



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

epost: postmottak@hod.dep.no

Drøbak, 11 september 2014

Høringssvar Akutforskriften

Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA) takker for at vi har fått anledning til å gi høringssvar til Helse- og omsorgsdepartementets forslag til forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal.

Høringssvaret er todelt: 1) Generelle betraktninger rundt ny akutforskrift, og 2) en systematisk gjennomgang av høringsnotatet, med forslag til endringer.

1) Generelle betraktninger rundt forslag til ny akutforskrift:

Innledningsvis ønsker SNLA å anerkjenne departementets ønske om å styrke de kommunale legevakter mhp. bemanning og kompetanse. Legevakt er et viktig ledd i den akuttmedisinske kjede og har et stort potensiale for å kunne fylle en større og mer forutsigbar rolle. Med en mer gjennomgående kompetent bemanning kan den bidra til at befolkningen gjennomgående får den medisinske tjenesten legevaktene er ment å fylle.

SNLA vil videre presisere viktigheten av at akutforskriften samtidig ser hele den akuttmedisinske kjede under ett. Den prehospitale akuttmedisinske kjede består av mange ledd og aktører. Hver av disse skal både hver for seg og sammen fylle en avgjørende funksjon i en rekke av nødvendige tiltak for den enkelte pasient når behovet er tilstede. Dette setter store krav til akuttmedisinforskriftens evne til å sikre at funksjonskrav og standarder til kjedens enkelte er best mulig og at samhandling mellom disse er optimal og "sømløs". Befolkningen skal sikres et likeverdig akuttmedisinsk tilbud - uavhengig av hvor man bor i landet.

SNLA mener det er et behov for i større grad å etablere registre og elektroniske beslutningsstøttesystemer som i tillegg til å kvalitetssikre pasienthåndtering, kan bidra til å gi myndigheter og fagmiljøer faktakunnskap om eventuell forbedringsbehov og effekten av tiltak. Det er vår refleksjon at svært få endringsforslag i dag bygger på slike data og analyser av disse. Vi er derfor svært opptatt av at ulike type registre og dokumentasjonssystemer etableres innen det akuttmedisinske feltet. Dette inkluderer et elektronisk register for bruk av luftambulansetjenesten. SNLA støtter departementets syn på

at krav om elektroniske beslutningsstøttesystem ikke er tilstrekkelig utredet, og imøteser en revisjon av forskriften på dette feltet.

SNLA er også opptatt av at forskriften i større grad setter nasjonale krav til kompetanse, ferdighet og tilgjengelighet i tråd med dagens standarder eller bedre. Det er Stiftelsens oppfatning at den prehospitale akuttmedisin har et klart behov for å standardiseres etter nasjonale standarder på nivå med de beste. Vi mener derfor at nasjonale standarder som i dag er gjeldende for tjenestene minimum bør tas inn som gjeldende minstekrav i forskriften og videre legge inn føringer for å heve denne ytterligere.

2) SNLA videre gjort en systematisk gjennomgang av forslag til akutforskrift, og har følgende kommentarer til høringsnotatet:

Kapittel 1 Generelle bestemmelser

§ 5 Avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten

Som beskrevet i høringsnotatet ønsker departementet å regulere samarbeid med aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten om bistand i akutte situasjoner. Departementet henviser i 4.1.3 til etablering av forskjellige ordninger i andre land mhp ordninger for akutthjelpere/førstehjelpere. SNLA er enig i forslaget med å tydeliggjøre krav til avtaler på dette feltet, og ønsker å gjøre departementet oppmerksom på at det har vært utviklet tilsvarende ordninger i Norge i de senere år. Vi har siden 2010 arbeidet sammen med norske kommuner i å etablere lokale akutteam gjennom prosjektet "Mens du venter på ambulansen". Per dags dato står 63 kommuner i slik beredskap og ved utgangen av 2014 vil tallet være vel 80 kommuner. Denne type beredskapsløsning er etablert etter mal fra "I Ventan på Ambulans", men tilpasset norske forhold. Ordningen som etableres skjer i regi av den enkelte kommune med tett samarbeid med AMK, legevakt og kommunal brannvesen og 110 sentral. Beredskapen benyttes kun som et supplement til eksisterende akuttmedisinske system og rykker ut på "røde responser" og når ambulanse/luftambulanse er mer en 25 - 35 minutter unna. SNLA står som ansvarlig for prosjektgjennomføring frem til beredskapen etableres i den enkelte kommune, finansierer innkjøp av medisinsk utstyr og gjennomfører grunnopplæring og retrening for mannskaper. SNLA er av den klare oppfatning at ordningen fungerer godt – ikke minst takket være den systemtenkning som er lagt til grunn mhp formelle avtaler, klare ansvarslinjer og etablert og formelt samarbeid med den ansvarlige medisinske instans – AMK og legevakt. Vi opplever stor interesse fra kommuner og mange ønsker å delta – både fra mer rurale strøk til større bykommuner og byer. SNLA går gjerne i en dialog med departementet om hvordan dere mener denne ordningen fungerer med den form det har tatt.

SNLA har i en årrekke tidligere plassert ut hjertestartere og gitt opplæring i avansert HLR til nød- og redningsetater (brann og politi) som står i døgnkontinuerlig beredskap. Mer enn 250 kommuner hadde frem til ca 2010 fått etablert en slik hjertestarterberedskap. Det er imidlertid et faktum at denne beredskap i mindre grad ble systematisk og kontinuerlig/årlig gjort kjent og tilgjengelig for tilhørende AMK og dets operatører. Dette en svakhet SNLA stadig opplever og oppfordrer derfor årlig kommunene/lensmann og AMKer til å følge opp/kvalitetssikre beredskapen som faktisk er etablert. En slik oppfølging og krav til å avtalefeste ordninger etableres i forskriften blir derfor støttet fullt ut fra SNLA sin side.

Kapittel 2 Kommunal legevaktordning

§ 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

SNLA mener at kommunens organisering av legevakt må vurderes på bakgrunn av en risiko og sårbarhetsanalyse. Vi stiller oss imidlertid tvilende til om kommunene har resurser og kompetanse til å gjøre en slik analyse. Frem til i dag har reorganisering (selv med ROS analyser) av legevaktene endt med store geografisk interkommunale legevaktdistrikt med kun en legevakt og en lege på vakt, uten mulighet til å bistå utenfor legevakten annet enn i geografisk nærhet. I §6 står det at legen skal "(...) *rykke ut umiddelbart når det er nødvendig*". Hvis dette kravet skal ha noen reell betydning for pasienten mener SNLA at det må følge med et forskriftsfestet krav om maks kjøretid (responstid) for lege til pasient ved utrykning ifb. akuttoppdrag. SNLA har imidlertid ikke tilgang på nødvendig data for å kunne vurdere hva denne responstiden bør være.

De fleste pasientene som får hjelp av den kommunale legevakten står selv for transport til legevakten. SNLA mener at også denne "responstiden" bør defineres slik at man dermed unngår organisering av legevaktsdistrikter som gir pasientene uforholdsmessig lang reisetid til legevakten. Ved for lang reisetid kan dette medføre forverring av pasientens tilstand slik at andre deler av helsetjenesten utenfor sykehuset (ambulansetjenesten) belastes. SNLA har imidlertid ikke tilgang på nødvendig data for å kunne vurdere hva denne reisetiden bør være.

Følgende endringer forslås i forskriften:

§ 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet, blant annet:

- a) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt til spesialisthelsetjenesten og
- c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet å rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens tilgang til helsehjelp innen kortest mulig tid. Følgende responstider skal etterfølges:

- Responstid for legevakslege ved utrykning med utrykningskjøretøy til akuttoppdrag: 95 prosent av befolkningen skal nås innen 45 minutter.
- Reisetid for pasienter til legevakt med ordinær bil: 90 prosent av befolkningen skal kunne nå legevakten innen 40 minutter. 95 prosent av befolkningen skal ha maksimalt 60 minutter reisevei.

Kapittel 3 Ambulansetjenesten

§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester

SNLA mener det er nødvendig å stille krav til responstider for ambulansetjenesten. I Stortingsmelding 43 (1999-2000) foreslår Helse- og Omsorgsdepartementet følgende veiledende responstider for ambulansebiler:

- *Akuttoppdrag*: 12 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk
- *Hasteoppdrag*: 30 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk.

I *Årsrapport 2013, Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler* viser data at responstidene for hele landet ligger over disse anbefalingene. Det er verdt å stille spørsmål om hvilken medisinsk nytteverdi det har at AMK er foreslått å ha et krav om å ta telefonen innen 10 sekunder for 90 prosent av oppdragene, når ambulansen har mellom 17 og 19 minutters responstid i urbane strøk og rundt 30 minutter i rurale strøk ved rød respons (Årsrapport 2013, Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler). SNLA foreslår derfor at Departementets egne forslag til responstider blir gjort gjeldende som krav for ambulanserbiler.

Når det gjelder luftambulansen slår Stortingsmelding nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap (1999-2000) fast at 90 % av den norske befolkningen skal kunne nås av legebemannet ambulanse innen 45 min. SNLA mener at denne responstiden bør reduseres til 35 minutter. Begrunnelsen for dette er en økt sentralisering av spesialisert helsetilbud og det faktum at pasienten oftere skal fraktes lengre til "rett" sykehus. Det er derfor viktig at spesielt pasientene som kan få lengre transporttid, raskt får tilgang til spesialkompetent lege som kan stille diagnose og starte behandlingen prehospitalt, og som vil sørge for en rask, trygg og kompetent transport av pasienten.

I motsetning til ambulansetjenesten er det lite å hente på å redusere luftambulansens reaksjonstid (ref. Definisjonskatalogen for den akuttmedisinske kjede). Denne er i dag angitt til 15 minutter ved akuttoppdrag, men er i praksis 5 – 10 minutter på dagtid. Hensynet til sikkerhet og behovet for planlegging av oppdrag før luftfartøyet tar av gjør det imidlertid nødvendig å tillate nødvendig tid for dette før avreise. En innskjerping av reaksjonstiden kan, selv med unntak ved behov for nødvendig planlegging, føre til at oppdrag iverksettes uten nødvendig planlegging og dermed forsinkes fordi oppdraget må justeres underveis eller alternativ utrykningsmåte må velges sent i responsfasen.

Følgende endringer forslås i forskriften:

§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester

De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatter:

- a) å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter
- b) å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåkning, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten
- c) å bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted
- d) 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
- e) å ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet og
- f) å delta i enkle søk og redningsoperasjoner.

De regionale helseforetakene har ansvar for at ambulansetjenesten når frem til pasienten innen kortest mulig tid. Følgende responstider skal etterkommes:

Responstider for ambulansebil

- *Akuttoppdrag*: 12 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk



- Hasteoppdrag: 30 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisorgrndte strøk.

Responstider for luftambulanse (helikopter)

- Akuttoppdrag: 35 minutter for 90 prosent av befolkningen

De regionale helseforetakene har ansvar for at bil-, båt og luftambulansetjenesten i nødvendig grad er samordnet nasjonalt.

§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse på ambulansebiler- og båter

Kompetanse

SNLA er positiv til at forskriften omtaler og beskriver kompetansekrav i ambulansetjenesten uavhengig av fartøytype, men er kritiske til at kompetansekravene skal beskrives felles for hele tjenesten. Når det gjelder akutt sykdom eller skade har Norge i dag et to-trinns system for akuttmedisinsk behandling utenfor sykehuset: ambulansepersonell rykker ut til alle pasienter med akutt sykdom, i tillegg rykker spesialutdannet lege ut til de mest krevende akutt syke eller skadde.

For transport av pasienter mellom helseinstitusjoner har Norge tre nivåer for følgekompetanse: ambulansepersonell, spesialsykepleier eller spesialutdannet lege. Det er dermed personellens kompetanse som bestemmer grad av omsorg og behandling og ikke type fartøy. Valg av fartøy vil være avhengig av transportavstand, geografi, dekningsområde og i noen tilfeller pasientens tilstand. SNLA mener derfor kompetansekravene må beskrives særskilt for de enkelte kompetansenivåene. Som anført i høringsnotatet er det etablert standarder for flere av profesjonsgruppene (Redningsmenn i luftambulansetjenesten, Flysykepleier og Luftambulanseleger). SNLA mener dette er en hensiktsmessig måte å beskrive og regulere kompetansenivå utover grunnkompetanse i ambulansetjenesten, men standardene bør tas med som en grunnforutsetning for de forskjellige kompetansenivåene i forskriften og det må utpekes en ansvarlig myndighet som kan forvalte og kvalitetssikre standardene. SNLA foreslår at denne myndighet er Helsedirektoratet. Videre mener SNLA det er nødvendig å særskilt beskrive grunnkompetansen for de enkelte faggruppene i ambulansetjenesten. Slik forskriften fremstår nå er det kun grunnkompetansen til ambulansesarbeidere som er beskrevet, dette mener SNLA kan bidra til å forringe eller undergrave dagens system med to-trinns respons ved akutt sykdom og ulykker og de tre nivåene for følgekompetanse ved transport av pasienter mellom helseinstitusjoner. SNLA mener følgende grunnkompetanse skal være gjeldende (i tråd med dagens praksis):

Ambulansearbeider – autorisasjon som ambulansefagarbeider og kompetansebevis for utrykningskjøring

Spesialsykepleier – autorisasjon som sykepleier og spesialutdanning i anestesi- eller intensivsykepleie.

Spesialutdannet lege – autorisasjon som lege med spesialutdanning.

For akuttleger bør det kunne gis unntak fra kravet om fullført spesialutdanning i anesthesiologi hvis legen er i utdanningsstilling i anesthesiologi og har mindre enn ett år igjen til forventet godkjent spesialitet. Legen skal da ha tilgang til telefonisk konsultasjon med kollega i samme vaktordning som er spesialist i anesthesiologi.



Hvis §11 skal være gjeldende for hele ambulansetjenesten bør tittelen endres tilsvarende og ikke begrense seg til bil- og båtambulanse.

Bemanning

I kapittel 2: Bakgrunn, står følgende;

Når det gjelder bruk av lærlinger i ambulansefag, er det departementets vurdering at andre års lærlinger har tilstrekkelig ambulansefaglig kompetanse til å kunne være kvalifisert som det andre helsepersonellet i ambulansen i tillegg til ambulansarbeideren.

SNLA støtter forslag om krav til autorisasjon som helsepersonell for minst to personer som bemanner et ambulansefartøy. I tråd med det vi har kommentert tidligere om grunnkompetanse for helsepersonell i ambulansetjenesten og forskjellige kompetansenivåer i ambulansetjenesten mener imidlertid SNLA at minstekrav for bemanning av ambulansefartøy bør være to personer med autorisasjon som ambulansarbeider, hvorav den ene bør ha paramedic utdanning på høgsolenivå. Dette vil i prinsippet gjelde for alle ambulanserbiler og -båter. For ambulansefartøy bemannet med spesialutdannet sykepleier eller -lege vil dette i prinsippet også gjelde, dvs. at fartøyet bemannes med minimum autorisert ambulansarbeider i tillegg til spesialutdannet sykepleier eller -lege. I tråd med gjeldende praksis mener imidlertid SNLA at ansvarlig lege skal kunne godkjenne unntak fra dette, dvs. bemanning med kun spesialutdannet sykepleier eller -lege i tillegg til fartøysjef. Dette vil i prinsippet kun være aktuelt for luftgående fartøy og i tråd med gjeldende praksis hvor for eksempel alle transporter med ambulansfly hvor kun flysykepleier følger pasienten må godkjennes av ansvarlig flylege på vakt.

SNLA ser ingen grunn til å gjøre unntak fra kravet om to personer med minimum autorisasjon som ambulansarbeider i ambulanserbåter og foreslår at dette tas ut av forskriften, men vi er åpne for å tillate en overgangsperiode for krav om paramedic utdanning for minst en av ambulansarbeiderne. Det er ingen grunn til å tro at pasienter som transporteres med ambulansebåt har behov for mindre grad av medisinsk faglig kompetanse enn pasienter som transporteres med ambulansebil. Snarere tvert i mot er muligheten for å skaffe ytterligere assistanse i større grad begrenset om bord i en båt enn for et bakkegående kjøretøy.

Når det gjelder krav om førerkort for kjøretøyklasse og kompetansebevis for utrykningskjøretøy (kode 160) i ambulansebil er SNLA enig i at det bør stilles krav om dette for begge personer som bemanner fartøyet. Imidlertid harmonerer dette ikke med departementets forslag til unntak for bemanning hvor en andre års lærling i ambulansefag anses å oppfylle kravet til å være det andre helsepersonell om bord i en ambulansebil. Da ambulansefagutdanningen er på nivå med videregående utdanning vil lærlingen i mange tilfeller ikke oppfylle krav til å inneha kompetansebevis (kode 160) på grunn av alder under 20 år (Forskrift om krav til opplæring, prøve og kompetanse for utrykningskjøring. §6, pkt. c). Forslaget vil derfor i praksis ikke være gjennomførbart eller gi den ønskede effekten på bemanningssituasjonen som forslaget sikter mot. SNLA ber derfor departementet revurdere forslaget om å tillate bemanning av ambulansebilen med andre års lærling som andre helsepersonell om bord.

Følgende endringer forslås i forskriften:

§ 11 Bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten

Ambulansefartøy som yter ambulansetjenester skal være bemannet med minst to personer hvor begge som et minimum innehar autorisasjon som ambulansarbeider. Fartøy som



bemannes med sykepleier eller lege med særskilt akuttmedisinsk kompetanse kan unntaksvis bemannes med denne alene når dette er godkjent av medisinsk faglig ansvarlig lege for tjenesten.

Ved bemanning av ambulanserbiler skal minst to ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

Ambulansefartøy som utfører oppgaver etter denne forskriften skal være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres der det er et lavt antall akuttoppdrag pr. år og ambulansetøyet kan være bemannet innen forsvarlig tid etter varsling.

Når ambulansetjenesten skal transportere pasienter som har behov for behandling eller overvåkning mellom ulike behandlingssteder i helsetjenesten, skal ambulansetjenesten i samråd med den som rekvirerer transporten vurdere nivået for faglig kompetanse på personellet som følger pasienten og eventuelt behov for ytterligere personell med spesialkompetanse ut i fra oppdragets art.

Kapittel 4 Medisinsk nødmeldetjeneste

Luftambulansetjenesten har en særskilt funksjon i ambulansetjenesten og operer som regel på tvers av helseforetaksgrenser. I dagens system er en AMK sentral ansvarlig for en luftambulansenhet uten at det foreligger et system for gjensidig resurs- eller oppdragskoordinering mellom AMKer med ansvar for luftambulansenheter. Dette fører ofte til lite effektiv bruk av luftambulansetjenesten pga. manglende resurs- og oppdragskoordinering. Erfaringene fra 22. Juli 2011 gjorde dette tydelig og ble påpekt som en betydelig svakhet i systemet av flere instanser. I Evalueringsrapporten fra luftambulansetjenesten etter hendelsene i regjeringskvartalet og på Utøya den 22. juli 2011 heter det bla. *"Flight following og oppdragskoordinering av luftambulanshelikoptre må gis langt høyere prioritet. Kompetanse, relatert til flight following funksjonen, ved LA AMK-sentralene må styrkes. Det bør innføres krav til opplæring av personell i denne funksjonen. Videre bør organisering av luftambulansestyringen gjennomgås og endringer vurderes."* Ved AMK Oslo Akershus er det fra 2014 innført en egen resurskoordinator med ansvar for luftambulanseresursene i AMK distriktet. Denne resurskoordinatoren har særskilt erfaring og opplæring for å ivareta denne oppgaven. SNLA mener dette bør være standard for alle AMK sentraler med ansvar for koordinering av luftambulanseresurser. SNLA mener også at ansvaret for å koordinere luftambulanseresurser med fordel kan sentraliseres til færre AMK sentraler enn i dag. Dette gir lettere oversikt over luftambulanseresursene i distriktet og forenkler koordineringen med andre av AMK sentraler med ansvar for luftambulanseskoordinering. SNLA mener at det ikke bør være mer enn én slik AMK i hver helseregion, og at det på sikt reduseres til en i Nord og en i Sør. SNLA mener videre at denne sentralen også er samme AMK sentral med overordnet koordineringsansvar i regionen.

SNLA mener videre at den generelle kompetansen til AMK operatører kan ivaretas bedre enn i dag. Det finnes ingen dokumentasjon for å underbygge en påstand om stor variasjon i kvalitet på operatørene i landets AMK sentraler, men basert på tilbakemelding fra operativt personale i vårt operatørselskap for luftambulanse NLA AS, har vi inntrykk av at kvaliteten ikke bare varierer mellom de enkelte operatørene, men også at kvaliteten varierer betydelig mellom de enkelte AMK-sentralene. Det er mange måter man kan motvirke en slik kvalitetsforskjell i kompetanse og ferdigheter på, men SNLA ser for seg to muligheter:

1. Økende grad av sammenslåing av AMK-sentraler slik at kompetansebyggingen av AMK-operatører ivaretas av kun få helseforetak, forskjellene blir dermed utjevnet.

2. Standardisering av utdanning/ kompetansebygging for AMK-operatører for å ivareta likt faglig nivå og kompetanse på alle operatører.

SNLA mener her at det ene ikke utelukker det andre. Som en organisasjon som er opptatt av kompetansebygging innen akuttmedisin mener imidlertid SNLA at det bør satses på en standardisering av utdanningen for AMK-operatører. SNLA støtter derfor innspillet i høringsnotatet om å innføre en sertifiseringsordning for AMK-operatører, men mener samtidig at denne sertifiseringsordningen må følges av en nasjonal kompetanseplan for AMK-operatører som sikrer lik utdanning for alle slik at dette ikke overlates til lokale medisinske ansvarlige å avgjøre. Denne utdanningen bør videre ligge på høyskole/ universitetsnivå og være på et tilpasset akademisk nivå som gir meritterende studiepoeng.

Følgende endringer forslås i forskriften:

§ 14 Det regionale helseforetakets ansvar for nødmeldetjenesten

Det regionale helseforetaket har ansvar for:

- a) å etablere og drifte det til en hver tid gjeldende telefonnummer for medisinsk nødhjelp i helseregionen
- b) å etablere og drifte AMK-sentraler
- c) kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for AMK-sentraler, helseforetak med akuttfunksjon, ambulansetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten som inngår i det regionale helseforetakets akuttmedisinske beredskap
- d) å samarbeide med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med den kommunale legevaktordningen, LV-sentralene, brannvesen, politi, hovedredningssentralene og andre samarbeidspartnere og
- e) å fastsette hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar i regionen, herunder ansvar for koordinering av regionens luftambulanseresurser.

§ 15 Krav til AMK-sentralene

AMK-sentralene skal:

- a) håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand
- b) besvare 90 prosent av henvendelser fra publikum innen 10 sekunder
- c) gi nødvendige råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette, koordinere og følge opp akuttmedisinske oppdrag
- d) umiddelbart iverksette varsling (trippelvarsling) ved behov for samtidig innsats fra flere nødetater
- e) ved behov varsle hovedredningssentralene samt AMK-sentraler som er berørt
- f) varsle den kommunale legevaktssentralen om behov for øyeblikkelig hjelp i kommunen
- g) som hovedregel sette samtalen over til LV sentral på forhåndsdefinerte linjer når henvendelsen gjelder allmennmedisinske problemstillinger uten behov for utrykning fra spesialisthelsetjenesten
- h) ha utstyr for å koordinere og følge opp ambulanseoppdrag
- i) ha et system for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde
- j) ha utstyr for lydopptak av viktig trafikk, inkludert lydopptak til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av egen virksomhet
- k) ha et system for opprinnelsesmarkering



- l) bemannes med personell med nødvendig helsefaglig kompetanse som har gjennomgått tilleggsopplæring i henhold til nasjonal kompetanseplan for AMK operatører og er sertifisert som AMK operatør
- m) bemannes med egen koordinator for luftambulansetjenesten hvis sentralen har regionalt ansvar for dette og sørge for at denne har nødvendig kompetanse og opplæring i henhold til nasjonal kompetanseplan for AMK operatører og er sertifisert som AMK operatør
- n) ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis og
- o) kunne kommunisere med innringer på engelsk og ha etablert beredskap med tolketjeneste for samiske språk og aktuelle fremmedspråk.

Stiftelsen Norsk Luftambulanse registrerer med glede det fokus kompetanse har fått i forslag til ny akutforskrift. SNLA har siden 1984 levert opplærings- og utdanningstilbud for de ulike aktører innen den prehospitale akuttmedisinske kjede. Høsten 2014 åpner SNLA i samarbeid med Universitetet i Stavanger et eget Masterprogram inne Pre-hospital Critical Care og søknungen til dette studiet har vært svært høy. Masterprogrammet supplerer dermed det allerede eksisterende ph.d. programmet ved UiS (Medisin og Helse). Neste steg er å etablere bachelorprogram på relevante områder, herunder bachelor for paramedic og bachelor i akuttmedisin for medisinstudenter.

Avslutningsvis ønsker SNLA å invitere departementet til en nærmere dialog i arbeidet med å tilby kompetanse- og utdanningsløsninger for de ulike aktørene innen akuttmedisin, inkludert legevakt.

Med vennlig hilsen

Erik Kreyberg Normann/s/
Generalsekretær
Stiftelsen Norsk Luftambulanse



Om Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA)

- *Norges største ideelle medlemsorganisasjon med drøyt 713 000 støttemedlemmer.*
- *Hovedmålsetting er å utvikle luftambulansetjenesten gjennom forskning, undervisning og utviklingsprosjekter til beste for den akutt syke og alvorlig skadde pasient.*
- *Har Europas største forsknings- og utviklingsmiljø innen prehospital akuttmedisin.*
- *En akuttmedisinsk kompetanse- og beredskapsorganisasjon som i 35 år har bidratt til å styrke den akuttmedisinske redningskjeden.*
- *Har etablert nasjonalt utviklingssenter for luftambulansetjenesten i Norge på Torpomoen, Ål i Hallingdal.*
- *Støtter og finansierer tiltak for bedre beredskap ved luftambulanse- og redningshelikopterbasen i hele landet, uavhengig av operatør.*
- *Eier av Norsk Luftambulanse AS (NLA AS) som fra mai 2015 vil drive legehelikoptervirksomheten på 9 av Norges 12 luftambulansebasen på oppdrag for Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS. 1 oktober 2014 starter NLA AS driften av Danmarks tre luftambulansebasen. NLA AS drives som et non-profit selskap hvor eventuelle overskudd går tilbake til det ideelle formålet.*