

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

15/3507-9

Bjørn Jamtli

17.08.2015

## AMK-sentraler - drøftingsnotat til Akuttutvalget

Helsedirektoratet har ved brev av 30. mars 2015 fra Akuttutvalget blitt bedt om å utarbeide en et drøftingsnotat om AMK-sentraler. Drøftingsnotatet skal etter det opplyste danne grunnlag for Akuttutvalgets diskusjoner og innstilling (NOU) om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Drøftingsnotatet tar utgangspunkt i den struktur og de problemstillinger som er beskrevet i brevet fra Akuttutvalget.

Vi er kjent med at Akuttutvalget har bedt Helsedirektoratet om å utarbeide et tilsvarende drøftingsnotat vedrørende legevaktsentralene. Aktuelle fagavdelinger i direktoratet har drøftet muligheten for å utarbeide et felles drøftingsnotat, men har funnet å besvare henvendelsen gjennom to separate notater. Dette begrunnes med at de to fagavdelingene er i ulike faser med hensyn til å svare ut de opprinnelige bestillingene og at bestillingene ikke er helt sammenfallende.

I samarbeid med Akuttutvalget utarbeidet Helsedirektoratet våren 2015 en kartleggings-undersøkelse (Questback) hvor landets AMK-sentraler bl.a. fikk spørsmål innenfor følgende hovedtemaer:

1. Organisering og styring av AMK-sentralene.
2. Samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten og andre nødetater
3. Viktige utfordringer for AMK-sentralene
4. Hvilken betydning har lokalkunnskap for AMK-sentralenes virksomhet
5. Forslag til endringer og forbedringer av AMK-sentralenes virksomhet

Som det fremkommer av svarloggen hadde alle landets AMK-sentraler respondert innen 1. mai 2015.

Dette drøftingsnotat er utformet med utgangspunkt i den vedlagte Questback undersøkelsen, drøfting av ulike temaer knyttet til AMK-sentraler i et møte med Nasjonal rådgivende gruppe for medisinsk nødmeldetjeneste tirsdag 26. mai 2015, og Helsedirektoratets faglige vurderinger.

Det er viktig å være oppmerksom på at i Questback undersøkelsen er antallet AMK-sentraler 18. Dette skyldes at AMK Harstad og AMK Østfold fortsatt var i drift på det tidspunkt undersøkelsen ble gjennomført. Disse to AMK sentralene er nå nedlagt og funksjonene er overført til henholdsvis AMK Tromsø og AMK Oslo og Akershus.

## 1. Organisasjon og styring av dagens AMK-sentraler.

---

Per 15. juni 2015 er det registrert til sammen 16 AMK-sentraler i Norge.

De senere år har det vært en betydelig reduksjon av antallet AMK-sentraler i Norge. I 2000 fantes det 44 AMK-sentraler og de aller fleste av disse (38) ivaretok også legevaktsentralfunksjoner på kveld og eller natt. I dag er det bare 6 AMK-sentraler som ivaretar LV-funksjoner. Det er grunn til å tro at dette antallet vil bli redusert ytterligere i årene som kommer.

### **Data fra AMK-sentralene**

Med basis i data produsert av landets AMK-sentraler (Amis) har Helsedirektoratet de senere år utarbeidet rapporter med nasjonale data fra AMK-sentralene. Årsrapporter for 2012 og 2013 er tilgjengelig på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). Årsrapporten for 2014 vil bli lagt ut samme sted om kort tid.

Det har vært en målsetning å gjøre akuttmedisinske data mer tilgjengelig for alle interessenter. Helsedirektoratet ved avdeling Norsk pasientregister har utviklet en nettbasert løsning med visualiserte data i «dashbord» og kartverk. Løsningen er foreløpig under utprøving, men er tilgjengelig for alle i en foreløpig versjon.

Se: <https://amk.beekeeper.no/dashboard>

Vi viser for øvrig til vedlagte oversikt fra Questback-undersøkelsen over antall operatører og ressurskoordinatorer på vakt på dag, kveld eller natt fordelt på alle ukedager, samt antall henvendelser til de ulike AMK-sentralene på hhv. «Nødlinje 113» og andre sambandsveier. På disse områdene mangler vi dessverre opplysninger fra AMK Oslo og Akershus. Oversikten gir heller ikke et oppdatert bilde på status ved AMK- Nordmøre og Romsdal og AMK Sunnmøre på disse områdene. Dette som følge av at de ble slått sammen til en felles AMK-sentral i desember 2014.

### **Ledelse AMK**

De aller fleste AMK sentralen ledes av en avdelingsleder eller seksjonsleder i 100 % stilling. Lederen er gjennomgående sykepleier av utdanning, ofte med tilleggs-kompetanse innen akutt- eller intensivmedisin. 14 sentraler opplyser at daglig leder har personal- og budsjettansvar for AMK-sentralen.

På spørsmål om hvilke stillingsbetegnelse medisinsk faglig rådgiver har, går medisinsk faglig rådgiver eller seksjonsoverlege igjen i svarene og alle er anestesileger. Stillingsbrøken for medisinsk faglige rådgivere varierer fra ca. 20 % til 50 %. Unntaket er AMK Vestfold-Telemark som opplyser at de har medisinsk faglig rådgiver i 100 % stilling.

### **Tilgjengelighet til legetjenester**

I henhold til akuttmedisinforskriften § 15 bokstav m), skal AMK-sentralene ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis.

Alle AMK-sentralene opplyser at de har en vakthavende AMK-lege tilgjengelig 24/7, men de fleste AMK-legene har andre vaktforpliktelse samtidig med AMK-lege funksjonen.

I spørreundersøkelsen ble det også spurt om det var etablert beredskap for at AMK-legen fysisk kan være tilstede i AMK ved behov. 14 av 18 AMK-sentraler svarte ja på dette spørsmålet. Vi merker oss at AMK Oslo/Akershus, Bergen og Vestfold / Telemark, som til sammen har ca. 2 millioner innbyggere i sitt opptaksområde, opplyser at de ikke har etablert beredskap for at AMK-lege fysisk kan være tilstede i AMK.

### **Operativ ledelse av AMK på vakttid**

9 av 18 AMK-sentraler opplyser at det ikke er definert en leder for AMK-sentralen på vakttid. Dette gjelder bl.a. for AMK-Stavanger og AMK-Tromsø som begge har R-AMK funksjon. I overskriften for dette spørsmålet ble det presisert at det vi etterspurte var en «operativ leder som har ansvar for å lede AMK-sentralens operative innsats og sikre nødvendig bemanning etc.».

De sentralene som hadde en operativ leder, ble bedt om å gi en beskrivelse av denne funksjonen. Noen av disse beskrivelsene er forholdsvis vage, f.eks. at «*den sykepleier med lengst erfaring tar avgjørelser*» mens en annen sentral har opplyst at «*lederen har utvidet fullmakter i forhold til ekstraordinære hendelser*».

### **Opplæring og kompetanse knyttet til AMK operatører**

I henhold akuttmedisinforskriften § 15 bokstav l) skal AMK-sentralen bemannes med sykepleier eller ambulansearbeider som har gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

Kartleggingsundersøkelsen viser at alle AMK-sentraler er bemannet med sykepleiere med tilleggskompetanse. Det er imidlertid betydelige forskjeller med hensyn til innhold og utforming av tilleggskompetansen og systemer for opplæring, sertifisering og trening.

Et generelt inntrykk er at det jobbes strukturert og systematisk med hensyn til faglig oppfølging av AMK-operatører. Kompetanseplanen til KoKom fra 2011 blir av over halvparten av respondenten nevnt som et viktig element i opplæring av sykepleierne i AMK-sentralene. Mange sentraler opplyser også at de har systemer med sertifisering og resertifisering etter ulike tidsintervaller.

På spørsmål om utfordringer og forbedringsområder innenfor AMK-tjenesten peker mange på behovet for nasjonale krav til utvelgelse, opplæring og resertifisering av AMK-operatører.

Lydlogg blir aktivt brukt som en del av kvalitetssikrings og forbedringsarbeidet i AMK-sentralene.

Når det gjelder ressurskoordinatorene er de fleste ambulansesarbeidere med fagbrev. Alle ressurskoordinatorene gjennomgår ulike opplæringsprogrammer. En AMK-sentral opplyser at de har ikke ressurskoordinatører.

### **Jobbrotasjon**

12 av 16 AMK-sentraler (her er ikke Østfold og Harstad tatt med) opplyser at de har et system for jobbrotasjon for medisinske operatører. De fleste medisinske operatørene roterer mellom AMK og akuttmottak. Det samme antall AMK-sentraler opplyser at det er etablert et system for jobbrotasjon for ressurskoordinatorene. De fleste ressurskoordinatorene roterer mellom AMK og ambulansetjenesten.

### **Rekruttering**

9 av 16 AMK-sentraler (her er ikke Østfold og Harstad tatt med) svarer at de ikke har rekrutteringsproblemer knyttet til medisinske operatører. 10 av 16 AMK-sentraler opplyser at de ikke har problemer med å rekruttere ressurskoordinatører.

### **Fysisk plassering av AMK sentralene**

AMK-Sørlandet og AMK-Vestre Viken er fysisk plassert utenfor sykehus/akuttmedisinsk miljø. AMK-Førde er lokalisert i en ambulanse/luftambulans base med kort vei til sykehus med akuttmottak.

AMK-Sørlandet er lokalisert sammen med pasientreiser i Lillesand. AMK-Vestre Viken er samlokalisert med brann og politi på toppen av politihuset i Drammen.

I Bodø foreligger det planer for en samlokalisering av AMK, brann og politi i løpet av 2016.

De øvrige AMK-sentralene er fysisk plassert i eller i umiddelbar nærhet av sykehus med akuttfunksjon. Disse sentralene (inkludert AMK-Førde) opplyser at nærhet til et akutt-medisinsk miljø er viktig for fagutvikling og dialog med f. eks. ambulansetjenesten etter et oppdrag. Nærhet til helsepersonellressurser, og spesielt leger, blir også fremhevet som en stor fordel fra de sykehusnære AMK-sentralene.

AMK-Vestre Viken opplyser at de opplever store gevinster ved å være samlokalisert med brann og politi, bl.a. i forhold til et økt fokus på samarbeid mellom nødetatene både faglig og i forhold til ledelse.

På spørsmål om hvilken rolle AMK-sentralen har i forhold til sykehusets/helseforetakets krise- og katastrofeberedskap, oppgir de fleste AMK-sentralene at de har en koordinerings- og varslingsfunksjon ved kriser og katastrofer. To AMK-sentraler opplyser at helseforetakets beredskapsledelse er lokalisert i nær tilknytning til AMK.

### **Andre funksjoner som AMK-sentralen utfører**

Av 16 AMK-sentraler fungerer 6 sentraler også som legevaktsentraler i deler av døgnet. Som tidligere nevnt er tre AMK-sentraler i ferd med å utfase legevakt-sentralfunksjonen fra AMK-sentralen.

På spørsmål om hvilke andre oppgaver AMK-sentralene utfører utover de oppgavene som kan defineres som kjerneoppgaver, blir ulike varslings- og koordineringsoppgaver ved sykehusene hyppig nevnt. Utalarmering av akutt-team, varslings av hjertestans på sykehus og generelle koordineringsoppgaver er eksempler på slike oppgaver.

### **Tolketjeneste**

I akuttmedisinforskriften § 15 bokstav n) oppstilles det krav om AMK-sentralene i tillegg til norsk skal kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap med tolketjeneste for samiske språk og aktuelle fremmedspråk.

På spørsmål om AMK sentralen har system for tolketjeneste svarer to sentraler at de ikke har et system for tolketjeneste. Disse to sentralene dekker et befolkningsgrunnlag på ca. 710 000 innbyggere.

I en tilsvarende undersøkelse fra 2008 svarte litt over halvparten av de 17 AMK-sentralene som besvarte spørsmålet, at det hadde et system for tolketjeneste.

### **Overflowløsninger**

Det følger av akuttmedisinforskriften § 15 bokstav o) og p) at AMK-sentralen skal ha beredskap for å dekke behovet for kapasitet ved større ulykker og kriser og ha reserveløsninger for AMK-sentralenes funksjoner ved svikt.

På spørsmål om det er etablert en overflowløsning når sentralen mottar flere nødmeldinger enn det den har kapasitet til å svare ut, svarer 6 AMK-sentraler at de ikke har slike løsninger. De seks sentralene dekker til sammen ca. 2,5 millioner innbyggere. Alle AMK-sentralene i Helse Vest og i Helse Midt-Norge har etablert gjensidige overflowløsninger.

### **Helsedirektoratets vurdering:**

En viktig forutsetning for å kunne yte forsvarlige helsetjenester er at ansvars- og oppgavefordelingen mellom involvert personell og samarbeidspartnere er avklart. For AMK-sentralene innebærer dette bl.a. at man bør ha definert en operativ leder for virksomheten på vakttid. Videre at ansvars- og oppgavefordelingen mellom operativ leder og vakthavende AMK-lege er avklart. Ansvars- og oppgavefordelingen mellom AMK-sentralene i det enkelte regionale helseforetak, R-AMK og tilgrensende regionale helseforetak bør også være avklart for å kunne håndtere hendelser som krever samarbeid mellom flere AMK-sentraler.

Vakthavende AMK-lege forutsettes å ha kompetanse, utstyr og praktisk mulighet til å kunne bistå AMK-operatør og ambulanspersonell ved akuttmedisinske henvendelser eller oppdrag som krever medisinsk faglig støtte. AMK-lege skal også kunne bistå AMK-operatørene ved større hendelser.

I hht. Retningslinjer for bruk av luftambulans pkt. 8.2, har vakthavende AMK-lege ved AMK-sentral med luftambulansbase (AMK-LA), beslutningsmyndighet ved uenighet mellom AMK-LA og ambulanshelikopterlege ved samtidighetskonflikter eller hensyn til den totale beredskapen. Tilsvarende skal vakthavende AMK-lege ved AMK-Tromsø i hht. retningslinjenes pkt. 8.3 ha beslutningsmyndighet til å fordele oppdrag og

iverksette beredskapstiltak på nasjonalt nivå for ambulanseflytjenesten når dette er nødvendig for å ivareta nasjonal øyeblikkelig hjelp beredskap.

Vi registrerer at halvparten av alle AMK-sentralene oppgir at de ikke har definert en operativ leder. Videre at de fleste AMK-sentralene oppgir at AMK-legen har andre vaktforpliktelse samtidig med AMK-lege funksjonen, og at flere store AMK-sentraler ikke har etablert beredskap for at AMK-lege fysisk kan være tilstede i AMK ved behov.

Vår vurdering er at manglende operativ leder og begrenset tilgang til vakthavende AMK-lege er egnet til å øke AMK-sentralenes sårbarhet for svikt ved uklare medisinske problemstillinger og større hendelser. AMK-legenes beslutningsmyndighet i forhold til luftambulansoppdrag og beredskapsmessige hensyn tilsier at man bør ha etablert bakvaksordninger for vakthavende AMK-lege der denne funksjonen ivaretas av lege i vakt med andre primæroppgaver.

Vi merker oss at mange AMK-sentraler etterlyser nasjonale krav til utvelgelse, opplæring, sertifisering og resertifisering av AMK-operatører. Helsedirektoratet anser dette som et viktig virkemiddel for å sikre en felles faglig plattform og likeverdige helsetjenester. Helsedirektoratet har lenge planlagt å utarbeide en nasjonal veileder for AMK-sentraler, men arbeidet har blitt stilt i bero i påvente av at departementet skulle vedta ny akuttmedisinforskrift. Vi planlegger å ta opp igjen dette arbeidet i løpet av høsten 2015.

Vi merker oss at 7 av 16 AMK-sentraler har problemer med å rekruttere medisinske operatører og at 6 av 16 har problemer med rekruttering av ressurskoordinatorer. Vi anser at helseforetakene som arbeidsgivere må følge opp dette. Samtidig anser vi at nasjonale krav til utvelgelse, opplæring, sertifisering og resertifisering av AMK-operatører trolig vil kunne ha en positiv innvirkning på rekruttering av AMK-operatører.

Når det gjelder spørsmålet om fysisk plassering av AMK-sentralene ser det ut som om svarene i kartleggingsundersøkelsen i stor grad korresponderer med de respektive AMK-sentralenes plassering i eller utenfor sykehus med akuttfunksjon. Vi mener det er grunn til å foreta en nærmere undersøkelse av hvordan fysisk plassering påvirker kvaliteten i tjenestetilbudet ved AMK-sentraler.

Som tidligere nevnt er det grunn til å tro at antallet AMK-sentraler som ivaretar funksjon som legevaktsentral for vertskommunene eller andre kommuner vil reduseres ytterligere og trolig fases ut på sikt.

Primærhelsetjenesten har en viktig funksjon i å sikre befolkningen tilgang til kommunens helsetjenester og å ivareta en nødvendig silingsfunksjon i forhold til behovet for spesialist-helsetjenester. At AMK-sentraler både fungerer som AMK- og legevaktsentraler vil etter vår vurdering kunne medføre uklare ansvarsforhold herunder økt bruk av spesialist-helsetjenester. Vi anser det derfor som en ønsket utvikling at det skapes et klarere skille mellom AMK- og legevaktsentraler. Samtidig må man gjennom IKT-systemer og samarbeidsrutiner sikre at disse samarbeider tett og det finnes god systemer for informasjonsutveksling.

Når det gjelder andre oppgaver enn de som defineres som AMK-sentralenes kjerneoppgaver, anser vi ikke at disse er av et slikt omfang at de er egnet til å påvirke kvaliteten i tjenestetilbudet ved AMK-sentralene.

Vi merker oss at 6 AMK-sentraler med et samlet befolkningsgrunnlag på 2,5 millioner innbyggere, ikke har etablert overflowløsning når sentralen mottar flere nødmeldinger enn det den har kapasitet til å svare ut. Vi mener dette er i strid med akuttmedisinforskriften § 15 bokstav o) og p) og vil ta opp dette med Helse- og omsorgsdepartementet.

## 2. Samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten og andre nødetater

---

Akuttmedisinforskriften § 4 oppstiller krav til *samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester, øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter*. Bl.a. stilles det krav om at alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser.

Kartleggingsundersøkelsen viser at 14 av 16 AMK-sentraler har etablerte formelle samarbeidsrutiner i form av skriftlige prosedyrer og/eller retningslinjer med andre AMK-sentraler i egen helseregion. 6 av 16 opplyser at de har skriftlige prosedyrer eller retningslinjer for samarbeid med AMK-sentraler i andre helseregioner.

15 av 16 AMK-sentraler har etablert samarbeidsfora mellom AMK-sentralen og ambulansetjenesten, mens alle sentralene har etablert et samarbeidsforum med akuttmottakene. I spørreundersøkelsen utdypes det ikke nærmere hvordan dette samarbeidet blir ivaretatt, ei heller om hvordan AMK-sentralene ivaretar samarbeidet med akuttmottak som er lokalisert på andre sykehus enn det sykehuset hvor AMK-sentralen er lokalisert.

13 av 16 AMK-sentraler har etablert et samarbeidsforum mellom AMK og primærhelsetjenesten.

13 av 16 har etablert et samarbeidsforum mellom AMK og politiet.

Kommunale brann og redningsetater er en viktig samarbeidspart for helsetjenesten. De fleste AMK-sentraler må imidlertid forholde seg til mange brann- og redningsvesener

AMK Finnmark, AMK Vestfold og Telemark og AMK Møre og Romsdal opplyser at de ikke har etablert samarbeidsforum med noen kommunale brannvesen i sitt opptaksområde. De øvrige 13 AMK-sentralene opplyser at de har et samarbeidsforum med de fleste brann-vesen i sitt opptaksområde.

Alle AMK-sentralene deltar i samtrening og eller øvelser. Hyppigheten på slike øvelser er varierende, men 11 AMK-sentraler opplyser at de øver oftere en fem ganger i året.

## **Akutthjelper**

I henhold til akuttmedisinforskriften § 5 kan kommunene og de regionale helseforetakene som en del av sin akuttmedisinske beredskap inngå avtale om bistand fra akutthjelpere.

15 AMK-sentraler opplyser at det er innført et system med akutthjelper i hele eller deler av sentralens dekningsområde. På spørsmål om hvem akutthjelperfunksjonen er knyttet til, svarer 13 sentraler kommunale brann- og redningsetater.

## **Regionale AMK-sentraler**

Det følger av akuttmedisinforskriften § 14 bokstav e) at det regionale helseforetaket har ansvar for å «fastsette hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar i regionen». Bestemmelsen er en videreføring av § 7 bokstav e) i tidligere forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Følgende AMK-sentraler er definert som regionale AMK-sentraler (R-AMK):

Helse Sør-Øst RHF:	AMK Oslo og Akershus
Helse Vest RHF:	AMK Stavanger
Helse Midt RHF:	AMK Sør-Trøndelag
Helse Nord RHF:	AMK Tromsø

Formålet med R-AMK er blant annet å bistå lokale AMK-sentraler for å sikre optimal varsling og effektiv ressursutnyttelse og godt samarbeid. Videre å sikre at AMK-sentraler og sykehus som er, eller kan bli berørt, blir varslet.<sup>1</sup> R-AMK har også en rolle i forhold til å samordne brukerkrav og bidra til enhetlig systemutvikling innad i regionen og på tvers av regionene.<sup>2</sup>

Involvering av R-AMK vil være aktuelt ved større aksjoner, ekstraordinære hendelser, og i situasjoner der flere AMK-sentraler er involvert. Ledelse av innsats ved hendelser ligger til lokal AMK-sentral. Det er utarbeidet en veiledende prosedyre til bruk for utarbeidelsen av prosedyrer i de enkelte regioner for lokal AMK og Regional AMK. Prosedyren er fra 2003. Helsedirektoratet er ikke kjent med hvordan denne er implementert i lokale AMK-sentraler.

Det er etablert et R-AMK forum med representanter fra bl.a. de fire R-AMK sentralene hvor lederskap går på rundgang mellom de fire R-AMKene. R-AMK forum har arrangert årlige møter for landets AMK-sentraler.

I spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål til de AMK-sentralene som ikke har R-AMK funksjon om hvordan samarbeidet med regionens R-AMK sentral oppleves. Mange av de som har besvart dette spørsmålet svarer at samarbeidet er bra og at R-AMK gir støtte til den sentralen som skal håndtere en større hendelse. Noen svar kan imidlertid tyde på at R-AMK funksjonen oppleves som lite aktuell og i liten grad blir brukt i forhold til konkrete hendelser eller som et organ som tar initiativ til bl.a. prosedyrearbeid innen regionen.

---

<sup>1</sup> [Tilsynssak; brev fra Statens helsetilsyn til Helse Møre og Romsdal HF av 16. november 2011](#)

<sup>2</sup> [Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede av 31. juli 2012](#)



### Helsedirektoratets vurdering:

Vi merker oss at 3 AMK-sentraler ikke har etablert noe samarbeidsforum mellom AMK og primærhelsetjenesten. Videre at 3 AMK-sentraler heller ikke har etablert noe samarbeids-forum med politiet.

Vi anser det som svært viktig at det er etablert gode samarbeidsrutiner mellom AMK og øvrige deler av helsetjenesten og andre nødetater. At det etableres formelle samarbeids-fora mellom AMK-sentralen, kommuner og politidistrikt i AMK-sentralens opptaksområde vurderes som hensiktsmessig for å sikre nødvendig samarbeid på ledelsesnivå. Behovet for samhandling og samarbeid er nærmere utdypet i vår vurdering av hvilken betydning lokalkunnskap har for AMK-sentralenes virksomhet (Pkt.4)

Men bakgrunn i svarene fra spørreundersøkelsen og Helsedirektoratets kjennskap til R-AMK systemet kan det synes som om dette er en struktur som bør gjennomgås med hensyn til ansvarsroller, oppgaver og funksjoner. Helsedirektoratet vil vurdere om dette bør gjøres som ledd i utarbeiding av en veileder for AMK-sentraler eller som en selvstendig prosess.

## 3. Viktige utfordringer for AMK-sentralene

Teksten under denne overskriften er basert på et «åpent» spørsmål til AMK sentralene hvor de blir bedt om peke på viktige utfordringer.

Rekruttering, bemanning, utdanning og etterutdanning blir nevnt av alle respondentene som en betydelig utfordring. Videre at det bør stilles nasjonale krav til utdanning og etterutdanning av personellet som tjenestegjør i landets AMK-sentraler.

Krav om 100 % stilling og arbeid hver tredje helg gir utfordring i forhold til bemanningsplaner, turnusdekning og vikarordninger.

Arbeidssituasjonen i AMK-sentraler er utfordrende. Trygghet, støtte og faglig oppfølging av operatørene er viktig både for å sikre kvalitet i forhold til arbeidsoppgavene og for å ivareta den enkelte ansatte på en god måte. Mange AMK operatører føler at de er en utsatt yrkesgruppe i forhold til presseoppslag og eksponering bl.a. gjennom avspilling av lydlogger i media.

Noen AMK-sentraler understreker at det må jobbes mer med samarbeid internt i helsetjenesten, spesielt i forhold til kommunale helse- og omsorgstjenester, men også i forhold til de øvrige nødetatene.

Behov for nytt IKT verktøy blir trukket fram som en utfordring. Det må utvikles ny teknologi som støtter operatørrollen på en langt bedre måte en i dag.

Noen AMK-sentraler viser til at mangel på kvalitetsindikatorer eller nasjonale kvalitetsmål/ normer for tjenesten gjør at vi får lite kunnskap om effekt og nytte av de tiltak som iverksettes.

For mer detaljerte svar vises det til spørsmål 52 i Questback undersøkelsen.

## Helsedirektoratets vurdering:

Helsedirektoratet utarbeidet i desember 2014 en trendanalyse som beskriver utfordrings-bildet for medisinsk nødmeldetjeneste frem mot 2030. Formålet med trendanalysen er å gi en kvalifisert vurdering av sentrale elementer i utfordringsbildet for AMK-sentralene. Analysen følger vedlagt. Fra sammendraget hitsettes:

*Denne rapporten viser at faktorer som befolkningsutvikling, endret sykelighet, ny medisinsk kunnskap og teknologi, nye metoder for diagnostikk og behandling, samt betydelige strukturendringer i den offentlige helsetjenesten, trolig vil medføre betydelig økning i antallet henvendelser til helsetjenesten om akuttmedisinske tilstander. AMK- og legevaktsentraler har og vil trolig også få en enda mer sentral rolle i forhold til å håndtere slike henvendelser.*

*Sammenholdt med utviklingen av mer differensiert velferdstilbud, omsorgs- og helsetjenestetilbud vil dette kreve en styrking av AMK- og legevaktsentralene vurderings-, koordinerings- og silingsfunksjon. Helsedirektoratet mener dette bør ivaretas gjennom å styrke AMK- og LV-operatørens helsefaglige kompetanse, sikre bedre medisinsk faglig involvering og samtidig utvikle og implementere bedre beslutningsstøtteverktøy.*

## 4. Hvilken betydning har lokalkunnskap for AMK-sentralenes virksomhet

---

### Funn fra Questback undersøkelsen

I Questback undersøkelsen svarte et stort antall AMK-sentraler at lokalkunnskap er viktig. Mye kan kompenseres gjennom kartsystemer og andre tekniske hjelpemidler, men det å ha kjennskap til geografi, vei og båtforbindelse blir trukket frem som viktige faktorer i oppdragsløsning. Operatøren bør ha et bilde og en forståelse av geografiske forhold som kan påvirke løsningen av oppdraget. Hvor finnes det lokale/private veibommer og hvor kan det søkes hjelp i forhold til det å skaffe brøyteressurser til en liten lokalvei.

God forståelse av lokale dialekter og kultur blir trukket frem som et viktig moment i forhold til lokalkunnskap i AMK-sentralen.

God lokalkunnskap blir også trukket frem som en nødvendighet i forhold til samvirke med kommunehelsetjenesten og de øvrige nødetatene. Det kan synes som om flere AMK-sentraler bruker ressurser på å gjøre sine operatører bedre kjent i opptaksområdet.

For mer detaljerte svar vises det til spørsmål 53 i Questback undersøkelsen.

### Historisk utvikling

Historisk har AMK-sentralene vært spredt utover landet og vært lokalisert og organisert i sykehus med akuttfunksjon. Organiseringen må sees i lys av at tidligere forskriftskrav,

senest *Forskrift for medisinsk nødmeldetjeneste*,<sup>3</sup> som stilte krav om at det skulle være etablert «*minst én AMK-sentral i hvert fylke*», at AMK-sentralene skulle «*plasseres i somatiske sykehus med ansvar for mottak av akuttpasienter fra et fastsatt geografisk område*» at AMK-sentralene skulle «*integreres i avdeling som arbeider med akuttmedisin*», og at AMK-sentralene også skulle «*fungere som LV-sentraler for vertskommunen*».

Forskriftskravene har sin opprinnelse i flere offentlige utredninger og lovarbeider:

- Ved lov om sykehus mv av 19. juni 1969 fikk fylkeskommunene ansvar for planlegging, utbygging og drift av landets sykehus.
- Høsten 1975 la det såkalte Varslingsutvalget (Larssen-utvalget) frem en innstilling hvor de foreslo opprettelsen av 19 medisinske nødhjelpssentraler – dvs. minst en i hvert fylke. Sentralene skulle «*administrere ambulansetjenesten og virke som koordinator og formidler i tilfeller av medisinsk nød*». Ansvar og finansiering skulle legges til samme forvaltningsnivå som sykehusene, dvs. fylkeskommunene. Stortinget utsatte behandlingen av innstillingen i påvente av en beslutning om ansvar og finansiering av ambulansetjenesten.
- I 1984 vedtok Stortinget å legge ansvaret for finansiering og drift av ambulansetjenesten til fylkeskommunene<sup>4</sup>. En viktig beveggrunn for dette var å sikre rasjonell utnyttelse av ressursene gjennom å legge det økonomiske ansvaret for sykehus og ambulansetjenesten til samme forvaltningsnivå.
- I 1988 vedtok Stortinget å etablere en nasjonal medisinsk nødmeldetjeneste etter en modell fra Hordaland fylke(Hordalandsmodellen)<sup>5</sup>. Dette innebar at fylkeskommunene fikk ansvar for planlegging, utbygging og drift av AMK-sentraler og daværende medisinsk nødnummer (003).

### **Helsedirektoratets vurdering:**

Lokalkunnskap vurderes å være av betydning for både operativ drift, styring og ledelse av AMK-sentralene. Når vi i vår drøfting av hva som legges i begrepet lokalkunnskap har valgt å beskrive den historiske utviklingen av AMK-sentralenes organisering, er dette fordi vi mener at denne utviklingen illustrerer hvordan man har hensyntatt det bærende prinsipp om at den virksomhet eller det forvaltningsnivå som har ansvar for en tjeneste, også skal ha styring med tjenestens ressurser. Siden opprettelsen i 1988-89 har AMK-sentralene hatt ansvar for styring og koordinering av ambulansetjenesten. I tråd med dette har man lagt ansvaret for AMK-sentralene til den samme virksomhet/helseforetak som har ansvar for planlegging, utbygging og drift av ambulansetjenesten i AMK-området.

Helsedirektoratets vurdering er at prinsippet om at den virksomhet som har ansvar for en tjeneste også skal ha styring med tjenestens ressurser bør videreføres.

---

<sup>3</sup> [Forskrift for medisinsk nødmeldetjeneste \(FOR-2000-12-01-1206\)](#)

<sup>4</sup> Ot.Prp. nr. 54 (1983-84) Transporttjenestene i helsevesenet

<sup>5</sup> Ot.Prp. nr. 26 (1988-89) Om telekommunikasjoner i helsetjenesten, herunder medisinsk nødmeldetjeneste

Vurderingen er i tråd med hva vi oppfatter som politiets holdning til styring og ledelse av deres politidistrikter og operasjonssentraler.

Lokalkunnskap vurderes å være av betydning for samarbeidet mellom AMK-sentralene og andre samarbeidende etater i og utenfor helsetjenesten ved at dette kan bidra til bedre dialog og samarbeid. På helsesiden vurderes helseforetak, sykehus og kommuner å være viktige samarbeidspartnere. Samarbeidet mellom AMK-sentralene og sykehus/ helse-foretak vurderes som mindre utfordrende idet disse i noen grad har sammenfallende ledelse, dvs. at det er samme helseforetak som har ansvar for både sykehus og AMK- sentral, og dels at antallet helseforetak i AMK-området er begrenset. Når det gjelder samarbeidet opp mot kommunene vurderes dette å være langt mer utfordrende. Kommunehelsetjenesten, og særlig de kommunale legevaktene er viktige akuttmedisinske ressurser, både når det gjelder håndtering av akuttmedisinske hendelser og oppfølging og håndtering av pasienter som ikke krever innleggelse i sykehus. Sammen med fastlegene har kommunale legevakter og legevaktsentraler en viktig silingsfunksjon i forhold til spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet mellom AMK-sentralene og kommune-helsetjenesten er også av avgjørende betydning for arbeidet med å utvikle samarbeids-reformen.

Hvert AMK-område består av flere kommuner. Flere AMK-sentraler har i dag ansvars-områder som omfatter et stort antall kommuner. Eksempelvis dekker AMK Oslo og Akershus og AMK Innlandet, hhv. 41 og 48 kommuner.

I forhold til andre samarbeidspartnere vurderes særlig samarbeidet mellom AMK-sentralene og øvrige nødetater(brann og politi) som svært viktig, selv om dette utgjør en begrenset del av AMK-sentralenes samlede virksomhet (ca. 6-7 %). Sammenlignet med utfordringene knyttet til kommunene anses likevel samarbeidet mellom AMK-sentralene, politiets operasjonssentraler (112) og brannvesenets alarmsentraler (110) som begrenset i forhold til antallet samarbeidsrelasjoner. Dette ut fra en vurdering av at den planlagte politireformen legger opp til etablering av til sammen 12 politidistrikter. Slik vi oppfatter det er det planlagt en operasjonssentral i per politidistrikt. Det foreligger også planer om samlokalisering av brannvesenets alarmsentraler med politiets operasjonssentraler.

**Vår vurdering er at lokalkunnskap har betydning for operativ drift, effektiv styring og ledelse av AMK-sentralene. Lokalkunnskap vurderes også å være av betydning for nødvendig samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten og øvrige nødetater.**

### **AMK-sentralenes kjernefunksjoner**

For å svare ut spørsmålet om hvordan lokalkunnskap kan påvirke kvaliteten i det faglige tjenestetilbudet ved AMK-sentraler har vi funnet det formålstjenlig å ta utgangspunkt i AMK-sentralenes kjernefunksjoner. Disse kan defineres som:

- **Mottak av henvendelser til medisinsk nødnummer 113.**
  - Identifisering/lokalisering av hendelsessted/hentested,
  - identifisering av pasientens behov for helsehjelp og fastsettelse av hastegrad
  - identifisering av pasient identitet

- **Iverksetting av akuttmedisinsk respons:**
  - Utalarmering av helseressurser:
    - Ambulanse (bil, båt luftambulanse)
    - Legevaktlege
    - Akutthjelpere
    - Andre helseressurser
  - Alarmering av andre ressurser:
    - Kommunale brann- og redningstjenester,
    - Politi
    - Hovedredningssentraler m.fl.
  - Henvisning/overføring til annen helseressurs:
    - Legevakt
    - Fastlege
    - Poliklinikk
  - Vurdering av risiko for helsepersonell og annet innsatspersonell
  
- **Helsefaglig veiledning av innringer:**
  - Livreddende førstehjelpstiltak som f.eks. instruksjon om hjerte-lungeredning, etablering av frie luftveier, stansing av blødninger, forebygging av nedkjøling mm.
  - Andre enkle behandlingstiltak som f.eks. behandling av feber, mindre alvorlige forbrenninger, sårskader mv.
  - Oppfølging og observasjon av pasienter med uavklart behov for helsehjelp.
  - Henvisning til annen helsetjenesteressurs, f.eks. legevakt, fastlege, helsestasjon osv.
  
- **Kommunikasjonsknutepunkt for helsepersonell utenfor sykehus:**
  - AMK skal fungere som kommunikasjonsknutepunkt for helsepersonell utenfor sykehus som har behov for å kunne komme i kontakt med kvalifisert helsepersonell i sykehus., f.eks. ambulanspersonell, hjemmesykepleier, leger i vakt eller andre som ønsker å diskutere behov for innleggelse eller annen oppfølging av pasienter utenfor sykehus.
  
- **Varsling og innmelding av pasienter:**
  - AMK-forestår innmelding av pasienter som ambulansetjenesten bringer til sykehus, legevakt, KAD-senger eller andre helseinstitusjoner.
  - AMK-forestår varsling av ulike helseressurser ved ulykker, større hendelser, kriser og katastrofer.

### **Helsedirektoratets vurdering:**

Med utgangspunkt i hva vi har definert som AMK-sentralenes kjerneoppgaver har vi vurdert hvordan lokalkunnskap kan påvirke kvaliteten i det faglige tjenestetilbudet ved AMK-sentralene. I denne vurderingen har vi vektlagt å beskrive hvordan lokalkunnskap vil kunne bidra til å bedre kvaliteten i tjenestetilbudet. Vi har ikke diskutert hvordan man kan sikre nødvendig lokalkunnskap. Vi har heller ikke diskutert hvordan en endret,

eller videreføring av dagens organisering vil kunne påvirke evnen til å håndtere større hendelser.

Ved mottak av medisinsk nødmelding er det viktig at operatøren tidlig identifiserer hendelsesstedet, dvs. hvor ulykken har funnet sted eller hvor pasienten skal hentes. En av AMK-operatørens første spørsmål til innringer er derfor avklaring av hendelsessted.<sup>6</sup> Lokal geografisk kunnskap vurderes i den sammenheng å være av betydning for AMK-operatørens identifisering av hendelsessted.

AMK-sentralenes systemer for opprinnelsesmarkering gjør det mulig å identifisere innringers posisjon i et elektronisk kart. Dersom innringer ringer fra fasttelefon vil posisjonen i utgangspunktet være svært presis. Viktige unntak fra dette vil imidlertid være fasttelefoner som er koblet opp mot sentralbord med annen geografisk lokalisasjon enn innringer, og bruk av IP-telefoner.

Dersom samtalen kommer fra en mobiltelefon vil kartprogrammet i AMK kunne presentere innringers posisjon som et areal i det elektroniske kartet ved hjelp av mobiltelefonens beregnede avstand til basestasjonen som telefonen er tilknyttet. Presisjonen for denne typen posisjonering er dårligere enn ved bruk av fasttelefon, og vil kunne ha stor variasjon.

*Vår vurdering er at AMK-sentralene har etablert systemer for identifisering av hendelsessted/hentested, men at disse har noen vesentlige begrensninger. Lokal geografisk kunnskap vil derfor kunne bidra til bedre kvaliteten i tjenestetilbudet gjennom rask og presis identifisering av hendelsessted/ hentested.*

Både i forhold til mottak og fortolkning av henvendelser til medisinsk nødnummer 113, samt for AMK-operatørens rolle ift. å gi helsefaglig veiledning av innringer, vil det være av stor betydning at innringer og AMK-operatøren kan kommunisere på en god måte. Dette fordrer bl.a. at AMK-operatøren har nødvendig språk- og dialekt-forståelse. Eksempler på dette kan innringere fra samisktalende deler av landet, eller deler av landet med særpreget dialekt.

Det følger av akuttmedisinforskriften § 15 bokstav n) at AMK-sentralene skal ha etablert beredskap med tolketjeneste for samiske språk og aktuelle fremmedspråk. Tolketjenester vil åpenbart være av betydning for å håndtere henvendelser fra innringere fra samisktalende deler av landet, eller innringere med annet morsmål enn norsk, men vil samtidig øke tidsbruken i AMK (økt AMK-responstid). Bruk av tolketjenester vurderes heller ikke å være relevant ift dialekt-problematikk. Vi er ikke kjent med at det foreligger beslutningsstøttesystemer eller andre hjelpemidler som kan kompensere for manglende språk- og dialekt-forståelse hos AMK-operatør.

*Vår vurdering er at lokal språk- og dialektforståelse vil kunne forenkle dialogen mellom innringer og AMK-operatør både når det gjelder å vurdere behovet for helsehjelp og for å gi innringer helsefaglig veiledning.*

AMK-operatørene har en viktig rolle i forhold til å vurdere eventuelle risikofaktorer knyttet til håndtering av akuttmedisinske hendelser. Dette gjelder eksempelvis vurdering av henvendelser om personer i kjente kriminelle miljøer, pasienter med

---

<sup>6</sup> Startkortet i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

psykisk sykdom eller ruslidelse m.fl. kan utgjøre en risiko for helsepersonell eller annet innsatspersonell.

Pasientens identitet vil vanligvis ikke være avgjørende for å fastslå behovet for helsehjelp utenfor sykehus. Samtidig vil identifisering av pasientens identitet og tidligere sykehistorie kunne være av betydning for AMK-operatørens fastsettelse av hastegrad og akuttmedisinsk respons.

AMK-sentralene har i dag elektroniske beslutningsstøttesystemer for identifisering av pasientidentitet, f.eks. oppslag i folkeregisteret, pasientadministrative systemer mv. Disse systemene har en del begrensninger når det gjelder tilgang til relevante pasientopplysninger, f.eks. tilgang til relevante journalopplysninger.

Lokalkunnskap om ulike befolkningsgruppers terskel for å kontakte helsetjenesten og/eller evne/vilje til å formulere symptomer eller behov for helsehjelp, vil kunne være av betydning for AMK-operatørens vurderingen akuttmedisinsk respons. Eksempelvis vet man at det i enkelte befolkningsgrupper vil kunne være svært høy terskel for å be om hjelp, samt tendens til å underkommunisere symptomer på akutt sykdom, for eksempel smertepåvirkning. Vi er ikke kjent med beslutningsstøttesystemer eller andre hjelpemidler som kan kompensere for denne typen lokalkunnskap.

*Vår vurdering er at lokalkunnskap om risikofaktorer, pasienter med tidligere sykehistorie, og kunnskap om kulturelle variasjoner vil kunne bidra til å bedre kvaliteten i tjenestetilbudet.*

Rask utalarmering av helseressurser og andre ressurser vil kunne være av betydning for utfallet ved tidskrisiske hendelser, som f.eks. hjertestans, alvorlige skader, ulykker, hjerteinfarkt og hjerneslag.

Funn fra AMK-data fra bl.a. AMK-Vestfold og Telemark har vist en sammenheng mellom avstanden fra AMK-sentralen og hendelsessted/hentested, og AMK-reaksjonstid, dvs. tid fra mottak av nødmelding til utalarmering av helseressurs. Årsakssammenhengen er ikke nærmere undersøkt. Det vurderes imidlertid som sannsynlig lokalkunnskap om nærmeste helseressurs kan påvirke AMK-responstid.

I dag finnes det i varierende grad beslutningsstøttesystemer for utalarmering av helseressurser. Bl.a. er vi kjent med at det i flere AMK-sentraler er etablert egne «kommunekort» for lokale helseressurser.

Fra andre land er vi kjent med at det ved flere AMK-sentraler er tatt i bruk automatiserte «dispatch-systemer», dvs. systemer som på bakgrunn av pasientens lokalisasjon, automatisk utalarmerer nærmeste helseressurs.<sup>7</sup> Implementering av slike systemer vil kreve kontinuerlig oppdateringer ift. opplysninger om pågående vegarbeider, trafikkforhold, vær og føre, mv. for at de skal kunne være operative og funksjonelle. Vi er ikke kjent med at det er utviklet eller implementert tilsvarende systemer i Norge.

---

<sup>7</sup> Decision Support Tools for Ambulance Dispatch and Relocation, T Andersson, P Värbrand, Journal of the Operational Research Society (2007) 58, 195-201



*Vår vurdering er at lokalkunnskap vil kunne redusere AMK-responstid gjennom raskere utalarming av helseressurser.*

For at AMK-sentralen skal kunne fungere som kommunikasjonsknutepunkt mellom helsepersonell i-, og utenfor sykehus, vil det være av betydning at AMK-operatørene til enhver tid har oversikt over sykehusets(enes) tilgjengelige ressurser og kompetanse. En slik oversikt vil også kunne ha betydning for beslutninger om hvor pasienter med ulike skade- eller sykdomstilstander skal bringes. Helsedirektoratet er ikke kjent med at det er etablert beslutningsstøttesystemer som understøtter denne typen funksjoner.

*Vår vurdering er at lokalkunnskap om sykehusets(enes) tilgjengelige ressurser og kompetanse vil kunne styrke AMK-sentralenes funksjon som kommunikasjonsknutepunkt mellom helsepersonell i-, og utenfor sykehus.*

### **Sammenfattende vurdering om lokalkunnskap**

Samlet sett finner Helsedirektoratets at lokalkunnskap, slik det er definert i dette dokumentet, er viktige for kvaliteten i tjenestetilbudet ved landets AMK-sentraler.

Lokalkunnskap kan på enkelte områder erstattes gjennom å etablere kompenserende systemer. Dette gjelder særlig systemer for geografisk posisjonering av hendelsessted. På andre viktige områder er det ikke utviklet gode kompenserende beslutningsstøttesystemer.

Å sentralisere AMK-funksjoner vil som hovedregel innebære tap av lokalkunnskap. Dersom man sentraliserer AMK-funksjoner uten å etablere kompenserende systemer vil dette innebære risiko for alvorlig svikt.

Sett hen til at lokalkunnskap synes å ha betydning for kvaliteten i AMK-sentralenes tjenestetilbud kan det synes som om det foreligger en viss grad av motstrid mellom hensynet til å opprettholde og utvikle lokalkunnskap og den senere tids sentralisering av AMK-sentraler i stadig større enheter. Samtidig vil det åpenbart også være av betydning for tjenestetilbudet å sikre at AMK-sentralene har en størrelse og bemanning som gjør det mulig profesjonalisere tjenesten gjennom økt fokus på primæroppgavene og for å kunne håndtere større hendelser. Sammenholdt med den senere tids forskning på forholdet mellom kvalitet og størrelse på sykehus<sup>8</sup>, mener vi det er grunn til å foreta en nærmere undersøkelse av forholdet mellom AMK-størrelse og kvalitet. En slik undersøkelse vil trolig kunne gjennomføres som ledd i prosjektet *Optimalisering av medisinsk nødmeldetjeneste med fokus på AMK*.

---

<sup>8</sup> [Dagens medisin 16. oktober 2014; OUS langt over optimal størrelse](#)



## 5. Forslag til endringer og forbedringer av AMK-sentralenes virksomhet

---

I det siste spørsmålet i Questback undersøkelsen ble AMK-sentralene bedt om å komme med forslag til forbedringer av sentralens virksomhet.

Her gikk svarene i mange retninger hvor bl.a. to sentraler ser samlokalisering med brann og politi som en fordel, mens andre sentraler trekker frem behovet for gode felles møtearenaer både i forhold til kommunehelsetjenesten og de andre nødetatene. En forholdvis grov inndeling av de tilbakemeldingene som Helsedirektoratet har mottatt på dette spørsmålet er som følger,

- Forbedret utvelgelse, opplæring, etterutdanning og faglig oppfølging av operatørene bl.a. i tråd med nasjonale føringer
- Standardisert og forbedret IKT verktøy og kartsystemer som bl.a. gjør det mulig med oppdrags og informasjonsdeling internt i helse og mellom de øvrige nødetatene.
- Etablere gode samarbeidsarenaer internt i helsetjenesten og i forhold til nødetatene brann, politi og andre samarbeidsaktører.

For mere detaljerte svar vises det til spørsmål 54 i Questback undersøkelsen

### **Helsedirektoratets vurdering:**

Helsedirektoratet vurderer at det er stort sammenfall mellom de funn som er gjort i tidligere, f.eks. i evalueringsarbeidet etter 22. juli, Nasjonalt nødmeldeprosjekt, Helsedirektoratets trendanalyse og det utfordringsbilde som tjenesten selv trekker frem i kartleggingsundersøkelsen.

Det er direktoratets vurdering at AMK-sentralene har behov for en videreutvikling og styrking på følgende hovedområder:

1. Klargjøring av faglige krav til tjenesten.
2. Styrking av AMK- og LV-operatørenes helsefaglige kompetanse og sikre bedre medisinsk faglig involvering. Dette bør bl.a. ivaretas gjennom utvikling av nasjonale krav til utvelgelse, opplæring sertifisering og resertifisering av AMK-operatører. Videre å klargjøre krav til AMK-lege funksjonen, herunder sikre nødvendig tilgjengelighet.
3. Utvikling og implementering av robuste og redundante IKT-systemer. Dette bør bl.a. gjøres gjennom utvikling/videreutvikling av beslutningsstøtteverktøy, og systemer for elektronisk varsling (trippelvarsling) og kommunikasjon mellom AMK-LVS og andre nødetater.
4. Videreutvikle og styrke samarbeidet mellom AMK-sentralene, ambulansetjenesten, legevakt/legevaktsentraler, akuttmottak i sykehus, psykisk helsevern og øvrige nødetater. Dette bør bl.a. gjøres gjennom etablering/videreutvikling av samarbeidsrutiner, formelle samarbeidsfora mv.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.  
divisjonsdirektør

Steinar Olsen  
avdelingsdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Vedlegg:

1. Mot 2030 – en trendanalyse av utviklingstrekk som påvirker medisinsk nødmeldetjeneste
2. Questback undersøkelsen (PP/Word og Excel)
3. Oversikt over bemanningsplan og oppdrag pr. uke og ukedag for AMK-sentralene fordelt på de fire regionale helseforetakene