

NOTAT

Til: Forretningsudvalget

Opgang Opgang 2, 3. sal
Direkte 24978827
Mail akutberedskabet@regionh.dk
Web www.regionh.dk/akutberedskab
et

EAN-nr.: 5798000384149
CVR/SE-nr.: 29190623

Dato: 7. maj 2019

Kommentarer til henvendelse fra Kommunale brand- & ambulancefolk i København

Region Hovedstadens Akutberedskab er blevet bedt om at kommentere Kommunale brand- & ambulancefolk Københavns (KbaK) henvendelse til Sundhedsudvalget i forbindelse med foretræde for udvalget den 20. marts 2019.

KbaK beskriver sig selv på deres hjemmeside med følgende ord: "KbaK er en arbejdspladsklub under FOA 1. Vi repræsenterer brandfolk, ambulancefolk, alarm- og vagtcentralpersonale samt vægtere ansat i Hovedstadens Beredskab."

Akutberedskabet vil gerne kommentere anbefalinger enkeltvis og herunder de omtalte udfordringer. Akutberedskabet tager henvendelsen seriøst, men desværre indeholder henvendelsen en række fejl og misforståelser.

Indledningsvis skal det nævnes, at Region Hovedstadens Akutberedskab ikke tidligere har fået denne henvendelse fra KbaK.

Akutberedskabet har jævnligt møder med KbaKs arbejdsgiver Hovedstadens Beredskab (HBR) på direktionsniveau. På møderne drøftes blandt andet samarbejde, daglig drift, travlhed, rekruttering og fastholder, udveksling af medarbejdere samt uddannelse og kompetencer. De samme emner bliver også drøftet løbende ved faste møder med regionens anden leverandør Falck A/S. Tilsvarende problemstillinger har været drøftet på personalemøder med HBR og Falcks personale.

Akutberedskabet har efter henvendelsen kontaktet direktionen i HBR med henblik på en kommentar til henvendelsen til Sundhedsudvalget, og foreslået et fælles møde med de KbaK's repræsentanter. Tilbagemeldingen fra HBR

har været i en mail af 22. april 2019: "Det er [derfor] ikke muligt for Hovedstadens Beredskab at forholde os til den samlede skrivelse og dermed relevansen for henvendelsen. Hovedstadens Beredskab har heller ikke mulighed for at forholde os til alle de i skrivelsen fremførte forslag, da Hovedstadens Beredskab ikke er i besiddelse af de nødvendige fakta til at fremføre kvalificerede betragtninger."

Dette svar fra en samarbejdspartner og leverandør, som har de pågældende medarbejdere ansat, vil der ledelsesmæssigt blive fulgt op med HBR. HBR ønsker ikke at afholde et fælles møde KbaK, HBR og Akutberedskabet, hvorfor Akutberedskab har inviteret KbaK til særskilt møde.

Kommentarer til anbefalingerne

Anbefaling 1 om studietur til Region Nord med henblik på ambulancekompetencer

Svar: Der er allerede i dag gensidig udveksling af faglige løsninger regionerne imellem og en sammenligning af kompetencer blandt ambulancepersonalet varierer kun ubetydeligt.

De fem regioners præhospitale organisationer har faste møder ca. hver 3 måned på direktionniveau. Desuden er der faste møder mellem de ambulancefaglige og lægefaglige ansvarlige i hver region. Disse møder har fokus på at dele erfaringer og at samarbejde om og etablere fælles faglige standarder. I 2018 blev der udarbejdet en oversigt over kompetencer blandt paramedicinere og ambulancebehandlere i alle fem regioner. Der er reelt ingen forskelle regionerne imellem. Region Nord har endvidere oplyst, at deres paramedicinere har samme kompetencer som i de øvrige regioner.

Anbefaling 2 om at se på hvor mange ture der køres af lægebilerne.

Svar: Akutlægebilerne kører kun til en mindre del af de akutte udrykningskørsler (de mest kritiske) og på baggrund af sundhedsfaglige kriterier, som er aftalt mellem de præhospitale organisationer.

Akutlægebilerne disponeres efter Dansk Indeks for Akuthjælp som er et fælles beslutningsstøtteværktøj, der løbende opdateres af de fem regioner i samarbejde. Visitationen i Dansk Indeks inddeler opkaldet i forskellige prioriteringskategorier A, B og C som igen er underinddelt afhængig af behov for kompetenceniveau. Hjertestop er for eksempel A1, dvs. udrykningskørsel med ambulance og akutlægebil. Hvis en region som fx Region Sjælland ikke har en akutlægebil, sendes i stedet det højeste kompetenceniveau, dvs. en paramediciner og oftest 2 udrykningskøretøjer til samme hændelse.

Region Hovedstaden har ca. 130.000 akutte ambulancekørsler årlig. Ca. 80.000 af disse er med udrykning. Af de 80.000 udrykningskørsler er det kun en fjerdedel, hvor der også sende en akutlæge. 10 % af akutlægebilskørslerne, er fordi den først ankomne ambulance beder om supplerende assistance fra en akutlægebil.

Akutlægebilernes opgave er ikke kun at støtte i forbindelse med særlig kritiske patientkategorier og komplekse opgaver og herunder lægelige kompetencer og mulighed for at slutte behandling på stedet. Opgaven er også at være superviserende i forhold til ambulancepersonalet på stedet. Herudover varetager akutlægebilerne lægeledsagelse af ca. 2.000 kritisk syge patienter i forbindelse med akutte overflytninger mellem regionens hospital og aflaster derved hospitalerne som ellers skulle stille med lægeligt personale til overflytning.

Anbefaling 3 om relevant efteruddannelse

Svar: Uddannelsesniveaulet er løftet væsentligt efter at Region Hovedstaden overtog ansvaret og er samtidig gjort fælles på tværs af leverandører. Hospitalspraktikken, der har været en del af uddannelsesforløbet i sidste 15 år, er blevet evalueret og ændres fremadrettet.

Akutberedskabet har det sundhedsfaglige ansvar for ambulancepersonalet. Uddannelse planlægges og godkendes af Akutberedskabet efter input fra leverandørernes personale. Dette betyder, at alle får et garanteret uddannelses-tilbud med relevant indhold til samme niveau uanset den private leverandør. Region Hovedstadens Akutberedskab arrangerer fælles vedligeholdelses- og efteruddannelse jævnfør bekendtgørelsen. Eksempelvis har Akutberedskabet netop afholdt en ny og fælles uddannelsesdag for alle 650 ambulancebehandlere og paramedicinere samt godt 100 af regionens egne læger og paramedicinere med efteruddannelse i hjerte-lungeredning med teori og simulationstræning. Dette er sket løbende frGæstekort afhentes i receptionena februar og afsluttes i maj i samarbejde med instruktører fra HBR og Falck. Der er udtrykt stor tilfredshed med dette uddannelsesmodul.

Jævnfør bekendtgørelsen har der gennem mange år været en enkelt uddannelsesdag med hospitalspraktik. Efter at regionen har overtaget ansvaret for vedligeholdelsesuddannelse har Akutberedskabet i samarbejde med Center for HR gennemført en undersøgelse blandt ambulancepersonalet om værdien af dette, idet forventning var at kvaliteten af hospitalsdagen var meget varierende. Som forventet blev hospitalspraktik ikke vurderet som værdifuldt og der tages derfor initiativ til at ændre denne uddannelsesdag til målrettet uddannelse for den enkelte behandler/paramediciner.

Leverandørerne har alle muligheder for at tilbyde og afholde uddannelse ud over det i bekendtgørelsen krævede og opfordres til dette.

Anbefaling 4 om afveksling i hverdagen.

Svar: Udveksling af personale mellem HBR og Akutberedskabet har været afprøvet som projekt men var vanskeligt at gennemføre i praksis og er derfor ikke videreført. At varetage sundhedsfaglig visitation af 1-1-2 opkald kræver væsentlig erfaring og rutine og kan ikke ske ved skiftende personale.

Der har tidligere været afholdt et projekt med udveksling af personale mellem HBR og Akutberedskab ved ambulance og akutlægebil. Formålet var gensidigt at få indsigt i forskellige opgaver og mere erfaring. I praksis viste det sig at være svært at få skiftende vagtplaner til at gå op, og projektet blev derfor ikke videreført. Det er Akutberedskabets opfattelse, at det ikke er muligt at tage sundhedsfaglige 1-1-2 opkald uden en væsentlig oplæring og vedvarende rutine. De paramediciner, der tager sundhedsfaglige 1-1-2 opkald på Region Hovedstadens Vagtcentral, har denne funktion i 30 % af deres tid.

Anbefaling 5 om dybdegående undersøgelse af hvad der sendes ambulance til

Svar: Overvisitation er uundgåeligt af patientsikkerhedsmæssige grunde. Det vurderes løbende hvorledes ambulanceressourcerne bedst kan anvendes, herunder om siddende patientbefordring kan anvendes til udvalgt grupper.

Der sendes i hovedstaden ikke flere ambulancer per indbyggere end i de øvrige regioner, tværtimod sendes der færre udrykningskørsler per 1.000 indbyggere end i de øvrige regioner

Ambulancer sendes ud fra to forskellige bestillingsmåder:

Den ene halvdel af kørslerne kommer fra Region Hovedstadens Vagtcentral efter en sundhedsfaglig vurdering. Når borgere ringer 1-1-2 med tilskadekomst eller akut sygdom, vil de sundhedsfaglige visitatorer dvs. sygeplejersker og paramediciner vurdere, hvilket behov patienten skønnes af have. I ca. 75 % af opkaldende sendes en ambulance og i resterende gives råd eller vejledning evt. henvises til en akutmodtagelse. Dette sker ud fra Dansk Indeks for Akuthjælp som i de øvrige regioner.

Ca. 3 % af alle opkald til Akuttelefonen 1813 resulterer i en ambulancekørsel, ud fra kriterierne i Dansk Indeks for Akuthjælp. Denne procentandel svarer i øvrigt til hvad der sendes fra lægevagten i Region Midt.

Den anden halvdel af kørslerne sker ud fra bestilling af en praktiserende læge via den centrale visitation på et hospital eller direkte som en kørselsbestilling fra et hospital. Behovet for disse opgaver er forud vurderet af enten den praktiserende læge eller hospitalets personale.

Der vil altid være en overtriage med akutte kørsler til patient, der viser sig ikke at have et kritisk behov, når man kommer frem. Dette er kendt fra såvel andre regioner, andre lande og fra andre områder med sundhedsfaglige vurderinger. Ambulancepersonalet har mulighed for at give en konkret tilbagemelding, såfremt en kørselsbestilling viser sig at være unødvendigt.

Det foreslås i anbefalinger at lave en kampagne om brugen af ambulancer. Erfaringen fra Region Nord er, at disse kampagner kun har kortvarig effekt. Region Hovedstadens Akutberedskab bruger i stigende omfang de sociale medier til at oplyse borgerne om ambulanceberedskabets opgaver. Det er vores opfattelse af borgerne generelt er ansvarlige og ikke misbruger ambulancerne.

Siden 1. april 2019 har Region Hovedstadens Vagtcentral overtaget kørselslogistik for hovedparten af siddende patientbefordring i Region Hovedstaden. Dette giver mulighed for at ændre en kørsel til siddende befordring, når det er fagligt relevant. Endvidere har indførelse af ilt-behandling i den liggende sygetransport flyttet en del kørsler fra ambulancetjenesten til liggende sygetransport.

Anbefaling 6 om planlagte sygetransportkørsel

Svar: Kapaciteten i liggende sygetransport vurderes løbende og er netop øget, men for at sikre en ekstra kapacitet i ambulancetjenesten ligger en del af opgaverne hos ambulancerne og har gjort dette siden 2009.

Liggende sygetransport er liggende patientbefordring, hvor der ikke er behov for sundhedsfaglig behandling eller overvågning under transporten, fx patienter der ikke kan sidde eller patienter, der har været til behandling på hospital og skal køres liggende hjem. Disse køres generelt af de særlige køretøjer, der er beregnet til dette. Oprindeligt var der utilfredshed hos ambulancepersonalets fagforening om, at liggende sygetransport skulle udskilles til særlige køretøjer, fordi dette ville mindske fleksibiliteten i ambulancetjenesten. Ændringen blev gennemført i 2009 og netop med det formål at aflast ambulanceberedskabet. Samtidig blev 20 % af dimensioneringen lagt til fordel for ambulancer, som dermed havde en større kapacitet og fleksibilitet og kunne bruges til at hjælpe sygetransporten, når der var kapacitet til dette. Ambulanceopgaver har altid først prioritet. Det er reelt bedre, at "overkapacitet" ligger på ambulanceberedskabet end på liggende patientbefordring, som ikke kan varetage ambulanceopgaver. I øvrigt er kapaciteten på liggende patientbefordring øget i forbindelse med sidste udbud.

Supplerende kommentarer til teksten

Der står: "En stor udfordring siden kontraktstaten i januar 2016 har været, at rekruttere og efterfølgende at fastholde ambulancemedarbejderne i jobbet."

Kommentar: Dette er bekymrende, da HBR har forpligtet sig til nye faste beredskaber de sidste to år. Det er leverandøren kontraktlige forpligtelse at sikre det nødvendige personale, herunder at tage elever ind og uddanne disse således at der er tilstrækkeligt personale til at løse opgaven. Akutberedskab har ikke selv problemer med at rekruttere og fastholde ambulancebehandlere og paramedicinere.

Der står: "Siden regionerne overtog er der sket store forandringer, i særdeleshed i hovedstadsområdet. Vi gik fra døgnvagt til effektive vagter, og vi mistede selv disponeringen af vores ambulancer og derved en kæmpe fleksibilitet i vores hverdag."

Kommentar: De omtalte ændringer blev foretaget i 2009, altså for 10 år siden. HBR som leverandør kan tilrettelægge fremmødet, som de ønsker, så længe arbejdsmiljølovingen overholdes. Det er velkendt, at det hos nogle medarbejdere er et ønske om at have døgnvagter for derved at kunne afvikle timerne på kort tid og supplere med andet arbejde. Døgnvagter er ikke hensigtsmæssigt på et område med stor aktivitet og akutte patientkontakter. Der står "vi mistede disponeringen" og med dette menes formentlig, at HBR og Falck ikke længere disponerer "egne" ambulancer, men alle ambulancer bliver disponeret fra Region Hovedstadens Vagtcentral og uafhængig af leverandør, netop med det formål at tilgodese borgerne med nærmeste ambulance og ikke afhængig af leverandøren. Denne ændring trådte i kraft i 2009.

Der står: "Vi oplevede nye udfordringer med at få frokostpauser, og tonen imellem disponenter og ambulancefolk ændrede sig da der ikke længere var en kollegial og personlig relation."

Kommentar: "Ændringer er tilbage fra 2009. Med de nye kontrakter skal leverandørerne selv stille med beredskaber til pauseafholdelse. Dette monitoreres løbende og drøftes med HBR. Afbrydelse af pauser sker meget sjældent. Når afbrydelserne forekommer, er et der tale om er en højt prioriteret opgave som hjertestop, der ikke kan løses med anden ressource.

Der står: " Vi oplevede, at der blev skåret ca. en tredjedel af alle ambulanceberedskaber væk..."

Kommentar: Dette er ikke korrekt og er blevet tilbagevist adskillige gange.

Der står: " Belastningen har i sidste halvår af 2017 ligget over det i kontrakten anførte, og det er kun pga. manglede data, at vi ikke kan dokumentere at det er fortsat i det meste af 2018".

Kommentar: Det er korrekt, at der har været og forsat er høj aktivitet. Det er ikke korrekt, at der ikke er data for dette. HBR får løbende data fra Region Hovedstadens Akutberedskab. Data for 2018 er derudover at finde på regi-onh.dk/akutberedskabet

Der står: "Når der disponeres til kørsel A skeles der ikke til hvilket kompetenceniveau, der er det rette. Der sendes altid nærmeste beredskab uden at tænke på om der bare få sekunder længere væk kunne være en paramediciner med et mere fornuftigt kompetenceniveau".

Kommentar: Dette er et postulat. Man kan undre sig over at der rettes en sådan beskyldning mod de kollegaer, der disponerer ambulancerne og sidder med opgaven til hverdag.

Der står: "I Paramediciner uddannelsen ligger der mange gode og relevante kompetencer. Her kan nævnes intraosseous adgang (der lægges en kanyle ind i en knogle for at sikre, at der kan gives medicin til kritiske patienter hvor anlæggelse af normalt drop ikke er muligt). I uddannelsen ligger der også mange medicinkompetencer som blandt andet IV administration af astma medicin. Vi nævner disse to da det er kompetencer som ikke må benyttes af paramedicinere i Region H, men som bruges i andre regioner."

Kommentar: Dette er ikke korrekt at disse kompetencer må benyttes i alle andre regioner. Intraossøs administration af medicin eller væske er forbundet med risiko for svære komplikationer, og anvendes derfor kun når det er på vital indikation. I disse tilfælde vil der altid være en læge tilstede. Intraossøs administration kan bruges ved livreddende medicin eller ved indgift af væske/blod. I forbindelse med hjertestop bør fokus være på hjerte-lunge-redning og defibrillering, da det ikke vist at medicin givet præhospital forbedre overlevelsen. Antibiotika kan være livsreddende, men paramediciner har ikke kompetence til at give antibiotika og har derfor heller ikke antibiotika i ambulancerne. Tidligere blev astma medicin givet intravenøst, men det er vist at inhalation har samme effekt og færre bivirkninger.

Der står: "Især det, at der sendes akutlæger til fx kramper, brystmerter og respirations besvær, bevidstløse uden kendt årsag gør, at især paramedicinere i Region H ikke bliver benyttet hensigtsmæssigt. Vi kan orientere om et forsøg tilbage fra 2001 hvor de første paramedicinere kom til Kbh. Her viste det sig, at de uden problemer kunne varetage 90% af de ture akutlægebilen kørte til."

Kommentar: Beskrivelsen er ikke i overensstemmelse med virkeligheden. Som anført sendes der kun akutlæge til en udvalgt og mindre del af alle udrykningskørsler. Der sendes normalt ikke læge til krampetilfælde. Der sendes læge til kritiske patienten med mistænkt blodprop i hjertet, kritisk vejrtrækningsbesvær og bevidstløse. At paramedicinere i København i 2001, altså for

18 år siden skulle kunne varetage 90 % af alle lægekørsel er tvivlsomt. Paramedicineruddannelse startede i 2004. Den pågældende undersøgelse er ikke kendt og næppe publiceret.

Der står: "I sidste kontrakt periode kørte både Falcks og Købehavns/ Frederiksbergs reddere akutlæge bil, og psykiatrisk udrykning."

Kommentar: Akutlægebilerne har de sidste ti år været drevet af regionens selv – både køretøj og lægebehandling. I 2012 blev paramedicineren ligeledes ansat af regionen. Dette er altså syv år siden og Københavns Brandvæsen har ikke stillet med paramediciner i sidste kontraktperiode. Akutlægebilerne har i øvrigt ikke været en del af ambulancekontrakter. Samme udvikling er foregået i de øvrige regioner, der har akutlægebiler.

Der står: "I denne kontraktperiode er der lagt mere vægt på kvalitetssikring hvilket er godt. Problemet er bare, at det er regionens præhospitale enhed (embedsværket) der bestemmer hvad der skal på skemaet til vores efteruddannelse. Det betyder, at kvaliteten og udbyttet af vores efteruddannelse er faldet drastisk, og mange har efterhånden fået en fornemmelse af at man spilder tiden når man har efteruddannelse, og i særdeleshed er i hospitalspraktik."

Kommentar: Med den præhospitale enhed menes formentlig "Enheden for ambulancer og køretøjer" i Region Hovedstadens Akutberedskab. Ved at anvende ordet "embedsværket" antydes, at det er administrativt personale, der ikke har kendskab til fagområdet, der tilrettelægger efteruddannelse. Efteruddannelse planlægges og kontrolleres af den ambulanceansvarlige overlæge i samarbejde med paramedicinere i Akutberedskabet og i tæt samarbejde med leverandørerne. Tidligere har blandt andet FOA og 3F kritiseret at deres personale ikke fik den planlagte uddannelse. Af samme grund er ansvaret overgået til regionen, og niveauet er løfte væsentligt. Akutberedskabet er ikke tidligere mødt med tilbagemeldinger om at efteruddannelse er spild af tid. Eneste kritikpunkt har været hospitalspraktikken, som har eksisteret de sidste 15 år, men som nu revurderes.