

tilstanden ventrikelflimren og behandle den med defibrillering samt ved i udstrakt omfang at lære befolkningen at yde effektiv førstehjælp.

Dette betyder samtidig, at udvalget ikke finder, at hjerreambulancer i den form, de i dag kendes i danske forsøgsordninger, bør indføres generelt.

Udvalget foreslår:

1. At alle akutambulancer udstyres med defibrillator med EKG-registrering.
2. At alt ambulancepersonale gives et 20 timers kursus i diagnosticering af ventrikelflimren og behandling med defibrillering.
3. At vedligeholdelse af denne uddannelse sikres ved årlige repetitionskurser, samt at dette suppleres med:
4. At der oprettes et stort antal kurser for lægfolk, omhandlende bl.a. symptomer på akut hjertelidelse, kriterier for hjertestop og oplæring i primær hjertestopbehandling med hjertemassage og kunstig ventilation.
5. At information af befolkningen om akutte hjertelidelser og om kursustilbuddene intensiveres, således at patienter med akut opståede hjertetilfælde kan blive tidligere indlagt.«

Forslagsstillerne har derimod ikke taget stilling til, hvorvidt og i givet fald i hvilket omfang egentligt medicinsk personale bør medtages i ambulancerne. Dette vil være afhængigt af lokale forhold, men nogle steder vil man givetvis med fordel kunne medtage medicinsk personale i ambulancerne. Af denne grund er det særlig vigtigt, at alarmcentralerne sikrer sig selv og andre relevante dele af sygehusvæsenet den bedst mulige underretning om, hvad den enkelte udrykning drejer sig om.

3. Udenlandske erfaringer

Gennem de seneste årtier har der i en række andre lande fundet en udvikling sted, hvor ambulancesystemet har ændret karakter fra at være et transportsystem til at være et egentligt led i sygehusvæsenet.

I Oslo kom den første lægebemandede ambulance i 1967, og i 1971 kom der forskrifter for ambulanceudstyret. Trods disse forbedringer var det svage punkt imidlertid, at bedømmelsen af patienternes tilstand skulle foretages telefonisk, og derfor blev der i 1975 oprettet en skole for ambulancepersonel, hvis formål var uddannelse i:

1. Klinisk bedømmelse af patienten.
2. Interviewteknik.
3. Kendetegn ved en medtagen patient.
4. Kendskab til tilstanden »livløshed«.
5. Indikationer for intubering.

I 1980 inddrog man brug af medikamenter i ambulancefolkernes uddannelse, og i 1983 begyndte man at lære dem at defibrillere. Den teoretiske undervisning omfatter nu 322 timer og den praktiske 35 uger. Efter 2 år holdes endvidere et opfølgingskursus. I Akershus er uddannelsen blevet forøget med især akut medicin og akut kirurgi.

Under OLA-systemet i Göteborg startede man i 1981 med specialambulancer, efter at undersøgelser i perioden 1973–78 havde vist gode resultater med påbegyndt behandling af patienter allerede i hjemmet. I den forbindelse lærte de første reddere at sætte drop, intubere og defibrillere.

Uddannelsen består nu af 7 ugers grundkursus, 5 års ambulance- og brandtjeneste og 20 ugers modificeret sygehushjælperkursus samt 100 timers ekstraudannelse. Den retter sig også imod personalet på alarmcentralen, som gennem bedre uddannelse, bedre oplysninger og mere systematisk udspørgen sættes i stand til at sende den optimale hjælp med det samme, og dermed påvirkes også de små marginaler i positiv retning. Overlæge Stig Holmberg fra Göteborg oplyste på en ambulancekonference, arrangeret på rigshospitalet af Selskabet for Primær Skadebehandling den 15. marts 1985, at man skønner at redde 20 menneskeliv pr. år med den nuværende udbygning af OLA-systemet og 60 menneskeliv pr. år, når det er fuldt udbygget.

I Södra Halland var ambulancerne indtil 1979 udstyret på linje med de danske, og ambulancepersonalet havde kun 7 ugers uddannelse. Fra 1979 begyndte man imidlertid en intensiv intern uddannelse i et aktuelt emne, og ambulancemateriellet blev systematisk gennemgået. Dette førte til indkøb af supplerende udstyr, bl.a. laryngoskop til intubation, en lille ambulancerespirator, specielle skinner til behandling af patienter med benbrud (hvorved man kan fiksere arme eller ben – hvilket betyder færre smerter og mindre risiko for komplikationer) og en speciel bære til anvendelse ved trafikulykker, hvor patienter frygtes at have fået en skade i ryggen. Med denne bære kan patienten fikseres, så han lettere kan løftes og transporteres uden risiko for komplikationer i form af lammelser, blødninger osv. Endelig blev ambulancerne udstyret med Entonox og lidt efter lidt også med infusionsvæske og med mulighed for at behandle patienter i chok intravenøst.

Ambulancepersonalet lærte at intubere, at lægge drop, at fiksere frakturer og at give Entonox. Ifølge overlæge Erling Skole har der ikke i de seneste 4–5 år været tilfælde af fejlbehandling. Ambulancepersonalets uddannelse er forøget med 6 mæne-