

**Sundheds- og Ældreministeriet**

Enhed: SPOLD  
Sagsbeh.: SUMTK  
Koordineret med:  
Sagsnr.: 1700450  
Dok. nr.: 318538  
Dato: 03. marts 2017

**TALEPAPIR**

Det talte ord gælder

[25. april 2017, kl. 15.00 – 16.30, Christiansborg, Sundheds- og Ældreudvalget]

**Tale vedr. samrådsspørgsmål CO, CP og CQ om  
præhospital indsats**

***Samrådsspørgsmål CO, CP og CQ (stillet af Flemming Møller  
Mortensen (S)).***

***Samrådsspørgsmål CO***

***Hvad agter ministeren at gøre for at sikre, at alle danskere kan  
forvente en ordentlig og faglig forsvarlig responstid i det  
præhospitalt beredskab, uanset hvor i landet de bor? Og  
hvilket ansvar mener sundhedsministeren selv, at ministeren  
har i forhold til responstiderne i det danske sundhedsvæsen?***

***Samrådsspørgsmål CP***

***Vil ministeren tage initiativ til, at regionerne laver  
sammenlignelige opgørelser over responstider?***

***Samrådsspørgsmål CQ***

***Hvilke overvejelser gør ministeren sig i forhold til  
hensigtsmæssigheden i en eventuel styrkelse af det  
præhospitalt beredskab med akutbiler?***

## **[Indledning]**

Tak til udvalget for invitationen – og tak til spørgeren for spørgsmålet.

Det er en bred vifte af vigtige spørgsmål, vi er samlet i dag for at drøfte. Vi starter her med spørgsmål CO – CQ om det præhospitale beredskab.

Spørgsmålene omhandler responstider og deres sammenlignelighed - og hvordan vi sikrer, at alle danskere kan forvente en ordentlig og forsvarlig hjælp, uanset hvor i landet de bor.

Og så spørges der til mine overvejelser i forhold til akutbiler i det præhospitale beredskab.

\*\*\*

**[CO om ordentlig og forsvarlig responstid uanset bopæl og ministerens ansvar i forhold til responstid]**

[Rammefortælling]

Spørgsmålene giver mig anledning til at starte med at ridse lidt historie op.

Jeg synes, vi skal huske på, at der er sket en kæmpe udvikling i ambulanceberedskabet og den præhospitale indsats i løbet af de seneste 20 – 25 år.

For 20 – 25 år siden havde vi en ambulancetjeneste, som stort set alene var en transportordning, hvor det handlede om at få borgeren transporteret frem til sygehuset.

I dag har vi et helt anderledes præhospitalt beredskab, hvor den indledende behandling og livreddende indsats starter der, hvor ulykken er sket, eller den akut syge befinder sig - og behandlingen fortsætter under transporten til sygehuset.

Den udvikling er sket ved at stille helt andre - og større - krav til uddannelsen af ambulancepersonalet. Og ved at opbygge et beredskab, som favner langt bredere end blot ambulancer.

Ambulanceberedskabet er over årene i stadig større omfang blevet suppleret med akutlægebiler, akutbiler og såkaldte 112 – førstehjælpere. Og senest med akutlægehelikoptere.

Det betyder, at hjælpen straks kan igangsættes, når første enhed ankommer til stedet, uanset om ambulancen er nået frem.

Det betyder også, at ambulancemandskabet kan få ekstra hjælp til behandlingen. Og at patienten med helikopterens hjælp hurtigt kan komme ind på den specialiserede afdeling, hvis der er behov for det.

\*\*\*

Det er en vigtig – og nødvendig – udvikling. For jeg tror, vi alle er enige om, at borgere i alle dele af landet skal være trygge ved, at der kommer den nødvendige hjælp, når de kommer ud for en ulykke eller bliver ramt af akut sygdom.

Her spiller både staten, som sætter de overordnede rammer, og regionerne, som har driftsansvaret, en vigtig rolle.

[Rammefastsættelse ved lovgivning]

Det er sundhedsministeren, som sætter rammerne for regionernes tilrettelæggelse af den præhospitale indsats – herunder ambulanceberedskabet.

Det er sket i en bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet, som den præhospitale indsats er en del af. Og i en bekendtgørelse om ambulancer.

Regionerne skal i hver planperiode udarbejde en plan for den præhospitale indsats.

Regionerne skal her redegøre for opgave- og ansvarsfordeling mellem sygehuse og den præhospitale indsats - herunder ambulancer, akutbiler, akutmøbler og akutmøbelhelikoptere.

Regionerne skal planlægge ud fra en lokalt foretaget risikovurdering. Det vil sige at planlægningen skal ske under hensyn til lokal geografi og befolkningssammensætning. Det betyder så også, at der kan være lokale forskelle.

Det fremgår også, at regionerne skal fastlægge responstider i hvert beredskabsområde. Disse responstidsmål skal offentliggøres. Og regionen skal løbende følge de faktiske responstider.

I ambulancebekendtgørelsen er der fastsat bestemmelser om ambulancernes bemanning og indretning. Og om uddannelse af ambulancepersonale.

Det fremgår her, hvilke specifikke kompetencer ambulanceassistenter, ambulancebehandlere og paramedicinere skal have.

Sundhedsstyrelsen har suppleret bekendtgørelsernes regler med en vejledning om planlægning af sundhedsberedskabet, som indeholder konkret og omfattende vejledning.

\*\*\*

[Øremærkede midler]

Det var de lovgivningsmæssige rammer. Skiftende regeringer har også afsat midler til at styrke den præhospitale indsats.

Her kan bl.a. nævnes finansieringen af den nationale helikopterordning. Og senest blev der med finansloven for 2016 afsat 20 mio. kr. til en styrket akutindsats.

### [Regionernes ansvar]

Men det er som nævnt regionerne, som udfylder de fastsatte rammer, og som dermed har ansvaret for at stille ambulance og præhospital indsats til rådighed for personer med behov herfor.

Hvad har regionerne så gjort for at styrke den præhospital indsats over de senere år?

Ja, de har faktisk gjort mange ting.

### [Elektronisk patientjournal i ambulancer]

De har for det første indført elektronisk patientjournal i ambulancerne.

Det betyder, at ambulancerne automatisk sender patientdata som puls, blodtryk, temperatur og iltmætning direkte til akutmodtagelsen.

Det giver læger og sygeplejersker mulighed for at starte den rette behandling, så snart ambulancen ruller ind. Samtidig kan lægerne på akutmodtagelsen følge patientens tilstand undervejs.

[AMK-vagtcentral og sundhedsfaglig visitation af 112 opkald]

Regionerne har for det andet i forbindelse med seneste udbudsrunde hjemtaget AMK-vagtcentralsopgaven, som tidligere lå dels hos 112, dels hos ambulanceentreprenøren. Det giver regionen bedre mulighed for at sikre en optimal anvendelse af de præhospitale ressourcer.

Og samtlige regioner har i dag etableret egne AMK-vagtcentraler med sundhedsfagligt personale.

Det betyder, at alle opkald fra 112 med et sundhedsmæssigt indhold viderestilles til den relevante AMK-vagtcentral, hvor opkaldet håndteres af sundhedsfaglig ekspertise.

[Avancerede præhospitale ressourcer]

For det tredje har alle regioner på forskellig vis øget anvendelsen af såkaldte avancerede præhospitale ressourcer i form af akutlægebiler, akutbiler eller paramedicinerbemandede ambulancer.



Det er enheder, som bl.a. skal være med til at styrke indsatsen i områder, hvor der ofte forekommer lang responstid.

[112-førstehjælpere]

For det fjerde har fire regioner [Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland] indført frivillige 112-førstehjælpsordninger i områder med forholdsmæssig lang responstid.

Der er tale om frivillige, som i deres lokalområde rykker ud og yder førstehjælp.

De frivillige rykker ud efter anmodning fra AMK-vagtcentralen – og er bl.a. uddannet i at sikre førstehjælp ved hjertestop.

[Akutlægehelikopter]

Endelig har de fem regioner i fællesskab siden oktober 2014 sørget for, at tre døgnbemandede akutlægehelikoptere flyver ud og behandler patienter.

Det kan være, hvor tiden er knap, og afstanden til behandling er lang. Sådan som det kan være tilfældet ved en blodprop i hjernen eller i hjertet og ved svær tilskadekomst.

Helikopterne er placeret på baser i Ringsted, Skive og Billund og dækker hele Danmark.

De fleste flyvninger er gået til det vestlige Jylland, den sydlige og vestlige del af Sjælland samt øerne i det sydfynske øhav og øer som Læsø, Samsø og Bornholm.

Helikopterne er dermed – sammen med de øvrige avancerede præhospitale ressourcer - med til at sikre, at tyndtbefolkede yderområder kan få hurtig adgang til specialiseret behandling.

\*\*\*

Det præhospitale beredskab består altså af en række komponenter ud over ambulancerne, som alle samarbejder om at hjælpe tilskadekomne hurtigt og effektivt.

Det er derfor heller ikke tilstrækkeligt at se på ambulancens responstid for at afgøre, hvor hurtig der påbegyndes livreddende behandling.

Den responstid, som borgerne oplever, er ofte hurtigere end den målte responstid for ambulancerne.

Som det fremgår, har regionerne gjort meget for at sikre, at borgerne i alle dele af landet kan forvente, at der kommer den nødvendige hjælp.

[Samrådsspørgsmål CP om sammenlignelige responstider]

Det bringer mig til samrådsspørgsmål CP, hvor jeg bliver spurgt, om jeg vil tage initiativ til, at regionerne laver sammenlignelige opgørelser over responstider?

Efter reglerne i planlægningsbekendtgørelsen skal regionerne fastlægge responstider i hvert beredskabsområde. De fastlagte responstider offentliggøres, og regionsrådet følger løbende de faktiske responstider.

Regionerne fastsætter politisk bestemte servicemål for ambulancernes responstid.

Servicemålene omfatter i alle regioner de såkaldte A-kørsler, dvs. akutte og potentielt livstruende kørsler.

Regionerne følger de faktiske responstider i forhold til de fastsatte måltal. Region Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark følger responstiderne på kommuneniveau og offentliggør dem på deres hjemmesider. Region Sjælland følger responstiderne i forhold til 6 delområder og Region Hovedstaden følger i forhold til 5 delområder.

Jeg finder det tilfredsstillende, at regionerne følger responstiderne på et antal delområder. Da regionerne er forskellige både med hensyn til geografi og demografi, er der ikke nødvendigvis behov for den samme opdeling i beredskabsområder.

Men jeg er enig med spørger i, at det kan være hensigtsmæssigt, at responstiderne opgøres på samme måde, så de er lettere at sammenligne på tværs af landet.

Som jeg nævnte i besvarelsen af S 892, har ministeriet været i dialog med Danske Regioner herom.

Regionerne har bl.a. på den baggrund til Danske Regioners generalforsamling offentliggjort en fælles ensartet opgørelse over responstider for 2016. Responstiderne opgøres som procentandel udtrykninger fremme inden for hhv. 10 og 15 minutter.

Det er som tidligere nævnt ikke tilstrækkeligt at se på ambulancens responstid for at afgøre, hvor hurtig der påbegyndes livreddende behandling.

Regionerne opgør derfor de faktiske responstider for første professionelle enhed på stedet. Det vil sige akutbil, akutlægebil, eller ambulance.

De frivillige 112-førstehjælpere indgår derimod ikke i opgørelsen, selv om indsats fra dem - særligt ved hjertestop - har en stor betydning.

[Samrådspm. CQ om akutbiler]

Det leder mig videre til spørgsmålet om, hvilke overvejelser jeg gør mig med hensyn til hensigtsmæssigheden af at styrke det præhospitale beredskab med akutbiler.

Som jeg tidligere har fremhævet, så er det den samlede præhospitale indsats, som er af betydning. Her indgår akutbiler og/eller akutlægebiler som en avanceret præhospital ressource i alle regioner.

Det er de enkelte regioner, som ud fra en samlet vurdering af behovene i deres område beslutter, om og i hvilket omfang der skal indgå akutbiler i den samlede præhospitale indsats i regionen.

Sådan synes jeg, det fortsat skal være.

Tak for ordet. Jeg ser frem til en god debat.