

Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi  
Oslo universitetssykehus HF  
Post@traumatologi.no

Saksbehandler Pål Madsen  
Tlf. 90656336

---

Vår ref: 2015/9

Deres ref: brev 7. april 2015

Bodø

1. juni 2015

---

## **Traumesystem i Norge**

### **Høringskommentar fra Luftambulansetjenesten ANS**

Det vises til høringsbrev av 7. april 2015.

#### **Generelt**

Traumeplanen er et svært verdifullt dokument, som forventes å bedre tilbudet til den hardt skadde pasient. Planen er produsert gjennom en involverende prosess, noe som vil øke dens legitimitet. Det er en hensiktsmessig disposisjon i form av introduksjon til hvert tema, dernest anbefalinger, målgrupper, kvalitetsindikatorer, kunnskapsgrunnlaget, referanser og vedlegg.

Ny akuttmedisinforskrift, gyldig fra 1. mai 2015, forsterker kravet til forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, der den akuttmedisinske beredskapen skal beskrives. Kompetansekrav til vaktlege i kommunal legevakt er kraftig styrket. Kommunen skal legge til rette for utrykning av helsepersonell, men ikke nødvendigvis lege. Det er ikke satt krav til responstid for verken legevakt eller ambulanse. Det er ikke satt krav til avstander innen legevaktdistriktene eller ambulansedistrikter. Forskriften inneholder således ikke krav eller føringer som vil snu trenden til stadig færre utrykninger av legevaktlege.

Helseministeren presenterte 7. mai 2015 Primærhelsetjenestemeldingen (Meld.St. 26 (2014-2015)). Heller ikke her beskrives mekanismer som kan forventes å øke legevaktens deltakelse i akuttmedisinske situasjoner.

Luftambulansetjenesten ANS er bekymret for en stadig mindre involvering av legevaktlegene, spesielt i distriktene, og støtter traumeplanens føring om involvering av legevaktlege i traumesituasjoner. Leger besitter en medisinsk vurderingskompetanse som mangler hos ambulansearbeidere, mens disse til gjengjeld har god tiltaks- og prosedyrekompetanse. Disse to yrkesgruppene utfyller hverandre derfor godt og bør utgjøre «grunnfjellet» i akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus.

### **Avansert prehospital behandling**

Begrepet «Statens luftambulansetjeneste» er utgått og kan erstattes av «den nasjonale luftambulansetjenesten» eller «helseforetakenes luftambulansetjeneste».

Feltet Tilgrensende/relaterte retningslinjer og veiledere kan suppleres med:

- Nasjonal standard for flysykepleiere 2013
- Nasjonal standard for redningsmenn innen luftambulansetjeneste, redningshelikoptertjenesten og SAR offshore, revisjon 2010

Ny akuttmedisinforskrift har redusert kravet til kompetanse hos luftambulansespersonell og benytter formuleringen «nødvendig kompetanse». De nasjonale standardene forventes derfor å få en større betydning enn tidligere for å sikre enhetlig og adekvat kompetanse i hele landet. I Nasjonal standard for flysykepleiere fra 2013 er oppdatert kunnskap innen traumatologi spesielt vektlagt.

Det vises til Norsk standard for anestesi og kravet om to anestesikyndige helsepersonell. Ambulanse- og redningshelikoptrene bemannes av anestesilege på spesialistnivå, og medhjelperen er redningsmannen. Nasjonal standard for redningsmenn innen luftambulansetjeneste og redningshelikoptertjeneste krever autorisasjon som ambulansarbeider eller sykepleier, samt kurs i avansert pasientbehandling utenfor sykehus (PHTLS eller tilsvarende). Redningsmennene er ansatt hos helikopteroperatøren, og Luftambulansetjenesten ANS krever i kontrakt at standarden er oppfylt. Ansvarlig helseforetak må imidlertid legge til rette for at redningsmennene ved basen får den nødvendige opplæring og trening i anestesiprosedyrer.

En «Sterk anbefaling» er at «LAT skal aldri varsles som eneste ressurs, men parallelt til lokale ressurser». Dette er en viktig rutine, siden man aldri er garantert at luftambulansetjeneste kan nå fram. For å hindre ressursløsning er det imidlertid viktig at andre ressurser blir kansellert straks man erkjenner at det ikke er behov for dem.

Anestesiteam rykker ut med ambulanse fra mange sykehus. Det bør poengteres at aktuelt personell må få nødvendig opplæring og trening i transportmedisin og prehospitalt arbeid. Det må foreligge prosedyrer som sikrer et forutsigbart samarbeid med ambulansetjenesten knyttet til blant annet det medisinske utstyret som benyttes.

### **Overføring av den alvorlig skadde pasienten**

Formuleringen «Det sykehuset pasienten overføres fra har ansvaret for kompetansen under overføringen» virker lite presis. Vi antar at meningen er at avleverende sykehus har ansvaret for å definere og kommunisere kompetansebehovet. Ansvar under overføringen vil jo tilligge den legen som har behandlingsansvaret under selve transporten, dersom sykehuset ikke selv arrangerer den.

Vedlegg 1 Overføring : Retningslinjer for kommunikasjon ved alvorlig skade.

I tillegg til luftambulanse, vil dedikerte intensivambulanser ha økende relevans i tiden framover og bør nevnes.

Her beskrives en rolle for R-AMK som ikke er helt i overensstemmelse med den oppgavebeskrivelse som gjelder for R-AMK-sentralene idag. R-AMK i Helse Sør-Øst vil i løpet av 2015 ha full kontroll over ambulanshelikopteraktiviteten i regionen, og R-AMK i Helse Nord har, gjennom samarbeidet med vår flykoordineringssentral, oversikt over alle landets ambulansfly. R-AMK-sentralene i de øvrige helseregionene har ikke tilsvarende oversikt. Luftambulansetjenesten ANS anbefaler imidlertid en sentralisering av luftambulanskoordineringen, og det vil være en naturlig å legge oppgaven til R-AMK-sentralene i framtiden.

Det svært viktig å tidlig involvere den legen som vil være ansvarlig under selve transporten, slik at vedkommende kan delta i planleggingen og forberedelsene. Dette bør nevnes.

Med hilsen

Øyvind Juell (sign)

Daglig leder

Godkjent elektronisk