

## Til regionspolitikere i Region Midt

Sørvad, den 17. januar 2011

### Vedr.: Ændringer i den præhospitale indsats i Region Midtjylland

Som aktør i Region Midt akutberedskab, skal undertegnede på vegne af de faldkantsatte ambulanceassistenter, behandlere og paramedicinere i regionen, fremkomme med følgende kommentarer til det af regionen udsendte sparekatalog. Mere specifikt omkring katalogets pkt. 3.3. omhandlende ændringer i den præhospitale indsats.

Som udgangspunkt opfatter vi

1. Harmonisering og dermed mere ensartet tilbud i hele regionen
2. Øget brug af paramedicinere
3. Udmøntning af besparelse præhospitalt

som forslag der virker såvel visionære som konstruktive i forhold til at tilføre den præhospitale indsats – herunder ambulancetjenesten – et samlet kvalitativt løft, samtidig med at de økonomiske ressourcer finder bedst mulig anvendelse. Nedenstående vil vi forsøge at begrunde og uddybe vore synspunkter herfor.

#### Ad. 1: Harmonisering og ”ensartethed”

I beredskabsmæssig sammenhæng – og henset til at regionens ambulancer i princippet indgår i hele Region Midts beredskab – findes det i dag problematisk at der findes flere meget forskelligartede præhospitale ordninger. Herunder enmandsbetjente lægebiler, lægebiler med læge/lægeassistent, akutbiler bemandede med behandler og anæstesisygeplejerske, akutbiler deldøgns med paramedicinere, akutbiler deldøgns med anæstesisygeplejerske og paramedicinere, samt en lang række ”supplerende” meget lokale ordninger. Ordninger der gennem tiden er etableret og oprettet i begrænsede lokale geografier. Ofte i forbindelse med regionens tidligere amts opdeling.

Dette finder vi ikke ubetinget hensigtsmæssigt, idet forskellige ordninger i ”snævre” geografier, ofte giver anledning til misforståelser og andre u hensigtsmæssigheder og derved mulighed for utilsigtede hændelser. De af regionen foreslåede 3 ”typer” beredskaber – ambulancer, akutbiler og akuthelicopter - synes umiddelbart at være dækkende. Sidstnævnte dog med den tilføjelse at det er uhyre vanskeligt at vurdere effekten i forhold til en evt. yderligere udbygning af landbaseret beredskab (ambulancer/lægebiler), ved brug af tilsvarende økonomiske ressourcer som et akuthelicopterkoncept løber op i. Dette beror dog mere på en landspolitisk beslutning.

Et antal primærambulancer hvori der indgår paramedicinere og med akutlægebil bemandede med læge og lægeassistent – og derved også mulighed for rendezvous med primærambulancen – findes at være en særdeles hensigtsmæssig løsning.

Vi er samtidig enige med regionen i at nuværende akutbilerne bemandede med anæstesisygeplejerske og en behandler placeret i samme geografi (by) som primærambulancen og akutlægebil ikke er

fremtidens løsning. Ressourcer der i stedet mere hensigtsmæssigt bør bruges til at forbedre responstiden i de geografier, hvor en lang responstid for borgerne opleves problematisk. Her vil en paramedicinerbemandet akutbil i nærområdet med back-up af nærmeste lægebil, for borgerne opleves som et særdeles kvalitativt løft. Dette såvel responstidsmæssigt som behandlingsmæssigt, samtidig med det er en økonomisk attraktiv løsning.

## Ad. 2: Øget brug af paramedicinere

I forhold til ønsket om øget brug af paramedicinere har vi taget udgangspunkt i svar fra regionens lægelige chef på forespørgsel fra region nordjylland i forhold til regionens ”erfaringer med akutbil bemandet med paramediciner og anæstesisygeplejerske”. Dette med henblik på at belyse forskellen på de 2 ”faggrupper” i forhold til det præhospitale virke. Herudover for sagligt og faktisk at kunne underbygge baggrunden for nærværende ”høringssvar” i forhold til brug af paramedicinere. Vi må formode at svaret på denne officielle forespørgsel fra Region Nord, givet fra regionens lægelige chef for Præhospitalet Erika Frischnedht Christensen den 17. marts 2010, såvel lægeligt som på anden måde er dækkende.

I svaret tages der udgangspunkt i akutbilen i Skive ”der er bemandet med en paramediciner og anæstesisygeplejerske på hverdage fra kl. 8.00 til 16.00 og med paramediciner alene på hverdage 16-08 og døgnbetjent lørdag-søndage samt helligdage. En døgnbetjent lægebemandet akutbil fra RH Viborg med lægeassistent er back-up for akutbil Skive og aktiveres hver gang, akutbil Skive aktiveres”.

I svaret fremgår følgende: **”Paramedicinerne har en lang skadestedserfaring, er vant til at arbejde udenfor et hospital. De har samme medicin og må give samme medicin som anæstesisygeplejersken, dog har de ikke træning i avanceret luftvejshåndtering. Anæstesisygeplejerskerne har uddannelse og træning inden for anæstesi og har kompetencer indenfor luftvejshåndtering. Anæstesisygeplejerskernes vante arbejde er på et hospital, hvorfor deres skadestedserfaring er af mindre karakter. Anæstesisygeplejerskerne bedøver og intuberer ikke en patient præhospitalt uden, at der er en læge fra akutbilen til stede. Hverken anæstesisygeplejerskegruppen eller paramedicinergruppen har speciel træning i diagnosticering og behandling af den medicinske patient. Både anæstesisygeplejerske og paramediciner foretager derfor symptombehandling på lige fod”. Videre fremgår at der de første 6 måneder har været ”25,3% traumer og 74,6% medicinske tilfælde og ”Ved traumer har paramedicineren en fordel ved håndtering af et skadested, som er velkendt område. På det medicinske område er der ingen direkte forskel at bemærke mellem de to grupper, idet symptombehandling ikke altid afspejler en korrekt diagnose. Ved håndtering af svært respirationstruede patienter og ved håndtering af børn skal begge gruppe have back-up fra lægen på akutlægebilen”. Sluttelig ”I den præhospitale behandling har anæstesisygeplejersken og paramedicineren samme kompetencer til symptombehandling. Anæstesisygeplejersken kan foretage avanceret luftvejshåndtering, men dette udføres udelukkende ved hjertestop. Derimod har paramedicineren en fordel ved et større kendskab til skadestedsarbejde”.**

Med udgangspunkt i ovenstående vil vi tillade os umiddelbart at konstatere at anæstesisygeplejersker og paramedicinere fagligt ligger for tæt på hinanden til at supplere hinanden væsentligt i forhold til præhospitale virke. Dette modsat en paramediciner og/eller ambulancebehandler/lægeassistent og en læge der supplerer hinanden derhen at den lovmæssige redderuddannelse udover behandlingsmæssige kompetencer, selvsagt indeholder undervisning i og indøvelse af kompetencer der er nødvendige i forhold til selve håndteringen af et skadested (sikring mv.). Herudover det at kunne fungere som ambulanceleder under mindre såvel som under

større indsatser. Lægen har – i modsætning til såvel ambulanceredder som sygeplejerske – mulighed for såvel diagnostik og dermed bedre visitering til korrekt behandlingssted. Herudover i større omfang at kunne ”færdigbehandle” patient på stedet, derhen at en indlæggelse undgås. Begge dele ikke bare til glæde for patienten, men også henset til det økonomiske aspekt i og med en evt. indlæggelse kan undgås

Vi finder derfor øget brug af paramedicinere som værende positivt og til gavn for den samlede præhospitale indsats. Paramedicinere har i dag vundet stor udbredelse i øvrige regioner i Danmark udfra såvel et kvalitativt som økonomisk synspunkt.

### Ad. 3: Udmøntning af besparelsen præhospitalt

Vi er ikke i stand til, ud fra nuværende tilgængeligt talmateriale, at vurdere den samlede besparelse i det præhospitale, men er enige i at en ”forenkling” og brug af rette ressourcer, som den af regionen foreslåede, samlet vil kunne medvirke til en besparelse, samtidig med et kvalitativt løft præhospitalt.

Vi skal her til eks. pege på akutbilordningerne med behandlere og anæstesisygeplejersker i det gamle Ringkøbing amt, der indebærer et forholdsvis stort antal mandskabs ressourcer, der efter vores opfattelse kan bruges bedre såvel præhospitalt som på selve regionens hospitaler. Et forhold som regionen da også indirekte har påpeget gennem forslagene i fremlagte sparekatalog.

I tillæg til ovennævnte skal nævnes, at en del af den argumentation der er fremført for bevarelse af ovennævnte præhospitale ordning bl.a. har været smertestillende medicin indgivet direkte i blodbane. Dette er imidlertid allerede indført andre steder på behandler niveau og bruges i dag ”rutinemæssigt” fx i Region Syd. Det skal for god ordens skyld nævnes at det pt. ser ud til at blive mere udbredt og også påbegyndt implementeret i Region Midt, hvilket findes særdeles positivt.

Vi skal derfor anbefale dette og andre ”samlede” kvalitetsløft i ambulancetjenesten, også indtænkes i denne proces, idet det her giver størst samlet effekt. Dette – samt muligheden for at videreudanne sig til paramedicinere – vil samtidig give et væsentligt incitament for nuværende behandlere der ønsker faglig udvikling, ikke at søge denne i andre regioner, som det til dels sker for nuværende.

Håber nærværende vil blive betragtet som et konstruktivt indlæg i forhold til den videre politiske debat omkring de nødvendige besparelser, ligesom vi meget gerne er til disposition for en evt. uddybning af nærværende synspunkter eller andre ting der ønskes drøftet i forhold til regionens præhospitale indsats, hvor vi evt. kan bidrage.

Med venlig hilsen

Fællestillidsmand

Jan H. Lauvring

Vognstrupvej 18

7550 Sørvad

Tlf. 4042 1450

Fællestillidsmand

Per Aastrup

Løven 13

8900 Randers

Tlf. 40155138