HELSE MØRE OG ROMSDAL

Revisjon av retningslinjer for bruk av luftambulansetjenesten

Status mars 2025

Lederkonferansen 2025 Norsk Legevaktforum

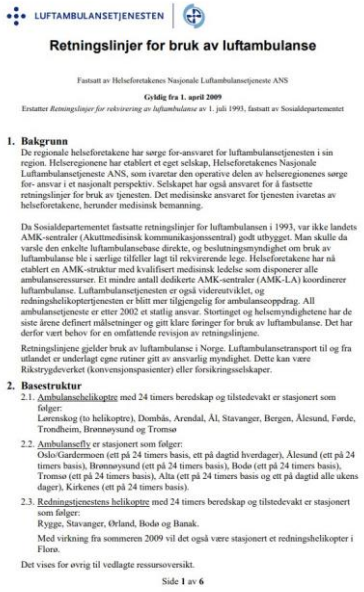
Per Christian Juvkam
Rådgiver og sekretær revisjonsarbeidet
Prehospitale fellestjenester Helse Midt-Norge/St Olavs hospital

Erik Solligård, leder av revisjonsarbeidet
Nylig avgått fagdirektør Helse Møre og Romsdal, og NTNU

Foto: luftambulanse.no

Gjeldende retningslinjer (2009)

[Retningslinjer for rekvirering av luftambulanse]



LUFTAMBULANSETJENESTEN

Retningslinjer for bruk av luftambulanse

Fastsatt av Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS

Gyldig fra 1. april 2009

Erstatter *Retningslinjer for rekvirering av luftambulanse* av 1. juli 1993, fastsatt av Sosialdepartementet

1. Bakgrunn

De regionale helseforetakene har sørge for-ansvaret for luftambulansetjenesten i sin region. Helseregionene har etablert et eget selskap, Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS, som ivaretar den operative delen av helseregionenes sørge for- ansvar i et nasjonalt perspektiv. Selskapet har også ansvaret for å fastsette retningslinjer for bruk av tjenesten. Det medisinske ansvaret for tjenesten ivaretas av helseforetakene, herunder medisinsk bemanning.

Da Sosialdepartementet fastsatte retningslinjer for luftambulansen i 1993, var ikke landets AMK-sentraler (Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral) godt utbygget. Man skulle da varsle den enkelte luftambulansebase direkte, og beslutningsmyndighet om bruk av luftambulanse ble i særlige tilfeller lagt til rekvirerende lege. Helseforetakene har nå etablert en AMK-struktur med kvalifisert medisinsk ledelse som disponerer alle ambulanseressurser. Et mindre antall dedikerte AMK-sentraler (AMK-LA) koordinerer luftambulanse. Luftambulansetjenesten er også videreutviklet, og redningshelikoptertjenesten er blitt mer tilgjengelig for ambulanseoppdrag. All ambulansetjeneste er etter 2002 et statlig ansvar. Stortinget og helsemyndighetene har de siste årene definert målsetninger og gitt klare føringer for bruk av luftambulanse. Det har derfor vært behov for en omfattende revisjon av retningslinjene.

Retningslinjene gjelder bruk av luftambulanse i Norge. Luftambulansetransport til og fra utlandet er underlagt egne rutiner gitt av ansvarlig myndighet. Dette kan være Rikstrygdeverket (konvensjonspasienter) eller forsikringsselskaper.

2. Basestruktur

2.1. Ambulansehelikoptre med 24 timers beredskap og tilstedevakt er stasjonert som følger:
Lørenskog (to helikoptre), Dombås, Arendal, Ål, Stavanger, Bergen, Ålesund, Førde, Trondheim, Brønnøysund og Tromsø

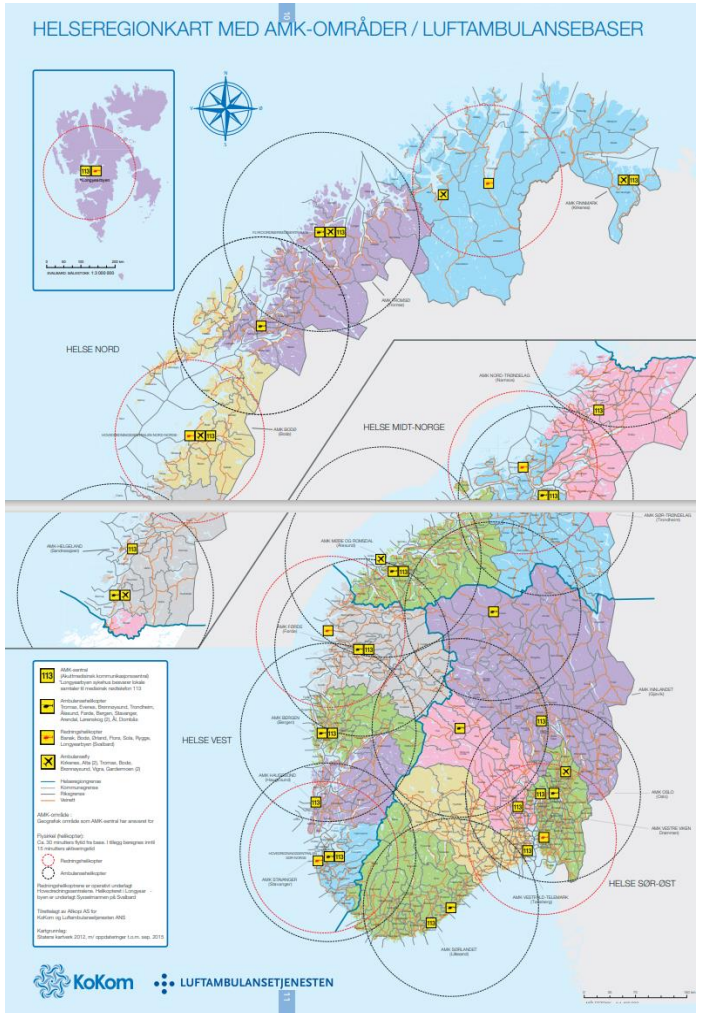
2.2. Ambulansefly er stasjonert som følger:
Oslo/Gardermoen (ett på 24 timers basis, ett på dagtid hverdager), Ålesund (ett på 24 timers basis), Brønnøysund (ett på 24 timers basis), Bodø (ett på 24 timers basis), Tromsø (ett på 24 timers basis), Alta (ett på 24 timers basis og ett på dagtid alle ukens dager), Kirkenes (ett på 24 timers basis).

2.3. Redningstjenestens helikoptre med 24 timers beredskap og tilstedevakt er stasjonert som følger:
Rygge, Stavanger, Ørland, Bodø og Banak.

Med virkning fra sommeren 2009 vil det også være stasjonert et redningshelikopter i Florø.

Det vises for øvrig til vedlagte ressursoversikt.

Side 1 av 6



Åpen

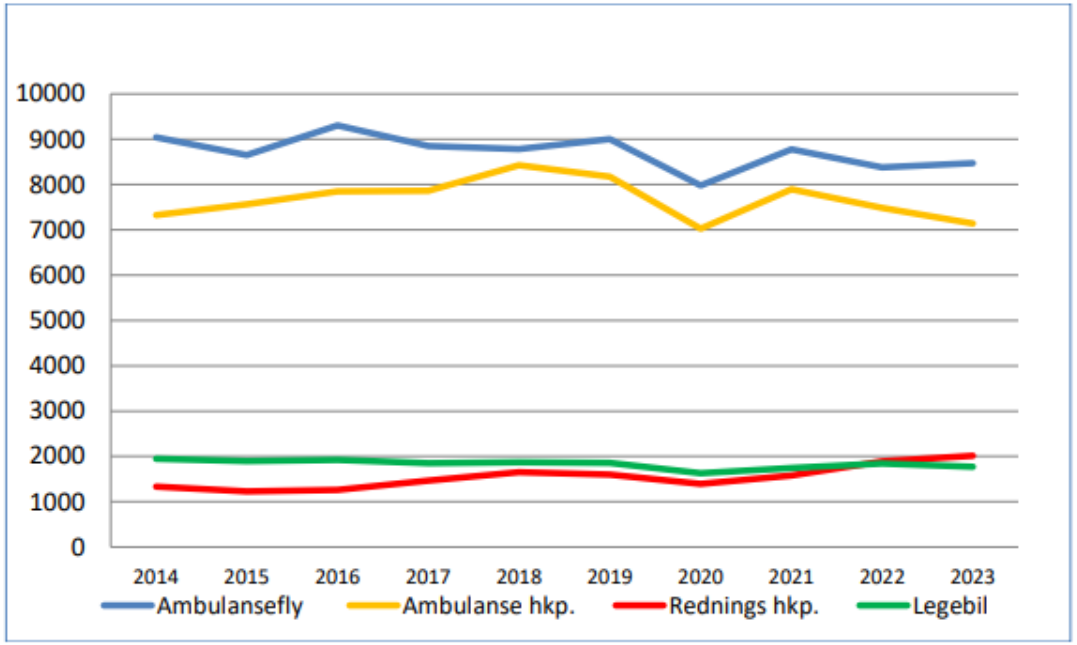
1 Hvorfor revisjon

Foto: luftambulanse.no

- Eksisterende retningslinjer er fra 2009
- Koordineringen er endret
  - AMK LA endret fra 11 til 4 (2018)
  - MKA endres fra 3 til 2, med felles ledelsesstruktur
- Det har vært en vesentlig utvikling av tjenesten og samarbeidende tjenester
  - Nye baser, 330, ambulansetjenesten, legevakt
- Nye føringer, kunnskap, opparbeidet erfaring
  - Forskrifter, f eks
    - Akuttmedisinforskriften revidert 2015
    - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ny 2016
- Helsetilsynets rapport (2021) påviste behov for tydeligere overordnet virksomhetsstyring fra RHF-ene
- Andre prosesser
  - Stortingsmelding akuttmedisinske tjenester (kommende)
  - Utredning framtidig organisering LAT
  - Pågående behovsanalyser regionalt
  - Anskaffelsesprosess operatør RW
  - Nye avtaler HOD-JD om bruk av redningstjenestens helikopter for helse underveis
  - Egen prosess knyttet til medisinsk koordinering ambulansefly
  - …….
- Et annet trusselbilde
- Gjeldende retningslinjer vurderes ikke lenger som et egnet virkemiddel for å oppnå målsetninger om en likeverdig og kvalitativt god tjeneste
- Oppdrag gitt av RHF-enes AD-møte desember 2023, prosjektgruppe etablert våren 2024

Åpen

Luftambulanse - Utvikling i oppdragsmengde (gjennomførte)



Figur 1 Gjennomførte oppdrag 2014 - 2023 med luftfartøy og legebil

Type oppdrag	Antall		Hastegrad
Ambulansefly	8 472	Akutt	1 197 (14,1 %)
		Hast	2 141 (25,3 %)
		Vanlig	1 126 (13,3 %)
		Bestilt	4 008 (47,3 %)
Ambulansehelikopter*	7 141	Akutt	5 930 (83,0 %)
		Hast	1 083 (15,2 %)
		Vanlig	100 (1,4 %)
		Bestilt	28 (0,4 %)
Redningshelikopter**	2 014	Akutt	1 528 (75,9 %)
		Haster	439 (21,8 %)
		Vanlig	40 (2,0 %)
		Bestilt	7 (0,4 %)
Legebil tilknyttet helikopterbaser	1 641	Akutt	1 544 (94,1 %)
		Haster	75 (4,6 %)
		Vanlig	10 (0,6 %)

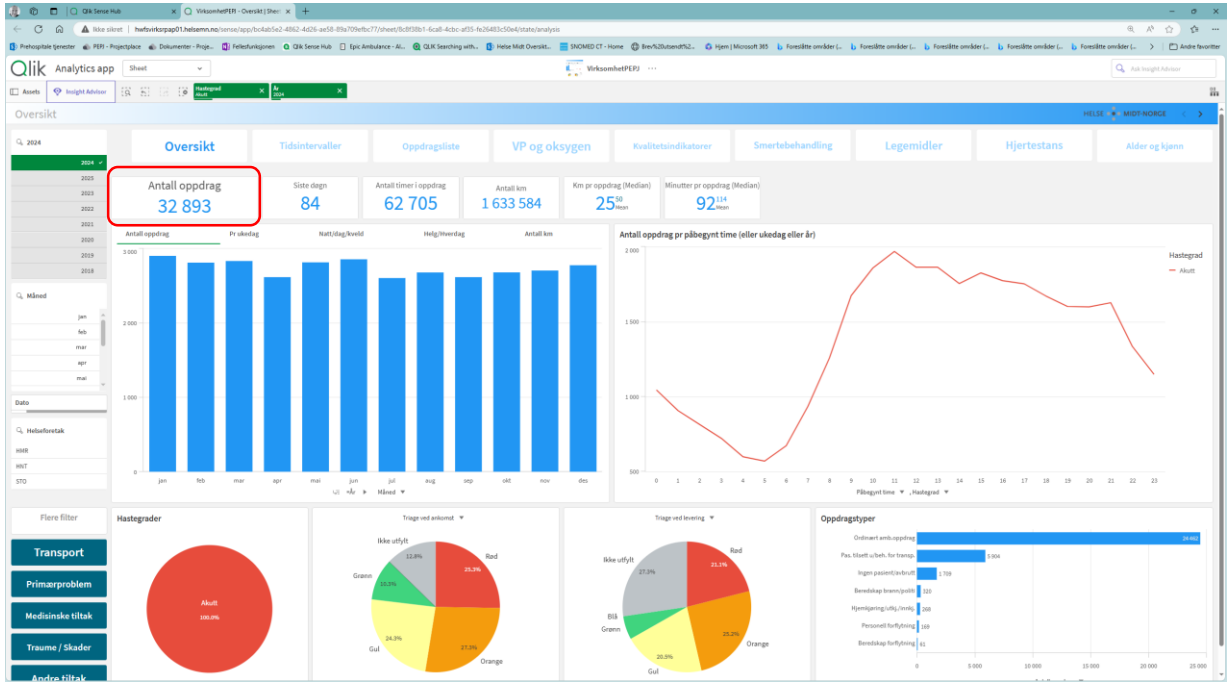
Kilde. Luftambulansetjenesten HF

2 Luftambulansetjenestens plass i den akuttmedisinske kjede

Foto: Norsk Luftambulanse

- Historie fra før 1988
- "Nasjonal luftambulanseplan"
- Virkemiddel for likeverdige helsetjenester
  - Stor variasjon i ressurssetting spesialisthelsetjeneste
  - Stor variasjon i forbruk
- Et viktig supplement til legevakt (kommune) og ambulansetjeneste (regionale helseforetak)
- En kostbar og komplisert tjeneste (2 mrd/år)
  - Organisering/luftambulansekontraktene LAT HF
  - Helsedelen ivaretatt av sykehusforetak
- Grunnlag for bruk:
  - Kompetanse ut (ved antatt kompetansegap)
  - Rask og kvalifisert transport til (riktig) destinasjon
  - Uveisomhet og "enkel redning«
  - Spesielle hensyn (behov for spesielt personell eller materiell, tverretatlige behov e a)
  - Støtte legevakt og ordinær ambulansetjeneste
  - Virkemiddel ved samtidighet og store hendelser

2 Akuttoppdrag ambulanse og helikopter Midt-Norge 2024



Åpen

3 Interessenter – primærhelsetjenesten

Trygt og godt akuttmedisinsk | NRK.no – nyheter, tv og radio

uib.no/nye-doktorgrader/160538/trygt-og-godt-akuttmedisinsk-tilbud-utenfor-sykehus

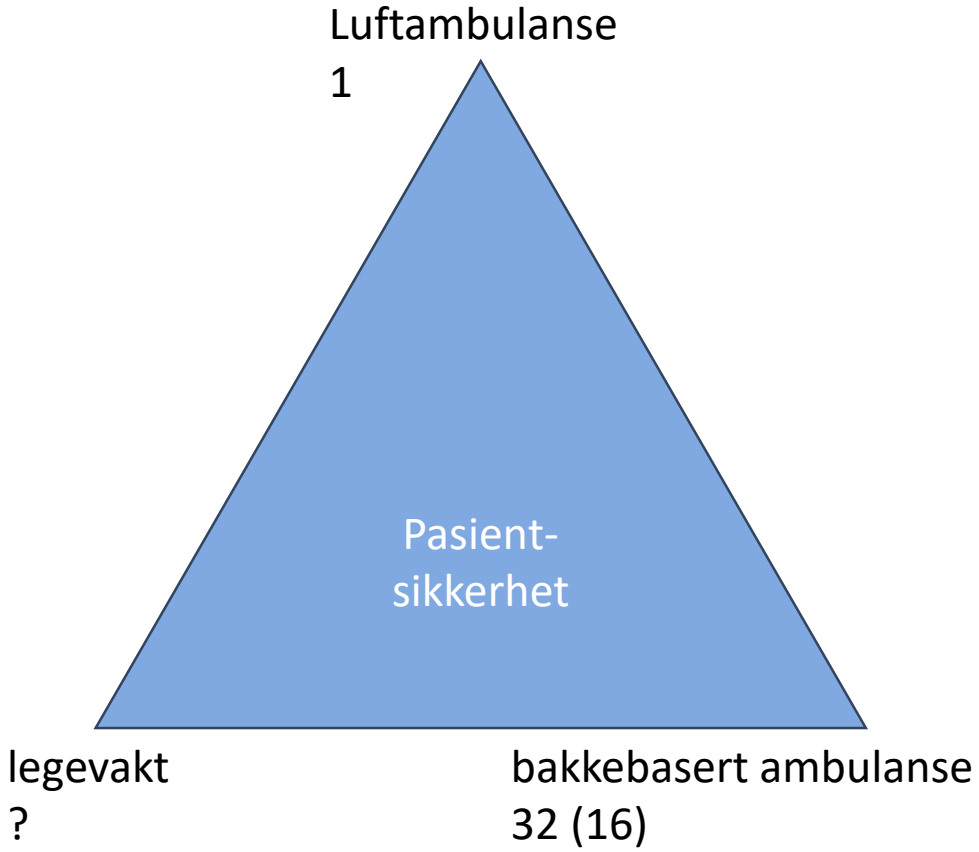
STATA | Office365 | NORCE Intranet | Snow Automation... | Veileder for legeva... | Google Translate | Skype NHN | PubMed | ADDitude | Anaplan - Login | UiB mail

Trygt og godt akuttmedisinsk tilbud utenfor sykehus

Dag Ståle Nystøyl disputerer 8.3.2023 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen "Interactions between the Helicopter Emergency Medical Service (HEMS) and Primary Emergency Health Care in Norway".

Oppdatert: 23.02.2023 (Først publisert: 21.02.2023)

Avhandlingen viser at pasienter som trenger luftambulanse, men som ikke får det på grunn av hindringer i vær eller andre årsaker, i liten grad taper leveår. Dette underbygger at det akuttmedisinske systemet utenfor sykehus er i stand til å finne løsninger som gir pasientene god hjelp. Ambulansepersonell og legevaktleger har en viktig rolle i de tilfellene der luftambulansen ikke er tilgjengelig. Avhandlingen viser også at det ikke ble flere luftambulanseoppdrag når legevaktdistriktene ble større.



Kilde: NORCE/JB

Innspill NKLM/Jesper Blinkenberg

- Kommunen skal organisere en legevaktordning slik at befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp sikres.
- Legevakt er involvert i de fleste akuttmedisinske hendelsene utenfor sykehus.
- Kommuner og helseforetak skal planlegge de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus sammen
- Som hovedregel varsler AMK luftambulanse basert på innkommet melding. Legevaktlege må kunne identifisere behov for luftambulanse og kunne etterspørre dette ved:
  - behov for faglig støtte i vurdering av pasient
  - behov for kompetanse for avansert overvåkning eller prosedyrer
  - behov for rask transport
  - lang reisevei eller vanskelig tilgjengelig for legevakt og ambulanse
  - alvorlig akutt tilstand og/eller uforholdsmessig ulempe for pasienten med annen transport (inkl. psykiatri, overgrep)
  - behov for ekstra ressurser pga. flere skadde
- Som hovedregel bør legevaktlege eller annen kommunal lege også rykke ut til disse oppdragene
- Det må samhandles om felles akuttmedisinsk trening og øvelser

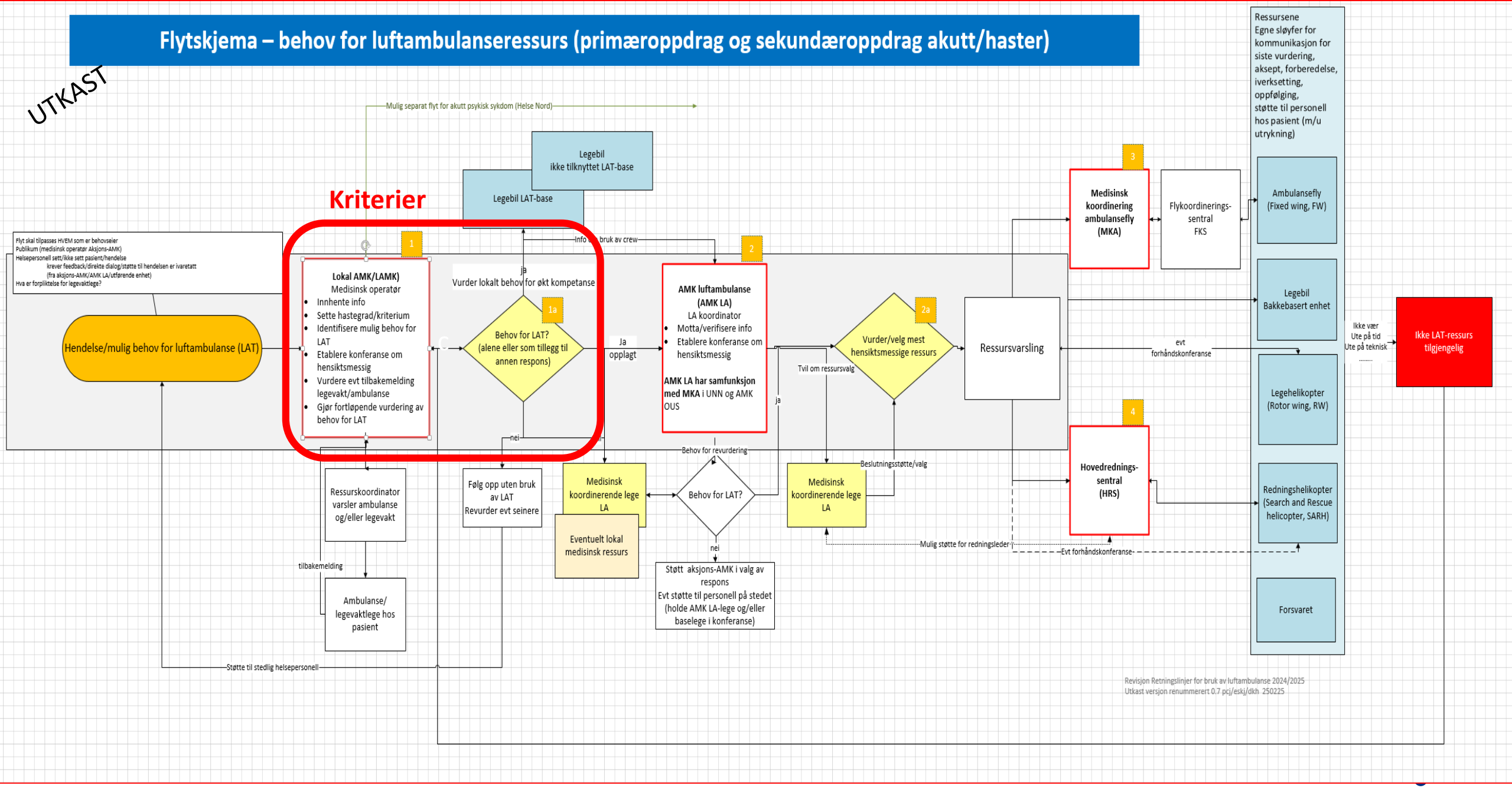
Åpen

4 Arbeidsflyt , struktur, roller, prosess

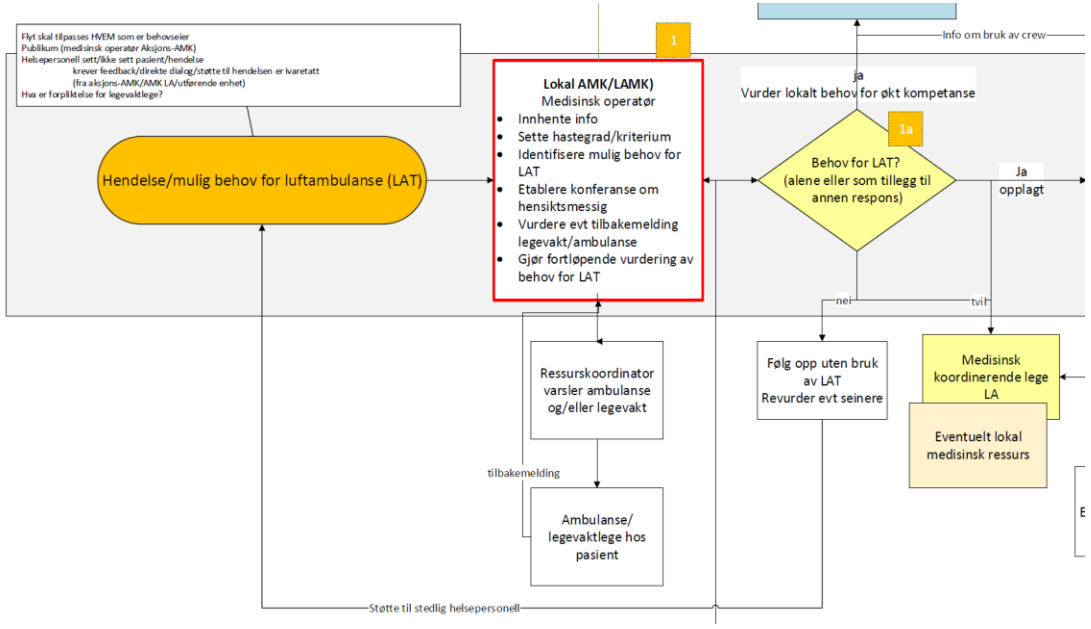
- "Behovseier" (helsepersonell, i hovedsak lege/legevakt)
- Lokal AkuttMedisinsk Kommunikasjonssentral (AMK) - medisinsk operatør (MO)
- AMK LA (luftambulanse) - luftambulansekoordinator (LAK)
- Medisinsk koordinerende lege LA

Åpen

Flytskjema – behov for luftambulanseressurs (primæroppdrag og sekundæroppdrag akutt/haster)

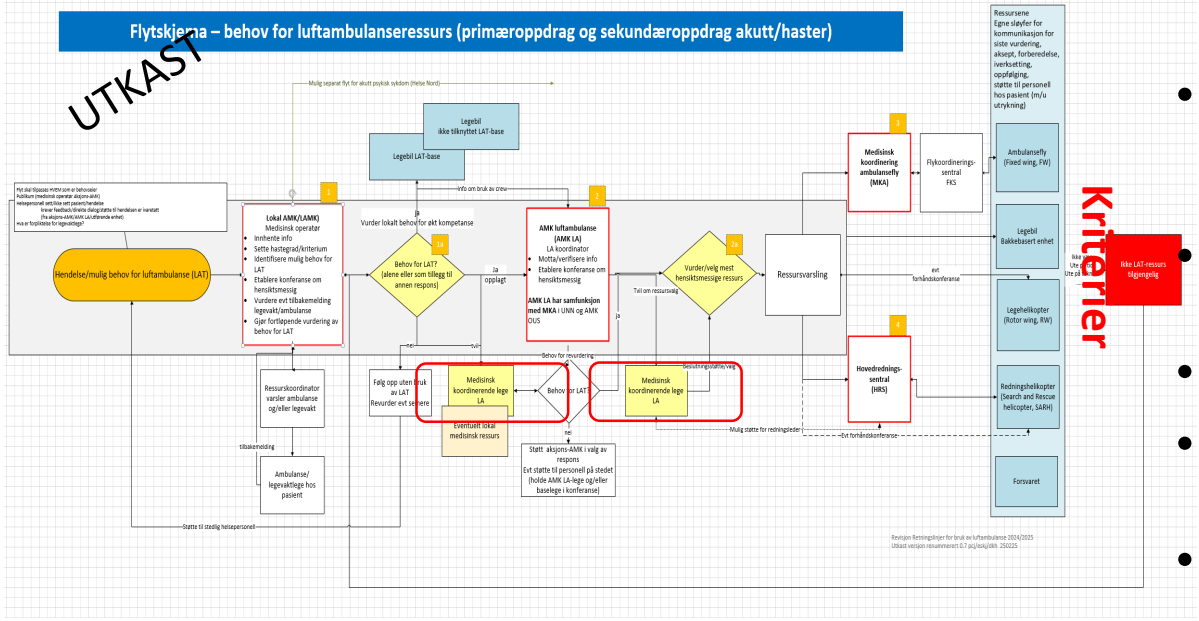


Kriterier – primæroppdrag (arbeid in progress)



- Tid til definitiv behandling nødvendiggjør helikoptertransport (risiko for prognosetap)
- Alvorlig påvirkning av ABCD, LA-kompetanse er avgjørende for pasientforløp
- Helikopteret er eneste ressurs som kan løse oppdraget grunnet uveisomme forhold
- Biologi og logistikk!

Mulig ny rolle, etter observasjoner og drøftinger Medisinsk koordinerende lege/"AMK LA-lege"



- Dobbeltrolle vakthavende luftambulanse
  - gatekeeper
  - utfører
- Vakthavende lege SKAL ha en rolle knyttet til å vurdere medisinsk grunnlag for oppdrag ((“HEMS”)
- Vesentlig interindividuell variasjon i oppdrag avvist på medisinsk grunnlag
- Mange besluttere – risiko for uønsket tidsbruk
- Svak dokumentasjon og sporbarhet av vurderinger knyttet til avvisning
- Behov for å ivareta et interregionalt blikk på resursdisponering
- Behov for en mer forutsigelig tilgjengelighet
  - Støtte for operatørene I sentralene

5 Status og framdrift revisjonsarbeid

- Leveranse fra arbeidsgrupper (bl a oppdatert kunnskapsgrunnlag, kriterier for bruk) og flere prosesser i løpet av mars og primo april 25
- Sammenstilling til rapportutkast og retningslinjer i l a mars-april
- Forankring/involvering/medvirkning ultimo april – medio mai
- Sluttbehandling RHF-AD-møtet 16.6.25.

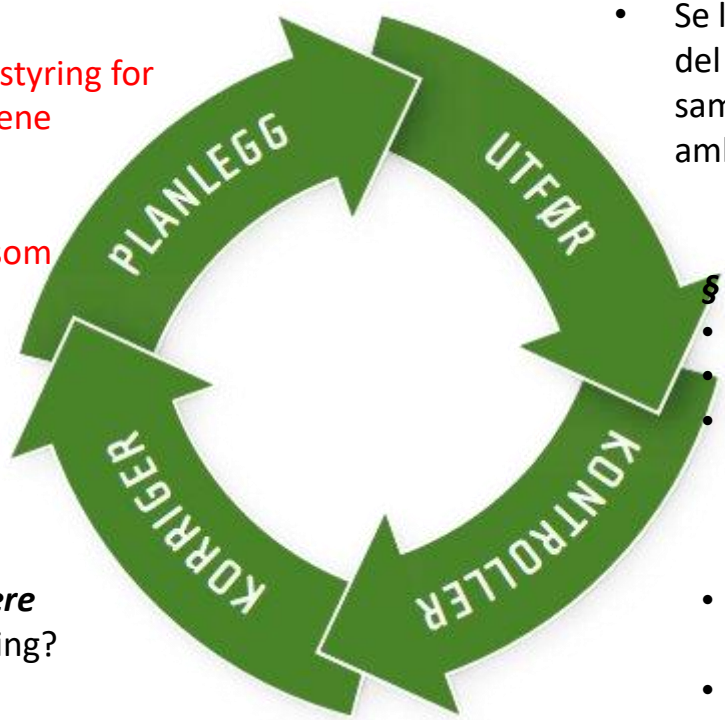
Fra workshop 14.november 24

6

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

§ 6. Plikten til å planlegge

- Hva er behovet?
- Hvordan rigge tjenesten?
- Retningslinjer for bruk
  - Et middel for virksomhetsstyring for de regionale helseforetakene
  - En standard for pasienten
  - Kjøreregler
    - for helsepersonell som «behovseiere»
    - for de ansatte i helseforetakene
- Eies av….
- Forvaltes av……



§ 7. Plikten til å gjennomføre

- Utføres av HF
- Skal være likeverdig og forsvarlig
- Se luftambulansetjenesten som en del av akuttmedisinsk tjeneste, sammen med legevakt, ambulansetjeneste, akuttmottak….

§ 8. Plikten til å evaluere

- Får pasientene forsvarlig helsehjelp?
- Hvorfor ikke?
- Kilder: Sammenstilte virksomhetsdata fra 4 AMK LA, 16 lokale AMK, 18 helseforetak/mange kliniske enheter, PEPJ, EPJ, hendelser, avvik
- Gjør vi det riktige, hva med de som ikke får den bistanden de ønsker eller trenger
- Data fra ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten????
- Gap-analyse (etter ankomst sykehus)

§ 9: Plikten til å korrigere

- Endre dimensjonering?
- Endre bruk?
- Andre modaliteter?
- Syklisk – forvaltet av Luftambulansetjenesten HF

Åpen

….ikke 15 år til neste gang…..

LUFTAMBULANSETJENESTEN

Retningslinjer for bruk av luftambulanse

Fastsatt av Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS

Erstatter *Retningslinjer for rekvirering av luftambulanse* av 1. juli 1993, fastsatt av Sosialdepartementet

Gyldig fra 1. april 2009

1. Bakgrunn

De regionale helseforetakene har sørge for-ansvaret for luftambulansetjenesten i sin region. Helseregionene har etablert et eget selskap, Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS, som ivaretar den operative delen av helseregionenes sørge for- ansvar i et nasjonalt perspektiv. Selskapet har også ansvaret for å fastsette retningslinjer for bruk av tjenesten. Det medisinske ansvaret for tjenesten ivaretas av helseforetakene, herunder medisinsk bemanning.

Da Sosialdepartementet fastsatte retningslinjer for luftambulansen i 1993, var ikke landets AMK-sentraler (Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral) godt utbygget. Man skulle da varsle den enkelte luftambulansebase direkte, og beslutningsmyndighet om bruk av luftambulanse ble i særlige tilfeller lagt til rekvirerende lege. Helseforetakene har nå etablert en AMK-struktur med kvalifisert medisinsk ledelse som disponerer alle ambulanseressurser. Et mindre antall dedikerte AMK-sentraler (AMK-LA) koordinerer luftambulanse. Luftambulansetjenesten er også videreutviklet, og ambulansetjeneste er etter 2002 et statlig ansvar. Stortinget og helsemyndighetene har de siste årene definert målsetninger og gitt klare føringer for bruk av luftambulanse. Det har derfor vært behov for en omfattende revisjon av retningslinjene.

Retningslinjene gjelder bruk av luftambulanse i Norge. Luftambulansetransport til og fra utlandet er underlagt egne rutiner gitt av ansvarlig myndighet. Dette kan være Rikstrygdeverket (konvensjonspasienter) eller forsikringsselskaper.

2. Basestruktur

2.1. Ambulansehelikoptre med 24 timers beredskap og tilstedevakt er stasjonert som følger:
Lørenskog (to helikoptre), Dombås, Arendal, Ål, Stavanger, Bergen, Ålesund, Førde, Trondheim, Brønnøysund og Tromsø

2.2. Ambulansefly er stasjonert som følger:
Oslo/Gardermoen (ett på 24 timers basis, ett på dagtid hverdager), Ålesund (ett på 24 timers basis), Brønnøysund (ett på 24 timers basis), Bodø (ett på 24 timers basis), Tromsø (ett på 24 timers basis), Alta (ett på 24 timers basis og ett på dagtid alle ukens dager), Kirkenes (ett på 24 timers basis).

2.3. Redningstjenestens helikoptre med 24 timers beredskap og tilstedevakt er stasjonert som følger:
Rygge, Stavanger, Ørland, Bodø og Banak.
Med virkning fra sommeren 2009 vil det også være stasjonert et redningshelikopter i Florø.

Det vises for øvrig til vedlagte ressursoversikt.

Side 1 av 6

- Retningslinje
  - «Levende»
  - Integrasjon med kvalitetssystem
- For legevakt - mulige endringer (ikke landet):
  - Den som står hos pasienten og anmoder om bistand skal stå sterkt
  - Arbeidsflyt gjøres så lik og enkel som mulig (for en nasjonal tjeneste) - særlig viktig når tiden er viktig
  - Tydeliggjøring (og mer likhet) av roller og myndighet
  - Ønsker å etablere en interregional rolle for medisinsk koordinering Luftambulanse
  - AMK LA ansvar for ressursvalg (også for bruk av fly når det haster)
  - Uavklart hvordan primærhelsetjenesten kan bidra i et kvalitetssystem

Åpen

Innspill og spørsmål

per.christian.juvkam at stolav.no