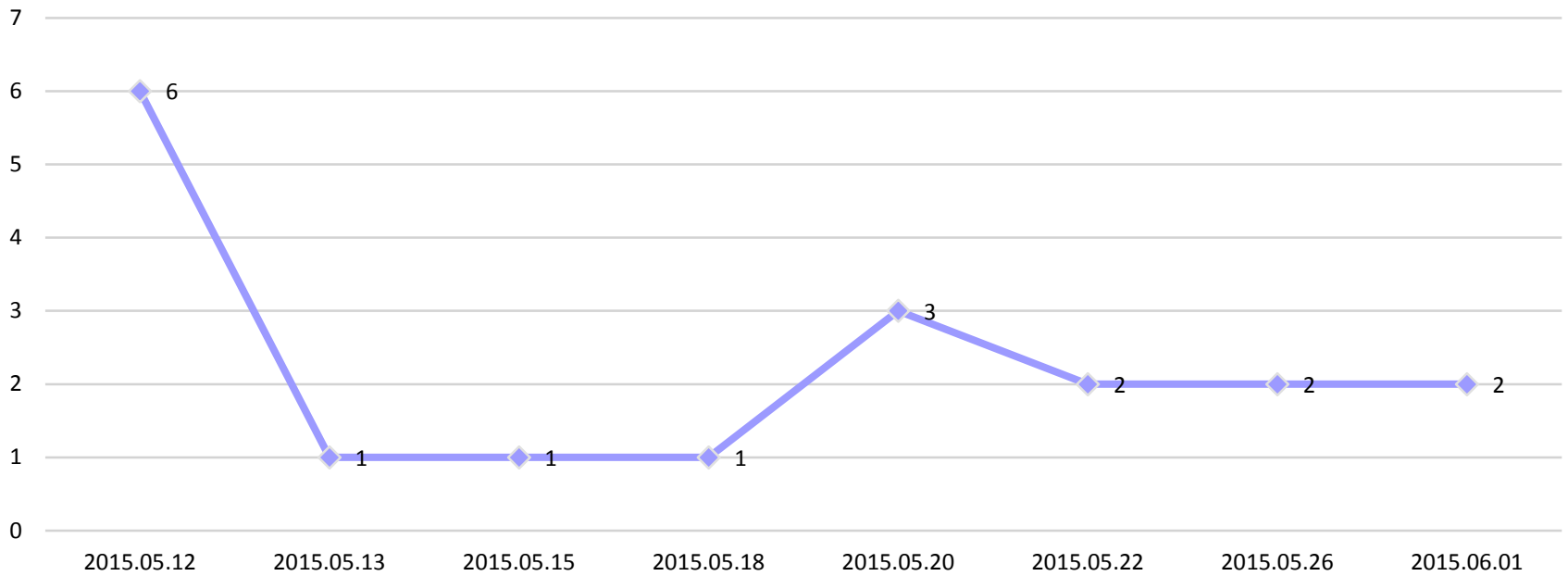


1. Svarlogg



Antall respondenter: 18 (18 unike).

Fra e-postinvitasjoner: 18 (20 inviterte).

Fra andre distribusjonsmetoder: 0.

2. Navn på AMK-sentral?

AMK Stavanger

AMK Innlandet

AMK Harstad

AMK Haugesund

AMK- Finnmark

AMK Bergen

AMK Førde

AMK Østfold

AMK Sør-Trøndelag

AMK-Tromsø (Nye AMK-Tromsø)

AMK Nord- Trøndelag

AMK Vestre Viken

Amk Vestfold - Telemark

AMK Helgeland

AMK Sørlandet

Oslo/Akershus

AMK Møre og Romsdal

AMK Bodø

3. Antall kommuner i AMK-sentralens opptaksområde?

18 kommuner

48

13

18

19

23

26

17

25

30 (fra 1.juni)

24

24

28

19

33

23

36

22

4. Befolkningsgrunnlag for AMK-sentralen?

ca 310.000

382 253

61325

175.000

75 200

ca 400000

110 000

282000

311 000

ca 200 000 (fra 1.juni)

140000

ca 300000

402.000

80000

301628

1,2mill

261677

ca 130 000

5. Antall operatørplasser?

7

9

3

5

4

7 +3 ekstra ved behov

5

4

7 + 3

5

5+1

8 (plass til 10, men ikke satt opp)

9

4

6

12

8 (+2)

5 bord. 3 i bruk ved max bemanning

6. Hvilken tilleggskompetanse har de medisinske operatørene? Beskriv kort systemer for opplæring/sertifisering, trening og kvalitetsforbedring?

Medisinsk operatører er sykepleiere. Mange med spesialutdanning innen akutt medisin og intensiv

Vi har fulgt KoKom sitt opplæringsprogram med sertifisering, amt resertifisering hvert annet år.

Gjennomgang av aksjoner ved bruk av lydlogg

Hospitering (lagt inn i turnus-det gjelder de med ansettelsesforhold i AMK)

Fagmøter hver torsdag

1 Felles fagdag i året

Forskriftskrav. Spesiell opplæring for sykepleiere utover felles amk oppløring. Bruker KoKom sin opplæringsplan som mal + lokal tilpasning, alle må sertifiseres før de kan ta selvstendige vakter i AMK. Resertifisering hver andre år, bruker KoKom sin plan + lokal tilpasning. Gjennomgang en til en med lydlogg, evaluering etter spesielle henedleser

AMK-kurs med reise i distriktet, lydloggsamtaler, individuelle fagsamtaler

AMK kurs 1 uke.

Personlig opplæring i AMK.

Årlig resertifisering

Må ha min 2 års relevant praksis som sykepleier for å bli tilsatt ved AMK.

AMK kurs 2 uker med teori og praksis. Etterfulgt av praksis i sentralen sammen med veileder. Perioden fra kurs til en kan jobbe selvstendig varierer mye fra person til person. Utarbeider personlige planer for hva de skal jobbe med.

Bruker KoKom sitt sertifiserings program før utsjekk og ellers sertifisering 2ggr/år.

Alle ansatte har multifunksjon. Alle kan alt, skiller ikke mellom operatør og ressurskoordinator.

Ny Fagplan for AMK er under utarbeidelse - her vil det bli satt mye fokus på lydlogg gjennomgang og kvalitetstiltak også for erfarne operatører.

Medisinske operatører må ha sykepleier utdanning med minst to års erfaring innen akuttmedisin. dette har de enten via ambulanse, akuttmottak eller legevakt.

Vi har 12 dagers teoretisk kurs med innlagt trening . Her er KOKOM sine anbefalinger brukt for å sikre oss at alle felt er dekket .Når operatørene er ferdig med den teoretiske delen starter de i sentralen med veileder skulder til skulder i minst 10 vakter. Erfaringen vår er at de fleste trenger flere vakter enn 10.

Vi har e elektronisk test der vi sjekker ut om de har kunnskap om systemene og denne testen må de bestå. I tillegg har vi en skriftlig prøve som skal gjennomføres. Det blir gjennomgått minst tre lydlogger på hver operatør før de blir godkjent som medisinsk operatør.

Når det gjelder trening har vi KOKOM sitt simulerings rom som vi bruker. Her blir det øvd på case og på ulike øvelser slik at alle skal være sikket til å kunne gjøre flere oppgaver ved behov, det er viktig at de kan sende ut en alarm ved behov og det er også viktig at de kan sette posisjon i kartet .

Dersom en kandidat har vært fraværende i 6 mnd. blir det utført opplæringsvakter med systemgjennomgang slik at vi vet hva de kan.

6. Hvilken tilleggskompetanse har de medisinske operatørene? Beskriv kort systemer for opplæring/sertifisering, trening og kvalitetsforbedring?

Dei strater med 2-3 dager hospitering før dei begynner på AMK Kurs som har ein varighet på 3 veker.

AMK kurset blir avslutt med ei prøve. deretter sitter dei i 2-3 veker å tar legevakt og lærer seg praktisk å bruke AMIS og callsenteret. når dei begynner å ta 113 sitter det ein veileder ved sidan av dei så lenge dei treng det. deretter begynner vi å la dei ta 113 åleine men med evaluering etterpå. dei har ein i medlytt som gir tilbakemeldingar. Før dei får begynne sjølvstendig må dei ha tatt sertifiseringsmodulane våre i e-læring og den praktiske utsjekken. alle har resertifisering kvart år med modular i e-læring. Modulane våre er basert på opplæringsprogrammet til KOKOM.

Alle deltar på 10 dagers teorikurs og 5-10 vakter i sentral før Utsjekk. Fagdager i turnus 7 timer hver 12 uke.

2 års klinisk erfaring Akuttmottak. Opplæring: 3 ukers teori-kurs etter anbefalt mal fra Kokom, inkludert opplæring i norsk indeks med nødhjelp, + 6 dagers teknisk praktisk opplæring + 9 dagers innfasing med egen veileder+ 4 dager hospitering (2 dager ambulanse, 1 dag helikopter, 1 dag Legebil kommune) Sertifisering etter 6 uker og resertifisering årlig. Innhold: 10 lydloggsamtaler med poengscore, Teknisk test - ferdigheter alle tekniske systemer med poengscore, Spørsmålstest fra prosedyreverket med poengscore. Alle tester må bestås med 80 % poengscore. Obligatoriske Fagdager 9 årlig i årsplanen.

AMK-Kurs over ca 6 uker ved fag og ledelse. veiledning av fagutviklere. prøver og undervisning vi e-læring.fagsamtaler med den enkelte operatør. i tillegg har en del av sykepleierne spesialutdanning (akkuttutdanning, operasjon, anestesi)

Sykepleiere med gjennomgått regional opplæring etter anbefalinger fra KOKOM, lokal opplæring, veiledning i ca 3 uker (individuell) utsjekk med gjennomgang sjekklister. (sertifisering)

Resertifisering x1 pr år (min hvert2. år), egensjekklister 4 x pr år, fagdager 2 - 4 x pr år, operatørdag for 11x sentraler (ca hvert 3. år) Arr hvert år. Lydlogg grupper. (varierer). Tilrettelegging for hospitering LV sentral, ambulanse og luftambulans. Deltagelse på individuelle kurs og fagdager. LRS øvelser, og lokale øvelser (individuell)

Ingen påkrevet tilleggskompetanse.

Alle gjennomgår AMK kurs på tre uker. De har en-to veiledere i opplæringsperioden, varigheten av perioden er individuell tilpasset. (utenom kurs: 7-13 uker). Alle har egentilpasset opplæringsplan med uksmål som skal bestås. Hospitering på ambulanse, lv, akmott, 110/112, helseekspress, luftambulans er i opplæringsperioden. Må også kunne flåtestyre ressuser.

Sertifisering to dager før selvstendig. Kontinuerlig lydlogg gjennomgang i løpet av året. I tillegg teknisk resertifisering årlig.

Medisinske operatør er sykepleiere og noen med speciale sykepl. utdanning.

Vi bruker deler av opplæringen til KOKOM og utarbeidet vårt eget opplegg med lokale tilpasninger

Opplæring går over 5 uker.

Gjennomgang av indeks, kommunikasjon, tekniske datasystem, blir satt inn som operatør med veiledning etter 2 - 3 uker. Dette er en kortfattet resyme. Operatør blir tatt inn etter 3 mnd. i funksjon for gjennomgang og evaluering..

Alle medisinske operatører har Bachelor i sykepleie, i tillegg har enkelte spes. utdanning innenfor anestesi, intensiv, psykiatri og ambulansefag.

Opplæringen består av 2 uker teori og 4 uker som andreperson på operatørbord. Vi har sertifisering av personellet årlig, vi deltar aktivt når det arrangeres øvelser på ulike arenaer. Vi har ansatt 2 fagutviklere som hele tiden jobber med kvalitetsforbedring.

6. Hvilken tilleggskompetanse har de medisinske operatørene? Beskriv kort systemer for opplæring/sertifisering, trening og kvalitetsforbedring?

Se vedlegg i e-post

intern opplæring 3mnd derav 4 ukers intro kurs, resertifisering hvert

AMK grunnkurs: 4 uker teori, 6 uker praksisk innfasing, prøve/sertifisering
Resertifisering årlig etter plan. I praksis hvert andre år.

3 ukers AMK kurs, med ca 2 uker praksis i sentralen. deretter personlig tilpassing etter nivå.
Egenkontroll skjema x 2 i året, en gang alene en gang med fagansvarlig.
Jevnlig trening i kartbruk.
Internundervisning i aktuelle problemstillinger hver morgen. F.eks avvik.
Jevnlige tverrfaglige øvelser.

7. Hvilken kompetanse/tilleggskompetanse har ressurskoordinatorene? Beskriv kort systemer for opplæring/sertifisering, trening og kvalitetsforbedring?

Ressurskoordinatorene er ambulansearbeider med fagbrev og 5 års erfaring

Vi har fulgt KoKom sitt opplæringsprogram med sertifisering, amt resertifisering hvert annet år.

Gjennomgang av aksjoner ved bruk av lydlogg

Hospitering (lagt inn i turnus-det gjelder de med ansettelsesforhold i AMK)

Fagmøter hver torsdag

1 Felles fagdager i året

Ulik kompetanse utover fagbrev som ambulansepersonell (alle har fagbrevet). Noen er paramedic, noen har andre relevant opplæring. Alle gjennomgår AMK opplæring etter KoKom sin plan + lokal tilpasning. Samme som sykepleier opplæring, men rettet mot koordinering

AMK-kurs med reise i distriktet, lydloggsamtaler, individuelle fagsamtaler

AMK kurs 1 uke.

Personlig opplæring i AMK.

Årlig resertifisering

Har ikke egne ressurskoordinatorene.

Ressurskoordinatorene er ambulansearbeidere med fagbrev eller sykepleiere.

Vi har noen operatører som betjener begge rollene.

Opplæringen er den samme som for medisinsk operatør. De skal kunne ta nødtelefoner om det er stort behov for det. I den praktiske delen av opplæringen har de hovedfokus på koordinering av ressurser. Kart og utsendelse av ressurser. de har også ansvar for flight following . Vi har ingen LA i Bergen.

Dei strater med 2-3 dagers hospitering før dei begynner på AMK Kurs som har ein varighet på 3 veker.

AMK kurset blir avslutt med ei prøve. . deretter sitter dei i 2-3 veker å tar ambulansebestilling og administrative telefonar for å lære seg praktisk å bruke AMIS og callsenteret. når dei begynner å korrdinere ressursar, sitter det ein veileder ved sidan av dei så lenge dei treng det. deretter begynner vi å la dei koordinere åleine men med evaluering etterpå. dei har ein i medlytt som gir tilbakemeldingar. Før dei får begynne sjølvstendig må dei ha tatt sertifiseringsmodulane våre i e-læring og den praktiske utsjekken. alle har resertifisering kvart år med modular i e-læring. Modulane våre er basert på opplæringsprogrammet til KOKOM.

Alle deltar på 10 dagers teorikurs og 5-10 vakter i sentral før Utsjekk. Fagdager i turnus 7 timer hver 12 uke

2 års erfaring ambulansetjeneste, fagbrev som ambulansearbeider. Opplæring: 3 ukers teori-kurs etter anbefalt mal fra Kokom, inkludert opplæring i norsk indeks med nødhjelp, + 6 dagers teknisk praktisk opplæring + 9 dagers innfasing med egen veileder+ 4 dager hospitering (2 dager akuttmottak, 1 dag helikopter, 1 dag Legebil kommune)

Sertifisering etter 6 uker og resertifisering årlig. Innhold: 10 lydloggsamtaler med poengscore, Teknisk test - ferdigheter alle tekniske systemer med poengscore, Spørsmålstest fra prosedyreverket med poengscore. Alle tester må bestås med 80 % poengscore. Obligatoriske Fagdager 8 årlig i årsplanen.

7. Hvilken kompetanse/tilleggskompetanse har ressurskoordinatorerne? Beskriv kort systemer for opplæring/sertifisering, trening og kvalitetsforbedring?

samme opplæring for ressurskoordinatorerne. 6 uker AMK-Kurs ved fag og ledelse. veiledning ved fagutviklerne. fagsamtaler med den enkelte operatør. e-læring prøver og undervisning.

Ambulansearbeider med gjennomgått regional opplæring etter anbefalinger fra KOKOM, lokal opplæring, veiledning i ca 3 uker (individuell) utsjekk med gjennomgang sjekklister. (sertifisering)
Resertifisering x1 pr år (min hvert 2. år), egensjekkliste 4 x pr år, fagdager 2 - 4 x pr år, operatørdag for 11x sentraler (ca hvert 3. år) Arr hvert år. Lydlogg grupper. (varierer). Tilrettelegging for hospitering LV sentral, ambulanse og luftambulans. Deltagelse på individuelle kurs og fagdager. LRS øvelser, og lokale øvelser (individuell)

Det samme som for med opr. RK blir også sertifisert i mottak av nødtelefoner og følges opp ift dette.

Ressurskoordinator er ambulansearbeider med 2 - 3 års erfaring fra operativ ambulansedrift.

Vi bruker deler av opplæringen til KOKOM og utarbeidet vårt eget opplæring med lokale tilpasninger

Opplæring går over 5 uker.

Gjennomgang av indeks, kommunikasjon, tekniske datasystem, blir satt inn som operatør med veiledning og tett oppfølging. etter 2 - 3 uker. Dette er en kortfattet resyme. Vi har egen veileder og fagutvikler som har en tett dialog.. Operatør blir tatt inn etter 3 mnd. i funksjon for gjennomgang og evaluering..

Alle ressurskoordinatorer har ambulansebakgrunn med fagbrev i ambulansesfag. Noen av dem har sykepleier bakgrunn.

Opplæringen består av 2 uker teori og 4 uker som andreperson på operatørbord. Vi har sertifisering av personellet årlig, vi deltar aktivt når det arrangeres øvelser på ulike arenaer. Vi har ansatt 2 fagutviklere som hele tiden jobber med kvalitetsforbedring.

Se vedlegg i e-post

intern opplæring 3mnd derav 4 ukers intro kurs, resertifisering hvert

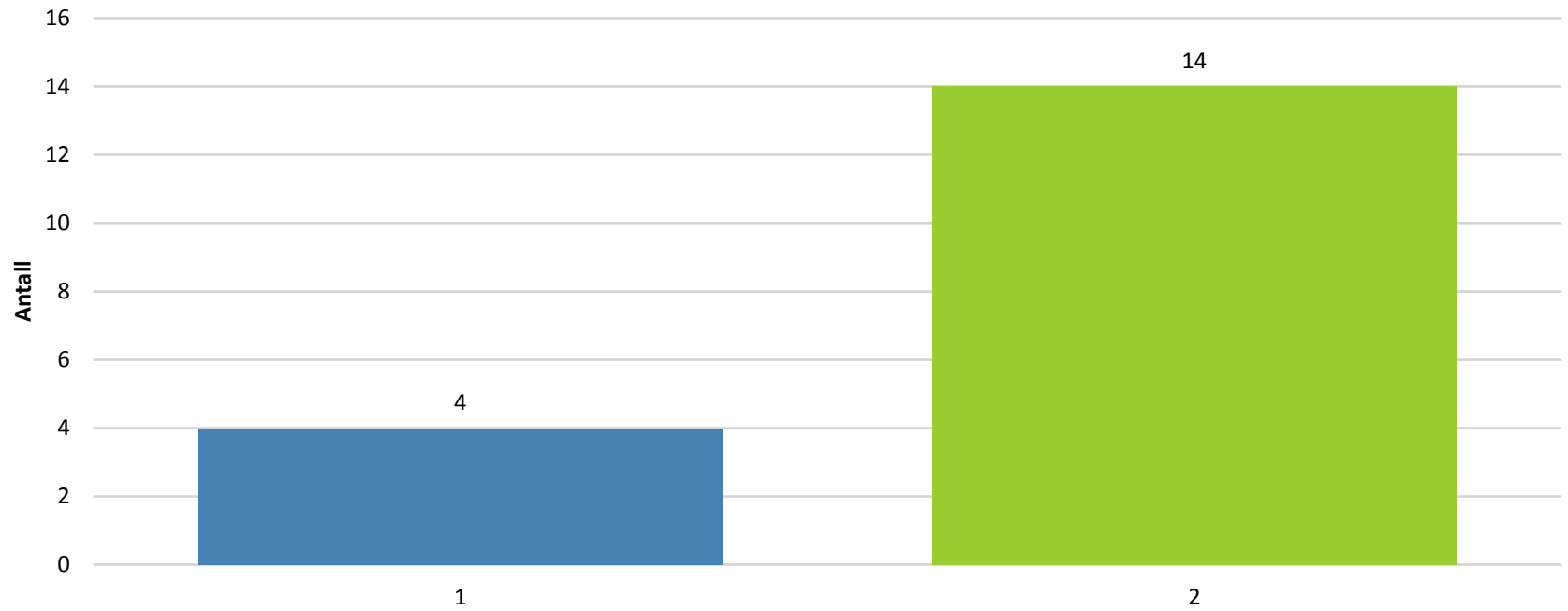
Samme som for medisinsk operatør (noen andre spørsmål på sertifisering/resertifisering)

Ambulansearbeidere dag og kveld, sykepleiere på natt.

Samme som over. Besvarer også 113.

8. Er det systemer for arbeidsrotasjon for medisinske operatører?

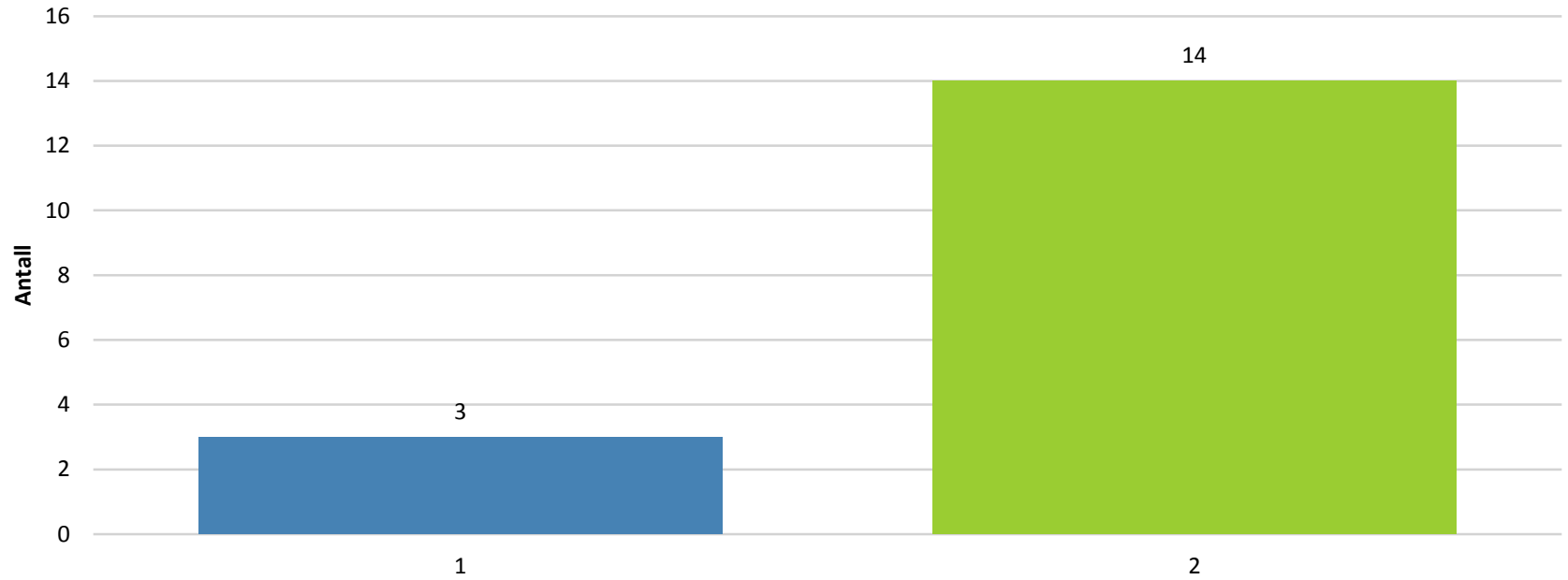
Organisering og styring av AMK-sentralene



Navn

1	Nei
2	Ja. Hvilke andre steder jobber AMK-operatøren?

9. Er det systemer for arbeidsrotasjon for ressurskoordinatorene?

**Navn**

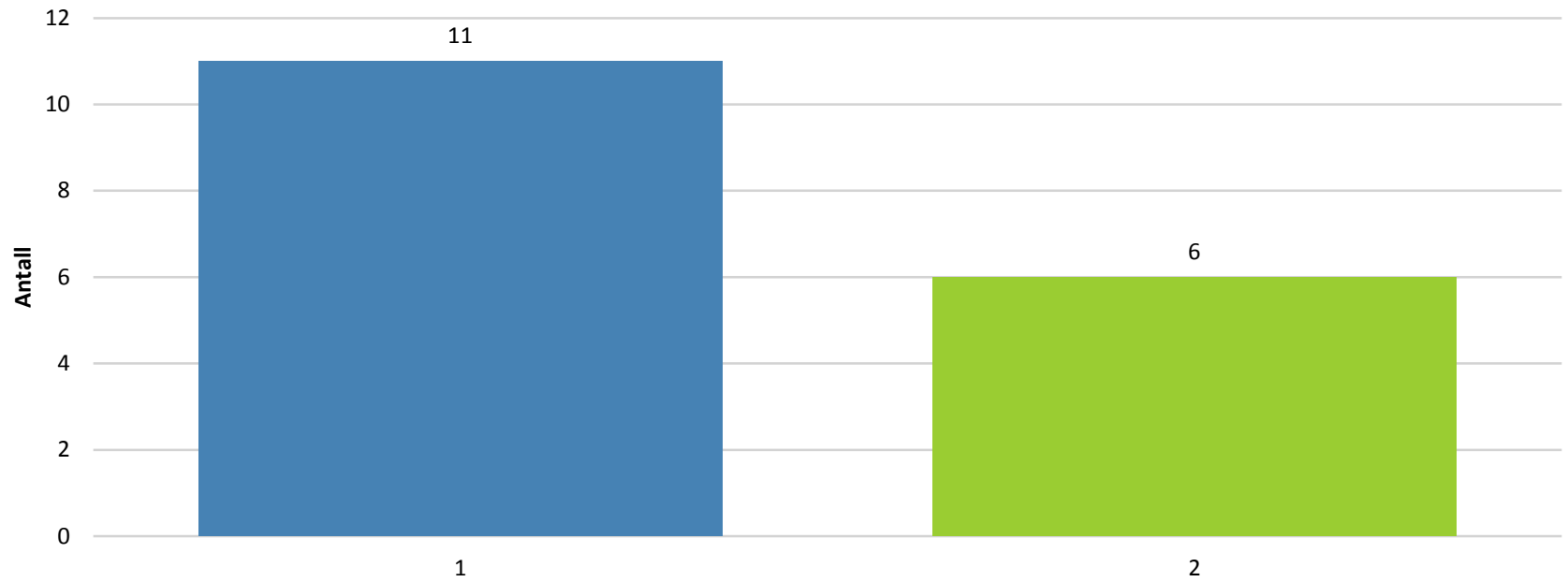
1

Nei

2

Ja. Hvilke andre steder jobber ressurskoordinatorene?

10. Er det rekrutteringsproblemer av medisinske operatører i AMK-sentralen?

**Navn**

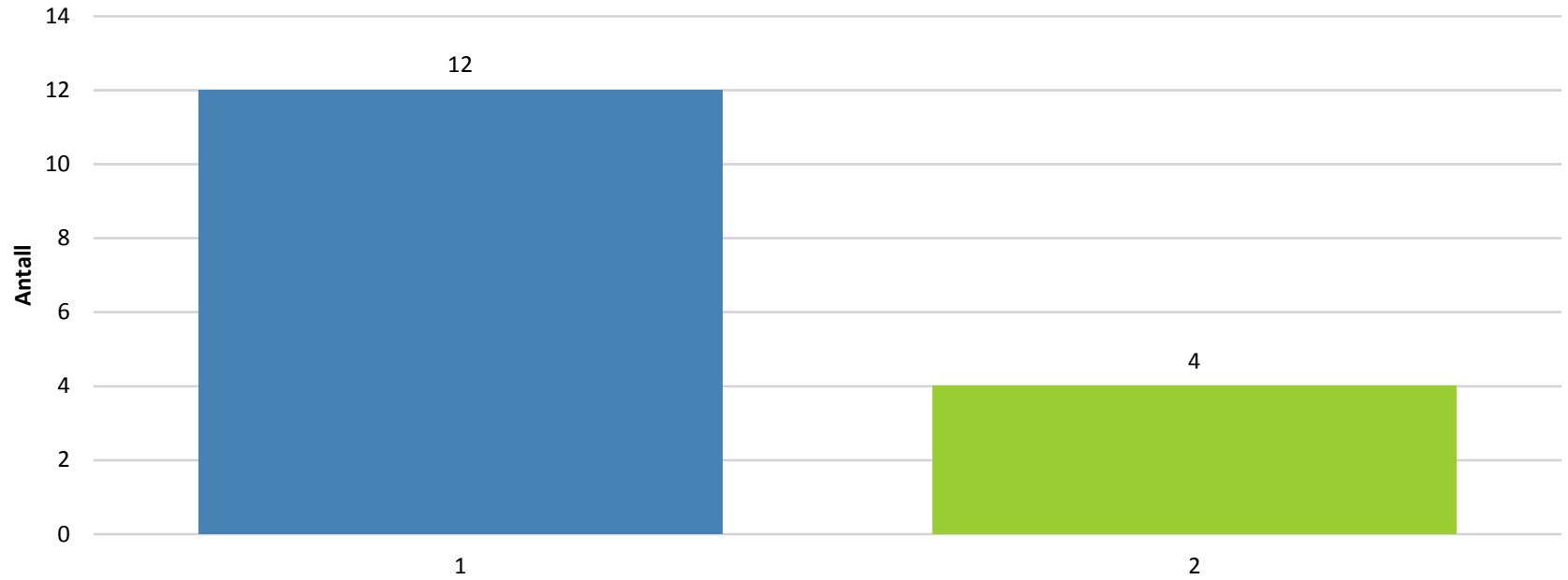
1

Nei

2

Ja

11. Er det rekrutteringsproblemer av ressurskoordinatorer i forhold til AMK-sentralen?

**Navn**

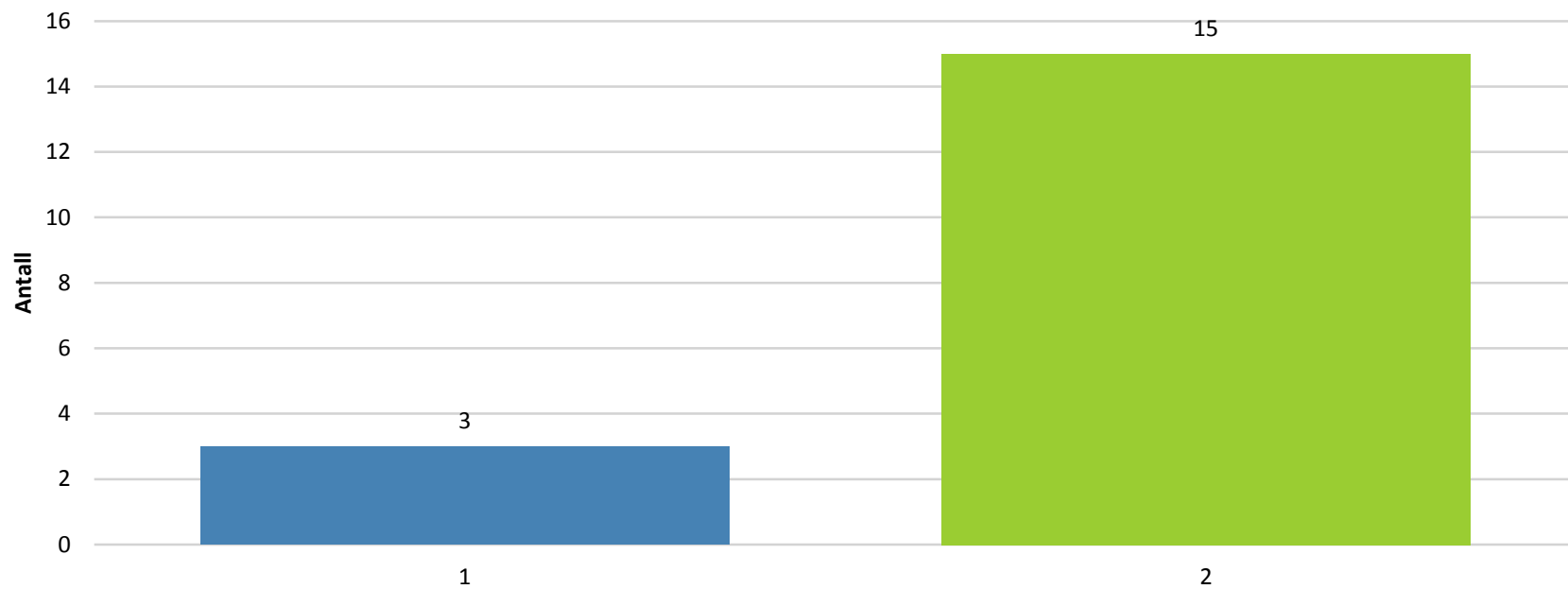
1

Nei

2

Ja

12. Er AMK-sentralen fysisk plassert i – eller i umiddelbart nærhet av sykehus med akuttfunksjon?

**Navn**

1	Nei
2	Ja. Hva er fordeler eller ulemper med lokalisering?

13. Hvis sentralen ikke er lokalisert i sykehus, hvor er den da lokalisert, og eventuelt i samarbeid med hvem? Fordeler og ulemper med denne løsningen?

Vi ligg i samme bygg som luftambulansen og ambulansen og like ved akuttmottak. Det er ein stor fordel å vere i samme bygg som det prehospitalt miljøet. fagmiljøet blir bra. vi har felles møter og undervisning som styrker samholdet avdelingane i mellom. Vi lærer kvarandre å kjenne og jobbar betre ilag på hendingar

På politihuset i Drammen med nødmeldesentralen til brann/politi. Dette har de siste økt fokuset på samarbeidet mellom andre nødetater, og vi opplever store gevinster med å være samlokalisert både faglig og ledelsesmessig.

Vi er en Amk -sentral for to helseforetak Vestfold og Telemark. Amk er lokalisert på Sykehuset i Vestfold og ligger rett ved Ak.mott. Sykehuset Telemark er ikke i tilknytting lokalisert til Amk.
Jeg ser ved større hendelser er viktig med tett kontakt med legene og Ak. mott inne på sykehus som eks. Amk - lege og at dem er fysisk i sentralen. Den funksjonen har vi ikke ved Sykehuset Telemark. Viktig å lage gode kommunikasjonsregler med Ak. Mottene og ha forståelse for hverandre . Ha dataverktøy som er elektronisk mellom Ak.mott og Amk for informasjon..

Vi er lokalisert utenfor sykehus, geografisk ved midtpunktet av våre 3 sykehus. Som vi alle server likt.
Vi er lokalisert sammen med pasientreiser.

Fordeler:

Deltidsstillinger blir fylt opp f. eks jobber 80% i AMK, rest % i PRK(Som er i samme lokalet)

Kan opp bemanne AMK sentralen på kort tid(Bare be personell i Pasientreiser, med AMK kompetanse om å bytte operatørplass)

Høyere servicegrad til alle brukere og pasienter som trenger en eller annen form for transport hjelp

Neg:

Stor sentral, noe mer støy

ligger på sykehusområdet

Skal samlokaliseres i 2016 med 112/110 sentralene.

Fordeler: Lettere samarbeid ved trippelvarslingshendelser, samhandlings oppdrag.

Ulemper: Ingen lege tilgjengelig i sentralen. Ved rekruttering av nye operatører er det en fordel at de har hatt mulighet å være i sentralen jevnlig. Vi rekrutterer fra akuttmottak.

14. Hvilke andre oppgaver har AMK fått seg tillagt utover de definerte kjerneoppgavene som rådgivning, veiledning til publikum i medisinsk nød og ressursdisponering?

Legevakt for enkelte kommuner
Telemedisinsk veiledning for kliniske konsultasjoner utenfor sykehus (Bl.a Nordsjøen)
Mottak av varsling om intern nød i sykehus (samt katastrofevarsling)
Regionale funksjoner (som R AMK)
Mottak av nødsamtaler fra turistforeningens hytter

Backup akutt calling ved Sykehuset Innlandet Gjøvik. Har alle transport av liggende pasienter, d.v.s. fly, helseekspress (båreplasser), og andre bestilte oppdrag som må ligge

Ingen. (Det er legevaktssentral for 6 kommuner integrert i AMK, og de medisinske operatørene svarer legevaktstelefoner i tillegg til 113. Det er også en trygghetsalarmsentral der både medisinske operatører og ressurskoordinatorer svarer disse alarmene og varsler hjemmetjenesten.)

Har nå også besvaring av legevakt, men disse avtalene er sagt opp fra 01.01.16.
Formidling ØH innleggelse til Haugesund sykehus

AMK sine ansatte betjener akuttmottaket for sykehuset i Kirkenes alle dag og aftenvakter hele uken. Av den grunn er det enda en stor det typisk akuttmottaks funksjoner som ligger til AMK Eks luke for publikums henvendelser. Inn og utlevering av forskjellige ting som hentes/ bringes. Interne varslinge.

AMK rom brukes også som adm rom for akuttmottak.

Har legevakts formidling for 2 kommuner.

AMK = alt mulig kontor, slik oppfattes vel amk av andre sykehus ansatte.

Innleggelse sentral på sykehuset, der vi må holde styr på sektorisering av medisinske pasienter , fordeler akutt kirurgi for to sykehus. Skal passe på at det tredje sykehuset vårt får nok hofte operasjoner pr.år.

Varsling av beredskapsledelsen ved IKT utfall eller andre situasjoner som har behov for ekstra innkalling.

Varsler intrahospitalt ved beredskaps situasjoner.

Vi jobber sammen med beredskapsledelsen om melding både intra og prehospitalt.

Vi har varsling for hyperbar medisin.

Vi må holde i henvendelser der det er smittepasienter som skal ha tildelt isolat (Noe vi helt klart bruker for mye tid på)

Det er helt klart at oppgaven som innleggelse sentral tar alt for mye av tiden vår i sentralen. Vi har gjentatte ganger prøvd å få dette ut av sentralen uten å ha lyktes med det.

14. Hvilke andre oppgaver har AMK fått seg tillagt utover de definerte kjerneoppgavene som rådgivning, veiledning til publikum i medisinsk nød og ressursdisponering?

AMK Førde er legevaktssentral for 13 kommuner ut 2015.

- utalarmering av akuttteam på sjukehusa i fylket. (internvarsling)
 - ums varsling av hjertestartera
 - branntavler for sjukehuset i Førde
 - helikopterplass vakt
 - varsling av beredskapsleing
-

Melder pasienter som kommer med ambulanse inn til ansvarlig lege.

Kommunikasjonsknutepunkt for all øyeblikkelig hjelp kommunikasjon ved sykehuset. tilrettelegger for kontakt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når det gjelder ø.hjelp-kommunikasjon. Koordinerer akutte pasientforløp.Ivaretar helhetlig akuttmedisinsk kjede.

Intern alarmering. Har oversikt over all akuttvirksomhet inn til sykehuset.

Luftambulanskoordinering.

sender ut varslinger og alarmer vi callingsystem internt på sykehuset. AMK- Tromsø er også flykoordineringsentral, medisinsk koordineringspunkt for ambulanseflytjenesten i nord.

- kommunikasjonsknutepunkt i den akuttmedisinske tjeneste, kommunikasjonsentral for eget sykehus
 - LV sentral for 14 kommuner i nedslagsfeltet (befolkning ca 38 000)
 - representasjon i lokalt LRS øvingsforum
-

Ingen. Dette avviklet vi mot Drammen sykehus da vi flyttet derfra i 2010. (stanskalling, sentralbord osv)

Lv formiddling, andre sykehusinterne oppgaver slik som : UMS innkalling, innkalling til de ulike team, Internvarsling av pasienter til akuttmottak, Testing av interne systemer som calling. Vaktssentral for "stans" calling på natt. Kameraovervåkning med mere.

Innrapportering av ulike tall og registreringer på Excel skjemaer og annet til f.eks HSØ

Ellers få andre oppgaver utenom kjerneoppgavene

LA koordinering for Helse Sørøst

Varsling av personell ved høyna beredskap (via UMS).

Intern varsling traumeteam (for 1 av 4 sykehus, for de 3 andre via Akuttmottak), brannberedskap helikopterlandingsplass Ålesund, katastrofe (Ålesund sykehus)

AMK LA (LA Ålesund)

Koordinering Flyambulans Sør-Norge

Funksjoner stab AMK.

Undervisning/opplæring nye operatører, ta seg av hospitanter.

14. Hvilke andre oppgaver har AMK fått seg tillagt utover de definerte kjerneoppgavene som rådgivning, veiledning til publikum i medisinsk nød og ressursdisponering?

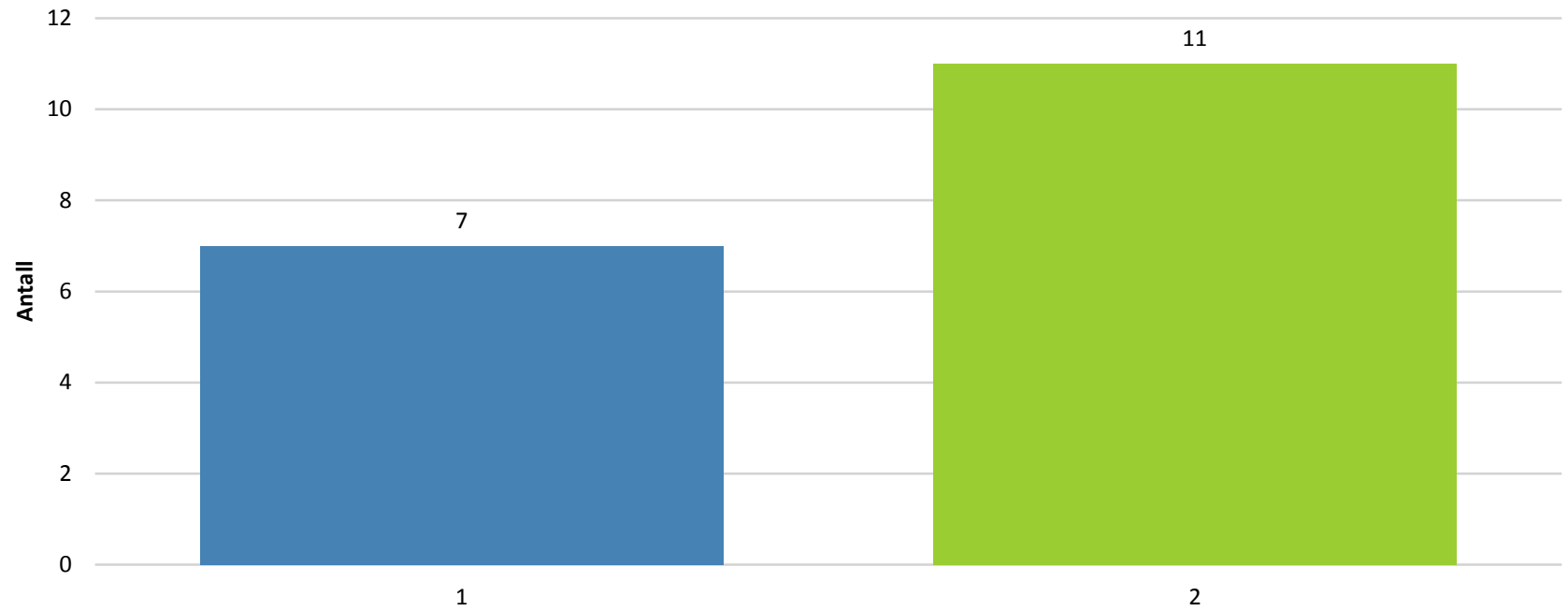
UMS- katastrofevarsling for Nordlandssykehuset HF (4 sykehus)

Utløsning av slagalarm, traumealarm til flere av sykehusene i vårt området via knapp i sentralen.

Back-up sentral for regional AMK

15. Fungerer AMK-sentralen som legevaktsentral deler av døgnet?

Organisering og styring av AMK-sentralene



Navn

1

Ja

2

Nei

16. Hvis AMK-sentralen ikke har R-AMK-funksjon: hvordan oppleves samarbeidet med regionens R-AMK?

Godt samarbeid, godt definerte arbeidsoppgaver og roller. R-Amk har kun en støttefunksjon for lokal AMK, dette fungerer godt i større hendelser og må være slik. R-AMK tar seg av nasjonale og RHF saker, formidler dette til lokal AMK. R-AMK fora bør legges ned siden dette ikke er et fora som har noen betydning for driften. HSØ har de 3 av 4 største AMK sentralene i landet, der bare en er R amk.

Uproblematisk

Liten erfaring. Sjelden bruk for dem.

R AMK koordinerer ambulanse flyene så de brukes fremst til å få de ressurser vi ikke har. Innimellom problemr med å få ønskede fly, det spares inn på bruken av flyene. Flyene benyttes over hele landet, Skjer at det ikke finnes et ledig fly i Finnmark. Etter våres syn veldig uheldig grunnet lange avstander. R AMK er per dd ikke bemannet til å utføre/ overta hendelser ihht prosedyre. Men ved store hendelser samarbeides det godt med fordeling av ressurser og benyttelse også av deres lege ressurser.

Vi har lite kontakt med de utenom ved større hendelse der de blir varslet. Dersom vi har bortfall av AMK er det Førde som får våre 113 samtaler overført etter 20 sek.

Det fungerer godt så lenge vi gir beskjed om kva oppgaver dei skal løyse for oss.

Sammarbeide med R-AMK er og man har et godt sammarbeidsfora for Alle AMK sentraler i regionen.

- Godt samarbeid med R- AMK (ukentlig kontakt) felles fagdager, regionalt sammarbeidsforum, regionalt fagledernetverk

For operatørene fungerer det bra ved hendelser.

Ellers lite informasjonsutveksling via R AMK leder og leder AMK VV ift hva RAMK gruppen jobber med.

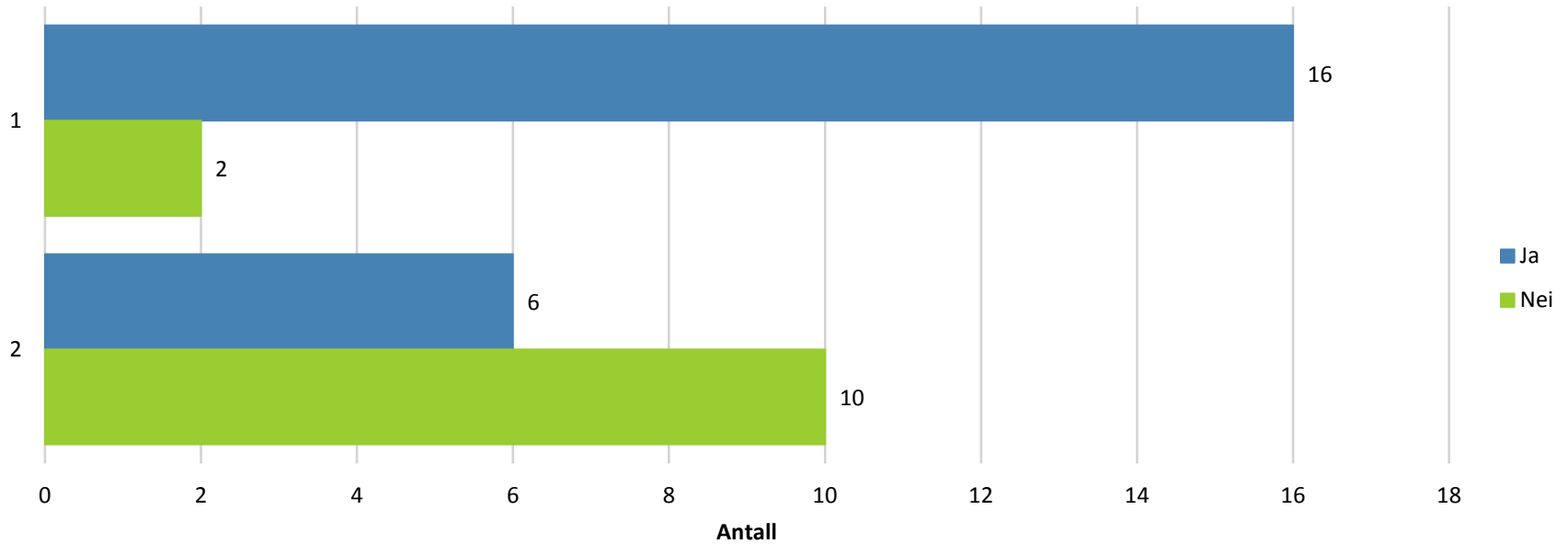
Sammarbeid med vår R-AMK oppleves som tilfredstillende.

Vet ikke, har aldri hatt behov eller situasjoner hvor en har opplevd dette som hensiktsmessig.

Oppeles som bra. Men alt kan bli enda bedre.

På det jevne et godt samarbeid og god kommunikasjon.

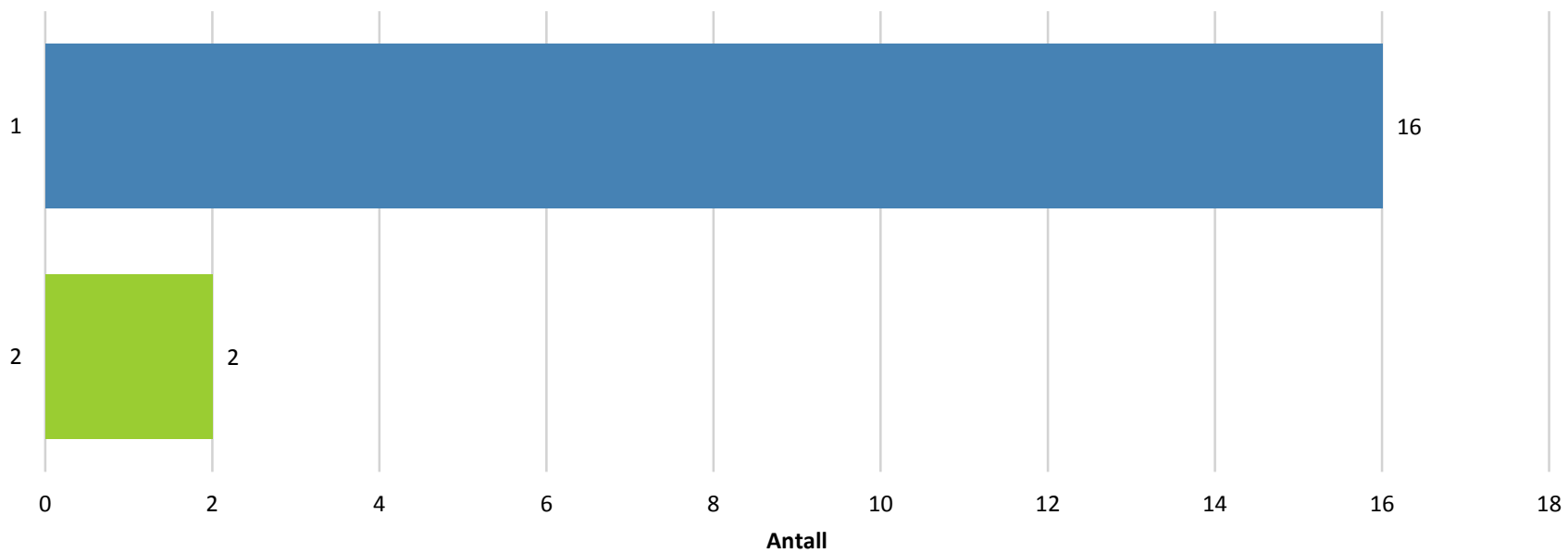
17. Har AMK-sentralen etablert formelle samarbeidsrutiner i form av skrevne prosedyrer eller retningslinjer med andre AMK-sentraler



Navn

1	I egen helseregion
2	Andre helseregioner

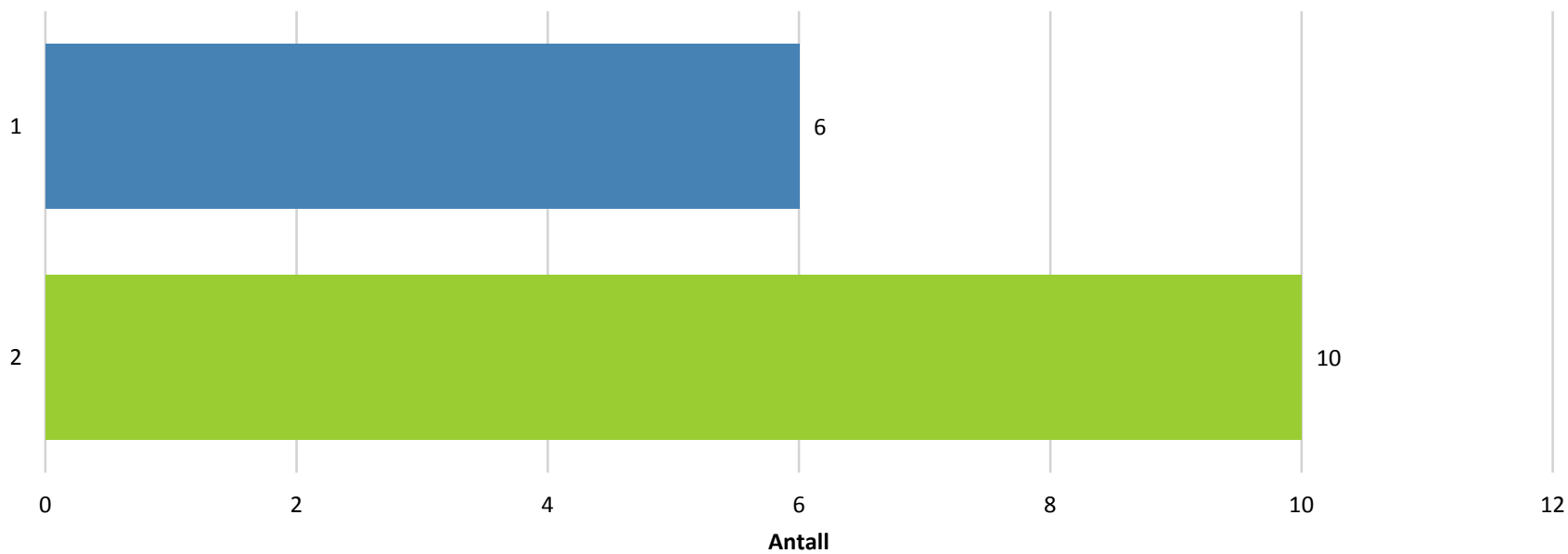
18. I egen helseregion



Navn

1	Ja
2	Nei

19. Andre helseregioner

**Navn**

1	Ja
2	Nei

20. Hvilken stillingsbetegnelse har daglig ledelse av AMK-sentralen?

AMK leder

Seksjonsleder AMK Innlandet

Seksjonsleder

Fag- og driftsansvarlig

Avdelingsleder

Seksjonsleder

Seksjonsleiar AMK

Seksjonsleder

Avdelingsjef leder avdelingen. Seksjonsleder har daglig driftsansvar.

seksjonsleder, ass.seksjonsleder, seksjonsoverlege

Avdelingsleder og seksjonsleder

Avdelingsjef

Avdelingsjef

Avdelingsleder AMK.

AMK leder

Avdelingsleder og seksksjonsledere

Seksjonsleder

Amk-leder, fagsykepleier, teknisk ansvarlig AMK

21. Hvilken profesjon (evt spesialisert) har daglig ledelse av AMK-sentralen?

Sykepleier

Spesialsykepleier

Anestesisykepleier

Intensivsykepleier.

Sykepleier

Sykepleier

sjukepleiar

Ambulansearbeider

Sykepleier, høyskoleutdanning

leder(sykepleier), ass. leder(ambulansearbeider) og lege

Avdelingsleder 100 % (sykepleier, master Rådgivningsvitenskap), Seksjonsleder 50% (Ambulansearbeider/ Paramedic)

Ledelseutdannet via Bi og Nasjonalt topplederprogram.

Sykepleier med videre utdanning i psykiatri og ledelse.

ledelse

sykepleiere og ambulansearbeider

Sykepleier

Sykepleier

22. Hvor stor stillingsbrøk har daglig ledelse av AMK-sentralen?

80%

100 %

100%

100%

100%

100%

100%

100

100 % avdelingssjef, 100 % seksjonsleder

seksjonsleder og ass.seksjonsleder har 100% seksjonsoverlege 50%

Avdelingsleder 100%, seksjonsleder 50%

100%

100

50 % ledelse 50% operatør

100

100% og 80%

100 %

65% AMK leder + 20% teknisk ansvarlig, fagsykepleier 100%

23. Hvem er nærmeste overordnede til daglig ledelse av AMK-sentralen?

Divisjonsdirektør (nivå 2)

Avdelingssjef Nødmeldetjenesten

Avdelingsleder

Seksjonsleder akuttmottak/observasjonspost/AMK

Klinikksjef

Guttorm Brattebø

avdelingsleiar for avdeling for akuttmedisin.

Seksjonsleder

Klinikksjef klinikk for akutt og mottaksmedisin

avdelingsleder/avdelingsoverlege

Klinikkleder

Avdelingssjef

Klinikkesjef.

Områdesjef AMK/luftambulanse

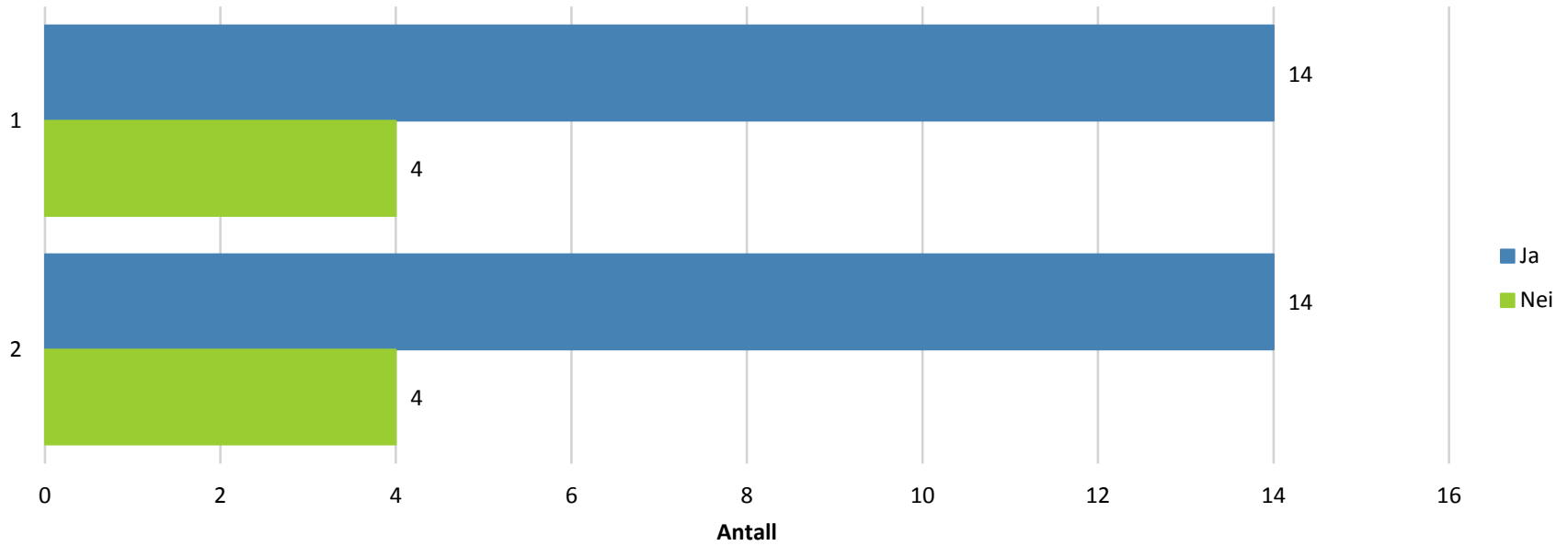
Seksjonsleder, avdelingsleder, klinikkleder, direktør

Senterleder

Avdelingssjef

Leder akuttmottak/observasjonsenhet og AMK

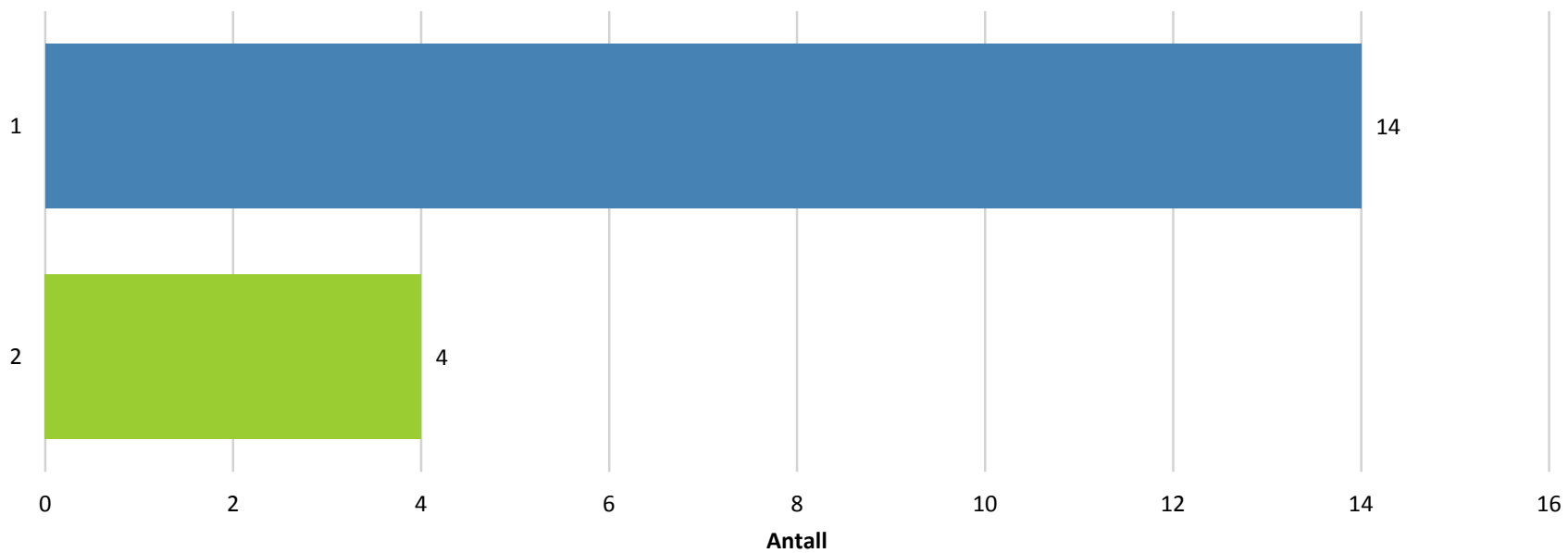
24. Har daglig ledelse av AMK-sentralen:



Navn

1	Personalansvar
2	Budsjettansvar

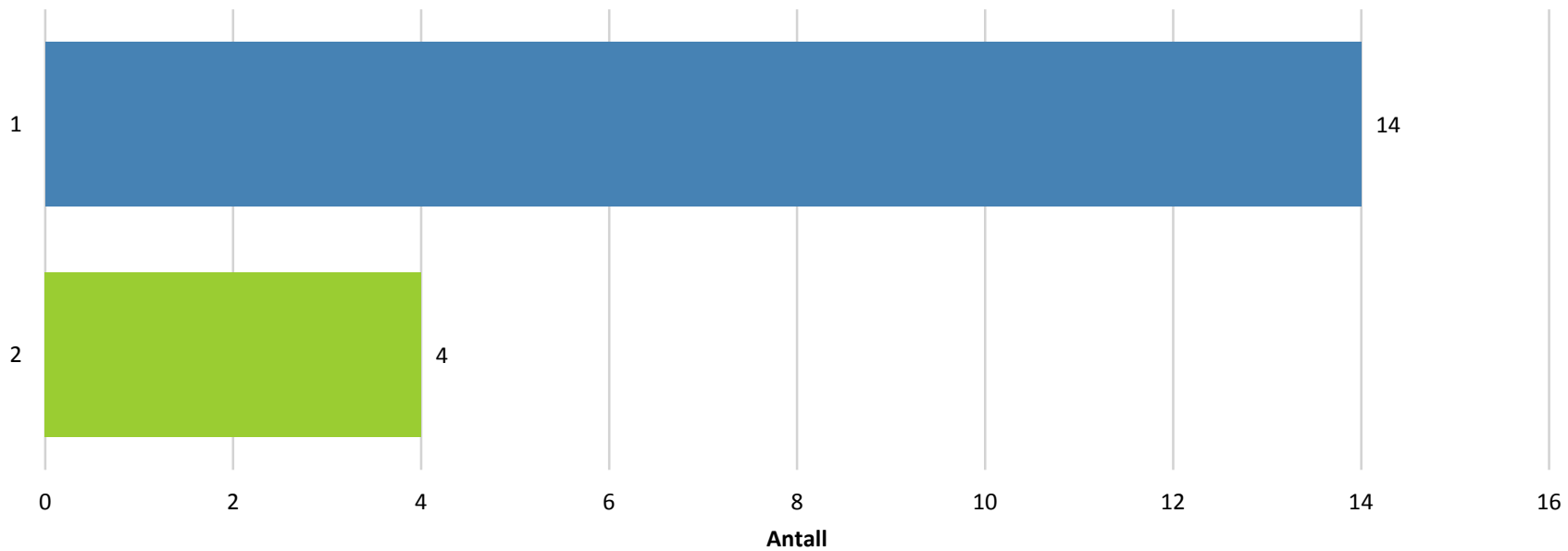
25. Personalansvar



Navn

1	Ja
2	Nei

26. Budsjettansvar



Navn

1

Ja

2

Nei

27. Hvilken stillingsbetegnelse har medisinsk faglig rådgiver?

Seksjonsoverlege for AMK

Medisinsk rådgiver AMK

Seksjonsoverlege

Medisinsk rådgiver

Medisinsk faglig ansvarlig

Medisinsk faglig rådgiver og han er lege

medisinsk faglig rådgjevar

AMK lege

Medisinsk rådgiver Medisinsk nødmeldetjeneste og AMK-sentral

seksjonsoverlege

medisinsk faglig rådgiver

Medisinsk faglig rådgiver

Vi bruker navn Medisinsk faglig rådgiver

AMK lege

Medisinsk faglig rådgiver

Avdelingsoverlege og overleger

Seksjonsoverleg

Medisinsk ansvarlig AMK, Prehospital klinikk

28. Har medisinsk faglig rådgiver en spesialitet?

Ja-spesialist i anestesi

Ja, anestesilege og spesialist i allmenmedisin

Anestesilege

Overlege anestesi

Anestesi

Anestesilege

overlege anestesi(lege på luftambulansen og seaking)

Anestesi lege

Anesthesiologi

anestesilege

Overlege Anestesi

Overlege anestesi

Alle leger med spesialist utdanning

anestesi

Anestesi og indremedisin

Anestesi

Anestesilege

29. Hvor stor stillingsbrøk har medisinsk faglig rådgiver?

60 %

ca 20

50 %

Udefinert

10 %

20%

20%

20

30 %

50%

25%

30 %

100

30

50%x3

40 %

50% fordelt mellom ambulansetjenesten og AMK

30. Hvor er stillingen til medisinsk faglig rådgiver organisatorisk plassert?

I anesthesiavd.

Stab til avdelingssjef (har også en rådgiverfunksjon for direktør)

Under avdelingsleder

Anestesi

Har hovedjobb i sykehuset. Har kontor i samme etasje som avd leder AMK

Under samme leder som seksjonsleder

i avdeling for akuttmedisin

Anestesiavdeling

Akuttmedisinsk fagavdeling i Klinikk for Akutt- og mottaksmedisin

en del av seksjonsledelsen

organisatorisk plassert under Akuttavdelingene i Kirurgisk Klinikk, frikjøpt 25% etter avtale

I LA avdelingen men samme klinikk.

Tønsberg

Prehospital enhet

administrasjon

i stad til Avdelingsleder

Anestesiavdeling. Underlagt Avdelingssjef (ikke Seksjonsleder AMK)

Prehospital Klinikk

31. Er vakthavende AMK-lege tilgjengelig 24/7?

ja

Ja

Ja

Ja

Ja

ja

ja

JA

Ja

ja

Ja

LA lege på luftambulansen Ål, bakvakt anesthesi Drammen sykehus

Ja

Ja

ja

ja

Ja

ja

32. Hvilken spesialitet har vakthavende AMK-lege?

anestesilege

Anestesi

Anestesilege

Anestesilege

Anestesi

Anestesilege og flyr på LA

anestesilege

Anestesi lege

Anesthesiologi

anestesilege

Anestesi

Overlege anestesi

Variierende spesialitet(person avhengig) Anestesi, Medisin osv

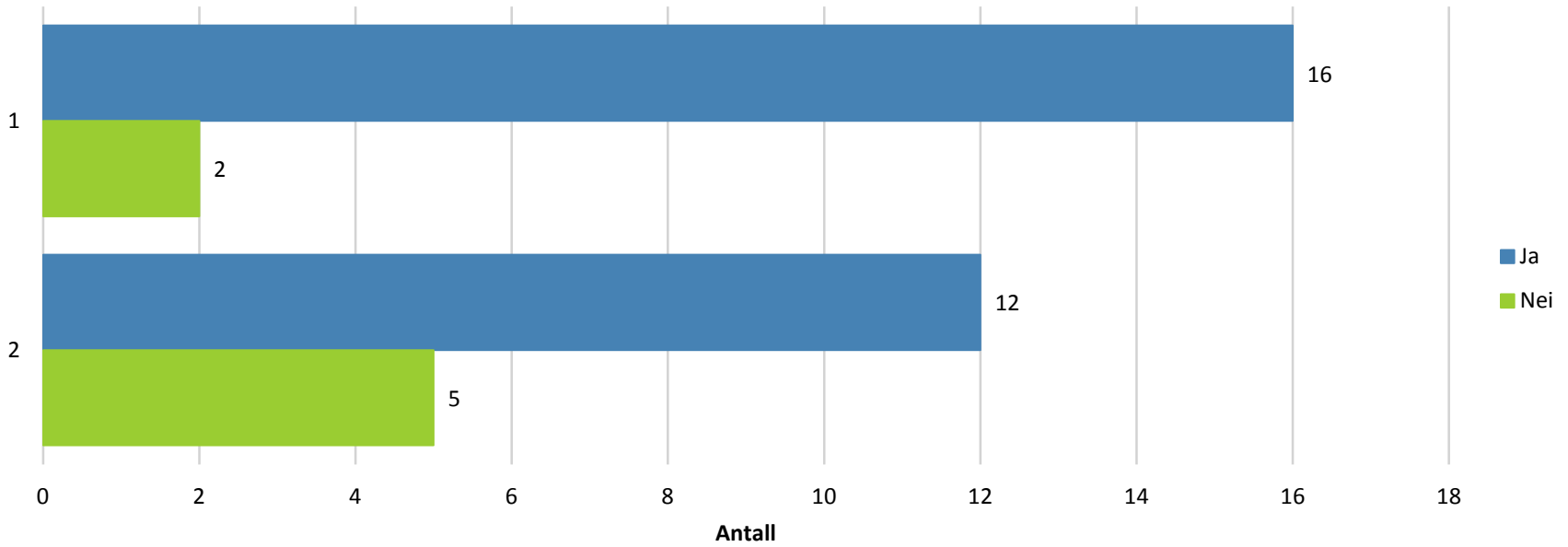
anestesi, som tidligere spørsmål spurte om

Anestesi

Anestesi

LIS lege anestesi

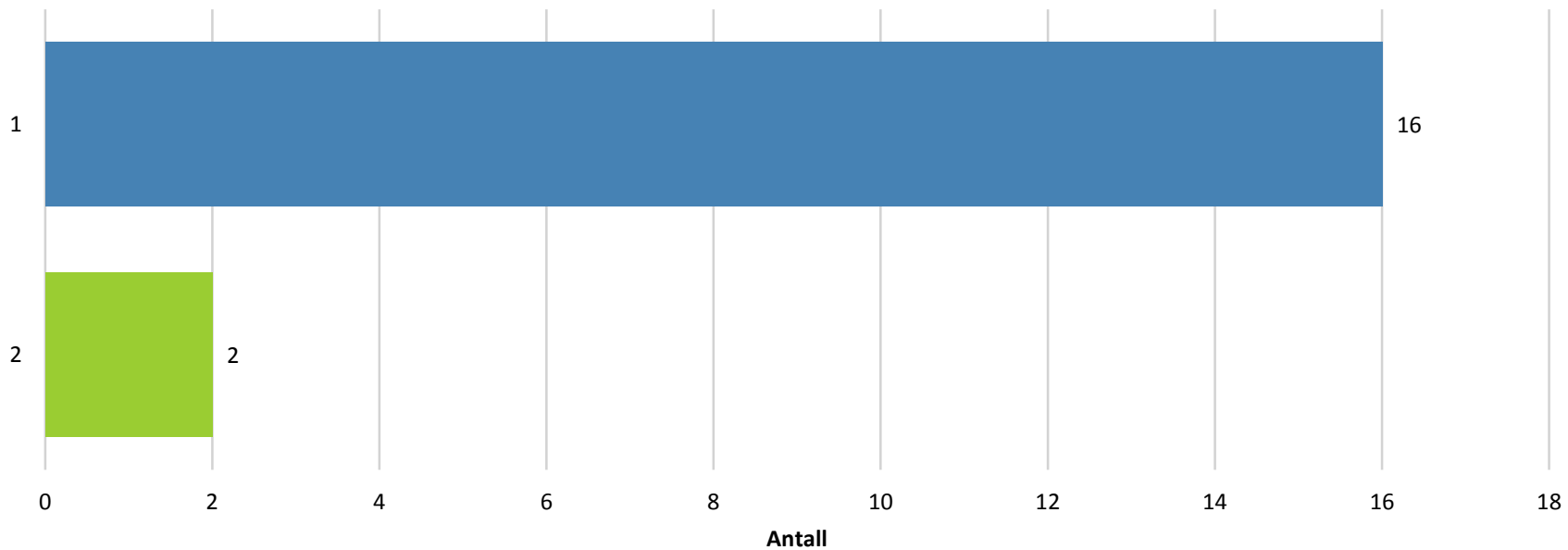
33. Stilles det krav til vakthavende AMK-lege:



Navn

1	til å ha en medisinsk spesialitet
2	til prehospital kompetanse/erfaring

34. til å ha en medisinsk spesialitet

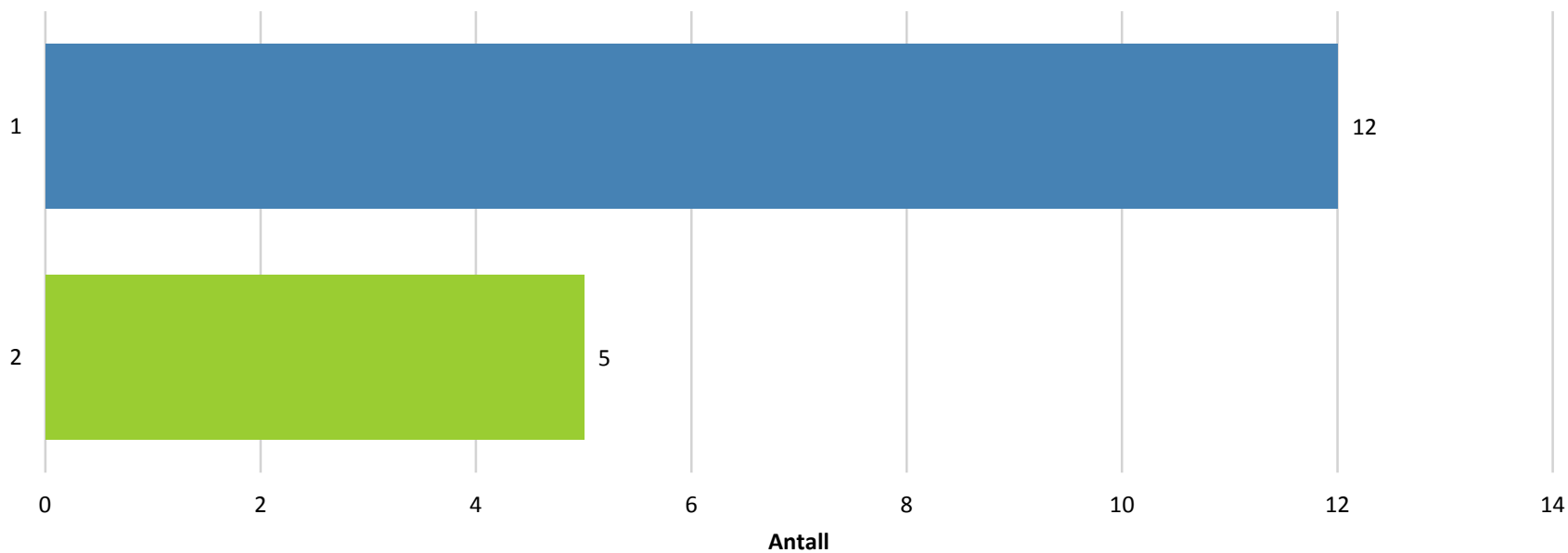


Navn

1 Ja

2 Nei

35. til prehospital kompetanse/erfaring



Navn

1	Ja
2	Nei

36. Hvis vakthavende AMK-lege har annen vaktberedskap - beskriv hvilken

Vakthavende LA lege med bakvakt

Kan være assistent lege ved anesthesiavdelingen som er AMK lege, men med overlege anesthesi som bakvakt.

Vakt på ambulanshelikopter.

Anesthesi/intensiv

Er vakthavende anestesilege ved Sykehuset.

Flyr på LA

Lege LA Trondheim, back-up LA Redningshelikopter Ørland.
Primærvakt intensiv er AMK-lege ved mobilisering i Krise-og katastrofesituasjoner

Vakt på anesthesiavdeling

Bakvakslege på Drammen sykehus innehar ikke samme prehospital kompetanse eller opplæring i AMK systemer som LA lege

Amk - legen for begge foretakene er ans. lege som har vakten på sykehusene

AMK lege går i vakt ved siden av amk lege funksjon ved anesthesi og medisin

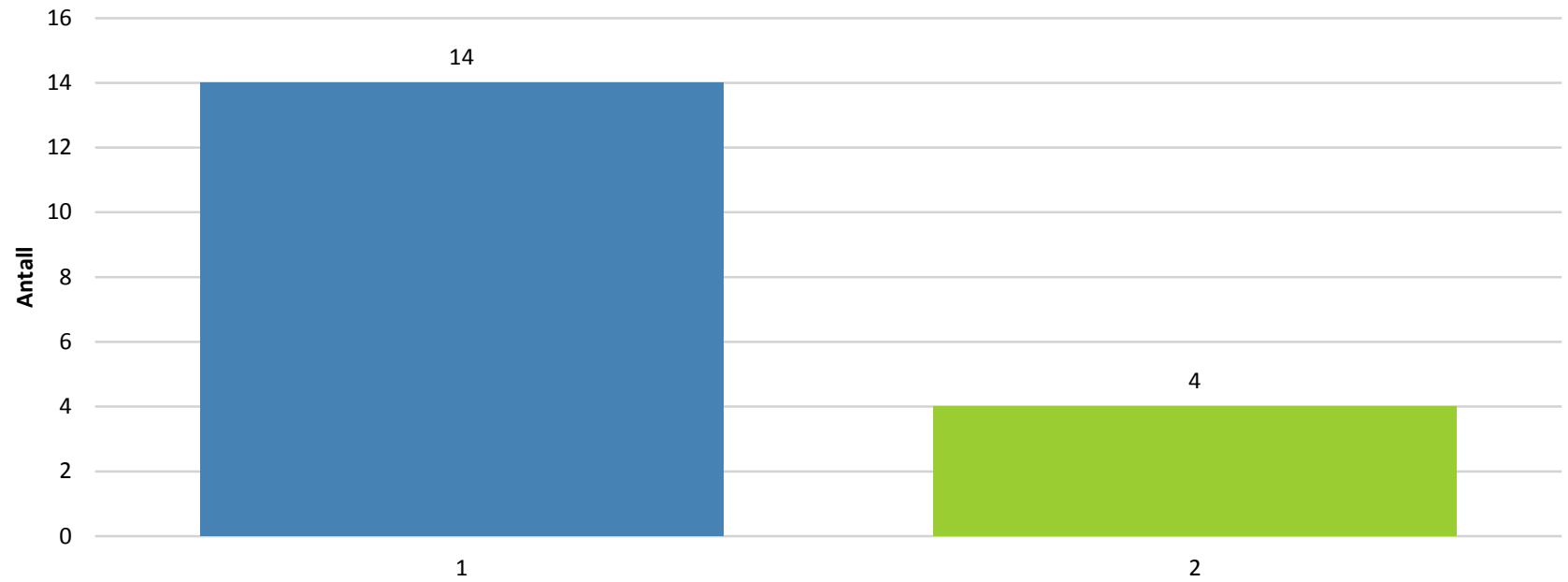
Luftambulanse

Ambulanse og ambulanse helikopter

Luftambulanselege

Er primærvakt på anestesien og dermed en del av daglig produksjon.

37. Er det etablert beredskap for at AMK-lege fysisk kan være tilstede i AMK ved behov?

**Navn**

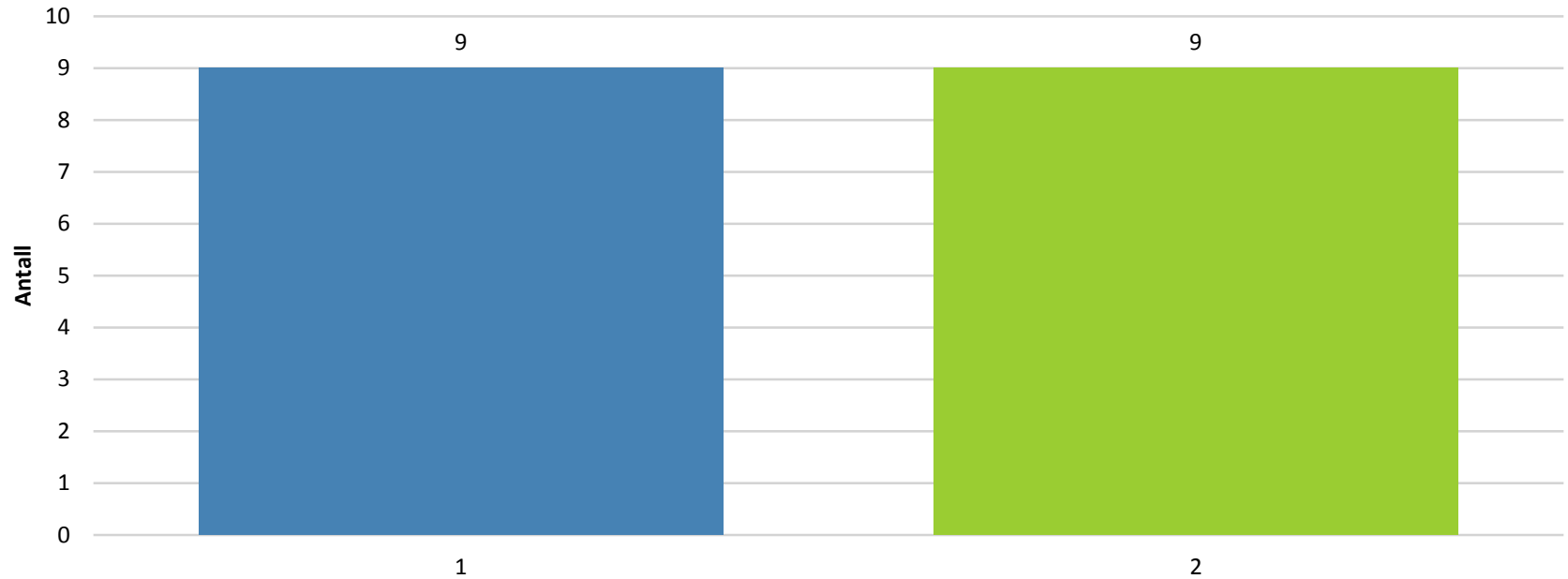
1

Ja

2

Nei

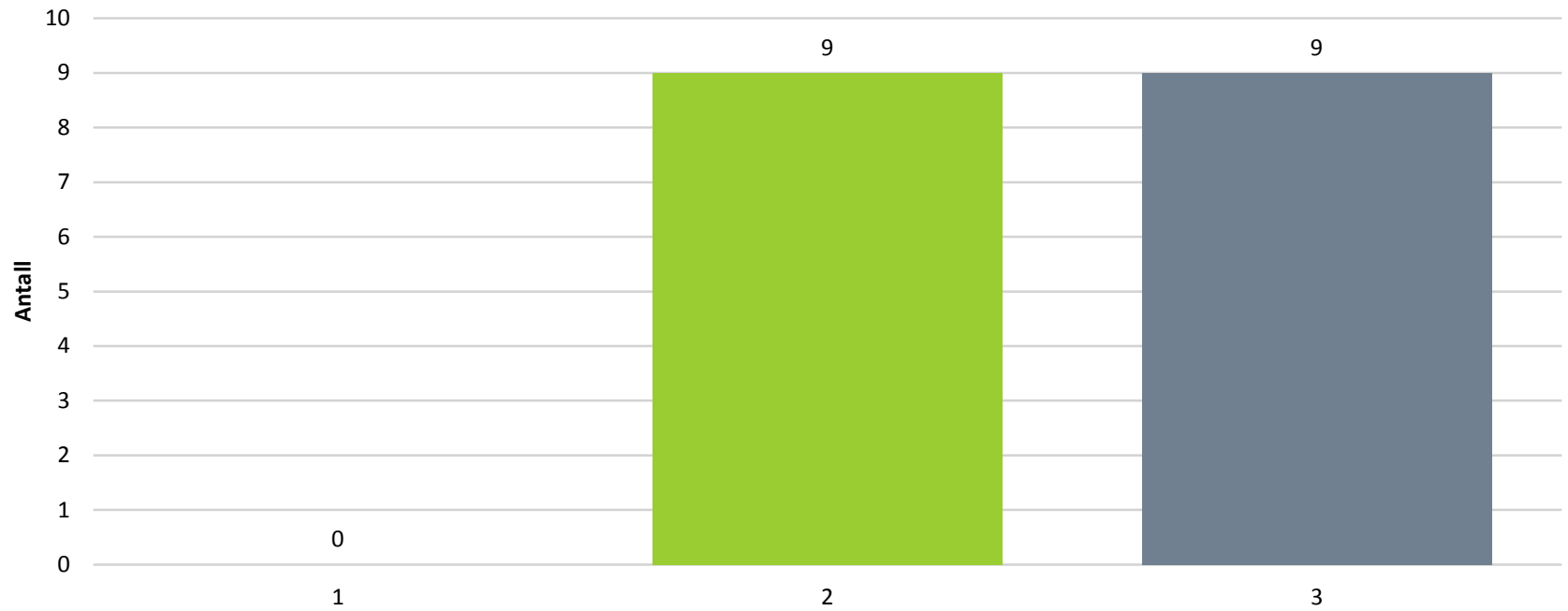
38. Er det definert en leder for AMK-sentralen på vakttid (Operativ leder AMK e.l.) som har ansvar for å lede AMK-sentralens operative innsats, sikre nødvendig bemanning osv?

**Navn**

1	Nei
2	Ja. Gi kort beskrivelse av funksjonen

39. Er det et definert ansvar for fagutvikling for AMK-sentralen?

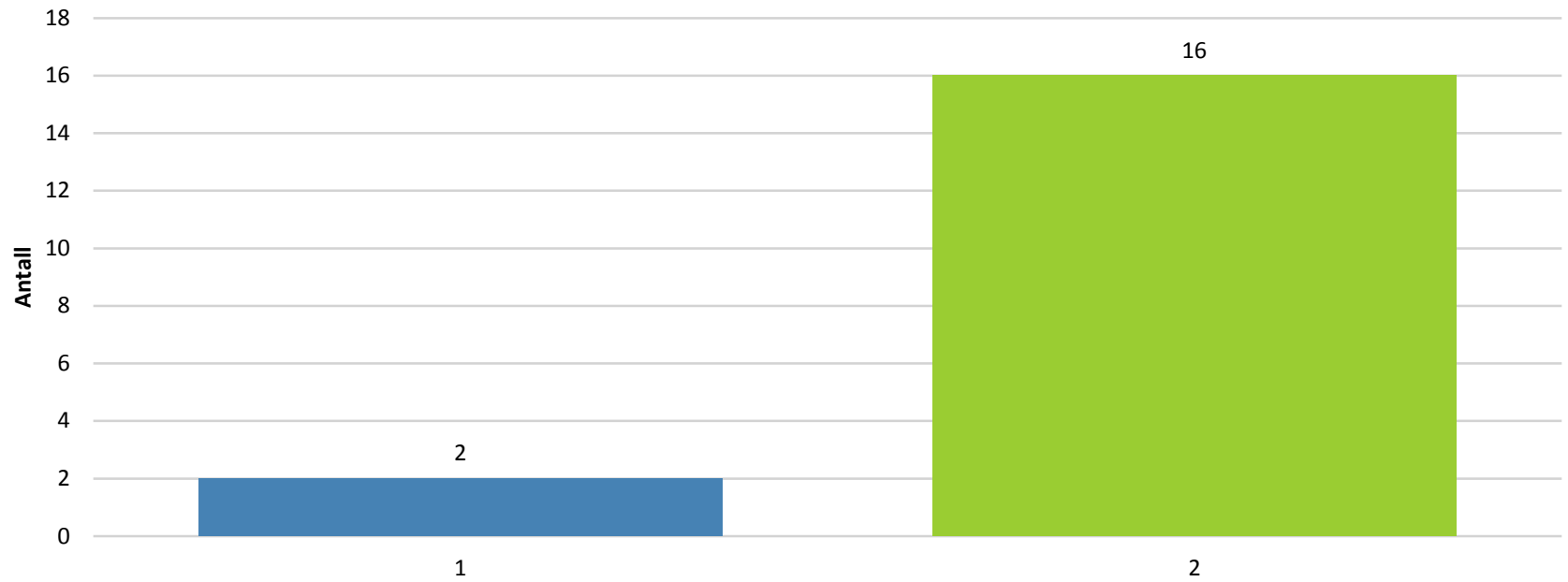
Organisering og styring av AMK-sentralene



Navn

1	Nei
2	Ja
3	Ja, konkretisert i en stillingsandel

40. Har AMK-sentralen system for tolketjeneste?

**Navn**

1

Nei

2

Ja

41. Hvilken rolle har AMK-sentralen i sykehusets/helseforetakets krise/katastrofeberedskap?

Ansvar for varsling ved større hendelser

Er knutepunktet for HF'et sine planer, skal koordinere, fordele og varsle

Koordineringssentral. Operativ leder AMK har løpende kontakt med kriseledelsen.

Varsle aktuelle ressurser: ambulanse ,kommunal lege, legevakt, luftambulanse, brann, politi.
Varsle overlege kirurgi, ta imot definert beredskapskode og sende ut UMS varsling. Varsle mottakende sykehus.

Noe intern varslinger som traumeteam og annet personell ved krise.

Innkaller beredskaps ledelsen ved aksjoner og det er i AMK de ansvarlige på sykehuset møter opp ved at en melder fra om forvarsel til større hendelser.
Det er AMK som legger ut melding ved hendelser.

ein viktig brikke.

Det er AMK som varslar beredskapsleiinga i samsvar med beredskapssjef. ved opplagt krise varslar ein direkte.

Skal varsle midlertidig katastrofeledelse ved sykehuset og alle møter opp på AMK i starten for å få info,

TEam-leder har ansvar for å bestemme mobiliseringsnivå i krisesituasjoner.
AMK-lege og Avdelingssjef eller dennes stedfortreder inngår i Krisestab.
AMK-sentralen er kommunikasjonsknutepunktet mellom skadested og sykehus som vi er det tildaglig.

AMK- har en nøkkelrolle i disse situasjonene. Det settes stab og AMK har ansvar for korrndinering og varsling intern på sykehuset. operativleder AMK/(ofte seksjonsleder) rapporterer til katastrofeledelsen.
Katastrofeledelsen er lokalisert i møterom i tilknytning til selve AMK- sentralen.

AMK setter stab, denne har rolle som liason mellom AMK sentralen og strategisk ledelse. Mulighet for AV kontakt opp mot R- AMK.

AMK er organisert i Prehospital klinikk. Avdelingssjefer og direktør kommuniserer muntlig med katastrofeledelse på sykehusene i Vestre Viken. AMK rapporterer muntlig til egen ledelse.
Kommunikasjon skriftlig via Beredskapsweb til egen ledelse og taksik/strategisk ledelse på sykehusene

Vi har en varsleplikt for beredskapsledelse for Sykehuset i Vestfold.

AMK sentralen styrer som normalt ressurser utenfor sykehus med fokus på den aktuelle operasjon. Katastrofestab blir etablert i eget katastrofe kontor i tilknytning til amk. Katastrofestab blir styrket med en amk operatør.

Beredskapsweb loggføring og informasjonsutveksling til ledelse, stab og sykehusledelse

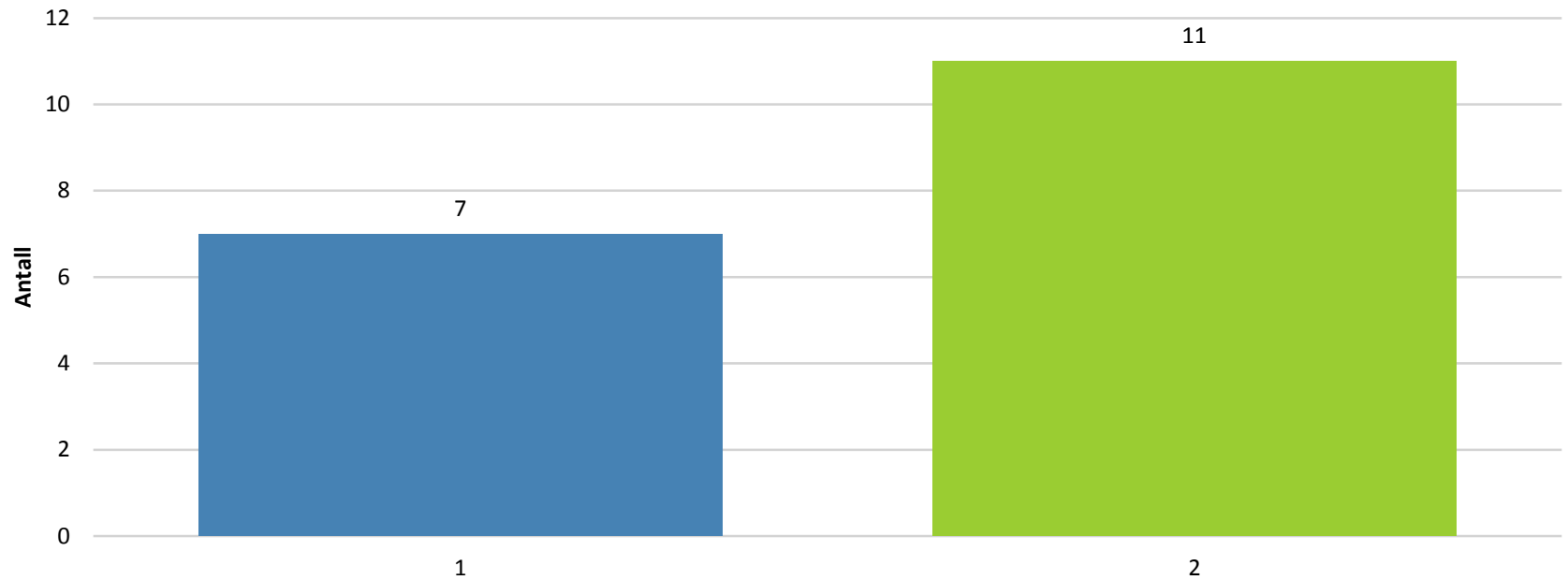
inngår i sykehusets beredskapsplaner

41. Hvilken rolle har AMK-sentralen i sykehusets/helseforetakets krise/katastrofeberedskap?

AMK med amk-lege og traumeleder/medisinsk overordna lege er HMRs stab inntil andre staber i systemet er etablert

ansvar for UMS varsling etter katastrofeplanen og kommunikasjon med lege som skal fastsette katastrofenivå.
Samarbeid med R-AMK

42. Back-up og reserveløsninger. Har sentralen en overflowl øsning når den mottar flere nødmeldinger enn den har kapasitet til å svare ut?

**Navn**

1

Nei

2

Ja

43. Hvilke reelle back-up løsninger har sentralen dersom den helt eller delvis blir satt ut av funksjon (ved f.eks. brann, terror, teknisk svikt osv)?

113 blir ivaretatt av AMK Haugesund.

De andre oppgavene skal ivaretas lokalt , noe vi arbeider med.

Har løsninger for evakuering av sentralen, delt opp i tre nivåer. 1) bærbare pc og mobiler der 113 kan besvarer og varsler ressurser-kort tid (timer). 2)AMK Oslo ved lengre tid nede (mange timer). 3) AMK Oslo sin reserveløsning (klar sommeren 2015), bemannes av AMK Innlandet lengre tid (dager/uker). Ikke formalisert ennå, men er i planverket.

Ved Brann eller terror må sentralen evakueres, og 113-telefoner går som overflow til AMK Tromsø. Ved teknisk svikt har sentralen mobiltelefoner der telefonnummerne er kjent for andre sentraler og nødmeldesentraler. Ellers ingen back-up løsning.

113 funksjonen går over til AMK Stavanger

Det er tilrettelagt for back up men vi må avvente med oppstartdato inntil mottaker sentral i Tromsø har kapasitet til å iverksette dette.

Våre telefoner går til Førde.

Vi har backup med AMK Bergen på 113 og ambulanskoordinering.

Vi flytter då personell til Bergen og tar over drifta derifra.

Kan setter over til R-AMK

Vi har i 5 år hatt back-up-løsning ved LV-sentralen i Orkdal (var operative der i to døgn da vi flyttet til nytt sykehus i 2010). Når nødnett innføres (denne uken) blir AMK Møre og Romsdal vår back-up sentral. De har fysisk plass til våre operatører. Det må gjennomføres en teknisk programmering mm etter oppstart nødnett)

113 telefonene blir da overført til annen AMK- sentra.I nå Harstad etter 1 juni Bodø

Planer for flytting av personell til dedikert backup sentral

Reserveløsning på telefoni/reservestrøm i egen sentral,. papirløsning for dokumentasjon og kart.

AMK OUS er reserve AMK dersom behov for evakuering.

overflow til AMK Bodø(begge veier) Mulighet til å ta over AMK Bodø ved behov.

Medio dato, egen nødramk, evakueringskofferter, avtale med randsone AMK, panikk/bomberom, etc

etablere i disse dager en sentral på Lørenskog

Flytte til AMK Sør-Trøndelag som har etablert ekstra operatørplasser.

43. Hvilke reelle back-up løsninger har sentralen dersom den helt eller delvis blir satt ut av funksjon (ved f.eks. brann, terror, teknisk svikt osv)?

Manuelle registreringsskjema

Kart i papirformat

Mulighet for å svare 113 utenom callsenter

Back-up sentral ved annen AMK

Viderekobling av telefoner til mobiltelefoner

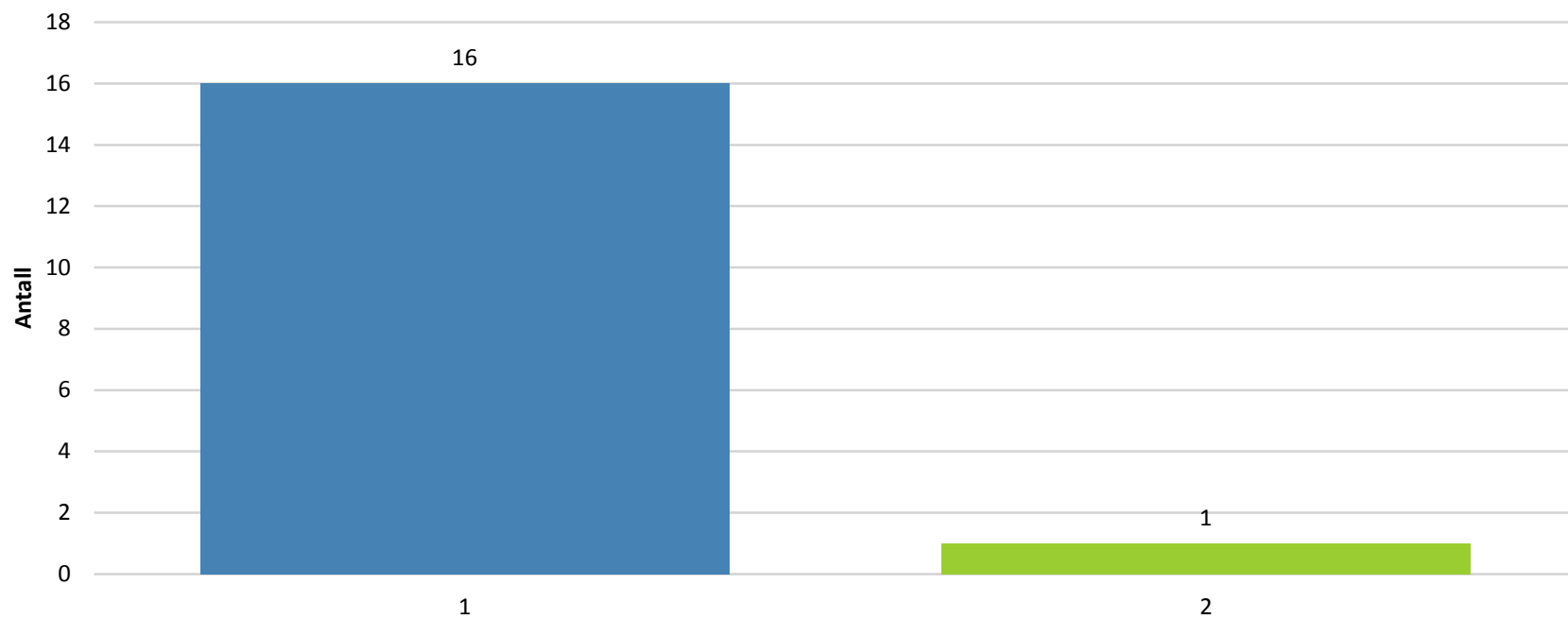
Ingen back-up av callsenter

Nødradio

satellitt telefoner

44. Er det etablert samarbeidsfora/ledelsesfora mellom AMK-sentralen og ambulansetjenesten?

Samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten og andre nødetater



Navn

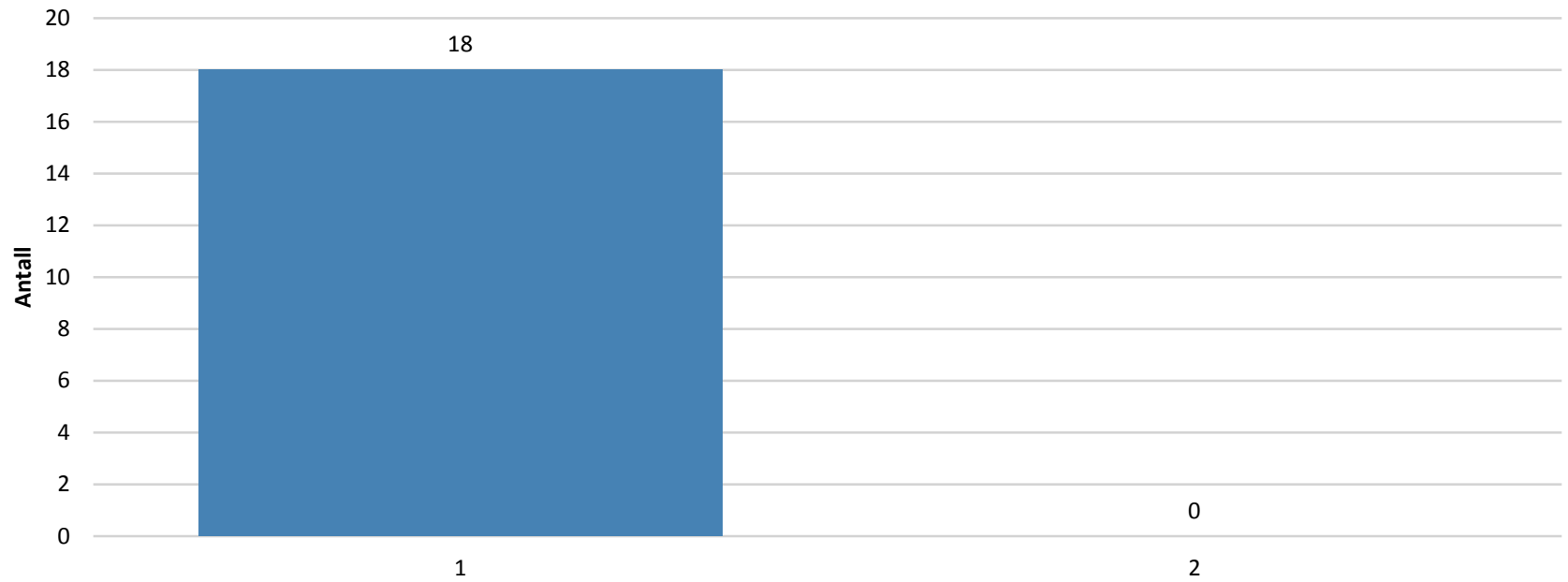
1

Ja

2

Nei

45. Er det etablert samarbeidsfora/ledelsesfora mellom AMK-sentralen og akuttmottak?



Navn

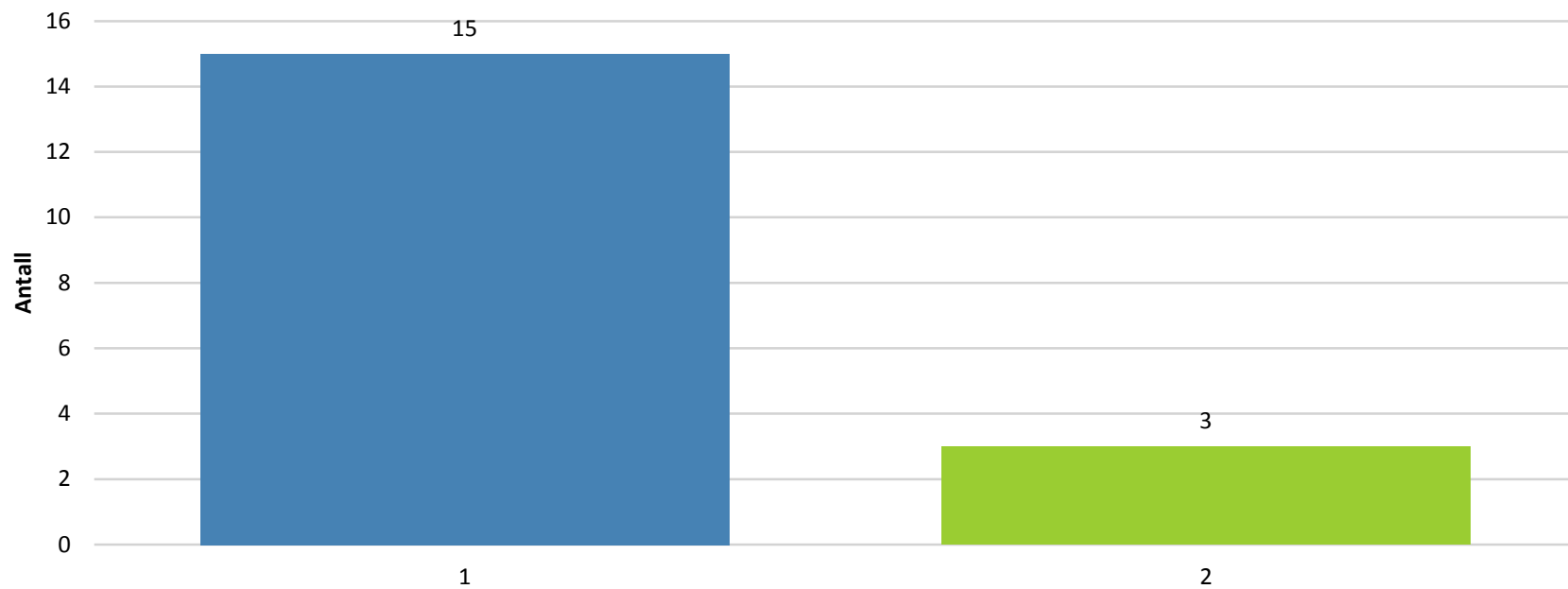
1

Ja

2

Nei

46. Er det etablert samarbeidsfora/ledelsesfora mellom AMK-sentralen og primærhelsetjenesten i AMK-sentralens opptaksområde?

**Navn**

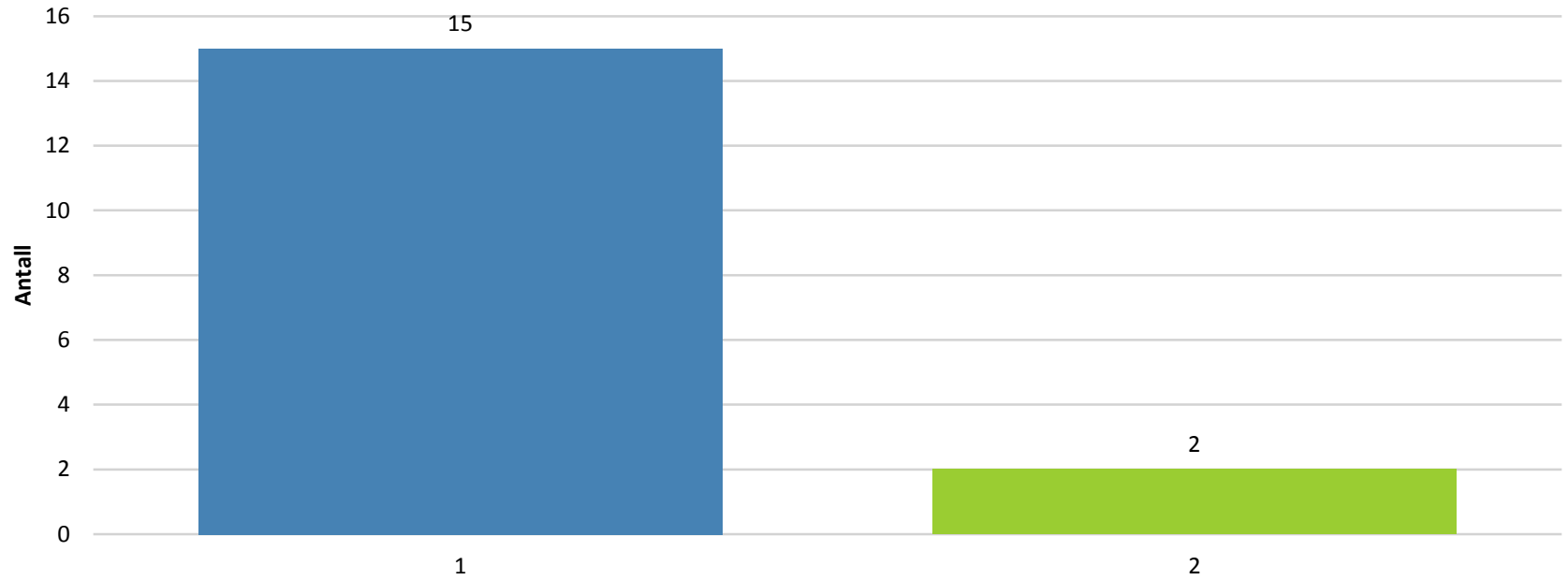
1

Ja

2

Nei

47. Er det etablert samarbeidsfora/ledelsesfora mellom AMK-sentralen og politiet i AMK-sentralens opptaksområde?

**Navn**

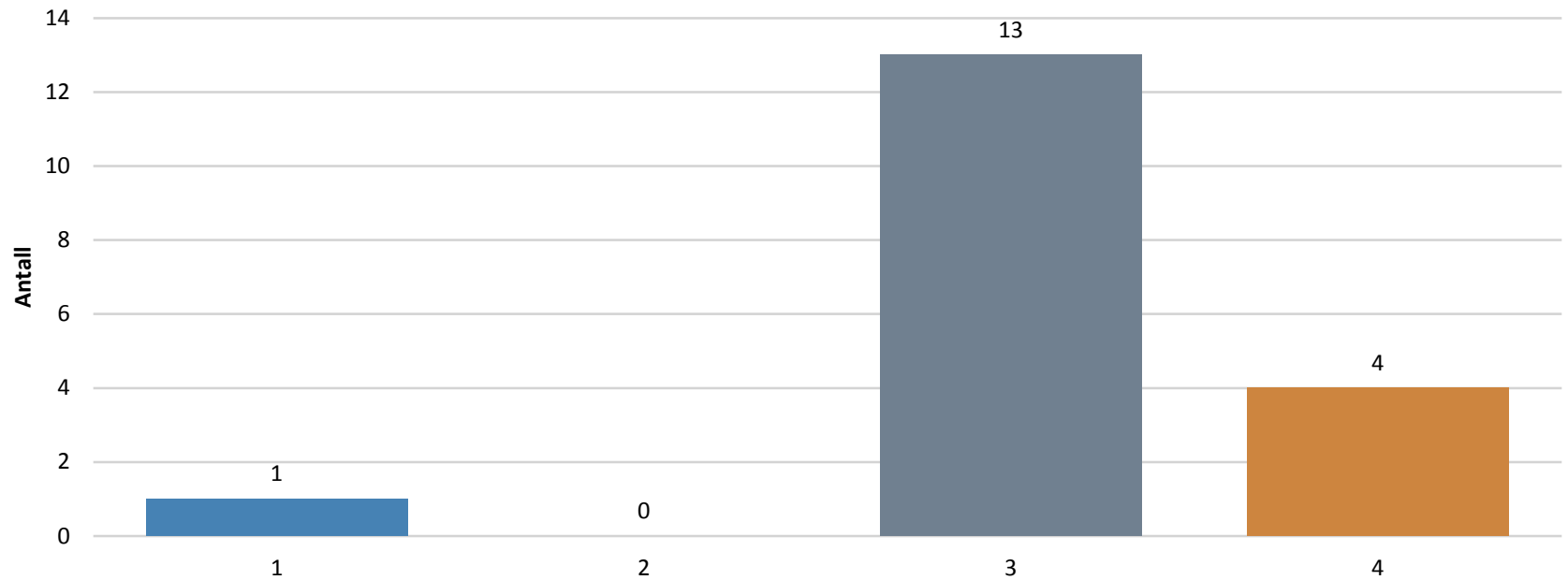
1

Ja

2

Nei

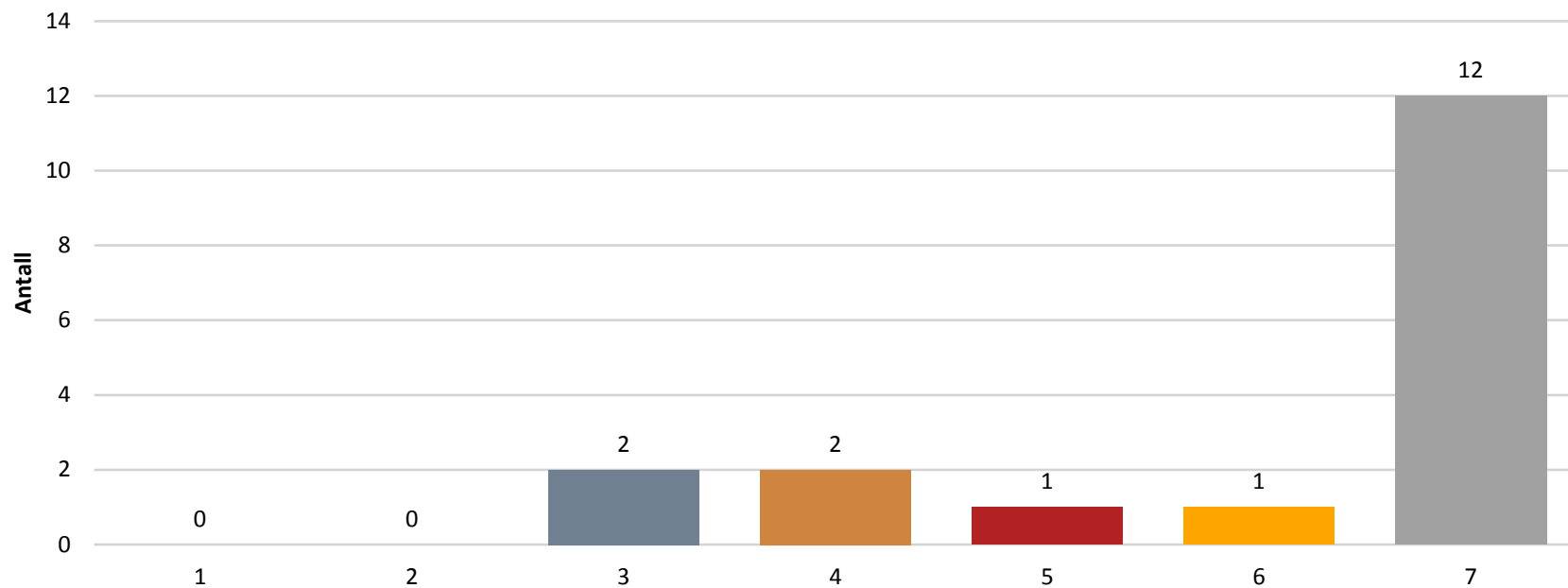
48. Er det etablert samarbeidsfora/ledelsesfora mellom AMK-sentralen og kommunale brannvesen i AMK-sentralens opptaksområde?



Navn

1	Ja, noen få brannvesen
2	Ja, omtrent halvparten
3	Ja, de fleste
4	Nei

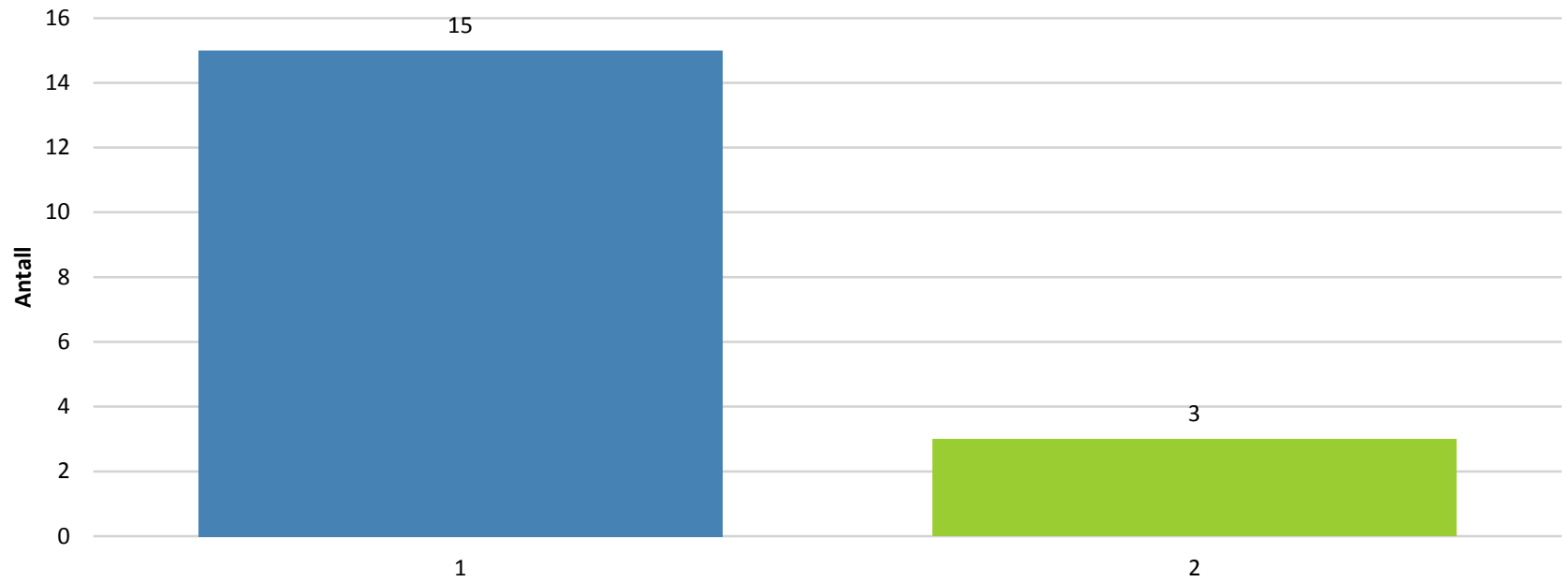
49. Hvor mange ganger årlig deltar AMK-sentralene i samtrenting/øvelser?



Navn

1	Ingen
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	Oftere

50. Er det i AMK-sentralen ansvarsområde innført et system med akutthjelper?

**Navn**

1

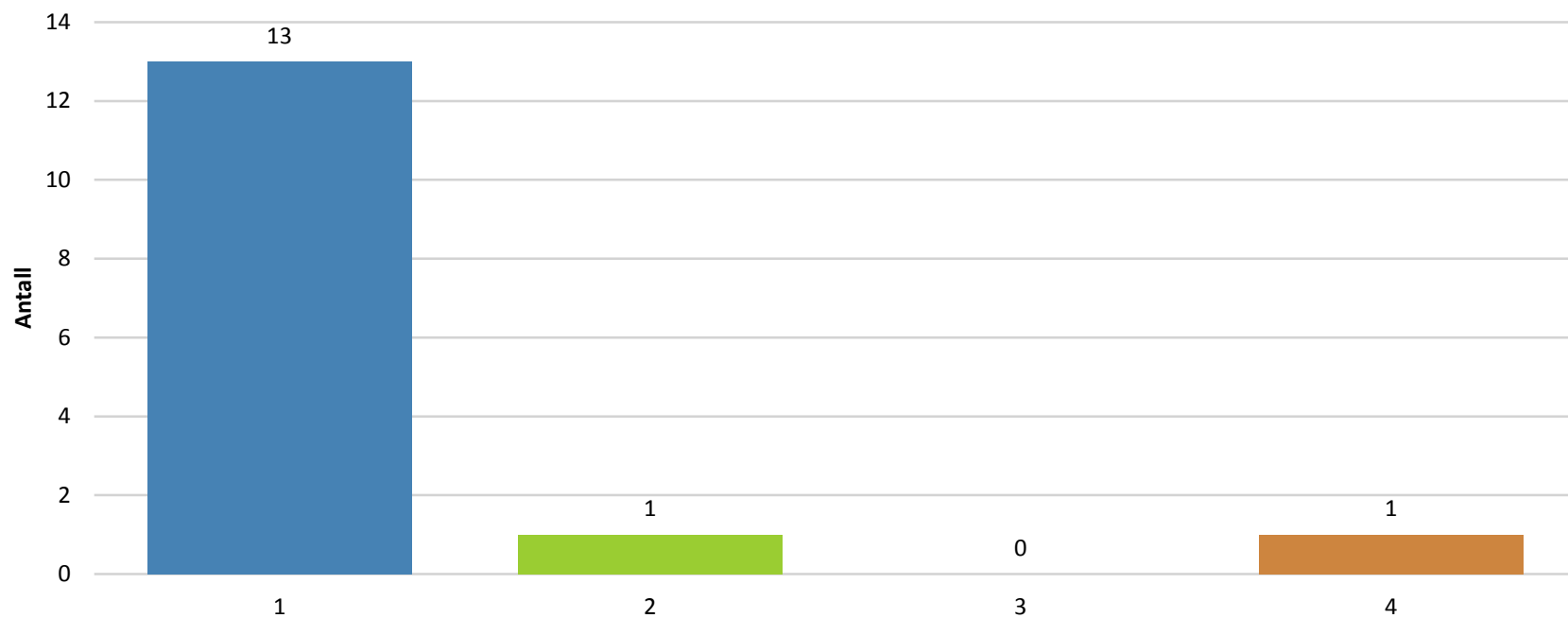
Ja

2

Nei

51. Hvem er akutthjelper tilknyttet?

Samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten og andre nødetater



Navn

1	Kommunal brann og redningstjeneste
2	Kommunale hjemmebaserte tjenester
3	Vaktselskaper
4	Andre, spesifiser her:

52. Viktige utfordringer for AMK-sentralene

Lengre og mer systematisk videreutdanning for AMK operatører

Styrke ledelse for AMK sentralen

Det er behov for å styrke den medisinske faglige delen av AMK sentralens virksomhet. Spesielt i fremtiden være behov for en økt medisinsk faglig prioriterings kompetanse

Styrke den tekniske supporten lokalt

Øke samarbeidet med de andre AMK sentralene (med tanke på reserve AMK)

1. AMK bør bli egen profesjon, ikke konkurrere med eks ambulansetjenerne, strenger krav til bemanning (stor forskjell på sentraler i by og som har lange transportetapper og samtaler). Økonomi
 2. Teknisk utstyr, mangel på digitalt beslutningsstøtte verktøy, gammelt utstyr
 3. Samarbeid med andre nødetater, bør samlokaliseres.
 4. Bruke av ressurser på tvers av forvaltningsnivåer og helseforetak (også regionale). Kommunehelsetjenesten må delta i den prehospitale akuttmedisinen i større grad. Krav til responstid i hele kjeden.
 5. Bruke av eks private hjertestartere, bør reguleres.
-

Eneste utfordring er å legge ned sentralen om 19 dager.

Bemanning, pga helger mange ansatte i AMK systemet.

Areal, skulle hatt større lokaler.

Store faglige krav til operatører og belastning med fare for eksponering i media. Personell kvier seg for å begynne i AMK.

1. Bemanning. Helgerotasjon. AMK kan ikke i stor grad redusere bemanninga i helger og når de fleste jobber 100 % stilling medfører det utfordringer. Kan til dels løses med eksta tiltak for dem som vil jobbe annen hver helg. Evt bruk av 12 timers vakter i helgene. Vi har kun sykepleiere i fulle stillinger. Helgerotasjon er påkrevd fra NSF å ikke være mer enn hver tredje helg. Vi har ikke innført faste koordinatorer da NSF er kritiske til omgjøring av sykepleier stillinger til ambulanse personell.
 2. Opplæring. Finnes ikke etterutdanning på nasjonalt nivå. Må utdanne eget personell noe som er tid og ressurskrevende.
 3. Vikar mangel. Er nødt til å ha en buffer med personell som kan AMK. Nødvendig med rullering i akuttmottak eller annen egnet avdeling slik at de med AMK kompetanse kan trekkes inn i AMK på sommeren. det er som regel ikke så vanskelig å få vikarer til andre avelinger.
 4. Arbeidsoppgaver mellom AMK og LV. Mulighet for at dette blir mer ryddighet når felles LV nummer tas i bruk med gjeldende forskrift.
 5. Samsvar mellom forskriftskrav og økonomi. Når nye forskrifter kommer blir det ikke tildelt noe mer ressurser. Siste forskrift med svartid på 10sek skal vi nok klare men hva vet vi om fremtidige nye krav.
 6. Økonomi styrer beredskap. Observerer at andre helseregioner lar ambulanserbiler stå ved sykefravær. dette har ikke vært praktisert i Finnmark. har ikke alternative ressurser og grunnet lange avstander vil store geografiske områder være uten beredskap ved en slik praksis.
 7. De fleste statistikker teller kun antall hendelser. Med lange avstander blir det også mye tid brukt til veiledning uten at det blir belyst. En aksjon som er betgnet rød i 9 timer fremkommer i nasjonal statistikk kun som 1 hendelse. I virkeligheten er en person sysselsatt like lenge med oppfølging, veiledning, konferanse samtaler og finne alternative løsninger for transport.
-

52. Viktige utfordringer for AMK-sentralene

Det er en utfordring at det er vanskelig å finne/rekruttere kvalifiser personell til til AMK.

opplæringen tar lang tid. Tar opp til et år fra en lyser ut til en har en operatør i virke på en trygg måte.

Det er et stort ansvarsområde og det er mange som kjenner på at en sitter utsatt til dersom en gjør feil.

Det er ikke positivt for de ansatte at lydfiler blir frigitt, dette medfører at flere vegrer seg å sitte i sentralen.

Det er en stor belastning på hver operatør.

Utfordring med at en må sette 113 på vent for å ta en ny nød er ingen god løsning. sek kravet krever rask svartid.

Vi blir målt på indeks og respons tid og det er mange som synes dette er vanskelig.

Kompetanse sammensetning er en utfordring.

Turnus dekking med kompetanse

Utfordrende med få fagutviklings resursen.

-Holde operatørane på eit faglig høgt nivå. resertifisering og sertifisering

- bemanning av sentralen. ha nok personell til å fylle turnusen. bemanningsplan

- få til felles opplæring av AMK operatøra i helse vest menn og på landsbasis.

- IKT beslutningsstøtteverktøyet

- ikt løysningane i AMK sentralen

- utvelgelse av rette operatøra. Få til tester som ein kan kjører for å sikre at ein har rette personene til rette oppgåver i sentralen.

- felles nasjonalt program viss ein ansatt ikkje held mål/Krav for å vere operatør i AMK. td eit treningsstatus opplegg.

Skaffe god forankring intert i HF.

Lite midler for å videre utvikle driften

lite forståele hva AMK er

52. Viktige utfordringer for AMK-sentralene

1. Behovet for bemanning er nokså lik hele uken gjennom. Med krav til 100 % stilling og arbeid tredje hver helg er det vanskelig å få regnestykket til å gå opp. Enten får en opphopning av folk på dagtid i uken som må fylle dagen med fornuftig arbeid, noen må sette denne tiden i system. Alternativet er 12-timers vakter i helgene, dette vil redusere antallet ansatte, men er i strid med Arbeidsmiljøloven og alle må være enige dersom det skal søkes dispensasjon. Et annet alternativ er å ansette i deltid. Et godt alternativ og samfunnøkonomisk alternativ er jobbtotasjon med annen relevant virksomhet, akuttmottak og ambulansetjeneste.
2. Kapasitet. Det er vanskelig å få tilstrekkelig ressurser til å følge opp virksomheten på en god måte og til å drive forskning innen feltet.
3. Mangel på kvalitetsindikatorer. Mange mener mye om hva som er det beste for tjenesten. Vi har pr dato ingen andre kvalitetsmål enn svartid på 113. Dette er heller ikke et mål på kvalitet, men på kapasitet.
4. Tjenesten mangler elektronisk beslutningsverktøy, under kravspesifisering og anskaffelse.
5. Mange miljø vektlegger ikke muligheten som ligger i systemet for en helhetlig kjede og mulighetene som ligger i AMK-sentralene når det gjelder effektivt kommunikasjonsknutepunkt i ft samhandlingsreformen. Hvis sentralene ble bemannet for dette formålet oppnås også økt volum på dagtid, dette vil avhjelpe "litt" i ft dilemmaet med lik bemanning hele uken gjennom. Det vil også gi litt beredskap ift å kunne omprioritere oppgaver ved stor pågang av 113-henvendelser. Kommunikasjonsoppgavene har som regel hastegrad "gul" og dermed lavere grad av hast ved stor pågang av 113.

Rekruttering er en utfordring og bemanning blir da også en utfordring. Med større AMK sentraler er det behov for mer opplæring og oppfølging av den enkelte operatør. Det er krevende med rulerende turnuser mot andre avdelinger. Det blir vanskelig å holde en prosentvis arbeidsfordeling mellom de forskjellige avdelingene. Dette gjør også fagutvikling og fagoppfølging krevende. Slik situasjonen er i dag blir det for mange operatører som får for lite AMK-arbeidstid. Stor arbeidsbelastning og tøffe turnuser er noe av årsaken til at det er vanskelig å rekruttere personell.

- avsatt nok tid til god fagutvikling, kontinuerlig oppfølging og veiledning i den daglige drift
 - utvelgelse av operatører (egnethet) kriterier for hva som skal ligge til grunn. Kommer ofte ikke frem før etter opplæring.
 - Ambulansearbeidere i Ambulansekoordinatorstillingene, gode arbeidstidsordninger og lønn i sine primærtjenester
 - god koordinering av en stadig mer presset ambulansesflåte i forhold til å opprettholde forsvarlig beredskap
 - sikre god opplæring i bruk av IKT løsninger med stadige endringer og utviklinger
-

52. Viktige utfordringer for AMK-sentralene

Bemanning god nok til å klare å innfri AMK responstid.

Ulike grenseområder mellom de nødsentralene

Gode nok IKT verktøy ift dokumentasjon, deling av opplysninger, benchmarking, styringsverktøy ift faglig kvalitet.

Mangel av standardisert nasjonal utdanning for operatører

Vi ser at rekruttering er mer attraktiv i etterkant av samlokalisering, men at vi ser utfordring med å beholde personellet mtp ansvaret de har ift utdanningen.

Rekruttering av ambulanspersonell: utfordring i fremtiden mtp allerede mangel på landsbasis og etter ny forskrift vil dette øke i fremtiden. (To må være autorisert og ikke bare en)

Kvalifisert personell for begge yrkesgruppene

Egnethet.

Stressmestring .

Pandemier og store hendelser ..

Sykehusstruktur HE.

Tekniske løsninger: komme opp på et nivå teknisk sett som tilsvarer samfunnets forventninger til nødmeldetjenesten.

Rekruttering : vi ser et problem med å rekruttere ansatte til stillinger innen AMK.

Ambulansstruktur : Her ser vi en tendens med nedbygging av ambulansetjenesten, med mindre tilgang til ressurser

1.Stramme økonomiske rammer til å drive forsvarlig drift, ingen buffer i bemanningsplan jfr. ny akuttforskrift. Herunder inndecking av egen ferie(spesial kompetanse og lengre utdanningsløp for å jobbe/bemanne funksjoner i AMK)

2.Krav til robusthet, og raskt kunne bemanne sentralen ved større/alvorlige hendelser.

3. Rekrutteringsutfordringer hva angår ambulanspersonell, AMK sentralen kan ikke "konkurrere" på lønn, turnus eller arbeidsbelastning. Dette gjør at det er utfordringer med å rekruttere noe spesifikk ambulansoperativ erfaring.

4. Teknologi, IKT løsninger er lite fremtidsrettet og intuitive. Eksempel kan det nevnes at ikke journal kan deles mellom AMK og LVS, Politi, Brann, La, etc er en ulempe. Videre kunne en nevne beslutningstøtte i forhold til "auto dispatch" eller risiko/sannsynlighets kalkuleringer. Dersom en benytter ambulans xx, hva er da risiko og sannsynlighet for at ny hendelse oppstår i dette område, hvilke tiltak foreslås8knyttet opp mot tiltakskort/prosedyre og øvrige ledige ressurser)

5. Myndighetskrav uten at kravene gjenspeiler direktørens/økonomenes samme oppfatning. Det å forstå beredskap er ikke lett

rekruttering

turnover

gammel bygningsmasse/nok plass

IKT

52. Viktige utfordringer for AMK-sentralene

Sikre tilstrekkelig kapasitet og samhandling med kommuner og andre nødetater. Rekruttere/selektere/utdanne nye operatører. Følge opp operatørene med peer/supervisor review (gjennomgang oppdrag inkl lydlogg m veiledning). Tilstrekkelig tid til ledelse, inkludert reell medisinsk ledelse på system- og vaktnivå. Balansere innsynskrav og vern av ansatte ifht medier, f eks ifht lydlogg. Utvikle teknologi som støtter operatørrollen bedre (hendelseshåndtering inkl beslutningsstøtte, GIS, datastøttet ressursvalg, ruteplanlegging/optimering: Mer intuitivt grensesnitt med sterkere integrering mellom modulene)

Manglende system for utvelgelse av egnede operatører. Vanskelig å si når en operatør ikke er egnet, lite tydelige krav, særlig med tanke på kommunikasjonsferdigheter.

Vaktsammensetning kan være utfordrende med tanke på å fylle turnusen, ved sykdom blir det en del forskyvning av personell.

Økonomiske utfordringer, nedbemanning av sentralen.

Flytting i SAMLOK i tillegg til innføring av nødnett samtidig.

Tilgjengelig AMK lege, utydelige krav til tilstedeværelse.

53. Hvilken betydning har lokalkunnskap for AMK-sentralenes virksomhet?

Erfaringer fra stormen Dagmar, der mange viktige kommunikasjonslinjer ble ødelagt, krevde lokalkunnskap fra AMK i Førde for å kunne yte befolkningen helsehjelp.

Samhandlingsreformen og lokalt samarbeid.

En forutsetning i Samhandlingsreformen er at kommunene skal ta større ansvar for akuttmedisinsk behandling. Det etableres ulike kommunale øyeblikkelig-hjelp tilbud med ulik åpningstid.

Samhandlingsreformens målsetting er at rett pasient skal få rett behandling på rett sted til rett tid. For å lykkes med Samhandlingsreformen, kreves derfor et nært og kontinuerlig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

En AMK-sentral med et geografisk ansvarsområde tilsvarende slik det er i dag, vil ha god forutsetning for å kunne holde seg ajour og utnytte de til enhver tid aktuelle kommunale øyeblikkelig-hjelp tilbud.

AMK må ha en minimum av lokalkunnskap, data verktøy vil hjelpe amk operatøren, men lokalkunnskap må også finnes i ambulansetjenesten, kommunehelsetjenesten. Tilgang til lokal kunnskap er viktig, AMK sin lokal kunnskap og mangel på dette vil ha et skjøringspunkt ifh til hvor stort område som dekkes. AMK må bruke ressurser på å gi de ansatte den nødvendige kunnskapen.

Relativt stor betydning. Ressurskoordinatorene kjører i tillegg ambulanse og vet om veistandard og andre utfordringer ute i distriktet. Dette kan ikke erstattes av tekniske hjelpemidler. Ellers må man basere seg på lokalkunnskapen til de lokale ambulansesarbeiderne.

Tja.

Opplever at lokalkunnskap kan være en fordel, vet hvor bensinstasjonen eller butikken er.

Har en gode tekniske hjelpemidler så er det god hjelp i det.

For å sikre lokalkunnskap har vi hatt ekskursionsjoner i vårt AMK område.

53. Hvilken betydning har lokalkunnskap for AMK-sentralenes virksomhet?

Lokalkunnskap inkluderer geografi, språk, kultur og infra struktur. Lokalkunnskap er det stort fokus på ved AMK opplæring!!

Bruk av riktige ressurser. ved feilbruk vil det svakke beredskapen uforsvarlig mye.

Ha kjennskap til hvilke veier som til tider er kolonnekjørte eller stengte. Ambulansen må være på riktig side når veien stenges ellers kan et lokalsamfunn bli fri for ambulanse inntil flere døgn.

Kjennskap til veiløse bolig og hytte områder.. i tillegg til å ha oversikt over alternative ressurser når de ordinære ikke er tilgjengelige og andre nødeteter er for langt unna til å kunne bistå.

Lokalkunnskap også til naboland. Helse Nord har bistands avtale med Finland og her er det absolutt viktig med avstands forståelse og kjennskap til landets helse ressurser.

Samisk kulturforståelse.

Dagens elektroniske kart er enten på norsk eller samisk. Ikke alle innbyggere bruker samisk gatenavn i de kommuner som konvertert sine vei navn til samisk. Skrivemåten er forskjellig fra kart til hva som brukes lokalt. kan bare se på veivesent sine skilt. den samme plassen skrives forskjellig. Så da hjelper det ikke at innringer bokstaverer et stedsnavn - finner det ikke i kart. det er også mange lokalte " stedsnavn" som ikke finnes på de offisielle kart. Det samme gjelder bruk av fjell, slakteplasser etc.

Ved bruk av samisk tolk er det per dd ikke noe tilgjengelig 24/7 med akutt respons. Vi bruker lokalt personell, reduserer utrykkingstid.

Viktig at personell ved AMK har lokal tilhørighet. Avstandsforståelse kan faktisk være grunn til at et oppdrag må få høyere prioritet, oppgraderes grunnet avstand.

Det er lettere å få benyttet rette resurser når en har lokalkunnskaper. Biler blir sendt rett , som reduserer responstiden. Det å kunne kjenne områdene gir en hurtigere posisjon ved hendelser.

Vi har kart som er gode og vi bruker Bliksund sitt kommune kart til å få lokale tilpasninger fort på plass både med lokale varianter og med telefon nr til de ulik kommunene og deres beredskap.

I eit fylke som Sogn og Fjordane har det stor betydning. Her er mykje ferjer, stengte vegar og folk bur sprett uten at ein har gate og hus nummer. Det er ofte vi må ha kjennskap til ulike lokale båtar, snøscootera og traktora. dette står ikkje nedfelt nokon plass, men er eit resultat av lokalkunnskap og kjennskap til fylket. Sogn og Fjordane er eit fylke med stor utfart i fjellheimen der ein treng god lokal kunnskap om fjellheimen for å kunne hjelpe dei.

Nærheit til kommunane og ambulansetjenesta og luftambulansen sikrar eit godt samarbeid under hendelsar.

i beredskapssituasjonar får beredskapsleiinga førstehandsinformasjon frå sentralen. det er eit knutepunkt i helseforetaket. dei lokale sjukehusa har eit felles knutepunkt som kjenner dei pasientgrunnlag og deira fagfelt.

Lokal kunnskap er viktig og består av at ansatt kjenner LV. hjemmesyk, Vei bommer også videre-

Det kommer an på hvordan en definerer lokalkunnskap. Vi behøver ikke kjenne til hvilke gater som ligger hvor, vi har kartsystemer som ivaretar dette, kommunene navngir alle veier etterhvert. Det er imidlertid viktig å vite: hvilke kommuner samarbeider om legevakt til hvilke tider på døgnet. Hvor er en avhengig av ferjer, hvor er det beredskapsferger og hvor er det ikke. Hvilke sykehus har hvilke funksjoner når på døgnet, hvilke kommuner har lokalsykehus hvor. Hvilke politidistrikt dekker hvilke kommuner. Området skal være oversiktlig slik at AMK-operatørene har mulighet til å "kjenne til" ansvarsområdet. Antall innbyggere betyr mindre, det er de ulike ordningene som varierer til ulike tider på døgnet som er utfordringene.

53. Hvilken betydning har lokalkunnskap for AMK-sentralenes virksomhet?

Lokalkunnskapen er viktig for å kunne respondere raskt og korrekt. For AMK sin del er det viktig at ambulansetjenesten er godt kjent i sine områder. Det dreier seg om både geografiske forhold og kjenskap til lokalmiljøet. tekniske hjelpemidler som kart er bra, men lokalkunnskap i område kan aldri helt erstattes med tekniske hjelpemidler. For å sikre lokalkunnskap er legevaktene og ambulansetjenesten viktige samarbeidspartnere for AMK, de kjenner sine områder og lokale forhold. I tillegg til at AMK- personalet får opplæring og faglig veiledning i lokale forhold kommune for kommune.

Lokal kunnskap har stor betydning for AMK N-T. Vi er et langstrakt fylke med mange små og avsideliggende kommuner. Dette krever god kunnskap om lokale fasiliteter som kan brukes som backupsystemer ved f. eks kriser eller samtidighet. Mange ulike legevaktsordninger og andre helsetjenester (KAD) i forhold til interkommunale samarbeid. Lokalkunnskap bidrar til nærhet til våre samarbeidspartnere og øker muligheten til å etablere gode samarbeidsarenaer. Effektiv håndtering av våre oppgaver.

Til en viss grad er dette viktig:. Men med godt kartverk, opprinnelsesmarkering og teknisk utstyr er gode hjelpemidler. Ved for stort nedslagsfelt lar dette seg ikke gjennomføre.

Vi gjennomfører kjentmannsturer for at alle operatører skal bli kjent i området i tillegg til pugging av kart og stort fokus på kart/steder i opplæring.

Vi ser at lokalkunnskap er ikke den viktigste delen for virksomheten, men at vi har en god grunning opplæring av geografi og lokale informasjon. Ambulansepersoneell som er kjent i sitt område ser vi på en viktighet. Dataverktøy som et godt og egnet hjelpemiddel.

Lokalkunnskap er avgjørende for å gi pasient riktig hjelp til riktig tid. Nærhet til det aktuelle medisinske miljøet er viktig for å skape godt samarbeid. God kjennskap til lokale variasjoner er viktig for pasient.

For å ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene. Ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for lokale og ulike gravide til fødestedet og for å kunne delta/bidra i enkle lokale søk og redningsoperasjoner. Videre er det viktig å kunne bidra med samordnet innsats med frivillige organisasjoner, redningstjeneste og lokale ambulansetjeneste, legevakt og sykehus.

Kunne ha kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for AMK-sentraler, sykehus med akuttfunksjon, ambulansetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten som inngår i det regionale helseforetakets akuttmedisinske beredskap. Samarbeide med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med den kommunale legevaktordningen, legevaktsentralene, brannvesen, politi, hovedredningsentralene og andre samarbeidspartnere og å fastsette hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar i regionen.

Kompenseres i dag ved oppslagsverk(Tiltakskort, ulike kart, så som TransMed, 1881. Norge i bilder, google maps, etc) dialog mellom lokal tjenester Amb/LVS, etc Samt at det sitter flere operatører på jobb som har sin ulike geografiske preferanse/kjennskap i lokalsamfunnet.

Klart en fordel med lokal kunnskap men riktig bruk av verktøyene kan gi et tilfredstillend tilbud. Hvis bedre ikt vil lokal kunnskap bli mindre viktig

53. Hvilken betydning har lokalkunnskap for AMK-sentralenes virksomhet?

Det er viktig. Både geografisk kunnskap og kunnskap om helsevesen og annen infrastruktur.

Det føles som at noen oppdrag blir hurtigere løst ved lokalkunnskap, enn om vi bare skulle gått ut fra digitale kart. Særlig på veiløse steder, terreng, fjelloverganger, dårlige veistrekninger o.l

Det er en klar fordel å vite avstander på automatikk. det kan være inntil 3 timer til nærmeste sykehus på enkelte steder. Nordland er langstrakt, vi har mye vær og vanskelige veiforbindelser.

Lokale navn, uttalelser på stedsnavn, kjennskap til måten primærhelsetjenesten agerer tror jeg vanskelig kan erstattes av tekniske hjelpemidler.

Det digitale kartet har funksjoner som kan erstatte noe av dette og AMIS har mulighet for å legge inn spesialopplysninger på steder. Ved teknisk svikt er dette sårbart.

54. Forslag til endringer og forbedringer av AMK-sentralenes virksomhet

Bedre samarbeidsarenaer-møter og øvelser, felles opplæring i fag som en har felles (kommunikasjon, nødnett osv)

Ønsker en virtuell samlokalisering som innebærer elektronisk kommunikasjon mellom nødetater. Dette innebærer en utvikling av teknologiske systemer som kan legge til rette for et mer effektivt samarbeid.

Viser til det nasjonale IKT prosjektet som det forventes anskaffet ny kontroll-romløsning. Samt V AMK prosjektet i Helse Vest.

Bedre faglig kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten ved b.a.bruk av telemedisinsk utstyr

1. Dataverktøy, må forbedres
 2. Samlokalisering vil styrke samarbeidet med de andre nødetatene og gi sentralene større robusthet
 3. AMK bør få beskrevet sin kjerneoppgaver og at det ligger føringer på at amk bør begrense sin aktivitet til disse.
 4. Proffesjon, AMK operatør. Vi har i dag mange "multioperatører" de beklere alle roller i AMK, dette er fremtiden og bør utvikles.
 5. Samarbeidet med kommunene og kommunene sitt ansvar bør beskrives bedre.
-

Hypigere 11x-møter, tettere dialog mellom primærhelsetjenesten og AMK-sentralene, tettere samarbeid mellom AMK-sentralene i landet, innføre en nasjonal standard for AMK-opplæring.

Forbedringer: Mer strømlinjeformede kommunikasjonsveier mellom AMK sentralene i hvert foretak. Dvs. bedre kommunikasjonsløsninger mellom sentralene.

1. Dette fungerte meget godt med 11X samlinger inntil politiet begynte med sine reformer og innføring av nytt nødnett. De brukte alle sine ressurset på dette og hadde ikke personell til å stille på møter. det samme er det med kommunelegene. De sluttet å stille på møter etter fastlegeordninga. De "taper" for mye penger på møtevirksomhet. Kompensasjon til leger for deltakelse i slikt samarbeid eller et krav i form av forskrift.
 2. Nasjonal standard for samarbeid ville gi berørte parter mer forpliktelser til deltakelse.
Alle etater bør ha grunnleggende kunnskaper til de andre tjenestene for å ha en bedre forståelse for vurderinger/ arbeids måte. Vil muligens bli bedre med innføring av nytt nødnett.
 3. reindyrke AMK virksomheten.
 4. Virtuell AMK i egen helseregion/ back up sentral
 5. Nasjonal grunnopplæring for AMK operatører/ koordinator. Men nødvendig med lokale tilpassninger . dette vil også medføre noe mer smidighet for å kunne bruke personell fra annen sentral.
-

Felles opplærings plattform der en kan sende folk på AMK kurs og forvente at de kan det som er forventet av felles ting.

Sette krav til veiledningsvakter pr operatør pr. år.

Rendyrking av nødmeldetjenesten ,AMK .

Sette krav til helseforetakene at dette må være likt over hele landet.

Samlokalisering med Brann og politi er ingen ulempe slik jeg ser det.

Dyrke frem AMK som en profesjon som alle ønsker å være en del av, ikke at de skal se etter andre muligheter.

54. Forslag til endringer og forbedringer av AMK-sentralenes virksomhet

- AMK har i dag eit godt samarbeid med brann og politi. vi har felles møter, og prosedyrer. sikre lokal tilhørigheit for barnn og politi.
 - videreutvikle opplæring av personell i helsevest og nasjonalt
 - Virtuell AMK i Helse Vest. ein kvalitetsforbedring for befolkningen i helse vest. Dei er sikra svar innan kort tid. samarbeidet mellom dei 4 sentralane i Helse Vest er ein stor forbedring. leiarane møtest gjamlig og fagutviklerane møtast for utveksling av prosedyrer men og for å få til felles opplæring. 113overflow sikrar at innbyggerane får svar ved samtdiskonflikatar i sentralen. viss ein sentral blir ramma av td brann, teror tar dei andre over og sikrar innbyggerane helsehjelp og rådgjeving.
 - ikt løysningar i AMK. Ha like og meir effektive system i sentralen.
 - beslutningsstøtteverktøy i AMK. Index må reviderast og gjerast elektronisk.
-

1. Alle tre nødsentralene burde ha samme kartsystem slik at geografisk informasjon kan utveksles. Hos oss idag, kan vi videresende posisjonsdata til Brann, men ikke politi, Uarbeide felles handlingskort for situasjoner som vi samhandler om, utarbeide program for lik opplæring på de områder vi samhandler om: f.eks forståelse av lovverket, herunder taushetsplikt, meldeplikt til barnevern, skadestedsarbeid, bruk av felles talegrupper i nødnett, kommunikasjon, stressmestring m.m. Kartlære m.m.
 2. Utarbeide målbare kvalitetsindikatorer for tjenesten.
 3. Utarbeide et nasjonalt program for opplæring.
 4. Utarbeide et nasjonaltprogram for sertifisering og resertifisering.
 5. Innføre rapportering av målbare kvalitetsindikatorer slik det gjøres for andre områder innenfor spesialisthelsetjenesten.
-

Regelmessige samhandlingsmøter (som vi har i Tromsø) mellom nødetatene.
Regelmessige Sammhandlingsøvelser hvor alle nødetatene deltar.
Mer regional sammhandling.
Felles opplæringsrutiner/ utdanning for AMK-personell nasjonalt.
Bedre backup løsninger mellom AMK-sentralene, ved nedetid av ulike årsaker.

- etablerte 11x forum med faste møtepunkt og felles operatørdager
 - mulighet for AV løsninger (virtuelle løsninger) ved hendelser som krever felles innsats, med planverk for samhandling (tiltakskort som beskriver samhandlingen)
 - AMK N-T ble fra 01.01.15 etablert i Prehospital Klinikk med avdelingene ambulanse og Pasientreiser. Dette gir utgangspunkt for å styrke den akuttmedisinske kjeden og bedre pasienttransporten i fylket.
 - krav om virtuelle løsninger mot R-AMK og strategisk ledelse i eget foretak
 - nasjonal forståelse av viktigheten av veiledere/fagutviklere i den daglige drift
-

54. Forslag til endringer og forbedringer av AMK-sentralenes virksomhet

Standardisering av sentralene med gode IKT verktøy

Vi ser helt klart at samlokalisering gir en gevinst av bedret samarbeid.

Faglig utvikling lettere når man er på samme sted. (samvirke prosjekt).

For fremtiden ser vi og muligheter i samarbeid på tvers av sentralene i større grad enn bare trippelvarslingshendelser (muligheter for operatørbistand om ikke akutte oppgaver på tvers ved kapasitetsutfordringer i sentralene)

Nasjonale krav til AMK

Nasjonale løsninger og krav til tekniske løsninger i AMK

Nasjonale standardiserte arbeidsoppgaver for AMK

En felles nasjonal opplæring med sertifisering, dette for å kunne bruke AMK operatører fra andre regioner.

1. Stramme økonomiske rammer til å drive forsvarlig drift, ingen buffer i bemanningsplan jfr. ny akuttforskrift. Herunder inndecking av egen ferie (spesial kompetanse og lengre utdanningsløp for å jobbe/bemanne funksjoner i AMK)
 2. Krav til robusthet, og raskt kunne bemanne sentralen ved større/alvorlige hendelser.
 3. Rekrutteringsutfordringer hva angår ambulanspersonell, AMK sentralen kan ikke "konkurrer" på lønn, turnus eller arbeidsbelastning. Dette gjør at det er utfordringer med å rekruttere noe spesifikk ambulansoperativ erfaring.
 4. Teknologi, IKT løsninger er lite fremtidsrettet og intuitive. Eksempel kan det nevnes at ikke journal kan deles mellom AMK og LVS, Politi, Brann, La, etc er en ulempe. Videre kunne en nevne beslutningstøtte i forhold til "auto dispatch" eller risiko/sannsynlighets kalkuleringer. Dersom en benytter ambulans xx, hva er da risiko og sannsynlighet for at ny hendelse oppstår i dette område, hvilke tiltak foreslås & knyttet opp mot tiltakskort/prosedyre og øvrige ledige ressurser)
 5. Myndighetskrav uten at kravene gjenspeiler direktørens/økonomenes samme oppfatning. Det å forstå beredskap er ikke lett
-

utvelgelse ved nyansettelse

faglig fokus på ansatte

Gjennomgående dokumentasjons systemer som kommuniserer på tvers av sentral, regioner og tjenester

Sikre tilstrekkelig kapasitet og samhandling med kommuner og andre nødetater: Bedre teknisk plattform for oppdrags/informasjonsdeling (lyd/bilde/data).

Rekruttere/selektere/utdanne nye operatører: Utvikle tester og felles utdanning.

Utvikle teknologi som støtter operatørrollen bedre (hendeshåndtering inkl beslutningsstøtte, GIS, datastøttet ressursvalg, ruteplanlegging/optimering:

Mer intuitivt grensesnitt med sterkere integrering mellom modulene)

54. Forslag til endringer og forbedringer av AMK-sentralenes virksomhet

Nasjonal AMK operatør utdanning.

Nasjonale krav og systemer for resertifisering.

Forbedring av Norsk Medisins Indeks,

Tydligere krav til AMK-lege funksjon. Tilstedeværelse,

Krav til samarbeidsfora mellom nødetatene. Felles fagseminar.
