgørelse den 30. januar 2019. Falcks ekskluderende misbrugsadfærd på det danske marked for ambulance-tjenester.

Kronbøl, Trine og Munk, Susanne N. (2016) Regeringen sætter lup på kommunernes kontrolbud, artikel på udbudsportalen, der også har været bragt som kronik i Danske Kommuner.

Kyed, Morten (2016) Rekruttering af bløde kompetencer i ambulancetjenesten i Dansk Sociologi nr. 3-4/27. årgang 2016.

LEAD Agency (2016). Stakeholderanalyse. Analyse af centrale interessenters position og holdninger til udviklingen på det præhospitale område med særligt fokus på udbud af ambulancedriften.

Lehmann, Per; Grønsund, Flemming H. og Østrup, Sanne A. (2012). Virksomhedsoverdragelse (Temahæfte) udgivet af FIU

Lippert, Freddy (2019). Styrket konkurrence på ambulancemarkedet. Præsentation for Forretningsudvalget den 7. maj 2019.

Region Hovedstaden, Center for sundhed, Hospitalsplan 2025. PDF hentet på Region Hovedstadens hjemmeside.

Region Hovedstaden, UDBUD – et overblik, notat med begrebsafklaring og præcisering af udbudsregler. (Flere oplysninger?)

Region Midtjylland (2014), Notat: Q & A – Tildeling af kontrakter om ambulanceberedskab. Dateret 9/12-2014.

Region Midtjylland (2020) B, Hensigtserklæring budget 2020: J. Håndtering af kontrolbud mv.: Der udarbejdes en redegørelse for OECD's principper for prissætning i det offentlige sammenlignet med de principper, Region Midtjylland anvender. Dateret 6/8-2020.

Region Midtjylland (2020) C, Notat: Validering af kontrolberegning og forudsætninger for omkostningsopgørelse ved regional drift af ambulancetjenesten og sygetransporten. Udarbejdet af BDO i juni 2020.

Region Midtjylland (2020) D, Notat vedrørende udbud af ambulancetjeneste og liggende/hvilende sygetransport til Region Midtjylland. Dateret 22/9-2020.

Region Syddanmark Akutplan (udkast 18. marts 2021).

Region Syddanmark (2008/9). Fremtidens sygehus i Region Syddanmark. Anbefalinger fra projektgruppen om præhospitals indsats.

Rigsrevisionen (2014), Notat til Statsrevisorerne om beretning om regionernes præhospitals indsats. Fra juni 2014. § 18, STK. 4-notat til Statsrevisorerne.

Sigvartsen, René (2020), Ambulance kaos - den sande historie,

Skovgaard, Lasse (årstal tjek?) Ambulancereddere i Region Midtjylland: XXX forringer lønnen. Artikel i A4 15/6-20??.
Sundhedsstyrelsen, 2020. Anbefalinger for organiseringen af den akutte sundhedsindsats. Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år.

Uddannelsesniveaue i Danmark (pdf) (forfatter mangler)

Udvalget om det præhospitale akutberedskab (2010). Status for udvalget om det præhospitale akutberedskabs arbejde – Sammenfatning. ISBN: 978-87-7601-302-8

3F Den offentlige Gruppe. Ordbog om udbud og udlicitering, oktober 2012.

3F Den offentlige Gruppe. Vejledning om udbud og udlicitering Staten, oktober 2012.
3F Transportgruppen; Dansk Erhverv (2014). Landsoverenskomst. Overenskomst for ambulancekørsel og liggende sygetransport og arbejde af lignende karakter hos BIOS Ambulanceservice Danmark A/S.

Notat vedrørende udbud af ambulancetjeneste og liggende/hvilende sygetransport til Region Midtjylland. Udarbejdet af Hans Christian Kappel Kirketerp, den 22/9-2020 som bilag 4 til pkt 33 på regionsrådsmødet.

Redegørelse vedr. Kontrolbud med mere, Region Midtjylland, notat af 6/8-2020 (Pkt 15, bilag 1, budget 2020)

Step 2: Hvad er en kravspecifikation? - <https://www.oao.dk/udbududlicitering/udlicitering/?uid=100075&view=1&cHash=219feb25a1f126e5bc8e7971df60144> , OAO

Sådan gør du din kravspecifikation udbudsegnet, <https://udbudsportalen.dk/wp-content/uploads/saadan-goer-du-din-kravspecifikation-udbudsegnet.pdf>, af Claus Gulholm-Hansen og Maj-Britt Böwadt.

Udkast til vejledning om beregninger og afgivelse af kontrolbud, Velfærdsministeriet, 15. april 2018.

<https://udbudsportalen.dk/udbudsguiden/ret-regler/udbudsregler/>

Derudover det samlede udbudsmateriale fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Hjemmesider, Nyhedsbreve og link

I forbindelse med rapporten er der hentet information følgende hjemmesider og konkrete artikler:

- beredskabsinfo.dk
- falck.dk
- foa.dk
- hbr.dk
- premed.dk
- regioner.dk
- regionh.dk
- regionsjaelland.dk
- regionsyddanmark.dk
- retsinfo.dk
- rm.dk
- rn.dk
- udbud.dk
- udbudsportalen.dk

<https://www.tv2east.dk/region-sjaelland/region-sjaelland-overtager-dele-af-ambulancedriften-i-2024>

<https://www.ph.rm.dk/fagfolk/info-til-tilbudsgivere/>

<https://www.foa.dk/global/news/nyt-fra-foa/2020/januar/foa-tillykke-til-region-midtjylland-med-en-god-begyndelse>
<https://www.tv2east.dk/region-sjaelland/region-sjaelland-overtager-dele-af-ambulancedriften-i-2024>

<https://www.tv2east.dk/region-sjaelland/regioner-overvejer-tage-ambulancedriften-fra-falck>

<https://dpv.rn.dk/da>

https://www.sst.dk/-/media/Arrangementer/2018/En-sammenhaengen-de-sundhedsindsats-ved-akut-opstaet-sygdom-og-skade-2018/Pr_hospital-direkt_r_-Peter-Larsen_Region-Nordjylland.ashx?la=da&hash=791E25AE46CDE59AD67A0758E70C1B08E7E89E6F

<https://rn.dk/service/nyhedsliste-rn/nyhed?id=9203a620-566f-4d04-92a3-372931041a55>

<https://dpv.rn.dk/prae-hospitale-omraader/udbud-2020>

https://udbudsportalen.dk/wp-content/uploads/2016/04/Udbudsloven_-_vejledning_om_udbudsreglern-1.pdf

<https://www.danskerhverv.dk/presse-og-nyheder/nyheder/vigtige-principper-blev-glemte/>

<https://www.beredskabsinfo.dk/prae-hospital/region-midjtjyllands-indkoeb-af-ambulan- cer-er-blevet-dyrere-end-ventet/>

Det for nemt at annullere et offentligt udbud (danskerhverv.dk)

<https://www.beredskabsinfo.dk/prae-hospital/region-forbereder-stor-investering-i-et-styrket-ambulanceberedskab/>
<https://www.beredskabsinfo.dk/prae-hospital/region-vil-kautionere-for-ambulanceoperatoerers-leasingaftaler/>

<https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Stort-udbud-af-ambulancekoersel-i-Region-Hovedstaden.aspx>

<https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Udbud-af-ambulancek%C3%B8rsel-i-Region-Hovedstaden-forts%C3%A6tter-med-tre-potentielle-leverand%C3%B8rer.aspx>

<https://www.regioner.dk/media/3066/regionerne-kort-fortalt-2011.pdf>

Samariten og BIOS har kig på sjællandske ambulancer – BeredskabsInfo

<https://dpv.rn.dk/-/media/Hospitaler/Det-Pr%C3%A6hospital-Beredskab/Praehospital-omraader/ambulanceberedskab/Informationsmoede-om-delvis-hjemtagelse-af-ambulancetjenesten-marts-2021.ashx?la=da>

<https://rn.dk/service/nyhedsbase-rn/2021/02/region-nordjylland-skal-selv-koere-ambulanterne-sammen-med-premed>

<https://dpv.rn.dk/ambulanceberedskab>
<https://www.ofir.dk/resultat/ambulance-syd-soeger-nye-kolleger-til-liggende-sygetransport-330429650.aspx?jobld=330429650>

Desuden udsender Den Præhospitale Virksomhed – Region Nordjylland et nyhedsbrev, der hedder "Nyhedsbrev - Hjemtagelse". I dette nyhedsbrev holder man alle interesseret (målrettet de kommende medarbejdere i Den Præhospitale Virksomhed, dvs primært ambulancefolk), orienteret

om hvad der sker i forhold til hjemtagelsen. I Nyhedsbrevet findes der også løbende portrætter af medarbejdere i DPV.

Mundtlige kilder

Andersen, Jakob: Formand for 3F Københavns Chauffører.

Andersen, Morten Frahm: ST-redder. Medlem af Referencegruppen for liggende sygetransport under RUS.

Andreasen, Elmer: ST-redder. Medlem af Referencegruppen for liggende sygetransport under RUS.

Bech, Jorun: Regionsrådsmedlem (S) Region Sjælland.

Bo, Egon: Regionsrådsmedlem i Region Sjælland, valgt for Liberal Alliance, men i dag Konservativ.

Brücker, Thomas: Næstformand i teknik-service sektor i FOA.

Buhl, Anette: ST-redder. Medlem af Referencegruppen for liggende sygetransport under RUS.

Christensen, Lars Henning: ST-redder.

Christensen, Maja: Ambulancebehandler. Medlem af Referencegruppen for ambulance under RUS.

Christensen, Morten Palle: Centerchef Center for Sundhedsinnovation (SINO)

Clausson, Jesper: Regionsrådsmedlem i Region Hovedstaden (S).

Ellegaard, Camilla Rihn: ST Instruktør og medlem af Referencegruppen for liggende sygetransport under RUS.

Fyhn, Stefan: Fællestillidsrepræsentant i Responce, Desuden medlem af Referencegruppen for ambulance under RUS.

Gaardhøj, Lars: Regionsrådsformand i Region Hovedstaden

Green, Andreas Kvistgård: Paramediciner.
Guldborg, Jacob: Formand for Reddernes Landsklub. Medlem af Referencegruppen for ambulance under RUS.

Hamer, Carina Risvig: Lektor Syddansk Universitet, ekspert i udbudsret.

Hansen, Bo: Paramediciner. Medlem af Referencegruppen for ambulance under RUS.
Heide, Louise Høgh von der: Jurist, Dansk Erhverv.

Holst, Jørgen: Regionsrådsmedlem i Region Sjælland, løsgænger.

Hvarregaard, Keld: Tillidsrepræsentant ST i Skejby.

Johansen, Johnny: Fællestillidsrepræsentant Falck i Region Midtjylland.

Jung, Morten: Markedschef, Danske Erhverv.

Jørgensen, Benny: Præhospitals direktør Region Sjælland.

Jørgensen, Lars Nikolaj: Arbejdsmiljørepræsentant, paramediciner og medlem af Referencegruppen for ambulance under RUS.

Kruse, Martin: Næstformand 3F Roskilde.
Kühnau, Anders: Regionsrådsformand Region Midtjylland.

Larsen, Peter: Præhospitals direktør Region Nordjylland.

Lauersen, John: Ambulancebehandler.

Lippert, Freddy: Direktør for Region Hovedstadens akutberedskab.

Madvig, Peter: Underdirektør Falck.
Mortensen, Jesper: Ambulancebehandler.

Mølgaard, Gunhild Hyldal: ST-redder.

Medlem af Referencegruppen for liggende sygetransport under RUS.

Møller, Nina Vedel: Konsulent, udbud, 3F Den offentlige Gruppe.

Nielsen, Arne: Regionsrådsmedlem i Region Nordjylland (S)

Nielsen, Frank: Faglig Transport, 3F Transport, Logistik & Byg i Aarhus.

Nielsen, Leif V.: ST-redder.

Overgaard, Flemming: Næstformand i 3F Transport

Olsson, Peter: Faglig medarbejder 3F Københavns Chauffører.

Petersen, Ole Helby: Professor, Center for Forskning i Offentlig-Privat Samspil, RUC.

Rager, Martin: Paramediciner. Medlem af Referencegruppen for ambulance under RUS.

Riemann, Claus: ST-redder. Medlem af Referencegruppen for liggende sygetransport under RUS.

Sejersen, Andi H.: Paramediciner.

Sejlund, Flemming: Fællestillidsrepræsentant, FOA, Ambulance Syd.

Stærke, Christian: ST-redder.

Sunding, Kim: Formand for Transportgruppen, 3F Aalborg.

Thranum, Finn: Regionsrådsmedlem (V) Region Midtjylland.

Thy, Michael: ST-redder.

Vad, Flemming: Faglig sekretær, 3F Ringkøbing-Skjern.

Vestergaard, Helene: Afdelingschef Sundhedsplanlægning Region Syddanmark

Vikke, Anders: Direktør i PreMed A/S
Voss, Henning: Direktør for præhospitalet i
Region Midtjylland.

Wedell-Neergaard, Christian Jørgen Jens:
Regionsrådsmedlem (K) Region Sjælland.

Wyrzt, Torben Møller: Paramediciner og
AMR. Medlem af Referencegruppen for
ambulance under RUS.

Samlet i Referencegruppen for den liggende sygetransport under Reddernes Udviklingssekretariat, bedt om at skrive dagbog i to uger. Dagbøgerne blev gennemgået på et møde i referencegruppen, og herefter blev et repræsentativt udsnit af dagbøgerne samlet til én beskrivelse af seks arbejdsdage i den liggende sygetransport i Danmark.

Fokusgrupper / gruppeinterviews

I forbindelse med undersøgelsen forsøgte RUS at etablere fire fokusgrupper med ansatte fra ST- og ambulancedriften. Den ene gruppe skulle være online. Det viste sig imidlertid for svært at samle fokusgrupper. Derfor blev onlinegruppen ændret til en række individuelle interviews med ST-reddere. Den ene fokusgruppe med fysisk fremmøde blev aflyst, mens to fokusgrupper blev gennemført som trepersoners gruppeinterviews. Et i Kolding og et i Næstved.

Andre kilder til empiri: Informationsmøder og lignende

Møde mellem de fagligt relevante i Region Nordjylland vedr. Hvordan man tackler situationen efter offentliggørelsen af hjemtagelse og valg af anden leverandør. Der skal handles på flere niveauer. Vigtigst er at sikre medlemmerne en fair overgang til en ny overenskomst. (Torsdag den 25. marts 2021)

Onlinemøde i Region Hovedstaden, arrangeret af 3F Frederiksborg. På mødet orienterede Freddy Lippert om udviklingen i forbindelse med det aktuelle udbud. Det var muligt for deltagerne, som alle var 3F-medlemmer ansat i enten ambulancedriften eller ST-driften i Region Hovedstaden, at stille spørgsmål til Freddy Lippert. (Torsdag den 25. marts 2021)

ST-dagbøger: I forbindelse med denne undersøgelse blev en gruppe ST-reddere,

Bilag 1 Forforståelser og analyse-spørgsmål

Igennem referencegruppen for ambulance-drift og referencegruppen for liggende syge-transport er en række forforståelser identificeret. Identifikationen er foregået igennem gruppesamtaler med referencegrupperne, suppleret med individuelle samtaler med nogle af referencegruppernes medlemmer, suppleret med input fra de fagligt ansvarlige i både Transportgruppen og i de 3F afdelingerne, der arbejder med de præhospitale udbud samt i FOA's system, hvor forforståelserne bekræftes. Endelig er de enkelte forforståelser blevet testet i forbindelse med interviews og gruppeinterviews.

På den baggrund er de seks forforståelser (A – F) et ret præcist udtryk for, hvilke emner, der fylder i det daglige hos redderne. Efterfølgende er forforståelserne blevet bearbejdet til operationaliserbare analysespørgsmål. I det følgende gennemgås hvert af de seks forforståelser:

A) Forforståelse: Hjemtagelse er ikke billigere end at lade driften forblive hos operatøren

Det er en udbredt antagelse blandt redderne, at hjemtagelse ikke er billigere end at lade opgaven forblive udliciteret. Antagelsen fører til spørgsmål som:

Er det reelt billigere at hjemtage? Er følgende udgifter med, når man beregner: lønsum, forsikring, bod ved nedetid, kontering af depotudgifter med videre? Bliver den samme beregningsmetode og regnskabspraksis brugt, som hvis det er i en privat virksom-

hed? Hvordan ser regnskaberne og økonomien for ambulancedriften ud?

Desuden er det uklart, set fra et redder-, afdelings- og operatørperspektiv om de faktiske udgifter reelt konteres og medregnes, som de burde blive det.

B) Forforståelse: Brug af Lov om virksomhedsoverdragelse løser de fleste problemer

Både i 3F og blandt redderne er der et meget stærkt ønske, om at regionerne bruger lov om virksomhedsoverdragelse, når de hjemtager. Loven er oprindelig blevet til for at beskytte medarbejdere, når deres jobfunktion blev udliciteret. Det grundlæggende spørgsmål er derfor: Hvorfor bruger/anvender I ikke lov om virksomhedsoverdragelse?

Hvilke problemer løser lov om virksomhedsoverdragelse? Hvilke problemer løser den ikke?

Hvilke forhindringer er der for at anvende lov om virksomhedsoverdragelse? Kunne det ikke give mere sikkerhed for medarbejderne, hvis Lov om virksomhedsoverdragelse blev anvendt?

C) Forforståelse: Processen omkring de præhospitale udbud virker uigennemsigtig og mere lukket end nødvendigt

Blandt både redderne og de afdelinger, som har været igennem en udbudsproces, er

der en oplevelse af, at udbudsprocessen er unødvendig lukket, hvilket gør det svært at påvirke processen, men også at sikre sig, at der bliver givet korrekte oplysninger fra administrativt niveau til politisk niveau.

Er processen omkring de præhospitale udbud mere lukket end andre offentlige udbud? Er processen mere lukket end det reelt er nødvendigt?

Hvorfor er processen så lukket? (Her skal der sammenlignes med andre brancher, er de lige så lukket?)

Er der forskel på regionerne? Og er processerne udtryk for et politisk eller administrativt ønske?

D) Forforståelse: Kontrolberegninger viser ikke de reelle udgifter

I 3F er der et stærkt ønske, om at regionerne bruger kontrolbud frem for kontrolberegninger, fordi der er en opfattelse af, at det er muligt "at snyde på vægten" i forhold til hvilke udgifter, der medtages. Kun i begrænset omfang findes forforståelsen hos medlemmerne. Hvad er forskellen på kontrolbud og kontrolberegning? Hvorfor bruger man forskellige kontrolmetoder?

Hvad er det en kontrolberegning kan, som et kontrolbud ikke kan?

Findes der andre måder at kontrollere et udbud på?

Hvorfor har Region Hovedstaden valgt at bruge kontrolbud som eneste region?

E) Forforståelse: Ambulancepersonalets arbejdsmiljø interesserer ikke regionerne

Flere undersøgelser peger på, at reddernes arbejdsmiljø påvirkes negativt af udbudsprocesserne, men der er en oplevelse blandt red-

derne af, at det ikke er noget, som optager regionerne.

Hvordan er arbejdsmiljø en del af udbudsmaterialet?

Er der i højere grad fokus på det fysiske arbejdsmiljø (indretning af ambulancen mm.) end det psykiske?

Hvordan kan der komme fokus på det psykiske arbejdsmiljø?

Hvad optager regionerne? Og er der regionale forskelle?

F) Forforståelse: Danske Regioner har en masterplan

Der er blandt nogle reddere en usikkerhed over, hvorvidt de igangværende udbudsprocesser er en del af større strategi fra Danske Regioner, der handler om at få mere konkurrence på ambulancemarkedet.

Hvor centralt styret er processerne?

Samarbejder regionerne eller lader de sig blot inspirere af hinanden? Hvilke regioner samarbejder og hvordan?

Bilag 2 ST-dagbog

Den liggende sygetransport

Den liggende sygetransport tager sig af det, der hedder D-kørsler. Det vil sige patienter, der skal ligge ned under transporten, men som ikke kræver sundhedsfaglig behandling eller sundhedsfaglig overvågning undervejs.

I forbindelse med denne undersøgelse, blev referencegruppen for ST-reddere bedt om at udfærdige en dagbog over to arbejdsuger. Referencegruppen er en gruppe under Reddernes Udviklingssekretariat, der er ST-reddere fordelt over hele landet. Ud fra dagsbogsnotaterne er følgende dagbog sammensat. Dagbogen indeholder seks dage med dagbogsnotater fra forskellige ST-reddere i forskellige egne af Danmark.

Indimellem kører ST-redderne med patienter, hvor der er et ikke-genoplivningsbrev med. Det betyder, at dør patienten under transporten, så skal ST-redderne ikke forsøge at genoplive.

Dag 1 vagt på 9 timer, en tur

1. Udgangspunkt: Skejby ved Aarhus Universitetshospital. Ni timers dagvagt. Skal hente kvindelig patient, i begyndelsen af 50'erne på Rigshospitalet i København. Er opereret, går selv fra seng til bære. Har brug for at ligge, da det er en lang tur. Køres til eget hjem i Midtjylland.

Dag 2 vagt på 8 timer, fem ture

1. En arbejdsdag, otte timer vagt med fem køreture:
2. 50-årig kvindelig dialysepatient - lammet i begge ben - afhentet i eget hjem og køres til dialysebehandling på Sygehus. Rullede ved egen hjælp og efter eget ønske over på båren. (38 km)
3. Mand i 60'erne afhentes på Medicinsk Sengeafsnit på et hospital. Har været indlagt i otte dage grundet feber 40,3 C. og vejrtrækningsproblemer/kvælningss fornemmelse. Transporteres til Skejby Sygehus afdeling for blodsygdomme for udredning og klarlægning af hvad han fejler. Gik selv og uden støtte over til båren. (107 km)

4. Mand midt halvtredserne afhentes Neologisk Klinik - har trykforøgelse i hjernen - skal med forsigtighed slices (trækkes) over på vores bære - må ikke få rystelser af hovedet. Afleveres på et andet hospital i regionen, medicinsk sengeafdeling. Ikke genoplivningsbrev udleveret. (107 km)
 5. Dement kvinde i 80'erne afhentes på røntgen afdeling. Har smerter i hofte og bækken efter fald for længere tid siden. Afleveres i egen bolig på plejehjem i by 23 km fra hospitaler. En sosuhjælper fra plejehjemmet ledsagede patienten. Blev flyttet til og fra båren ved hjælp af lift. Ikke genoplivningsbrev udleveret. (22 km)
 6. Fyraften. (52 km hjem)
-

Dag 3 vagt på 8 timer, fire ture

1. Mand i 50'erne, cancerpatient (terminal). Ret dårlig, konfus og til tider tale med usammenhængende ord. Søster med som nødvendig ledsager. Afhentet i eget hjem. Afleveret på sygehus i anden region til scanning og efterfølgende samtale. Gik ned af tre udvendige trappetrin med støtte, vejledning og motivation. (220 km)
 2. Frokost på egen station.
 3. Mand i 50'erne afhentet på sygehus, ortopædkirurgisk sengeafsnit. Cancerpatient (terminal). Været indlagt i 8 dage efter fald. Grundet dårlig balance. Ingen brud. Afleveret i egen bolig. Modtaget af både nuværende og tidligere hustru. Gik med støtte og vejledning op ad trappe med 19 trin. Ikke genoplivnings brev udleveret.
 4. Ældre spinkel kvinde ca. 80 år afhentet på røntgen afdeling. Har for nylig fået to nye hofter. Har været til kontrol grundet smerter i den ene hofteprotese. Afleveret i forstad til samme by, i egen bolig. Bor alene. Søn, som er nærmeste nabo, tilser hende.
 5. Fyraften.
-

Dag 4 vagt på 8 timer, to ture

1. Mand i 60'erne, lammet, ingen sprog, Trakeotomi. Afhentes på sygehus i anden region, pat. skal suges under transporten, hans kone er oplært i dette, og sygeplejerske finder udstyr frem, vi gør opmærksom på, at dette ikke kan finde sted på kørsel D, da køretøjet ikke er indrettet til at fastspænde så meget udstyr, og der heller ikke er strømuttag til suget. Efter nogen diskussion, hvor vi bl.a. bliver bekendtgjort med, at vores kollegaer bare kører disse ture uden diskussion, vælger vi at køre turen, med 2 el-sug og et nødsug + div slanger, sprøjter m.m. liggende løst på gulvet i bårerum, (udstyret fylder ca. 1 kvm. på gulvet) Efterfølgende kontakter vi regionen, som lover at tage kontakt til sygehus, så det ikke sker igen. Tur 120 km.
 2. Mand 60'erne år kun iført natskjorte og ble. Afhentes på Sygehus afd. AMA overføres til andet sygehus afd. AMA. Cancer, bredt sig til hjernen, immobil, taler i vildelse, minus genoplivningsbrev medfølger. (55 km)
-

Dag 5 vagt på 8 timer, fem ture

1. Kvinde i 80'erne, afhentes på aflastningsplads på plejehjem, køres til medicinsk dagafsnit. Meget træt, skal ind og have blod, mange rygsmerter, forflyttes til bære med Sara Stedy hvilket tapper de sidste kræfter, hvorfor hun, på medicinsk dagafsnit, forflyttes til seng med glidebræt.
2. Kvinde i 60'erne, afhentes på rehabiliterings afdeling og køres til ortopædkirugisk ambulatorium. Har efter operation fået voldsom betændelse pga. indopereret metal, hele venstre hofteknogle er fjernet, hvorfor venstre ben skal holdes strakt i en bestemt position, sårsug med pumpe er tilkoblet. Vi forflytter meget forsigtig, fra seng til bære med glidebræt, samme forflytningsmetode på ortopædkir. AMB. (55 km)
3. Kvinde i 80'erne hentes på medicinsk dagafsnit, (Tur nr. 1) køres retur, er stadig meget træt, forflyttes med glidebræt.
4. Kvinde i 60'erne, afhentes på hospital, har blærebetændelse, sklerose, er opereret for vandcyste i hjernen, immobil, hendes fødder tåler ikke berøring, kan end ikke have et tæppe over fødderne, vi forflytter med glidebræt ved afhentning og aflæsning.

Dag 6 vagt på 12 timer, seks ture

1. Næsten ukontaktbar dame på mere end 100 år. Køres på sygehus, behandling indstillet. Datter køre med.
2. Ung mand med ondt i ryg. Obs tværsnit (af klemning af nerver) skal smertedækket. Ambulance tilkaldt. Vi bliver og manden bæres ned til ambulance efter smertedækning.
3. Indlæggelse. Ung kvinde med COVID-19 symptomer. Skal køres af os da siddende ikke kan rengøre efter tur.
4. Indlæggelse fra plejehjem. Obs COVID-19.
5. Hjemkørsel til plejehjem. Ej genoplivning. Mand med svær ALS.
6. Indlæggelse ung man faldet ned af trappe. Fejlstillet fod. Formentlig brækket. Han venner kan ikke forstå de ikke må komme med på sygehus.

Som det fremgår af de seks dages dagbogsnotater, så køres der en del af tiden med meget syge mennesker, som har brug for hjælp og støtte udover selve transporten i bilen. Det er opgaver, som kræver tid og en vis psykisk robusthed.

Om Reddernes Udviklingssekretariat

Reddernes Udviklingssekretariat gik i drift i januar 2011 som et resultat af overenskomstforhandlingerne i sommeren 2010. Sekretariat har til huse hos 3F, Kampmannsgade 4 i København.

Formålet var – og er det stadig – at sikre redderne en stemme på den politiske scene og et sted, hvor redderne kan være med til at udvikle nye løsninger i det præhospitale beredskab, inden for på brand- og redning og på assistanceområdet.

Bestyrelsen i Reddernes Udviklingssekretariat fastlægger rammerne for sekretariatets arbejde. Sekretariatet får derudover sparring fra referencegrupper, der består af aktive medlemmer inden for ambulance, sygetransport, brand og autohjælp.