**Regionshuset**
Viborg
*Sundhedsplanlægning*

Skottenborg 26
DK-8800 Viborg
Tel. +45 87285000

www.regionmidtjylland.dk

**Notat**

**Udnyttelsen af ambulanceredderes kompetencer**

Dato 20.04.2010
Frede Dueholm Nørgaard
Tel. +45 87284475
frenoe@rm.dk
j.nr. 1-35-72-25-07


**Baggrund**
Regionsmedlem Anne V. Kristensen har ved henvendelse af 6. april 2010 anmodet om en redegørelse for:

I. Hvad Region Midtjyllands ambulancereddere må i forhold til deres uddannelsesniveau og ambulancerednderne i de øvrige 4 regioner, herunder en beskrivelse af de nuværende retningslinjer og deres afgrænsning. Der er herunder anmodet om at få belyst følgende 5 punkter:

"1. De må gerne lægge en kanyle i venen på en patient, men de må ikke give patienten medicin i kanylen. Ved f.eks. lavt blodsukker, vil patienten få det bedre meget hurtigere ved medicin givet i venen, frem for medicin givet i musklen.

2. De har medicin i tasken, som de ikke må bruge uden at spørge en læge først.
Jeg var med ved et hjertestop. Midt i genoplivning skal redderen ringe til en læge og få tilladelse til at give adrenalin. Det må stadig kun gives i musklen trods det at virkningen er bedre ved at give det i venen. De mangler andre former for medicin som kan gives ved hjertestop f.eks. atropin.

3. De må ikke smertedække en patient i ambulancen – trods det at de har modgift, som kan ophæve bivirkninger om nødvendigt. Samme modgift som bruges til narkomaner der har taget en overdosis og den må de gerne give. Patienter skal altså lide unødigt.

4. Paramedicinere i Region Midtjylland, vil gerne intubere, men må ikke gøre det. I Nordjylland må de gerne.
En person med hjertestop behandles optimalt hvis der er sket intubation, idet det kunstige åndedræt er mest effektivt derved.

5. Redderne må ikke -som i andre regioner, starte medicinsk blodfortyndende behandling ved stor blodprop i hjertet, men skal køre til nærmeste akutmodtagelse eller afvente akutlæge for at

patienten kan få behandlingen. Herefter transporteres patienten så videre til Skejby. Hvis redderne kan indlede denne behandling kan patienten transporteres direkte til ballon behandling i Skejby og tid spares og liv reddes"

**Redegørelse**
De 4 øvrige regioners Præhospitalsledere er anmodet om bidrag til Præhospitalets redegørelse. Disse bidrag er imidlertid ikke modtaget endnu. Det har derfor ikke været muligt på nuværende tidspunkt at sammenligne udnyttelsen af ambulancereddernes kompetencer på tværs af regioner.



**1) Baggrund og forudsætninger.**

Ambulancereddere med ret til at virke i Danmark fordeler sig på tre uddannelsesniveauer: Ambulanceassistenter, ambulancebehandlere og ambulancebehandlere med særlig kompetence - til daglig kaldet paramedicinere. En ambulance er bemandet med to personer og skal som minimum betjenes af en ambulanceassistent og en ambulancebehandler.
De kompetencer, der som udgangspunkt er gældende for alle tre niveauer, er beskrevet i Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. (BEK nr. 977 af 26/09/2006 Gældende) og dennes bilag. Bekendtgørelsen er vedlagt.
Indholdet af ambulancebehandleruddannelsen og uddannelsen til ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner) er fastlagt af Sundhedsstyrelsen efter forudgående drøftelse i Nationalt Udvalg for Præhospital Uddannelse (NUPU). Hverken ambulancebehandler eller ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner) er autoriserede sundhedspersoner, men kan dog indklages for patientklagenævnet og al behandling foregår derfor på lægelig delegation. Den konkrete lægelige delegation finder ikke sted efter samme nærhedsprincip som f.eks. på en hospitalsafdeling, hvor den delegerende læge kan føre personligt tilsyn med behandlingen. Som følge af de særlige forhold på det præhospitale område forudsætter lægelig delegation særlig omhyggelig uddannelse, instruktion og kontrol af hensyn til patientsikkerheden.

I bekendtgørelsens bilag punkt A, B, og C er de konkrete kompetencer fastlagt. I denne første fase efter regionens dannelse og samling af opgaverne fra 4 tidligere amter har man valgt at følge bekendtgørelsen. Der er således opnået en harmonisering af praksis i de fire gamle amter.

En udvidelse af de omtalte faggruppers kompetencer forudsætter en udredning af hvilken supplerende uddannelse, instrukser, og kontrol, der er nødvendig for at garantere patientsikkerhed. Udvidelse af ambulancebehandleres mulighed for at smertebehandle ligger ikke umiddelbart indenfor bekendtgørelsens rammer og vil kræve særskilt kontrol med ambulancebehandlerens udlevering, opbevaring og brug af medikamenter ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer, da der er tale om morfinlignende stoffer. En udvidelse af kompetencer bør finde sted efter drøftelse regionerne imellem med henblik på at sikre en vis harmonisering, da såvel ambulancebehandlere og ambulancebehandlere med særlig kompetence virker på tværs af regionsgrænserne. De nuværende kontrakter indeholder mulighed for, at ambulanceleverandørerne mod særlig betaling kan erstatte ambulancebehandlere med ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere) på de almindelige ambulancer. Denne mulighed er ikke udmøntet p.t., og indgår ikke i ambulancebudgettet. Generelt vil ændring af de nuværende forhold forudsætte en nærmere analyse, udbygning af den nuværende uddannelse i Region Midtjylland og en beslutning om i hvilket omfang ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere) skal anvendes i Region Midtjyllands ambulancer. På alle områder vil de medfølgende udgifter skulle kortlægges.



**2) Besvarelse af det stillede spørgsmål i punkt I.**

I det følgende er ambulancereddernes kompetencer i Region Midtjylland beskrevet i sammenhæng med de 5 ”begrænsninger”, der ønskes kortlagt.

”1. De må gerne lægge en kanyle i venen på en patient, men de må ikke give patienten medicin i kanylen. Ved f.eks. lavt blodsukker, vil patienten få det bedre meget hurtigere ved medicin givet i venen, frem for medicin givet i musklen.”

ad 1)

Ambulancebehandler: Må give medicin mod for lavt blodsukker i musklen.
Ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner): Må give medicin mod for lavt blodsukker i blodåren.

Retningslinjerne for ambulancebehandlernes virke i Region Midtjylland følger her bekendtgørelsen. Ambulancebehandlere må således ikke give medicin i blodåren til afbødning af insulinchok. Hurtigere virkende medicinsk behandling i åren kan gives af paramediciner eller sygeplejerske på akutbil eller speciallæge på akutlægebil.

”2. De har medicin i tasken, som de ikke må bruge uden at spørge en læge først.
Jeg var med ved et hjertestop. Midt i genoplivning skal redderen ringe til en læge og få tilladelse til at give adrenalin. Det må stadig kun gives i musklen trods det at virkningen er bedre ved at give det i venen. De mangler andre former for medicin som kan gives ved hjertestop f.eks. atropin.”

ad 2)

Ambulancebehandler: Adrenalin i musklen til patienter med allergisk reaktion.
Ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner): Det samme, plus give adrenalin og atropin direkte i blodåren ved hjertestop.



Regionen følger bekendtgørelsen. En ambulancebehandler har ikke kompetence til at give adrenalin eller atropin i blodåren, da ambulancepersonalet, som består af to personer, ved hjertestop straks skal indlede hjerte-lunge-redning i form af hjertemassage og indblæsning og efterfølgende vil være optaget heraf. Yderligere avanceret behandling til patienter med hjertestop – medicin eller intubation mm. - skal således foretages af en tredje person med kompetence hertil, da selv kortvarigt ophør af hjerte-lunge-redning vil forværre patientens tilstand, eventuelt med dødelig udgang. Der skal derfor ved hjertestop tilkaldes assistance fra akutbil via AMK-Vagtcentralen. I langt de fleste tilfælde vil dette allerede være sket ved afsendelse af ambulancen, da nærmeste akutbil afsendes ved melding om alvorlige tilstande.
Ambulancebehandleren må derimod give adrenalin i musklen, som er beregnet til at afbøde anafylaktisk chok (allergisk reaktion), da det letter vejrtrækningen og stabilisere kredsløbet. Adrenalin i musklen virker ikke ved hjertestop.

”3. De må ikke smertedække en patient i ambulancen – trods det at de har modgift, som kan ophæve bivirkninger om nødvendigt.
Samme modgift som bruges til narkomaner der har taget en overdosis og den må de gerne give. Patienter skal altså lide unødigt.”

ad 3)

Ambulancebehandler: Må smertebehandle med lattergas.
Ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner): Det samme, plus morfinlignende stoffer i blodåren.

Regionen følger bekendtgørelsen. Ambulancebehandlere har mulighed for at smertelindre med iltbehandling og behandling med Alnotox (lattergas). I tilfælde, hvor dette ikke er tilstrækkeligt, rekvireres der assistance fra akutbil eller akutlægebil. Assistancen vil i lighed med ovenstående tilfælde oftest være afsendt sammen med ambulancen.

”4. Paramedicinere i Region Midtjylland, vil gerne intubere, men må ikke gøre det. I Nordjylland må de gerne.
En person med hjertestop behandles optimalt hvis der er sket intubation, idet det kunstige åndedræt er mest effektivt derved.”



ad 4)

Ambulancebehandler: Må ikke intubere.
Ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner): Må ikke intubere.

Uden at have modtaget projektbeskrivelse fra Region Nordjylland, er det erfaret, at der er tale om et 2-årigt projekt, hvor paramedicinerne må intubere patienter med hjertestop. Ved intubation indføres en slange i luftrøret for at opnå en fri luftvej og dermed et uhindret luftskifte. Det drejer sig udelukkende patienter med hjertestop. Intubation skal ved hjertestop foretages af tredje person, så hjerte-lunge-redning ikke afbrydes. I projektet indgår ikke, at paramedicinerne må intubere andre patienter med behov herfor, f.eks. svært kvæstede, patienter med alvorligt vejrtrækningsbesvær mm. Præhospital intubation er i sig selv sjælden og forekommer kun ved få procent af alle de patienter, ambulancelægerne ser.

”5. Redderne må ikke -som i andre regioner, starte medicinsk blodfortyndende behandling ved stor blodprop i hjertet, men skal køre til nærmeste akutmodtagelse eller afvente akutlæge for at patienten kan få behandlingen. Herefter transporteres patienten så videre til Skejby. Hvis redderne kan indlede denne behandling kan patienten transporteres direkte til ballon behandling i Skejby og tid spares og liv reddes.”

ad 5)

Ambulancebehandler: Må starte blodfortyndende behandling med acetylsalicylsyre.
Ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner): Det samme.
Herudover giver bekendtgørelsen mulighed for, at yderligere kompetencer til at give medicin til blodfortyndende behandling ind i

årene kant delegeres til ambulancebehandler med særlig kompetence (paramediciner).

Regionen følger bekendtgørelsen. Ambulancebehandleren må derfor gerne starte den første blodfortyndende behandling med acetylsalicylsyre (tablet). Det er ikke korrekt, at ambulancen skal køre til nærmeste akutmodtagelse for behandling. Ambulancen skal ved konstateret stor blodprop i hjertet køre direkte mod Skejby efter telemedicinsk vurdering af vagthavende kardiolog og rekvirere rendezvous med akutbil eller akutlægebil via AMK-Vagtcentralen. På grund af de lange transportafstande i regionen skal der jævnfør retningslinjer fra Dansk Kardiologisk Selskab og Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin lægeledsagelse med under transporten, så en speciallæge kan påbegynde yderligere blodfortyndende behandling og behandle tilstødende komplikationer undervejs. Eventuel ballonbehandling af STEMI-patienter kan således påbegyndes uden forsinkelse.
Akutlægebilen vil i lighed med ovenstående tilfælde oftest være afsendt sammen med ambulancen.



Hvis ambulancebehandlerne skal have en øget kompetence udover det, der er tillagt dem i bekendtgørelsen, forudsættes det som nævnt en lægelig delegation. Det stiller krav til organisering og ressourcer, som Region Midtjylland ikke hidtil har haft til rådighed. Den lægelige organisering i præhospitalet er således under omlægning, og de lægelige og organisatoriske kræfter, der har været til rådighed er prioriteret til etablering og optimering af AMK-vagtcentralen. Når omlægningen og organiseringen er på plads forventes det, at der også vil fremkomme projekter, der muliggør en øget delegation til ambulancebehandlerne. I det omfang dette kræver øgede ressourcer, vil dette skulle indgå i regionsrådets løbende prioritering af området.

# 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, fastsættes:



Kapitel 1

*Anvendelsesområde m.v.*

**§ 1.** Denne bekendtgørelse omfatter kommunalbestyrelsernes ansvar for planlægning af sundhedsberedskabet og regionsrådenes ansvar for planlægning af sundhedsberedskabet, herunder det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. efter sundhedsloven.

*Stk. 2.* Planlægningen skal tage udgangspunkt i det daglige beredskab og sikre en fleksibel tilpasning af det daglige beredskab til mulige beredskabssituationer.

**§ 2.** Sundhedsberedskabet omfatter sygehusberedskabet, lægemiddelberedskabet og beredskabet i den primære sundhedssektor. I sundhedsberedskabet indgår et kriseterapeutisk beredskab samt indsats i forbindelse med kemiske, biologiske, radiologiske og nukleare hændelser. I sygehusberedskabet indgår det præhospitale beredskab, herunder ambulanceberedskabet.

**§ 3.** Sundhedsberedskabet skal sikre, at sundhedsvæsenet kan udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet m.v. ud over det daglige beredskab ved større ulykker og katastrofer, herunder krig.

*Stk. 2.* Sygehusberedskabet, som er beredskabet i det samlede sygehusvæsen herunder private sygehuse, skal under større ulykker, katastrofer samt under krigsforhold sikre, at der kan ydes syge og tilskadekomne behandling på sygehus eller på behandlingssteder uden for sygehusene.

*Stk. 3.* Lægemiddelberedskabet, som er beredskabet af lægemidler og medicinsk udstyr, skal sikre, at de ændrede krav til forbrug, forsyning og distribution, som må forudses under større ulykker, katastrofer samt under krigsforhold, kan imødekommes.

*Stk. 4.* Beredskabet i den primære sundhedssektor, som er beredskabet i den del af sundhedsvæsenet, som ikke er en del af sygehusberedskabet, skal under større ulykker, katastrofer samt under krigsforhold sikre en videreførelse af de daglige opgaver, tilpasset de ændrede krav samt yderligere varetagelse af forebyggelses-, behandlings- og omsorgsopgaver.

**§ 4.** Den præhospitale indsats, som er indsatsen inden ankomst til sygehus over for akut syge, tilskadekomne og fødende, har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed.

*Stk. 2.* Ved en ambulance forstås et køretøj, der er indrettet til at befordre akut syge, tilskadekomne og fødende, og hvor der kan ydes visse former for behandling, jf. § 27.

*Stk. 3.* Ambulanceberedskabet indgår som en del af den samlede præhospitale organisation og omfatter transport med ambulance samt behandling i forbindelse hermed, jf. bilaget.

*Stk. 4.* Ved responstid forstås den tid, der går, fra ambulanceberedskabets vagtcentral modtager alarmen, til ambulancen er fremme på et skadested, hos en akut syg patient eller hos en fødende.

Kapitel 2

*Planlægning af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats.*

**§ 5.** Regionsrådet og kommunalbestyrelserne er ansvarlige for at planlægge for og opbygge et sundhedsberedskab.

*Kommunalbestyrelsen*

**§ 6.** Kommunalbestyrelsen skal én gang i hver valgperiode udarbejde og vedtage en plan for sundhedsberedskabet.

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen skal koordinere planen med kommunens øvrige planlægning på beredskabsområdet – herunder planer for redningsberedskabet, regionsrådets plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats samt med de omkringliggende kommuners sundhedsberedskabsplaner.

*Stk. 3.* Kommunalbestyrelsen skal forud for vedtagelsen af sundhedsberedskabsplanen indhente en udtalelse fra regionsrådet og de omkringliggende kommuner. Kommunalbestyrelsen kan i øvrigt inddrage sundhedskoordinationsudvalget i koordineringen af kommunens sundhedsberedskabsplan med regionens sundhedsberedskabsplan og de øvrige i regionen beliggende kommuners sundhedsberedskabsplaner.

*Stk. 4.* Kommunalbestyrelsen skal forud for behandlingen af forslag til sundhedsberedskabsplan indhente Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens rådgivning. Efter kommunalbestyrelsens vedtagelse sendes planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen og den region, som kommunen er beliggende i.



**§ 7.** Med udgangspunkt i det daglige beredskab planlægges der for udvidelse af beredskabet med henblik på, at der i en katastrofesituation kan opfyldes yderligere behov, jf. § 3, under anvendelse af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet.

**§ 8.** Planen udarbejdes på baggrund af nationale trusselsvurderinger og en lokal risiko- og sårbarhedsvurdering efter reglerne i § 12.

**§ 9.** Planen skal beskrive kommunens målsætning for sundhedsberedskabet, herunder for:

1) indsats over for ekstraordinært udskrevne patienter samt andre syge, tilskadekomne og smittede, der opholder sig i eget hjem,
2) samarbejde med regionsrådet og omkringliggende kommuner om sundhedsberedskabet,
3) kommunikation mellem personer, der deltager i sundhedsberedskabet, herunder regionens aktører,
4) aktivering af sundhedsberedskabet, herunder samarbejdet med Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK),
5) kvalitet og kvalitetssikring, og
6) uddannelses- og øvelsesvirksomhed, evt. i samarbejde med region og tilgrænsende kommuner.

*Regionsrådet*

**§ 10.** Regionsrådet skal én gang i hver valgperiode udarbejde og vedtage en plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats.

*Stk. 2.* Regionsrådet skal koordinere planen med politiets planlægning - herunder for alarmcentraler, tilgrænsende regioners planer, de i regionen beliggende kommuners sundhedsberedskabsplaner og planer for redningsberedskabet samt den i regionen nedsatte epidemikommissions planlægning vedr. foranstaltninger i medfør af epidemiloven. Planen indgår i regionens samlede sundhedsplanlægning, jf. § 206 i sundhedsloven.

*Stk. 3.* Regionsrådet skal forud for vedtagelsen af sundhedsberedskabsplanen indhente en udtalelse fra de i regionen beliggende kommuner. Regionsrådet kan i øvrigt inddrage sundhedskoordinationsudvalget i koordineringen af regionens sundhedsberedskabsplan med de i regionen beliggende kommuners sundhedsberedskabsplaner.

*Stk. 4.* Regionsrådet skal forud for regionsrådets behandling af forslag til plan for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats indhente Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens rådgivning. Efter regionsrådets vedtagelse af planen sendes planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen og kommunalbestyrelserne i regionen.

**§ 11.** Med udgangspunkt i det daglige beredskab planlægges der for en udvidelse af beredskabet med henblik på, at der i en katastrofesituation kan opfyldes yderligere behov, jf. § 3, under anvendelse af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet.

**§ 12.** Planen skal udarbejdes på baggrund af nationale sikkerheds- og beredskabsmæssige trusselsvurderinger og en lokalt foretaget risiko- og sårbarhedsvurdering.

*Stk. 2.* Risiko- og sårbarhedsvurderingen skal indeholde følgende elementer:

1) Kortlægning af kritiske funktioner og opgaver i sundhedsvæsenet, dvs. en beskrivelse af varer, aktiviteter og tjenesteydelser, som er nødvendige for sundhedsvæsenets funktionsdygtighed, og som skal sikres eller opretholdes ved ulykker og katastrofer.
2) Identifikation af trusler/hændelser, som kan hindre, at sundhedsvæsenet kan fungere eller sætte det under betydeligt pres, f.eks. pandemier, masseskader og biologisk terror. Ved identifikation af sådanne trusler og hændelser skal der navnlig tages udgangspunkt i områdets befolkningstæthed, industri i området, håndtering og transport af farligt gods, forekomst af forsamlinger af større menneskemængder m.v.
3) Analyse af sundhedsberedskabets kapacitet i forhold til f.eks. sygehuse med akutberedskab, mulighed for at udføre udvidet præhospital behandling samt en vurdering af sundhedsberedskabets og andre sektorers gensidige afhængighed, herunder af vand, el, it- og telekommunikation, transport, vejnettets beskaffenhed m.v.
4) Analyse af sandsynlighed for at nærmere bestemte hændelser vil forekomme samt mulige konsekvenser heraf, under hensyn til sundhedsberedskabets kapaciteter, jf. nr. 3.
5) Risiko- og sårbarhedsprofil, som omfatter en samlet vurdering af resultaterne af de under nr. 1-4 nævnte analyser.



**§ 13.** Planen skal beskrive regionsrådets målsætning for sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats, herunder for:
1) omfang, udvikling, kvalitet og kvalitetssikring,
2) indsats via ambulancer, eventuelle lægebiler, akutbiler, udrykningshold og lignende samt inddragelse af sundhedspersonale fra den primære sundhedstjeneste m.v.,
3) opgavefordeling mellem sygehusvæsenet, det præhospitale beredskab, herunder ambulanceberedskabet, og den primære sundhedstjeneste,
4) retningslinier for den samlede præhospitale indsats, herunder disponeringsvejledninger og visitationsretningslinier,
5) aktivering af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats, herunder en entydig indgang til sundhedsberedskabet via Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK), koordineret med tilgrænsende regioner og mellem region og kommuner,
6) etablering og anvendelse af koordinerende læge (KOOL),
7) aktivering af yderligere præhospital støtte ved behov herfor,
8) udvidelse af kapacitet, herunder ekstraordinær udskrivning af patienter,
9) modtagelse af større antal syge eller tilskadekomne,
10) aktivering af kriseterapeutisk beredskab, herunder samarbejde med kommunens kriseterapeuter,
11) kommunikation mellem aktørerne i sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats, herunder også aktører fra tilgrænsende beredskaber,
12) samarbejde mellem de forskellige aktører i beredskabet, herunder kommuner, tilgrænsende regioner, politi og redningsberedskab, og
13) uddannelses- og øvelsesvirksomhed, evt. i samarbejde med kommuner og tilgrænsende regioner.

**§ 14.** Regionsrådet skal løbende vurdere kvaliteten af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats.

**§ 15.** Regions rådet nedsætter et sundhedsberedskabs- og præhospitalt udvalg. Udvalget koordinerer samarbejdet om sundhedsberedskabet og den samlede præhospitale indsats imellem sygehusvæsenet, ambulanceberedskabet, den primære sundhedstjeneste, de tilgrænsende regioner, kommunerne i regionen, politiet samt redningsberedskabet.
*Stk. 2.* Sundhedsberedskabs- og præhospital udvalget sammensættes af repræsentanter for regionens sundhedsvæsen, ambulanceberedskabet, kommunerne i regionen, politiet, det statslige regionale redningsberedskab samt eventuelle private ambulanceentreprenører. Endvidere er lederen af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats, jf. § 16, medlem af udvalget.

**§ 16.** Regionsrådet udpeger en person som leder af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab med henblik på sikring af et højt sundhedsfagligt niveau af indsatsen. Lederen af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab har bl.a. til opgave at
1) sikre en koordineret planlægning af den præhospitale indsats og sundhedsberedskabet,
2) indsamle og bearbejde data til brug for kvalitetssikring og -udvikling af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab, herunder ambulanceberedskabet,
3) udarbejde forslag til retningslinier vedrørende den samlede præhospitale indsats, jf. § 13, nr. 4, i samarbejde med politiet, ambulanceberedskabet, sygehusene og sundhedsberedskabs- og præhospital udvalget, herunder udarbejde retningslinier for den

faglige visitation af alarmopkald, der vedrører behov for en præhospital indsats, i samarbejde med politiet,
4) føre kontrol med, at personalet, der deltager i sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab, herunder ambulancemandskabet, modtager den nødvendige uddannelse og vedligeholdelsesuddannelse, herunder deltager i øvelser,
5) samarbejde med politiet i forbindelse med politiets supplerende og vedligeholdende uddannelse af alarmoperatører i førstehjælp og sygdomslære m.v.,
6) i samarbejde med politiet fastlægge evt. sundhedsfaglig rådgivning til alarmcentralen, afrapportering af sundhedsfaglige data m.v., og
7) sikre fastlæggelse af retningslinier vedrørende lægelig delegation af behandlingsopgaver til ambulancemandskabet og lægelig ordination af behandling, jf. bilaget, telemedicin og fjernvisitation af patienttransporter m.m.



Kapitel 3

*Ambulanceberedskabet*

**§ 17.** Regions rådet 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, jf. § 2.

*Stk. 2.* Regions rådet kan vælge at etablere ambulanceberedskab med egne ambulancer eller ambulancer, der efter aftale stilles til rådighed af andre regioner, kommuner eller private ambulanceentreprenører.

**§ 18.** Ambulanceberedskabet skal omfatte et døgnberedskab. Som supplement til det faste døgnberedskab kan regionsrådet etablere beredskaber, der kun dækker en del af året eller en del af døgnet.

*Stk. 2.* Regions rådet bestemmer beredskabets omfang i de enkelte geografiske områder på baggrund af det lokale behov, jf. § 12.

*Stk. 3.* Regions rådet fastlægger responstider i hvert beredskabsområde. Disse responstider kan suppleres med differentierede responstider. De fastlagte responstider offentliggøres, og regionsrådet følger løbende de faktiske responstider.

Kapitel 4

*Bemanding af ambulancer og uddannelse af ambulancemandskab m.v.*

**§ 19.** En ambulance skal bemandes med mindst to personer. Heraf skal en person have gennemgået uddannelsen til ambulancebehandler, jf. § 22, eller tilsvarende uddannelse, jf. dog § 28, stk. 3. I øvrigt skal ambulancemandskabet have gennemgået uddannelsen til ambulanceassistent, jf. § 21 eller tilsvarende uddannelse, jf. dog § 28, stk. 3.

*Stk. 2.* Regions rådet fastsætter antallet af personer, der skal uddannes til ambulancebehandler med særlig kompetence, jf. § 23, under hensyntagen til tilrettelæggelsen af den præhospitale indsats i regionen i øvrigt.

**§ 20.** Ambulancemandskabet skal være i stand til at
1) iværksætte behandling med ambulancens udstyr som minimum i henhold til bilaget, pkt. A og pkt. B, jf. dog § 28, stk. 3,
2) håndtere en skadesituation,
3) beherske køreteknik, herunder udrykning og skånsom transport af akut tilskadekomne, syge og fødende,
4) vurdere forskellige ulykkestyper for at kunne give korrekte tilbagemeldinger, der sikrer en rigtig og tilstrækkelig assistance,
5) beherske løfte- og bæreteknik,
6) udføre redningsarbejde ved ulykker, herunder indlede frigørelse af tilskadekomne, og
7) indgå i et korrekt samarbejde med sygehusvæsen, politi samt det kommunale og statslige redningsberedskab m.fl.

*Stk. 2.* Ambulancemandskabet skal have kendskab til det til enhver tid gældende lovgrundlag.

**§ 21.** 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.

*Stk. 2.* Uddannelsen skal sætte den pågældende i stand til at assistere ambulancebehandlere og ambulancebehandlere med særlig kompetence.
*Stk. 3.* Uddannelsen skal omfatte 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.
*Stk. 4.* 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.
*Stk. 5.* Uddannelsen omfatter, ud over de i stk. 1 nævnte, undervisning i ambulanceteknik, herunder køreteknik, løfte- og bæreteknik, basalt redningsarbejde ved ulykker samt det til enhver tid gældende lovgrundlag, bl.a. med henblik på, at ambulanceassistenten skal kunne indgå i et korrekt samarbejde med sygehusvæsen, politi samt det kommunale og statslige redningsberedskab m.fl.



**§ 22.** Uddannelse til ambulancebehandler forudsætter gennemført uddannelse til ambulanceassistent, jf. § 21, tilsvarende uddannelse eller grundlæggende uddannelse efter tidligere gældende uddannelsesregler, jf. § 28, stk. 3, samt virke som ambulanceassistent i mindst 1,5 år. Uddannelsen har en varighed af mindst 5 uger, og omfatter 3 ugers teoretiske kurser med sundhedsfagligt indhold, 1 uges hospitalspraktik og 1 uges ambulancepraktik.
*Stk. 2.* Uddannelsen skal sætte den pågældende i stand til at udføre ambulancebehandling m.v., jf. bilaget, pkt. A og B.
*Stk. 3.* Herudover skal uddannelsen sætte ambulancebehandleren i stand til at udføre overvågning og behandling under transport af patienter efter lægelig delegation og ordination, herunder i forbindelse med telemedicinsk overvågning.
*Stk. 4.* Uddannelsen omfatter i forhold til ambulanceassistentuddannelsen yderligere undervisning i anatomi, fysiologi, hygiejne, symptomlære, sygdomslære, herunder smitsomme sygdomme, observationsteknik, farmakologi og håndtering af medicin, patienthåndtering, transmission af 12-aflednings-EKG til sygehus, overvågning og defibrillering, samt informationsteknologi i telemedicin.

**§ 23.** Uddannelse til ambulancebehandler med særlig kompetence forudsætter gennemført uddannelse til ambulancebehandler, jf. § 22, eller tilsvarende uddannelse og virke som ambulancebehandler i mindst 3 år. Uddannelsen har en varighed af mindst 5 uger, herunder 1,5 uges teori, 2 ugers hospitalspraktik, og 1,5 uges ambulancepraktik med lægebil eller lignende.
*Stk. 2.* Uddannelsen skal sætte den pågældende i stand til at udføre avanceret ambulancebehandling, herunder at administrere visse former for medicin intravenøst, jf. bilaget, pkt. C.
*Stk. 3.* Herudover skal uddannelsen sætte den pågældende i stand til at assistere lægen på en lægebil eller lignende samt udføre overvågning og behandling i forbindelse med visse lange patienttransporter til specialafdelinger efter lægelig delegation og ordination, herunder i forbindelse med telemedicinsk overvågning.
*Stk. 4.* Uddannelsen omfatter i forhold til ambulancebehandleruddannelsen yderligere undervisning i anatomi og fysiologi, hygiejne, symptomlære, sygdomslære, herunder smitsomme sygdomme, observationsteknik, farmakologi og håndtering af medicin, patienthåndtering, transmission af 12-aflednings-EKG til sygehus, overvågning og defibrillering.
*Stk. 5.* Ambulancebehandlere med særlig kompetence skal som vedligeholdelsesuddannelse i hospitalspraktik i en uge en gang om året.

**§ 24.** Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler for uddannelsen til ambulancebehandler og ambulancebehandler med særlig kompetence, herunder adgangskrav og krav til tilsvarende uddannelse efter § 22, stk. 1, og § 23, stk. 1.
*Stk. 2.* Uddannelsesstedet afgør, i hvilke tilfælde supplerende efteruddannelse giver merit i uddannelsen af ambulancemandskab efter §§ 21-23. Afgørelsen kan ankes til Sundhedsstyrelsen.

**§ 25.** Uddannelse til ambulanceassistent er en integreret del af erhvervsuddannelsen til redder. Uddannelse til ambulancebehandler og ambulancebehandler med særlig kompetence, jf. §§ 22-23 foregår på en skole for social- og sundhedsuddannelse, en sygeplejeskole eller lignende.

**§ 26.** Regions rådet skal stille praktikpladser til rådighed på egne sygehuse eller efter aftale på andre sygehuse som led i uddannelsen af ambulancepersonale.

*Ambulancernes indretning og udrustning*

**§ 27.** Ambulancer skal være udrustet således, at der kan ydes syge, tilskadekomne og fødende en skånsom optagning, overvågning og behandling og skånsom transport til sygehus eller andet behandlingssted.

*Stk. 2.* Ambulancer skal være udrustet med værktøj, der muliggør basal frigørelse af patienter, samt brandslukningsudstyr til bekæmpelse af mindre brande.

*Stk. 3.* Ambulancer skal via radio, mobiltelefon eller lignende kunne kommunikere med alarmcentralen, ambulanceberedskabets vagtcentral og relevante sygehusafdelinger m.v.

*Stk. 4.* Ambulancer skal i øvrigt indrettes og udstyres, så der kan ydes den i § 20, jf. bilaget, anførte ambulancehjælp.



Kapitel 5

*Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser*

**§ 28.** Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2007.

*Stk. 2.* Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 1039 af 24. november 2000 om planlægning af den præhospitale indsats og uddannelse af ambulancepersonale m.v.

*Stk. 3.* Indtil den 31. december 2008 kan en ambulance bemandes med ambulancemandskab uddannet efter bestemmelserne i bekendtgørelse nr. 987 af 6. december 1994 om ambulancer.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 26. september 2006*

Lars Løkke Rasmussen

/John Erik Pedersen

Bilag

Ambulancebehandling

Ved lægelig delegation forstås overdragelse af en konkret behandlingsopgave, der efter lovgivningen er forbeholdt læger og ved lægelig ordination forstås en læges konkrete stillingtagen til den behandling, der skal iværksættes.



A)
Ambulancemandskab, der har modtaget uddannelse til ambulancebehandler efter tidligere gældende regler, jf. § 28, stk. 3, skal kunne foretage:
1) Basal bedømmelse af patientens tilstand.
2) Skånsom optagning af tilskadekomne med særligt udstyr.
3) Etablering og opretholdelse af frie luftveje.
4) Genoplivning ved kunstig opretholdelse af vejrtrækning 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 af 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.

Behandlingsopgaver efter punkt A, nummer 11, 12, 13, og 14 kan kun ske efter lægelig delegation.

B)
Ambulancemandskab, der har modtaget uddannelse til ambulancebehandler efter § 22 i bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. eller tilsvarende uddannelse, skal kunne foretage:
1) Den i pkt. A. nævnte ambulancehjælp.
2) Indledende behandling ved tegn på blodprop i hjertet med acetylsalicylsyre.
3) Afbødning af insulinchok med glukagon som intramuskulær injektion.
4) Afbødning af allergiske reaktioner med adrenalin som intramuskulær injektion.
5) Afbødning af følger efter indtagelse af overdosis af morfinlignende stoffer med naloxon som intramuskulær injektion.
6) Anlæggelse og gennemskylning af intravenøs adgang.
7) Opstart af intravenøs væskebehandling af svært tilskadekomne samt patienter med alvorlig kredsløbssvigt som følge af hypovolæmi.

Behandlingsopgaver efter punkt B, nummer 2-7 kan kun ske efter lægelig delegation.

C)

Ambulancemandskab, der har modtaget uddannelse til ambulancebehandler med særlig kompetence efter § 23 i bekendtgørelsen om planlægning af sundhedsberedskabet og den præhospitale indsats samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. eller tilsvarende uddannelse, skal kunne foretage:

1) Den i pkt. A. og B 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 Danske Råd for Genoplivning.
7) Intravenøs indgivelse af anden medicin.
8) Afslutning af visse behandlinger på stedet, eksempelvis til diabetespatienter med for lavt blodsukker.

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