



## Svar på høring om ny akutforskrift

Norsk Folkehjelp Sanitet har gått gjennom forslag til ny forskrift og høringsbrev. Vi har valgt å begrense oss til å si noe spesifikt om de punktene som omhandler samarbeid med frivillige rednings- og beredskapsressurser.

Norsk Folkehjelp Sanitet har mange ulike «helseroller». Vi vil ikke omtale disse utførlig utover å liste opp vår beredskap:

- Opplæring av befolkningen i førstehjelp og folkeopplysning
- Beredskap for katastrofe
- Håndtering av pasientoppdrag utenfor vei
- Frivillig ambulansetjeneste
- «First responder rolle»
- Beredskap på arrangementer for idretts- og kulturliv
- Innsats i redningstjenesten med pasientfokus

Vi registrerer at høringsbrevet anerkjenner betydningen av å ha frivillige aktører som skaper folkelig engasjement rundt helseberedskap, bidrar til opplæring i førstehjelp og som er en ressurs man kan spille på i akutte situasjoner. Vi ser også at det er tatt inn en egen paragraf om samarbeidet med frivillige. Hovedpoenget vårt i dette høringsinnspillet er at vi ønsker at man er noe mer konkret slik at det sikres et handlingsrom for frivillige rednings- og beredskapsorganisasjoner.

Vi vil henstille til departementet om å innarbeide alle de rollene som er listet opp over slik at forskriften ikke ensidig tar opp i seg kun rollen som «first responder».

### Rapporten frivillige og ambulansetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i 2007 et oppdrag om å se på samarbeidet med frivillige organisasjoner om akuttmedisinsk beredskap. I rapporten frivillighet og ambulansetjenesten beskrives frivilliges ulike roller og samhandling med helsetjenesten. Rapporten anbefaler flere tiltak som man bør ta inn i den nye akutforskriften.

Det viktigste enkelttiltaket er at det må etableres et felles nasjonalt kontaktpunkt der de ulike ressursene som forsterker helsetjenesten sin prehospital beredskap i hverdagen og

ved katastrofe kan avklare spørsmål knyttet til utdanning, godkjenninger, uniformering og operativ samhandling. Både Røde Kors og Norsk Folkehjelp er opptatt av at vi har en relativt lik tjeneste i hele landet slik at vi har mulighet til å oppdatere og kvalitetssikre den frivillige tjenesten. Et godt eksempel er at Røde Kors og Norsk Folkehjelp sammen har utviklet en opplæring for frivillig ambulanspersonell.

I rapporten peker man på beredskapssituasjonen som den dimensjonerende situasjonen både for omfang, kompetanse og materiell i den frivillige ambulansetjenesten.

Den forrige akutforskriften skapte stor usikkerhet i de frivillige organisasjonene og i helseforetakene om man kunne samarbeide med frivillige. Rapporten som HOD bestilte i 2007 samt avklarede brev fra departementet har klargjort at frivillige kan løse «enklere ambulanseoppdrag» og man har oppfordret til tett og forpliktende samarbeid. Røde Kors og Norsk Folkehjelp gjennomførte i 2008 en runde med besøk i alle de Regionale Helseforetakene noe som resulterte i at man ble enige om å lage en likelydende avtale på RHF nivå som lokale samarbeidsavtaler med frivillige kan knyttes opp mot. Arbeidet har tatt tid og det pågår i dag et arbeid med å ferdigstille utkast til samarbeidsavtale mellom frivillige og RHF'ene. Det er Helse Midt RHF som sammen med Røde Kors og Norsk Folkehjelp har fått i oppdrag å lage en slik felles overbygning.

### **Frivillig ambulansetjeneste**

Forskriften må anerkjenne frivillig ambulansetjeneste. Denne tjenesten skal selvfølgelig være et supplement til det offentlige. Tjenesten skal forsterke ved katastrofe, kunne gjøre daglig supplering av ambulansetjenesten (lettere ambulanseoppdrag) samt ivareta beredskap for idretts- og kulturliv. Det er viktig at tjenesten har en avklart samhandling med AMK og ambulansetjenesten som sikrer raskest mulig bistand fra en ordinær akuttambulans i møte med en kritisk syk eller skadet pasient. Usikkerheten rundt rammene for den frivillige ambulansetjenesten har ført til at mange lokalforeninger har vært forsiktig med å investere i materiell og utdanning, dette har svekket nasjonal helseberedskap. En tydeligere forankring for denne tjenesten i akutforskriften vil bidra til å skape forutsigbare rammer for å utvikle god lokal beredskap.

### **«First responder»**

I Norge er det en økende tendens til bruk av såkalte «first respondere» Ofte er begrepet knyttet til en ressurs med D-HLR kurs og halvautomatisk hjertestarter. Tankegodset rundt dette må utvikles nærmere og vi ser fram til utfallet av arbeidet som pågår i akuttutvalget rundt tematikken. I og med at alle frivillige rednings- og beredskapsressurser i løpet av 2015 vil være tilgjengelig på nødnett og det da er fullt mulig for AMK å se frivillige ressurser i sanntid i sitt dataverktøy så åpner dette for en radikalt styrket beredskap spesielt i tynt befolkede områder. Vi mener at det bør være både en nasjonal overbygning rundt denne beredskapen og at den bør avtalesfestes med det enkelte HF'et, men vi mener at det bør formuleres som et krav og ikke som en mulighet at man samarbeider om slik beredskap.

## **Avtaler med frivillige rednings- og beredskapsorganisasjoner**

Dersom samarbeidet med frivillige skal håndteres gjennom lokale avtaler så må det være innenfor rammen av en anerkjent nasjonal modell. Det er viktig at ressursene har relativt lik kompetanse, organisering og materielloppsett slik at man kan fungere godt på tvers av helseregioner, politidistrikt etc. Dette er spesielt viktig i katastrofesituasjoner. Vi mener derfor at det må være en nasjonalt avklart beskrivelse med roller og kompetanser og at man gjør en lokal tilpasning i forhold til hvilken konkret beredskap man skal ha lokalt.

Vi mener at det må påhvile HF'ene et krav om å ha oversikt over helseressurser i sitt ansvarsområde. Dette gjelder da særlig personell, kjøretøymateriell og annet katastrofemateriell. Gode eksempler kan være snøscootere og katastrofengere.

## **Pasientoppdrag utenfor vei**

Syke og skadd personer som ligger er utilgjengelig lokalisert må reddes av ressurser fra frivillige eller av luftambulanshelikopter. I ikke-flyvær-situasjonen er det frivillige ressurser som er den primære helseressursen som sendes ut for å redde pasienten fra nedkjøling, ytterligere skade og å starte transport i møte med andre helseressurser. Det er ulik organisering av denne beredskapen i dag. Mange plasser i Norge håndteres dette som helseoppdrag og AMK kaller ut ressursen direkte, typisk gjelder dette for store deler av Sør-Norge. I Nord-Norge håndteres oppdragene av politiet som et redningsoppdrag koordinert av LRS-HRS. Det er problemer med begge modellene. Den positive erfaringen fra at AMK varsler er at det går raskere, AMK er mer innsatsorientert og effektiv i håndtering av henvendelser. Samtidig blir det av og til problemer dersom oppdraget skifter karakter til redningsoppdrag, trekker ut i tid eller krever koordinering med mange ressurser. Det bør bringes klarhet i ansvarsforhold for denne beredskapen. Problemkomplekset er litt for omfattende til å beskrive i et høringsinnspill, men vi mener at pasienten bør ha krav på en helsefaglig kompetent vurdering i forhold til hvilken helseressurs som skal respondere og at pasienten kan forvente at vi klarer å koordinere oss slik at LRS-HRS kan involveres når det kreves. Uansett ledelsesmodell så mener vi at pasienter som er eksponert i terrenget og truet av nedkjøling skal ha raskest mulig respons.

## **Oppsummering**

1. Norsk Folkehjelp støtter at man får inn ett eget punkt om samarbeid med frivillige rednings- og beredskapsressurser. Punktet bør skrives mer forpliktende slik at det er noe et Helseforetak har plikt til å få avtalefestet et samarbeid dersom frivillige ønsker det. Det er viktig at bestemmelsen tar opp i seg alle de rollene frivillige har som helseressurser.
2. I arbeidet med kravsetting til ambulansetjenesten må det formuleres inn at vi har en frivillig ambulansetjeneste og at denne følger nasjonal opplæring slik den er utarbeidet av Røde Kors og Norsk Folkehjelp i fellesskap.

3. Helseforetakene bør ha en mer proaktiv rolle i planlegging av helseberedskapen i sitt ansvarsområde. I dette ligger det blant annet krav om tett kontakt med frivillige rednings- og beredskapsorganisasjoner om beredskap.
4. Rollen som «first responder» må utvikles, defineres og settes i et system nasjonalt og lokalt. Vi anbefaler at rollen inneholder mer enn et D-HLR kurs og bruk av halvautomatisk hjertestarter. Førstehjelps kompetanse på nivå ca. 30 timer inkluderer bruk av hjertestarter og vil gi mannskap som kan noe mer om akutte sykdomstilstander, opptreden på ulykkessted, undersøkelsesmetodikk og samhandling med AMK.
5. Det er vanskelig å fullt ut se de operative konsekvensene av at frivillige rednings- og beredskapsressurser fra 2015 er tilgjengelig på nødnett i hele landet. Det åpner for en styrket beredskap mange steder i landet. Vi håper på tett samarbeid med helsemyndigheten om dette.
6. Norsk Folkehjelp Sanitet har tradisjonelt hatt tette bånd til helsetjenesten. Spesielt har frivillig ambulansetjeneste gitt en daglig kontakt med prehospitale tjenester noe som har sikret at vi kan samhandle når det skjer større hendelser. Vi mener at det er viktig å være en ressurs i det daglige om man skal fungere når det virkelig gjelder. Erfaringer fra brannen i Lærdal, terroranslaget 22/7-11, askesky og pandemi viser tydelig at frivillige er gripbare og potente ressurser når det gjelder, men det forutsetter et godt og forpliktende samarbeid i det daglige.

Med vennlig hilsen

**Norsk Folkehjelp Sanitet**



Live Kummen/s/  
Sanitetsleder

Jon Halvorsen

Enhetsleder førstehjelp og redningstjeneste