

~~DANSK AMBULANCE RÅD~~

Danish Ambulance Council



Lene Holmvang
Formand for nukleus vedr. præhospital behandling
Dansk Cardiologisk selskab

Postadresse:

Dansk Ambulance Råd
Lunikvej 8
2670 Greve

Telf.:

4820 6569
4020 8740

E-mail:

ebbe@ambulanceraad.dk

Web:

www.ambulanceraad.dk

Høringssvar vedr. rekommandationer ifht. transport til PCI

Kære Lene.

D. 22 / 6-2007

Jeg havde i egenskab af formand for Dansk Ambulance Råd (DAR), lejlighed til at deltage i den af DCS og DASAIM arrangerede høring, 11. juni på Rigshospitalet.

Jeg vil på vegne af DAR benytte lejligheden til at rose jer for initiativet med at beskrive rekommandationer i forhold til transport af patienter til primær PCI. I DAR mener vi i øvrigt, at dette er anbefalelsesværdigt for flere andre patientkategorier. Det er selvfølgelig ærgerligt, at ikke flere valgte at møde frem til selve høringen, da det havde sikret en endnu bredere debat.

Det er dog ingen hemmelighed, som jeg personligt også udtrykte under høringen, at oplægget som det foreligger, rummer nogle klare mangler og udeladelser. DAR er kede af, at man fra de to selskabers side ikke har skelet til alle relevante kompetenceniveauer i den præhospital del af sundhedsvæsenet. Ej heller har baseret rekommandationerne på de allerede gjorte erfaringer, siden opstart af projekter med telemedicin, ifht. hjertepatienter, i eksempelvis Silkeborg og i Tårnby. Vi er af den opfattelse, at man fra DCS desværre har foretaget et markant holdningskifte, set ud fra tidligere udtalelser fra bl.a. overlæge Peter Clemmesen, på Rigshospitalet, der har været en af drivkræfterne bag forsøg med telemedicin og uddannelse af både ambulancebehandlere og paramedicinere.

Vi er bekymrede over, at der er enkeltpersoner i DASAIMs medlemskreds, der meget tydeligt giver udtryk for en direkte modstand mod, at der er blevet uddannet paramedicinere og at disse kan anvendes som eet af mange værktøjer i den præhospital organisation. Vi er derimod glade for at man netop i DCS ofte har påpeget denne gruppes anvendelighed.

Der hersker ingen tvivl om at tolkning af EKG 12 ifht. indbringelse til PCI beror på en speciallægevurdering. Men at tilstræbe, at alle patienter, der indbringes til PCI bør følges af en anæstesi-læge fra en lægebilsordning, er særdeles ressourcekrævende og ofte helt unødvendigt, når vi taler den stabile patient. Jeg har haft lejlighed til at tale med læger fra flere af landets præhospital ordninger, og disse siger samstemmende, at det er *skudt over målet*, at fordre at alle transporter med PCI patienter bør ledsages af anæstesi-læge. I mange af de mere tyndt befolkede områder, med lange køreafstande, vil lægebilen således være optaget mange timer på denne

~~DANSK AMBULANCE RÅD~~

Danish Ambulance Council

bekostning og således ikke være til rådighed når der er et reelt behov for eksempelvis avanceret luftvejshåndtering, som jo rettelig er argumentationen for anæstesi-lægerne tilstedeværelse præhospitalt.

Vi vil samtidig gerne understrege, at vi på ingen måde anfægter det faktum, at kredsløbs-ustabile patienter altid bør ledsages af en anæstesiolog, da disse patienter kræver viden og kompetence over niveau af hvad en ambulancebehandler, paramediciner eller sygeplejerske kan tilbyde.

Vi vil nedenfor ridse nogle eksempler op på, hvorledes transporten af patienten til primær PCI kunne forløbe med skelen til brug af relevant kompetence, i given situation. For alle transporter uden lægeledsagelse gælder det, at patienten konfereres med kardiolog og transportansvarlig AMK-læge i pågældende region, inden transportens påbegyndelse. Dette med oplysning om alle relevante forhold, herunder vitalparametre og klinik.

Det skal for god ordens skyld oplyses at **Heparin og Plavix** er en kompetence som for næsten alle paramedicinere i dag er uddelegeret og som i visse særlige geografiske områder tillige er uddelegeret til ambulancebehandlere.

Præhospitalt såvel som interhospitalt:

Kategori 1: Patient, der indbringes/overflyttes til PCI, efter overførsel af EKG 12 til hjertecenter, uden smerter og kredsløbsstabil, kan ledsages af ambulancebehandler ved forventet transporttid < 30 min.

Ved transporttid > 30 min. bør patienten tillige ledsages af paramediciner ifht. eventuel udvikling af smerter, og således behov for smertedækning med opioider, jf. delegation - og desuden risiko for udvikling af arytmi. Ved udvikling af arytmi kontaktes AMK-læge for vurdering ifht. eventuelt rendez vous med lægebil eller konkret ordination af farmaka, fx Amiodaron, som paramedicinere har delegation til ved hjertestop og som tillige kan ordineres ved arytmier hos vågne kredsløbspåvirkede patienter.

Kategori 2:

Patienter, der indbringes/overflyttes til PCI efter overførsel af EKG 12 til hjertecenter, med persisterende nitroglycerin resistente smerter. For denne kategori gælder det, at disse bør ledsages af paramediciner, med mulighed for indgift af opioider, efter jf. delegation. Der konfereres med AMK-læge ud fra fastsatte kriterier og i øvrigt efter aftale

Kategori 3:

Patienter, der indbringes/overflyttes til PCI efter overførsel af EKG 12 til hjertecenter, med påvirkning af kredsløb. Her skal lægeledsagelse altid tilstræbes.

I tilfælde, hvor dette ikke lader sig gøre, konfereres AMK-læge, ifht. vurdering af hensigtsmæssigheden af ikke lægeledsaget transport, ud fra tidskriterier og patientens tilstand. Denne patient kategori bør således som minimum ledsages af ambulancebehandler og paramediciner.

~~DANSK AMBULANCE RÅD~~

Danish Ambulance Council

For alle patientkategorier må det være målet at minimere tidsvinduet fra alarmering til egentlig PCI. Derfor er det ikke anbefalet at gøre holdt ved lokalsygehus, for at medtage medicinsk forvagt, da dette blot vil forsinke transporten til PCI unødigt og denne ikke har egentlige kompetencer, som ikke matches af paramediciner.

Vi mener det vigtigste element, til enhver tid, må være den rette ledsagelse til patienten, baseret på kompetence og erfaring og ikke på egentlig uddannelsesstittel.

På høringen blev det anført, at der pt. kun er uddannet 30 paramedicinere, med hovedvægten af disse ansat i den nordlige del af region Hovedstaden. Dette er til dels korrekt, der er i dag uddannet 42, men uddannelsen har de sidste par år ligget stille ifbm. den nyligt overståede regionsdannelse. I netop denne forbindelse er det særdeles relevant at holde sig for øje at alle regioner, på nær Region Hovedstaden, med publiceringen af deres præhospitale planer, har tilkendegivet ønske om øget brug af paramedicinere. Disse planer er som bekendt offentligt tilgængelige på regionernes hjemmesider.

Region hovedstadens oplæg til en præhospital plan foreligger forventeligt i september. Vi har ikke fantasi til at forestille os at den erfaring, man har med det nuværende set-up i delregion nord ikke vil indgå i overvejelserne, for planlægningen af det fortsatte præhospitale beredskab i hele regionen.

Vi vil samtidig anføre den væsentlige faktor, at netop paramedicinere som et led i deres uddannelse, bl.a. er uddannet til interhospitale transporter og besidder erfaring i tæt monitorering af patienter i den akutte fase.

Vi tillader os derfor, at understrege at denne personalegruppe er etableret af myndighederne, og at uddannelsen er vurderet og fundet forsvarlig og hensigtsmæssig af både NUPU og Sundhedsstyrelsen. Vi vil gerne understrege, at man i akutreddegørelsen i pkt. 6.1.3. netop påpeger flere områder, hvor paramedicinere kan anvendes. Dette er oven i købet tiltrådt af det rådgivende specialeudvalg.

Der må derfor være alt andet end sundhedsfaglige argumenter i spil, når man i et ellers fagligt velfunderet oplæg fra to respekterede speciallægeselskaber usædvanligt aktivt søger at undgå at beskrive, hvorledes paramedicinere kan anvendes på en hensigtsmæssig måde af landets kardiologer.

Vi stiller os selvfølgelig til rådighed for opfølgende debat og håber i sagens natur, at man vil revurdere inddragelsen af paramedicinere i rekommandationen.

Venligst,

Kim Dalgaard
Formand
Dansk Ambulance Råd.