

BONNÉN



Planlægningen af akutberedskabet og den præhospitale indsats

April 2009



Titel: Planlægningen af akutberedskabet og den præhospitale indsats

Opdragsiver: FOA – Fag og Arbejde

Udgivelse: April 2009

Denne analyse vedrørende planlægningen af akutberedskabet og den præhospitale indsats, er udarbejdet af BONNÉN & Partners ApS og er ikke at anvende i andet regi uden kildeangivelse.

Indhold

Formålet med analysen	4
Sammenfatning.....	5
Indledning	7
Krav om maksimal responstid og afklaring af hjælpebegrebet.....	8
Spørgsmålet om niveau og dækningsgrad	9
Komplementerende og supplerende tiltag	10
Fokus på uddannelse og praktik	12
Hvervning og uddannelse af ambulancereddere	14
Mulig hjemtagelse af ambulancekørslen.....	16
Samtænkning af relevante opgavefunktioner.....	18
Samarbejde på tværs af regionsgrænserne.....	19
Region Sjælland som fyrtårn.....	20
Konkluderende bemærkninger.....	22

Formålet med analysen

Formålet med denne analyse, vedrørende planlægningen af akutberedskabet og udviklingen af de offentlige ydelser, er, at bidrage til de igangværende overvejelser vedrørende mulige tiltag, som må antages at kunne styrke den præhospitale indsats, og således understøtte de videre overvejelser herom og dermed beslutningsgrundlaget for de politiske dispositioner.

Hvis akutberedskabet også i fremtiden skal kunne indfri forventningerne til en optimal løsning af opgaver på skadestedet, er det vigtigt, at såvel de ændrede forudsætninger foranlediget af en fortsat reducere i antallet af sygehuse og akutmodtagelser, som nye muligheder for opgaveløsningen søges inddraget samt at udviklingen af nye synergieffekter opsøges.

Hvad angår den præhospitale indsats, betragtes dette som alt, der vedrører den tid, der går fra alarmering via 1-1-2 til hospitalisering, herunder den præhospitale behandling og ambulancetransport.

Således rettes i det følgende fokus på ambulancetjenesten, herunder uddannelse og praktik, herved og uddannelse af ambulancereddere, muligheder og perspektiver for regionerne ved en hjemtagelse af herved og uddannelse af ambulancereddere og/eller ambulancekørslen, samtænkning af opgaver på tværs af sektorer og regionsgrænser samt behovet for standardisering og optimering af arbejdsforhold for ambulancereddere.

Sammenfatning

Med stadig færre akutmodtagelser og specialisering af landets sygehuse samt en mulig indførelse af en responstid på maksimalt 15 minutter, er forudsætningerne for den nuværende organisation af akutberedskabet under forandring.

Netop de større afstande mellem akutmodtagelserne nødvendiggør en udbygning af akutberedskabet med det formål at få styrket den præhospitale indsats, der ydes patienterne indtil mødet med sygehuset.

Således synes det umiddelbart mere hensigtsmæssigt for samfundet at lægge vægten på uddannelsen af NIVEAU II reddere (læs: ambulancereddere), der vil kunne sikre livsvigtige funktioner og dermed forøge patientens overlevelseschance, frem for få specialister, hvorved responstiden for den livreddende førstehåndsindsats alt andet lige må antages hævet.

Alligevel udstyres stadig flere ambulancer med NIVEAU III reddere (læs: paramedicinere), ligesom også læger og sygeplejersker i et stadigt større omfang involveres. Af samme årsag bør det overvejes hvorvidt og/eller i hvilken udstrækning de stadigt voksende krav til akutberedskabet synes nødvendige.

Med fokus på antallet af ambulanceberedskaber, der vil kunne dække geografien og sikre livsvigtige funktioner, bør også andre komplementerende og supplerende tiltag kunne gøre sig gældende. I den forbindelse skal muligheden for inddragelsen og anvendelsen af stadig flere uddannede brandfolk som nødbehandlere finde omtale.

Dette gør sig bl.a. gældende ved eksempelvis trafikuheld i situationer, hvor ambulancen endnu ikke måtte være fremme, samt via det tværfaglige samarbejde mellem brandfolk og ambulancepersonel i det præhospitale arbejde igennem indsatsen.

Dog handler det ikke blot om at sikre landets samlede geografi, men samtidig og i naturlig forlængelse heraf at sikre den nødvendige kvalitet i uddannelsen af ambulancereddere. I den forbindelse skal manglen på ensartethed finde omtale samt behovet for sammenhæng i uddannelses- og praktikforløbet.

Med henvisning til den manglende kvalitetssikring i uddannelsen af ambulancereddere, bør det i naturlig forlængelse heraf seriøst overvejes, hvorvidt det samtidig ikke ville være både optimalt og mere hensigtsmæssigt om regionerne selv burde stå for hvervningen og uddannelsen af personel til ambulancetjenesten.

Hvor en hjemtagelse af hvervningen og uddannelsen af ambulancereddere, vil kunne fremme konkurrencen blandt potentielle ambulanceoperatører og samtidig indrømme regionerne en større manøvre frihed og spillerum, end det i dag er tilfældet, skaber regionerne samtidig muligheden for – på et hvilket som helst tidspunkt – at hjemtage ambulancekørslen.

At regionernes hjemtagelse af ambulancekørslen skulle afstedkomme større omkostninger og betyde mindre effektivitet, synes ovenud vanskelig at forestille sig med henvisning til

muligheden for netop skabelsen af nye synergieffekter og som følge heraf optimal udnyttelse af de samlede ressourcer.

Netop muligheden for at samtænke relevante opgavefunktioner og samarbejde på tværs af sektorerne vil alt andet lige skabe bedre udnyttelse af de økonomiske ressourcer, ligesom effektiviteten og fleksibiliteten vil kunne øges, herunder en videreudvikling af ambulancetjenesten, som samtidig vil kunne tilpasses specialerne på regionernes sygehuse.

I den forbindelse synes det logisk og oplagt om regionerne, alene eller i samarbejde med kommunerne, forestår etableringen af ambulancestationer i tilknytning til skadepoliklinikker og/eller nuværende eller planlagte lægehuse.

Ved at kombinere skadepoliklinikker og/eller lægehuse og ambulanceberedskab skabes samtidig forudsætningen for, at disse skadepoliklinikker og lægehuse vil kunne fungere som akutte modtagelsesklinikker, ligesom de vil kunne bidrage til en større dækningsgrad for befolkningen samt give de ansatte ambulanceredderne den nødvendige viden og tryghed, hvad angår geografiske og bopælsmæssige forhold m.m.

Mulighederne for optimal udnyttelse af ressourcerne og skabelse af nye synergieffekter gennem en samtænkning af opgaver mellem på den ene side ambulanceberedskaberne, og på den anden side de nuværende samt planlagte skadepoliklinikker og lægehuse, synes mulighederne ikke mindre på tværs af regionsgrænserne.

I den forbindelse bør regionerne i fællesskab få formuleret en række specificationskrav til ambulancens indretning og arbejdsforhold, således at regionens hvervede personale vil kunne udlånes mellem regionerne i tilfælde af pludseligt opståede behov uden på forhånd at skulle bruge tid på nyoplæring og kendskab til de forskellige operatørers ambulancekøretøjer og specifikationer.

Ligeledes bør regionerne overveje udviklingen af en enstrengt struktur for ambulancetjenesten og få opbygget en mindre overskudskapacitet af ambulancer, som vil kunne indsættes i tilfælde af en eller flere større hændelser, og som passende kunne forankres hos en til formålet oprettet ambulanceskole øst og vest for Storebælt, hvor elever fra 7. skoleperiode vil kunne bemande disse.

Hvor andre regioner har overstået udbudsrunden for ambulancekørslen og dermed ikke, vil kunne skabe hverken samtænkningen eller gøre brug af de omtalte synergieffekter, synes situationen og muligheden for Region Sjælland ganske anderledes. Således vil Region Sjælland, med en hel eller delvis hjemtagelse af ambulancedriften, meget vel kunne få karakter af fyrtårn for de øvrige regioner.

Indledning

Omlægningen af sygehusstrukturen i regionerne har medført, at en række akutmodtagelser er nedlagt eller planlægges bragt til ophør.¹ Som følge af disse omstruktureringer vil der i en række tilfælde opstå længere afstand mellem de tilbageværende akutmodtagelser og skadestuer.²

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der tale om en nødvendig udvikling, hvis borgerne også fremover skal kunne forvente et behandlings- og plejetilbud af høj faglig og ensartet kvalitet, hvilket kun synes praktisk realisabelt gennem en fortsat specialisering af sundhedsvæsnets akutafdelinger.³

Således vil det fortsat være nødvendigt at udvikle og udbygge såvel det akutte beredskab i almindelighed som den præhospitale indsats i særdeleshed for at sikre borgerne en hurtig, sammenhængende og effektiv samt kvalificeret hjælp, uanset hvor i landet, man måtte befinde sig.⁴

Hvor det vil være indlysende at tage udgangspunkt i allerede tilvejebragte erfaringer med ordningen omfattende læge- og akutbiler, bør fokus samtidig udvides til også at omfatte andre mulige tiltag, der kan komplementere og supplere det bestående beredskab, herunder inddragelsen og anvendelsen af andre faggrupper.⁵

I den forbindelse synes den politiske ambition om en responstid på maksimalt 15 minutter for akutberedskabet ikke mindre interessant, hvori det hedder, at akutberedskabet skal indrettes, ” ... så hjælpen under normale omstændigheder kan være fremme inden for 15 minutter fra alarmcentralen modtager et opkald om assistance via 112”, som det udtrykkes i regeringens kvalitetsreform.⁶

¹ For mere herom henvises til rapport: Fremtidens akutberedskab – Sundhedsstyrelsens oplæg, København, november 2006.

² Ifølge regeringens ekspertpanel må kvalitet om nødvendigt gå forud for nærhed, som er et led i den politiske aftale fra 2006. For mere herom henvises til rapport: Regionernes investerings- og sygehusplaner, screening og vurdering, regeringens ekspertpanel, København, november 2008, kapitel 3, afsnit 3.2, s. 21.

³ Målsætningen med færre men større og fælles akutmodtagelser (FAM), er at sikre akutte patienter samme høje kvalitet i modtagelse, udredning og behandling uafhængig af, hvor i landet patienten kommer fra og uanset om patienten indlægges dag, aften, nat eller weekend. Således skal FAM være bemanded med alle tænkelige kompetencer, som døgnet rundt skal sikre den akutte patient den bedst tænkelige behandling. Som opfølgning på Sundhedsstyrelsens oplæg har Region Syddanmark som den første region, udarbejdet udkast til en fælles model for, hvordan de fælles akutmodtagelser (FAM) skal organiseres. Baggrunden for modellen er regionens egen akutplan og gennemførelsesplan. For mere herom henvises til rapport: Fremtidens akutberedskab – Sundhedsstyrelsens oplæg, København, november 2006 og udkast til rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark, Vejle, april 2009.

⁴ Hvor de igangværende overvejelser omfattende indførelsen af et muligt ambulancehelikopterberedskab synes relevante med henvisning til de igangværende og/eller planlagte ændringer i den nuværende organisation af sygehusvæsnets, vil det samtidig være vigtigt, at fokus udvides til også at omfatte andre komponenter, som på gensidig vis vil kunne ikke erstatte, men komplementere hinanden.

⁵ For mere herom henvises til Preben Bonnén og Jakob Søndergaard, Muligheder og perspektiver i organisationen af det præhospitale beredskab, BONNÉN REPORT, København, oktober 2007, s. 10.

⁶ For mere herom henvises til rapport: Bedre velfærd og større arbejdsglæde – Regeringens strategi for høj kvalitet i den offentlige sektor, Statsministeriet, København, august 2007, kapitel VIII, afsnit 1, s. 145.

Krav om maksimal responstid og afklaring af hjælpebegrebet

Sundhedsministeriet (dengang Indenrigs- og Sundhedsministeriet) har efter regeringens oplæg til kvalitetsreform nærmere uddybet, hvilke kriterier der ikke hører under begrebet "normale omstændigheder". Disse eksemplificeres ved situationer, " ... hvor ambulancen f.eks. punkterer eller selv bliver involveret i et trafikuheld eller blokeret af andre trafikuheld under fremkørsel (...)".⁷

Andre kriterier, som finder omtale, er hvor " ... vejret gør vejene svært fremkommelige, eller ved katastrofer, hvor hele ambulanceberedskabet fastlåses i et område samt udrykningskørsel på øer uden fast forbindelse". Disse eksempler ligger ligeledes uden for "normale omstændigheder", som det udtrykkes.⁸

Hvor beskrivelsen af de "normale omstændigheder" er forklaret og uddybet, synes der omvendt at være et fortsat behov for en nærmere afklaring af, hvilken type "hjælp", som forventes fremme inden for 15 minutter.

Det synes at være den almindelige opfattelse, at "hjælpen" er ensbetydende med ambulanceberedskabet, selvom begrebet ambulance ikke specifikt finder omtale i kvalitetsreformen.⁹

Således er begrebet hjælp at betragte som værende mere end forestillingen om, at hjælp kun kan forestås af ambulanceberedskaber. Det knytter sig også til fortolkningen af en ambulance, som ellers er fastlagt i forordningen, men fortsat står som noget mere alsidigt i den brede befolknings bevidsthed.¹⁰

Hvor kravet om en responstid for akutberedskabet på maksimalt 15 minutter indgik ikke i forhandlingerne om finansloven for finansåret 2008, blev problemstillingen omvendt drøftet, ligesom det blev vedtaget at nedsætte et udvalg med det formål at udarbejde en mulig model.

⁷ For mere om Indenrigs- og Sundhedsministeriets uddybning henvises til Preben Bonnén og Jakob Søndergaard, Muligheder og perspektiver i organisationen af det præhospitale beredskab, BONNÉN REPORT, oktober 2007, kapitel 3.4, s. 43.

⁸ For mere om Indenrigs- og Sundhedsministeriets uddybning henvises til Preben Bonnén og Jakob Søndergaard, Muligheder og perspektiver i organisationen af det præhospitale beredskab, BONNÉN REPORT, oktober 2007, kapitel 3.4, s. 43.

⁹ At den almindelige opfattelse af hjælpen er ensbetydende med ambulanceberedskabet, synes også at være tilfældet for Falcks vedkommende. Ifølge Falck vil kravet om en responstid på maksimalt 15 minutter, før ambulanceberedskabet – som Falck omtaler hjælpen – kan forventes fremme, tage flere år at indfri. Falck står for omkring 85 % af al ambulancekørsel i Danmark og har i den forbindelse understreget, at kravet ikke på nuværende tidspunkt er praktisk realisabelt, idet den omtalte garanti vil forudsætte omkring yderligere 60 til 70 ambulancer, ligesom disse umiddelbart må forventes vanskelige at få bemandede. Således antager Falck ekstra omkostninger i en størrelsesorden på omkring 250 mio. kr. For mere herom henvises til udtalelse fra Allan Søgaard Larsen i Beredskabsinfo, 8. marts 2008.

¹⁰ For mere herom henvises til Preben Bonnén og Jakob Søndergaard, Muligheder og perspektiver i organisationen af det præhospitale beredskab, BONNÉN REPORT, København, oktober 2007, s. 10.

Således vedtog man nedsættelsen af ” ... et udvalg med relevante parter, der nærmere skal vurdere og kortlægge behovet for kapacitetsudvidelsen af det præhospitale beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur.¹¹

Spørgsmålet om niveau og dækningsgrad

Hvad angår niveauet for hjælpen, vil det ifølge regeringens ekspertpanel være ” ... vigtigt at styrke den præhospitale indsats, der ydes for patienterne, indtil de kommer på hospitalet. Det er med andre ord ikke transporttiden i sig selv, der er problemet. Det er tiden til patienten møder den relevante hjælp, der er afgørende”, som det påpeges.¹²

Tidsintervallet for, hvornår patienten kan forvente at møde den af ekspertpanelet omtalte relevante hjælp, vil dog afhænge af antallet af beredskaber, ligesom en række andre forhold vil gøre sig gældende, herunder forskellige karakteristika, som geografi og demografi. I den forbindelse skal forskellen på storbyerne og provinsen fremhæves, som alt andet lige byder på forskellige krav og løsninger.

Hvor intentionen om en responstid på maksimalt 15 minutter er umiddelbar god, synes selvsamme ambition omvendt proportional i forhold til kompetence og responstid. Den stiller store krav i forhold til at finde balancen mellem forventningerne til ambulancepersonalets kvalifikationer, antallet af beredskaber og netop intentionen om en responstid på maksimalt 15 minutter.

Således synes det umiddelbart mere hensigtsmæssigt for samfundet at lægge vægten på uddannelsen af NIVEAU II reddere (læs: ambulancereddere), der vil kunne sikre livsvigtige funktioner og dermed forøge patientens overlevelseschance, frem for få specialister, hvorved responstiden for den livreddende førstehåndsindsats alt andet lige må antages hævet.¹³

Alligevel udstyres stadig flere ambulancer med NIVEAU III reddere (læs: paramedicinere), ligesom også læger og sygeplejersker i et stadigt større omfang involveres. Af samme

¹¹ Det er forventningen, at der foreligger en samlet plan for den overordnede indretning af fremtidens sygehusstruktur inden udgangen af 2008, og at udvalgets kortlægning på den baggrund kan foreligge i efteråret 2009”, som det blev udtrykt i Finanslovsaftalen for finansåret 2008 vedrørende det præhospitale akutberedskab. Dog skal det bemærkes, at hvor kravet om en maksimal responstid på maksimalt 15 minutter allerede blev fremsat af regeringen i sin kvalitetsreform, var det på initiativ af Dansk Folkeparti (DF), at problemstillingen blev drøftet under finanslovsforhandlingerne. Det af forligspartierne nedsatte udvalg, forventes færdig med sit arbejde i efteråret 2009.

¹² For mere herom henvises til rapport: Regionernes investerings- og sygehusplaner, screening og vurdering, regeringens ekspertpanel, København, november 2008, kapitel 3, afsnit 3.2, s. 21.

¹³ Kravet om, at hjælpen skal være fremme inden for 15 minutter, vil alt andet lige stille stadig større krav til ambulanceberedskabet, ligesom det umiddelbart er antagelsen, at flere ressourcer vil være påkrævet. Hvad angår kravet om at hjælpen skal være fremme inden for 15 minutter, synes der dog ikke at have indgået i overvejelserne – i formuleringen af dette krav – at forskellige typer sygdomme/skader kræver forskellige responstid. Endelig synes man at have overset regionernes bestræbelser med at få differentieret udrykningsmønsteret, grundet regionale og lokale omstændigheder. Hvor f.eks. den gennemsnitlige responstid i Region Nordjylland er på blot ni minutter, tager en ud af 14 udrykninger mere end 15 minutter. I storbyerne derimod er ambulancen som regel fremme på skadestedet i løbet af ganske få minutter.

årsag bør det overvejes hvorvidt og/eller i hvilken udstrækning de stadigt voksende krav til akutberedskabet synes nødvendige.

Som uddannet NIVEAU III redder, er det forventningen, at man i størst muligt omfang kun anvendes til de udrykningskørsler, hvor der må antages at være et egentligt behov for denne udvidede kompetence.¹⁴

Ved at overlade NIVEAU III reddere opgavesæt, som i dag varetages af NIVEAU II reddere, kan man ikke udelukke, at NIVEAU II reddernes anvendelse på længere sigt vil blive marginaliseret til blot at omfatte sygetransporten mellem behandlingsstederne.

Denne marginalisering af NIVEAU II reddere vil alt andet lige og med sandsynlighed underminere den enkelte NIVEAU II redders nuværende incitament til at fortsætte sit virke i faget og dermed på længere sigt vanskeliggøre den politiske ambition om en responstid på maksimalt 15 minutter.

Med en underminering af NIVEAU II reddernes incitament ved en utilsigtet, men samtidig uhensigtsmæssig inddragelse af eksempelvis NIVEAU III, er det ydermere antagelsen, at muligheden for opretholdelsen af en egentlig uddannelse for ambulancereddere må antages for værende mindre.

Alternativt bør NIVEAU III indgå som et obligatorisk led blandt flere (læs: NIVEAU I og II) i selve uddannelsen til ambulanceredder, hvorved rekrutteringen og uddannelsen af ambulancereddere hverken svækkes eller utilsigtet udfordres.

Hvor mulighederne og perspektiverne for uddannelsen til ambulanceredder på længere sigt således afgjort er til stede, handler det dog på nuværende tidspunkt om at øge anvendelsen af nuværende kompetencer med henblik på at dække geografien, ligesom det er forventningen at NIVEAU II reddere i de fleste tilfælde, vil være ovenud kvalificerede til at løse opgaven.

Komplementerende og supplerende tiltag

Med fokus på antallet af ambulanceberedskaber, der vil kunne dække geografien og sikre livsvigtige funktioner, bør også andre komplementerende og supplerende tiltag kunne gøre sig gældende. I den forbindelse skal muligheden for inddragelsen og anvendelsen af stadig flere uddannede brandfolk som nødbehandlere finde omtale.

Anvendelsen af brandfolk synes logisk og hensigtsmæssig i det tilfælde, at responstiden fra ambulanceberedskabet måtte være længere (grundet forskellige faktorer) end kalkuleret, ligesom brandfolk uddannet til nødbehandlere vil kunne bidrage til honorering af

¹⁴ Jo større kompetence den enkelte redder udstyres med, desto større vil dennes ønske om at anvende disse være, ligesom det handler om at få de hvervede kompetencer udnyttet på bedste og mest optimal vis.

en responstid på maksimalt 15 minutter og sikre flere kvalificerede personer ved større ulykker og katastrofer.¹⁵

Dette gør sig bl.a. gældende ved eksempelvis trafikuheld i situationer, hvor ambulancen endnu ikke måtte være fremme, samt via det tværfaglige samarbejde mellem brandfolk og ambulancepersonel i det præhospitale arbejde.

Nødbehandlere råder over redskaber omfattende puls-oxygen-målere, medicinsk ilt, hjertestarter, ligesom disse muliggør en behandling, der i vid udstrækning kan sikre livsvigtige funktioner.¹⁶

Samtidig er nødbehandlere uddannet til at anvende samme metodik til primær og sekundær undersøgelse som ambulancereddere, ligesom der i uddannelsen lægges vægt på at nødbehandlere inden for ganske kort tid kan, påbegynde/afslutte behandling og give en overdragelse til ambulanceredder og/eller læge, hvor der anvendes en ganske bestemt rækkefølge, og hvor der anvendes samme sprog.¹⁷

At forskellige faggrupper vil kunne komplementere og supplere hinanden på mere effektiv vis end det i dag er tilfældet, er sygehusområdet et eksempel på, hvor sygeplejersker med flere kompetencer, vil kunne bistå lægehvervet, ligesom social- og sundhedsassistenter vil kunne aflaste sygeplejerskerne.

Af samme årsag synes det hensigtsmæssigt om uddannelsen af nødbehandlere blev formaliseret, hvilket ikke er tilfældet i dag, med det formål at få et ensartet og koordineret samt struktureret koncept udviklet.

Med inddragelsen af eksempelvis brandfolk handler det ikke om at nedbryde eksisterende faggrænser, men blot om at få indrømmet samfundets samlede beredskab den nødvendige fleksibilitet og borgerne den relevante hjælp.

¹⁵ Således har frivillige i Sommersted (Haderslev Kommune) – uddannet i akut førstehjælp – udviklet en model, som alt andet lige synes at kunne danne skole for akut førstehjælp i de landsdele, hvor responstiden er længere end 8-10 minutter. Den gennemsnitlige responstid for førstehjælpsenheden i Sommersted er på 2 minutter og 43 sekunder. Ordningen i Sommersted har fungeret i omkring fire år, ligesom lignende ordninger findes på Langeland og i Nordborg. For mere herom henvises til Preben Bonnén og Jakob Søndergaard, Muligheder og perspektiver i organisationen af det præhospitale beredskab, BONNÉN REPORT, København, oktober 2007, s. 10.

¹⁵ For mere herom henvises til rapport: Fremtidens akutberedskab – Sundhedsstyrelsens oplæg, København, november 2006.

¹⁶ Således skal nødbehandlere indenfor et minut kunne bedømme om en patient er kritisk på et eller flere punkter i primær undersøgelse og iværksætte korrekt behandling overfor diagnose. Ved svære traumer i ansigt eller hvor tungen spærrer for frie luftveje, er det muligt ved hjælp af tungeholder eller nasal airway at skaffe mulighed for at give ilt. Suget anvendes i de situationer hvor luftveje er spærret af eksempelvis slim, bræk eller genstande der ikke umiddelbart kan fjernes med fingrene, ligesom en konstant overvågning af patientens kredsløb ved hjælp af puls/oxygen måler, giver mulighed for at følge om patientens tilstand bedres eller forværres, hvormed næste skridt i behandlingen er meget hurtig at forudse.

¹⁷ Nødbehandlere er at betragte som personel, der har opnået viden og færdigheder, der i vid udstrækning overstiger den almindelige førstehjælper. Det er personel, der giver en overdragelse, der sikrer videre behandling meget hurtigt, og hvor ambulancereddere og/eller læger kan bygge videre på behandling i løbet af meget kort tid.



Brandfolk som nødbehandlere fra Brand og redning ved Fighter Wing Skrydstrup © BONNÉN

Således bør valg af kapaciteter og kompetencer i akutberedskabet mere hvile på dækningsgraden end niveauet, ligesom det er antagelsen, at stat og regioner samtidig og på bedre vis vil kunne tilrettelægge uddannelsen efter de behov en specialisering og differentiering af sygehusenes ydelser indebærer.¹⁸

Fokus på uddannelse og praktik

Dog handler det ikke blot om at sikre landets samlede geografi, men samtidig og i naturlig forlængelse heraf at sikre den nødvendige kvalitet i uddannelsen af ambulancereddere. I den forbindelse skal manglen på ensartethed finde omtale samt behovet for sammenhæng i uddannelses- og praktikforløbet.¹⁹

¹⁸ Dette også med henvisning til den nuværende problemstilling omfattende tilstrækkelige mange ambulancereddere, som det er blevet understreget af regionerne m.fl.

¹⁹ Den "... grundlæggende uddannelse til ambulanceassistent skal omfatte mindst 6 måneders teoretiske kurser med sundhedsfagligt indhold, 4 måneders praktik, jf. stk. 4, samt 2 måneders ambulancepraktik". Dette med det formål at sætte ambulanceassistenten i stand "... til at assistere ambulancereddere og ambulancereddere med særlig kompetence". For mere herom henvises til: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitalt beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. i medfør af § 169 og § 210, stk. 4, i sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005, kapitel 4. § 21, stk. 2 vedrørende bemanning af ambulancer og uddannelse af ambulancemandskab.

At sammenhængen ikke synes tilstrækkelig, skyldes ikke mindst den nuværende struktur, hvor undervisningen af redder-elever finder sted på enten EUC Vest i Esbjerg eller Erhvervsakademiet Nordsjælland i Hillerød, ligesom der indgår praktik på en ambulancestation og teoretisk undervisning på en række ophold på social- og sundhedsskolerne.

Hvor intentionen med en skiftevis skole og praktikperiode synes både god og hensigtsmæssig, er der omvendt plads og rum til forbedringer. Koordineringen mellem uddannelsesinstitutionerne synes mangelfuld, ligesom den enkelte social- og sundhedsskole har for stor frihed til at fastlægge såvel undervisningens indhold som eksaminationsform.²⁰

Hvis redder-eleverne skal kunne sikres en både ensartet og høj faglig kvalitet i undervisningen, forudsættes det at man fra centralt hold og i – vel at mærke – ministerielle rammer får formuleret nogle klare og specifikke retningslinier for såvel undervisningens indhold som forløb.²¹

Taget ambulancereddernes vigtige funktion og hverv i betragtning, bør undervisningen baseres på brugen af rette kompetencer og erfaringer, herunder og ikke mindst præhospitalet erfaring og erfaring med akutte patienter, ligesom hospitalspraktikken udelukkende bør fokusere på indhold, der kan sættes i direkte relation til ambulancebehandlingen.²²

Med det formål at få undervisningen målrettet mod NIVEAU I (læs: ambulanceassistent), som er ambulancereddernes fokusområde, og skabe de bedste rammer herfor, bør regionerne som følge heraf seriøst overveje at oprette en egentlig skole øst og vest for

²⁰ Hvor bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. vedrørende bemanning af ambulancer og uddannelse af ambulancemandskab omtaler relevant fagligt indhold omfattende undervisning i anatomi, fysiologi, hygiejne, symptomlære, sygdomslære, herunder smitsomme sygdomme, observationsteknik, elementær pleje og omsorg, fødselslære og pleje af nyfødte, farmakologi, håndgreb herunder defibrillering, ergonomi, psykologi, psykiatri, sociale og lovmæssige forhold, etnologi, sundhedsvæsenets organisation, samarbejdspartnere og informationsteknologi, forholder den sig omvendt ikke til vægningen. Således kan en redder-elev fra EUC Vest i Esbjerg i princippet komme op til eksamen, som i indhold og form afviger fra den eksamen man kan komme op til på Erhvervsakademiet Nordsjælland i Hillerød, hvilket hverken er tilfredsstillende eller hensigtsmæssigt. For mere herom henvises til: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. i medfør af § 169 og § 210, stk. 4, i sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005 § 21, kapitel 4, § 2, stk. 3 vedrørende bemanning af ambulancer og uddannelse af ambulancemandskab.

²¹ Som et led i professionsprofileringen fremhæves det i almindelighed, at netop ensartetheden, sikrer høj faglig kvalitet i undervisningens indhold og forløb.

²² Uddannelsen omfatter ” ... klinisk praktik med indøvning af færdigheder, som indgår i den teoretiske undervisning. Praktikken foregår på hospital samt eventuelt i lægevagt, på plejehjem, i hjemmepleje samt ved sociale og psykiatriske institutioner”. Dog bør uddannelsen i stadig større udstrækning rette fokus på relevant indhold for redder-eleverne hvis fokus og behov afviger fra social- og sundhedsassistenterne. For mere herom henvises til: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. i medfør af § 169 og § 210, stk. 4, i sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005 § 21, kapitel 4, § 21, stk. 4 vedrørende bemanning af ambulancer og uddannelse af ambulancemandskab.

Storebælt for uddannelsen af ambulancereddere med relevant og målrettet fagligt indhold.²³

Hvervning og uddannelse af ambulancereddere

Med henvisning til den manglende kvalitetssikring i uddannelsen af ambulancereddere, bør det i naturlig forlængelse heraf seriøst overvejes, hvorvidt det samtidig ikke ville være både optimalt og mere hensigtsmæssigt om regionerne selv burde stå for hvervningen og uddannelsen af personel til ambulancetjenesten.

Ved at lade regionerne selv påtage sig opgaven for hvervningen og uddannelsen af personel til ambulancetjenesten, vil fokus på bedre vis kunne holdes på ambulancehvervet og akutmønstret, ligesom man vil kunne sikre den fortsatte stabile og nødvendige tilgang af ambulancereddere.²⁴

Hvad angår rekrutteringen af kommende ambulancereddere, vanskeliggøres denne ydermere og unødigt af, at det på forhånd ikke er muligt for den enkelte kandidat på eget initiativ at søge ind på uddannelsen.

Optaget af redder-elever er baseret på den gamle mesterlæreuddannelse, hvor Københavns Brandvæsen og Falck stiller et vist antal pladser til rådighed, som man efterfølgende kan søge ind på med mulighed for et uddannelsesforløb omfattende praktik og skoleforløb inden for ambulancetjenesten.²⁵

Hvor det er muligt at blive optaget på et grundforløb på social- og sundhedsskolerne er dette ikke tilfældet på uddannelsen som ambulanceredder, hvilket bør give anledning til overvejelser om introduktionen af frit optag inden for de af regionerne selv fastsatte rammer.²⁶

²³ Muligheden for oprettelsen af en egentlig ambulanceskole med relevant og målrettet fagligt indhold, er til stede med henvisning til bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. For mere herom henvises til: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. i medfør af § 169 og § 210, stk. 4, i sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005 § 21, kapitel 4, § 25 vedrørende bemanning af ambulancer og uddannelse af ambulancemandskab.

²⁴ Dette med henvisning til arbejdet som redder i Falck, som udover ambulancetjeneste rummer en række ikke relevante opgaver i forhold til ambulancetjenesten. Det være sig autohjælp, og redning samt bjærgning, som beslaglægger ressourcer i forhold til netop hvervet ambulancetjeneste. I forlængelse heraf skal også re- autorisation og vedligeholdelse af omtalte uddannelse finde omtale, hvilket ligeledes lægger beslag på disponibelt mandskab.

²⁵ Når den enkelte kandidat ikke selv kan søge optagelse på uddannelsen, skyldes det de nuværende gældende forhold vedrørende praktikperioden, som skal indgå i driften. Hvor optagets omfang (læs: antal) fastsættes centralt i de respektive uddannelsesafdelinger, er det den respektive stationsleder forestår den daglige kontakt til redder-eleverne i praktikperioden.

²⁶ Hvad angår de på nuværende tidspunkt gældende betingelser, vil det være muligt for de optagende redder-elever på ambulanceuddannelsen, at tilsidesætte grundforløbet. Dog synes det påfaldende, at alle andre erhvervsuddannelser har at gøre med et grundforløb, som samtidig er forudsætningen for et hovedforløb, hvorimod redder-uddannelsen ikke indledes med noget grundforløb, men primært er baseret på meritregler udformet af Transport Undervisnings Rådet (TUR), og som på uhensigtsmæssig vis synes at fjerne fokus fra et fagligt relevant grundforløb.

Spørgsmålet om hvorvidt regionerne selv bør forestå hvervningen og uddannelsen af personel til ambulanceberedskabet, synes ikke mindre aktuel og relevant med henvisning til de i regionerne overståede udbud omkring netop ambulancekørslen omfattende flere ambulanceoperatører.

Dette ikke mindst fordi regionerne med udliciteringen fik skabt en både uheldig og unødigt usikkerhed på området blandt redder-eleverne, hvilket kunne have fået ganske fatale konsekvenser for hvervet ambulanceredder i særdeleshed og samfundet i almindelighed.²⁷

Med henvisning til regionernes planer om at sende ambulancekørslen i udbud hvert femte og/eller sjette år, synes ansættelsesbetingelserne for redder-eleverne ydermere og alt andet lige vanskeliggjort, idet færdiguddannelsen af redder-elever lidet sandsynligt kan forventes indfriet inden for kontraktperioden.²⁸

Således kan det ikke udelukkes, at der vil kunne opstå mangel på kvalificeret personale til at bemane ambulanceberedskaberne i det tilfælde, hvor en eller flere ambulanceoperatører i en indeværende kontraktperiode måtte træffe beslutning om ikke at deltage i det efterfølgende udbud, hvorved incitamentet til fortsat at ansætte redder-elever må betragtes som værende ikke til stede.²⁹

Ved at hjemtage hvervningen og uddannelsen af ambulanceredder, vil regionerne ikke risikere at blive placeret i en situation med mangel på kvalificeret personel, i det tilfælde at en given ambulanceoperatør måtte vælge ikke at fortsætte efter kontraktens udløb eller i forventning om ikke at vinde næste udbudsrunde.³⁰

Hvor uddannelsen for redder-elever under den nuværende ordning finansieres af det offentlige, er ansættelsesforholdet af redder-eleverne i princippet et anliggende for de

²⁷ Kendetegnende for ansøgere til hvervet ambulanceredder, er deres på forhånd og velkendte engagement og vilje til at påtage sig ansvar, hvorfor det handler om at udvise respekt for eleverne og stille krav til respekt.

²⁸ Varigheden af den nye redder-uddannelse med speciale, som ambulanceassistent er på 2 år og 10 måneder. Dog vil redder-eleven først efter den afsluttende prøve kunne varetage opgaven som assistent på en ambulance. Derefter skal redderen virke som ambulanceassistent i halvandet år inden redder-eleven efterfølgende vil kunne påbegynde uddannelsen som ambulanceredder. Hvad dog ikke synes at have fået tilstrækkelig megen opmærksomhed, er indholdet i den nuværende redder-uddannelse, som omfatter elementer som vejhjælp og bjærgning, hvilket ikke synes hverken logisk eller relevant i forhold til en redder-uddannelse. Således synes betegnelsen redder-uddannelse enten misforstået eller misbrugt, ligesom denne er baseret på et monopol, som af samme årsag ikke bør lægge til grund for en ny organisation af det præhospitale beredskab.

²⁹ Årsagen til problemet er at betragte som en uheldig konsekvens af, at en og samme operatør hidtil har haft monopol på området, og ikke regionernes intention og beslutning om at skabe lige forudsætninger og vilkår for flere operatører med det formål at få skabt større konkurrence mellem flere udbydere.

³⁰ Medmindre omkostningerne for uddannelsen af redder-eleverne i en igangværende kontraktperiode efterfølgende vil kunne pålægges den/de ambulanceoperatører, som overtager opgaven og/eller forpligtede kommende ambulanceoperatørerne til at indtræde som arbejdsgiver i de elevkontrakter, som den/de hidtidige operatør har måttet indgå i et givent område, som krævet af Region Sjælland i det nye udbudsmateriale. Skulle regionerne derimod vælge at hjemtage hvervningen og uddannelsen af ambulanceredder, bør optaget baseres på den enkelte regions behov, ligesom Danske Regioner med rette vil kunne forestå koordineringen og planlægningen.

respektive ambulanceoperatører, der samtidig forestår udbetalingerne af løn til redder-eleverne under hele uddannelsesforløbet.³¹

Det skal dog bemærkes, at ambulanceoperatørerne modtager refusion for tabt arbejdsindsats under redder-elevens ophold på skole.³² I praksis betyder dette at staten finansierer uddannelsen af redder-eleverne, mens indholdet i uddannelsen fastsættes af virksomheden selv.

Som det fremgår, vil en hjemtagelse af hvervningen og uddannelsen af redder-elever, ikke være forbundet med omkostninger for regionerne af nævneværdig karakter, hvilket kun synes at understøtte og fremme regionernes incitament til at hjemtage såvel hvervningen som uddannelsen af redder-elever.³³

I naturlig forlængelse heraf synes det logisk og oplagt at uddannelsens tilrettelæggelse, som i dag finder sted i regi af Transporterhvervets Uddannelses Råd (TUR), overflyttes til sundhedssektoren. Ikke mindst hvis ambitionen går på en større tilknytning til det sundhedsfaglige område og regionerne med muligheden for udviklingen af nye synergieffekter.³⁴

Endelig er det antagelsen at en hjemtagelse af hvervningen og uddannelsen af ambulancereddere alt andet lige vil gøre det mere attraktivt for ambulanceoperatørerne at tage redder-elever, ligesom flere potentielle ambulanceoperatører i kommende udbudsrunder må forventes at udvise interesse for at afgive tilbud.³⁵

Mulig hjemtagelse af ambulancekørslen

Hvor en hjemtagelse af hvervningen og uddannelsen af ambulancereddere, vil kunne fremme konkurrencen blandt potentielle ambulanceoperatører og samtidig indrømme regionerne en større manøvfrihed og spillerum, end det i dag er tilfældet, skaber regionerne samtidig muligheden for – på et hvilket som helst tidspunkt – at hjemtage ambulancekørslen.³⁶

³¹ Dette med henvisning til at redder-uddannelsen hører under erhvervsuddannelserne (kaldet EUD), hvorfor denne, som øvrige EUD uddannelser, er at betragte som en vekseluddannelse.

³² Dette indebærer at staten påtager sig de omkostninger, som er forbundet med skoleopholdet, hvorimod virksomheden (i dette tilfælde ambulanceoperatørerne) selv skal finansiere de omkostninger, som har at gøre med praktikopholdet. Således tildeles afrapportering i forbindelse med aktiviteter (kaldet AER midler) under forudsætning af, at skolen har dokumenteret, at eleven har fulgt og følger undervisningen.

³³ At regionerne hjemtager hvervningen og uddannelsen, er ikke umiddelbart at forveksle med at uddannelsen af redder-elever ikke fortsat lader sig gøre i regi af erhvervsuddannelserne (læs: i regi EUD), idet undervisningsministeriet som ansvarlighed myndighed bærer ansvaret overfor såvel faget som samfundet.

³⁴ At fokus på uddannelsen til ambulanceredder logisk nok bør lægges på det sundhedsfaglige område og ikke det tekniske, bekræftes af opdelingen af redder-uddannelsen i to separate forløb omfattende henholdsvis autoområdet og ambulanceundervisningen.

³⁵ Dette naturligvis under forudsætning af at regionerne også i fremtiden fortsat ønsker at udbyde ambulancekørslen.

³⁶ Hvor regionerne ikke har aktuelle planer om at hjemtage ambulancekørslen, synes mulighederne og perspektiverne for et af regionerne selv drevet ambulanceberedskab omvendt ganske gode.



Ambulanceberedskabet fra Københavns Brandvæsen under øvelse

© BONNÉN

At regionerne selv er indrømmet mulighed for at kunne forestå ambulancekørslen, fremgår af bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v.

I dennes § 17 hedder det således at Regionsrådet ” ... er forpligtet til at stille ambulanceberedskab til rådighed for personer, der har behov herfor på grund af akut opstået sygdom, ulykke eller fødsel. Ambulanceberedskabet er en del af regionens samlede sundhedsvæsen og indgår som en del af sygehusberedskabet”.³⁷

Således kan regionerne ” ... vælge at etablere ambulanceberedskab med egne ambulancer eller ambulancer, der efter aftale stilles til rådighed af andre regioner, kommuner eller private ambulanceentreprenører”.³⁸

³⁷ For mere herom henvises til: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. i medfør af § 169 og § 210, stk. 4, i sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005 § 17, stk. 1 vedrørende ambulanceberedskabet, jf. § 2.

³⁸ For mere herom henvises til: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. i medfør af § 169 og § 210, stk. 4, i sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005 § 17, stk. 2 vedrørende ambulanceberedskabet.

At regionernes hjemtagelse af ambulancekørslen skulle afstedkomme større omkostninger og betyde mindre effektivitet, synes ovenud vanskelig at forestille sig med henvisning til muligheden for netop skabelsen af nye synergieffekter og som følge heraf optimal udnyttelse af de samlede ressourcer.

Hvor det på kort sigt og ganske logisk og naturligt vil afstedkomme udgifter i forhold til etableringen af en ny organisation og anlægsudgifter i øvrigt, vil regionerne på længere sigt og med fordel kunne udnytte de nye synergieffekter, som samtidig vil skabe forudsætningerne for samtænkning og samarbejde på tværs af relevante opgavefunktioner.

Samtænkning af relevante opgavefunktioner

Netop muligheden for at samtænke relevante opgavefunktioner og samarbejde på tværs af sektorerne vil alt andet lige skabe bedre udnyttelse af de økonomiske ressourcer, ligesom effektiviteten og fleksibiliteten vil kunne øges, herunder en videreudvikling af ambulancetjenesten, som samtidig vil kunne tilpasses specialerne på regionernes sygehuse.³⁹

I den forbindelse synes det logisk og oplagt om regionerne, alene eller i samarbejde med kommunerne, forestår etableringen af ambulancestationer i tilknytning til skadepoliklinikker og/eller nuværende eller planlagte lægehuse, brandstationer hvor responstider også er væsentlig. Hvor etableringen af ambulancestationer er mest hensigtsmæssig må afhænge af geografiske og trafikale forhold. Det synes oplagt at der vil være forskelle fra storby, købstæder og landområder.

Inddragelse af ambulancereddere på skadepoliklinikker, lægehuse m.v. har til formål at skabe et fagligt miljø med henblik på sparring og bistand i spidsbelastede situationer.⁴⁰ Det handler om at få tænkt ambulanceberedskabet ind i et fagligt miljø som er naturligt og sikre flest mulige synergieffekter.

Ved at kombinere skadepoliklinikker og/eller lægehuse og ambulanceberedskab skabes samtidig forudsætningen for, at disse skadepoliklinikker og lægehuse vil kunne fungere som

³⁹ Taget i betragtning at regionerne er forpligtet til at stille ambulanceberedskab til rådighed for personer, der har behov herfor på grund af akut opstået sygdom, ulykke eller fødsel, og at denne er en del af regionens samlede sundhedsvæsen og indgår som en del af sygehusberedskabet, blev det besluttet at lade såvel de forskellige operatørers ambulancer som regionernes egne køretøjer, det være sig f.eks. den sengeliggende sygetransport, få samme design (læs: farvevalg), som det ligeledes er kendt fra den kollektive trafik, hvor forskellige busselskaber ligeledes arbejder på opdrag af regionerne. Ved at gøre brug af et fælles koncept for design for den respektive region, vil denne samtidig kunne promoveres og eksponeres på bedre og tydeligere vis end det i dag er tilfældet. Således bliver grundfarven på ambulancerne en gul farve (læs: RAL 1016), hvorimod markeringerne bliver i en grøn farve (læs: RAL 6017). Hvad angår farverne og de almindelige markeringer samt striber og teksterne "Ambulance" og "Alarm 112", bliver disse ens på alle landets ambulancer, ligesom ambulancerne forsynes med regionernes respektive logo modsat tidligere, hvor det var ambulanceoperatørens logo, som var det fremtrædende.

⁴⁰ I hvilken udstrækning og under hvilke omstændigheder samt hvilke opgavesæt, som må kunne betragtes som værende fagligt relevante, vil dog være et anliggende mellem de forskellige faggrupper nærmere at få afklaret, ligesom det er tilfældet mellem forskellige faggrupper på sygehusområdet omfattende sygeplejersker, lægesekretærer og social- og sundhedsassistenter.

akutte modtagelsesklinikker, ligesom de vil kunne bidrage til en større dækningsgrad for befolkningen samt give de ansatte ambulancereddere den nødvendige trykthed, hvad angår bopælsforhold m.m.⁴¹

Spørgsmål vedrørende udgangspunktet for og antallet af ambulanceberedskaber samt responstiden, handler i høj grad om de ansattes arbejdsforhold, herunder måden hvorpå arbejdspladsen organiseres med fokus på såvel det fagligt udfordrende miljø, som det sociale kollegiale miljø samt hvordan og/eller hvorvidt man vil kunne gøre brug af sine kompetencer og styrke samarbejdet og samhørigheden.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at mandskabet på en døgnvagt vil belastes på sin ydelseskraft, ligesom mandskabet imellem ikke indrømmes megen kontakt i løbet af døgnet. Af samme årsag er det så meget desto vigtigere, at mandskabet har den samme sociale platform/base som udgangspunkt.

Med henvisning til de nuværende omstændigheder, hvor brand og redning er organiseret som et fælles anliggende, er behovet for sociale platforme/baser til ambulanceredderne ikke hverken at undervurdere eller på anden måde at tilsidesætte.

Således bør det være den respektive region selv og ikke som i dag de forskellige ambulanceoperatører, som fastlægger geografien, herunder valg af udgangspunkt for ambulanceberedskaberne.

Hvor regionerne ikke på forhånd har udelukket at påtage sig anlægsudgifterne til etableringen af lægehuse, bør regionerne ligeledes overveje at forestå anlægsudgifterne i forhold til etableringen af ambulancestationer, hvor de forskellige ambulanceoperatører efterfølgende vil kunne leje sig ind.⁴²

Samarbejde på tværs af regionsgrænserne

Hvor mulighederne for optimal udnyttelse af ressourcerne og skabelse af nye synergieffekter synes ovenud til stede gennem en samtænkning af opgaver mellem på den ene side ambulanceberedskaberne og på den anden side de nuværende samt planlagte skadestudier og lægehuse, synes mulighederne ikke mindre på tværs af regionsgrænserne.

I den forbindelse skal henvises til de forskellige ambulanceoperatører, som gør brug af forskellige modeltyper af ambulance, hvilket skaber forskellige arbejdsforhold for ambulanceredderne og samtidig vanskeliggør samarbejde på tværs af regionerne i tilfælde

⁴¹ For mere herom henvises til rapport: Styrket Akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, version 2.0, Sundhedsstyrelsen, København, 27. juni 2007.

⁴² Forudsætningen for at gøre anvendelse af de til ambulanceberedskaberne tilknyttet personale i situationer med spidsbelastninger på skadestudier, skadestudier og lægehuse, vil dog være en hjemtagelse af hvervningen og uddannelsen af ambulancereddere, idet ambulancekørslen primært varetages af en privat entreprenør. Således kan der umiddelbart opstå kontraktlige barrierer herfor, hvilket netop bør give anledning til overvejelser om hvorvidt det ikke bør være regionen, som hverver og uddanner personel til ambulanceberedskabet.

af en mulig hjemtagelse af hvervning og uddannelsen af ambulanceredderne og/eller ambulancekørslen.

Således bør regionerne overveje hvorvidt det ikke synes hensigtsmæssigt om de i fællesskab fik formuleret ens krav til ambulancens indretning og arbejdsforhold i øvrigt, ligesom regionerne i fællesskab fik udarbejdet et nyt koncept for design for såvel ambulancekøretøjer som andre køretøjer som er en del af sundhedsområdet.

Hvor intentionen med at udarbejde et nyt koncept for ambulancekøretøjer og andre køretøjer, var at skabe et fælles og genkendeligt design, handler det med fælles krav til ambulancens indretning og arbejdsforhold om, at skabe forudsætningerne for samarbejde mellem ambulanceredderne på tværs af regionsgrænserne.⁴³

Region Sjælland som fyrtårn

Hvor andre regioner har overstået udbudsrunderne for ambulancekørslen og dermed ikke fra begyndelse, vil kunne skabe hverken samtænkningen eller gøre brug af de omtalte synergieffekter, synes situationen og muligheden for Region Sjælland ganske anderledes.

Netop det nye udbud i Region Sjælland, understreger ikke blot regionens muligheder for selv at træffe beslutning om valg af udgangspunkt for ambulanceberedskaberne, men vil også tydeliggøre mulighederne og perspektiverne for samtænkning af relevante opgavefunktioner.⁴⁴

Hvor det af Region Sjælland udarbejdede kontrolbud er at betragte som et sammenligningsgrundlag og derfor ikke umiddelbart indgår som et egentligt tilbud, udelukker dette omvendt og selvsagt ikke et muligt engagement for Region Sjællands vedkommende.⁴⁵

Med udbuddet har Region Sjælland netop indrømmet sig selv muligheden og forudsætningen for at hjemtage ambulancedriften i et eller flere områder, ligesom Region Sjælland med en hel eller delvis hjemtagelse af ambulancekørslen, vil kunne få karakter af fyrtårn for de øvrige regioner.

I den forbindelse handler det om at rette fokus på opgaveløsningen mere og snarere end blot økonomien i opgaven. Af samme årsag bør Region Sjælland uanset

⁴³ Hvor regionerne i fællesskab har fået udarbejdet et samlet nyt koncept for design for såvel ambulancekøretøjer som andre køretøjer, som er en del af sundhedsområdet, ville det være oplagt om regionerne ligeledes og i fællesskab fik udarbejdet et samlet koncept for uniformeringen af ambulanceredderne uafhængig af operatørerne

⁴⁴ Det skal bemærkes at udbuddet ikke omfatter den nordlige del af Region Sjælland, som ved tidligere udbud blev tildelt Roskilde Brandvæsen.

⁴⁵ Som understreget af regionsdirektør, Flemming Nielsen, vil Region Sjælland " ... i en ny udbudsrunde gå ind og kontrollere budene ved selv at lave beregninger for, hvad det koster for mandskab, materiel, stationer og så videre. På den måde kan vi se, om priserne er realistiske eller om de ligger meget højere end vores beregninger. Og det er ekstra relevant, hvis der kun er én byder", som det blev udtrykt. For mere herom henvises til Flemming Nielsen i Sjællandske, Overvejer drift af egne ambulancer, 12. januar 2009.

sammenligningsgrundlaget med henvisning til det udarbejdede kontrolbud hjemtage et eller flere områder.

Ved at hjemtage ambulancekørslen i et eller flere områder, vil Region Sjælland ikke blot kunne skabe sig den nødvendige indsigt og erfaring med at drive egen ambulancetjeneste, men også kunne drage nytte af de føromtalte synergieffekter samt udvikle nye synergieffekter, som alt andet lige må antages økonomisk fordelagtige.

At skabe udvikling på akutområdet handler om at bryde vanetækningen og udvide fokus samt nuancere den igangværende diskussion, hvilket Region Sjælland synes at repræsentere, hvorfor Region Sjællands videre gøremål skal blive en interessant iagttagelse.

Af samme årsag synes det hensigtsmæssigt om bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab vedrørende ambulanceberedskabet også kommer til at omfatte bestemmelser omkring arbejdsforhold i ambulancen, ligesom der bør stilles krav til ambulancens indretning.⁴⁶

Ved på forhånd at have formuleret specifikationskrav til arbejdsforhold i ambulancen og ikke mindst indretningen af denne, vil regionens hvervede personale på forhånd undgå at skulle bruge tid på nyoplæring og kendskab til de forskellige operatørers ambulancekøretøjer og specifikationer, idet denne vil være den samme, ligesom personale vil kunne udlånes mellem regionerne i tilfælde af pludseligt opståede behov.

Med det formål at få en tilstrækkeligt sammenhængende og robust ambulancetjeneste, bør regionerne overveje udviklingen af en enstrengt struktur for ambulancetjenesten og få opbygget en mindre overskudskapacitet af ambulancer, som vil kunne indsættes i tilfælde af en eller flere større hændelser.

Udgangspunktet for en sådan overskudskapacitet bør være en til formålet oprettet ambulanceskole øst og vest for Storebælt, hvor elever fra 7. skoleperiode vil kunne bemande disse med henblik på at assistere netop i tilfælde af en eller flere større hændelser.⁴⁷

⁴⁶ Hvor bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. opstiller en række krav til ambulancernes bemanning, indretning, udrustning og ambulancemandskabets uddannelse, opstiller denne omvendt ikke krav til personalets arbejdsforhold i ambulancerne. Således omtales en ambulance i bekendtgørelsen omhandlende planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. og dennes § 4, stk. 2, som "... et køretøj, der er indrettet til at befordre akut syge, tilskadekomne og fødende, og hvor der kan ydes visse former for behandling", søges udvidet. For mere herom henvises til: Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. i medfør af § 169 og § 210, stk. 4, i sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005 § 4, stk. 2 jf. § 27.

⁴⁷ Det samme gør sig gældende for politiskolens elever, som ligeledes kan mobiliseres og inddrages i tilfælde af større begivenheder, uroligheder eller andre aktiviteter med spidsbelastninger.

Konkluderende bemærkninger

Hvor ambitionen om, at der maksimalt må gå 15 minutter, inden hjælpen er fremme, understøttes af en sygehusstruktur med færre akutmodtagelser. Men forudsætningerne er endnu ikke i tilstrækkeligt omfang til stede.

Målsætningen om en responstid på maksimalt 15 minutter er endnu ikke indfriet, ligeså lidt som en ordning med ambulancehelikoptere ikke kan forventes implementeret inden for de første to-tre år, hvorfor muligheden for at samtænke opgaven med forsvarets eftersøgnings- og redningshelikoptere bør undersøges nærmere.

Med det formål at indfri ambitionen om en responstid på maksimalt 15 minutter før hjælpen er fremme, bør stat, regioner og kommuner ikke blot søge at hæve standarden for førstehandsindsatsen, men mere og snarere søge at øge dækningsgraden af landets geografi.

Således bør regionerne fastholde fokus på uddannelsen af ambulancereddere og medtænke samt gøre brug af brandfolk med henblik på varetagelse af opgaven nødbehandling, ligesom regionerne må få sikret den nødvendige tilgang til og kvalitet i uddannelsen af ambulancereddere.

I den forbindelse synes det oplagt om regionerne overvejer en mulig hjemtagelse af såvel hvervningen som uddannelsen af personel til ambulancetjenesten, hvilket ikke synes mindre aktuel og relevant med henvisning til de i regionerne overståede udbud omkring netop ambulancekørslen omfattende flere ambulanceoperatører

Ved at hjemtage hvervningen og uddannelsen af ambulancereddere vil regionerne dels kunne fremme konkurrencen blandt potentielle ambulanceoperatører, dels indrømme sig selv en større manørefrihed og spillerum end det i dag er tilfældet, samt på forhånd skabe forudsætningen for en mulig hjemtagelse af ambulancekørslen.

Hvorvidt regionernes hjemtagelse af ambulancekørslen skulle afstedkomme større omkostninger og betyde mindre effektivitet, synes ikke at blive tilfældet med henvisning til muligheden for netop skabelsen af nye synergieffekter og som følge heraf optimal udnyttelse af de samlede ressourcer.

Af samme årsag synes det logisk og oplagt om regionerne selv forestår etableringen af ambulancestationer i tilknytning til skadeklinikker og/eller nuværende eller planlagte lægehuse, hvilket samtidig vil indrømme ambulanceredderne den nødvendige sociale platform/base samt mulighed for at kunne varetage en række både relevante og udfordrende opgaver.

Hvor den respektive region vil kunne skabe nye synergieffekter og optimal udnyttelse af ressourcerne ved en hjemtagelse af hvervningen og uddannelsen af ambulancereddere og/eller af ambulancekørslen, synes mulighederne ikke mindre på tværs af regionsgrænserne.

I den forbindelse bør regionerne i fællesskab få formuleret en række specificationskrav til ambulancens indretning og arbejdsforhold, således at regionens hvervede personale vil kunne udlånes mellem regionerne i tilfælde af pludseligt opståede behov uden på forhånd at skulle bruge tid på nyoplæring og kendskab til de forskellige operatørers ambulancekøretøjer og specifikationer.

Ydermere bør regionerne overveje udviklingen af en enstrengt struktur for ambulancetjenesten og få opbygget en mindre overskudskapacitet af ambulancer, som vil kunne indsættes i tilfælde af en eller flere større hændelser, og som passende kunne forankres hos en til formålet oprettet ambulanceskole øst og vest for Storebælt, hvor elever fra 7. skoleperiode vil kunne bemande disse.

Hvorvidt og i hvilken udstrækning regionerne vil gøre brug af de omtalte muligheder, som en samtænkning af relevante opgavefunktioner indbyder til, herunder skabelsen af nye synergieffekter, vil stadig være at afvente. Dog synes Region Sjælland med en hel eller delvis hjemtagelse af ambulancedriften meget vel at kunne få karakter af fyrtårn for de øvrige regioner.

Planlægningen af akutberedskabet og den præhospitale indsats

Hvis akutberedskabet også i fremtiden skal kunne indfri forventningerne til en optimal løsning af opgaver på skadestedet, er det vigtigt, at såvel de ændrede forudsætninger foranlediget af en fortsat reduktion i antallet af sygehuse og akutmodtagelser, som nye muligheder for opgaveløsningen søges inddraget samt at udviklingen af nye synergieffekter opsøges.

Således rettes i denne analyse fokus på ambulancetjenesten, herunder uddannelse og praktik, hvervning og uddannelse af ambulancereddere, muligheder og perspektiver for regionerne ved en hjemtagelse af hvervning og uddannelse af ambulancereddere og/eller ambulancekørslen, samtænkning af opgaver på tværs af sektorer og regionsgrænser samt behovet for standardisering og optimering af arbejdsforhold for ambulanceredderne.