

# Kompetansebehov i ambulansesfag

## RAPPORT FRA ARBEIDSGRUPPE

Publikasjonens tittel: Kompetansebehov i ambulansesfag

Publikasjonsnummer: IS-0425

Utgitt: juni 2014

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling utdanning og personell

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

# INNHold

<b>INNHold</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>6</b>
<b>1. ORGANISERING OG ARBEIDSFORM</b>	<b>9</b>
1.1 Arbeidsgruppen	9
1.2 Høringsprosessen	10
1.3 Kommentar fra Helsedirektoratet	10
<b>2. GJENNOMGANG AV TIDLIGERE UTREDNINGER OG SAMMENHENG MED ANDRE NASJONALE PROSJEKTER</b>	<b>12</b>
2.1 Sammenhengen med andre nasjonale prosjekter	18
System for kompetansekrav	18
Kvalitet og relevans i praksisutdanningen	19
Praksisstudier- ansvaret for de høyere utdanningsinstitusjonene	19
<b>3. ORGANISERING AV AKUTTMEDISINSKE TJENESTER</b>	<b>20</b>
3.1 Primærhelsetjenesten	20
Legevaktsentraler:	20

# INNHOOLD

Legevakt:	21
<b>3.2 Spesialisthelsetjenesten</b>	<b>21</b>
AMK-sentralene:	22
<b>3.3 Ambulansetjenesten</b>	<b>24</b>
<b>4. DAGENS UTDANNING AV AMBULANSEPERSONELL</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Ambulansefaget</b>	<b>26</b>
Søkere og inntak til ambulanséfaget	27
<b>4.2 Autorisasjon som ambulansesarbeider</b>	<b>27</b>
<b>4.3 Årsverk, sysselsatte, aldersfordeling og utdanningsbakgrunn</b>	<b>28</b>
<b>4.4 Videreutdanning for ambulansepersonell</b>	<b>29</b>
<b>4.5 Etterutdanning og bedriftsintern utdanning</b>	<b>30</b>
<b>4.6 Kostnader ved dagens system</b>	<b>30</b>
Liste over kurs og sertifiseringer som kreves og kostnader per ansatt:	30
<b>5. UTVIKLINGSTREKK OG KOMPETANSEBEHOV I AMBULANSETJENESTEN</b>	<b>32</b>
<b>5.1 Befolkningsøkning</b>	<b>32</b>
<b>5.2 Alderssammensetning og sykdomspanorama</b>	<b>33</b>
<b>5.3 Forholdet til de øvrige delene av den akuttmedisinske kjede – og øvrige nødetater</b>	<b>34</b>
<b>5.4 Organisering av helsetjenestetilbudet</b>	<b>35</b>

# INNHOOLD

5.5	Utvikling av diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmuligheter utenfor sykehus	36
5.6	Kompetansebehovene	36
5.7	Bruk av andre helseprofesjoner	37
5.8	«En helhetlig gjennomgang av de prehospitalene tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten»	38
6.	<b>FREMTIDENS UTDANNING FOR AMBULANSEPERSONELL</b>	<b>39</b>
6.1	Arbeidsgruppens vurdering av kompetansebehov og konsekvenser for utdanning	39
6.2	Føringer sett i lys av Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd – samspill i praksis	41
	Overganger i utdanningssystemet	41
	Brede grunnutdanninger	41
	Rammeplaner og kompetansekrav	42
	Utdanning til prehospitalene tjenester	42
6.3	Bachelorgrad versus fagskoleutdanning	42
6.4	Forslag til utdanningsmodell – etablering av piloter	44
6.5	Opptakskrav	44
6.6	Navn på utdanning og yrke	46
6.7	Autorisasjon som helsepersonell	46
6.8	Organisering av utdanningen – iverksetting av piloter	47
6.9	Økonomiske vurderinger ved iverksetting av piloter	48

# INNHOOLD

<b>6.10 Om behovet for praksisplasser</b>	<b>48</b>
<b>6.11 Konsekvenser for dagens utdanning i ambulansesfag</b>	<b>49</b>
<b>6.12 Utvikling av bachelorstudium i prehospitalt arbeid – paramedic ved Høgskolen i Oslo og Akershus</b>	<b>50</b>
<b>7. FORSLAG TIL LÆRINGSUTBYTTE</b>	<b>51</b>
<b>7.1 Læringsutbytte</b>	<b>52</b>
Kunnskap	52
Ferdigheter	52
Generell kompetanse	53

# SAMMENDRAG

Med bakgrunn i oppdrag av 6. november 2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet, opprettet Helsedirektoratet en bredt sammensatt arbeidsgruppe som fikk som mandat å utarbeide forslag til ny utdanningsmodell for ambulanspersonell. Arbeidsgruppens rapport inngår i Helsedirektoratets anbefaling til departementet. Helsedirektoratet har ledet og hatt sekretariatsansvar for gruppen og skriveprosessen.

*Flertallet i arbeidsgruppen anbefaler at det etableres noen piloter for å prøve ut en 3-årig bachelorutdanning i ambulansfag på høgskolenivå.*

Tidligere utredninger og arbeidsgruppens vurderinger peker på at ambulansetjenesten nå og i fremtiden trenger personell med kompetanse på ulike nivå og at det er behov for økt kompetanse.

Av utviklingstrekk i tjenestene og samfunnet for øvrig som særlig er lagt vekt på, nevnes endret organisering av tjenestetilbudet som følge av samhandlingsreformen, endring i organisering av legevakt og økt spesialisering av sykehusfunksjoner. Samlet sett økes kravene til ambulansetjenesten, både når det gjelder kapasitet og oppgaver. Utvikling av diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmuligheter trekker i samme retning. En aldrende befolkning der flere vil ha behov for helsehjelp, kortere liggetid i sykehus og økt satsing på rus og psykiske lidelser utfordrer også ambulansetjenestens samlede kompetanse.

Det er viktig å presisere at ambulansfaget i videregående opplæring og ambulansarbeideren som yrkeskategori utgjør grunnmuren i tjenesten. Likevel mener arbeidsgruppen, med unntak av Norsk Sykepleierforbund og Helse Vest RHF, at kompetansebehovene best løses med etablering av en bachelorutdanning i ambulansfag.

Utdanningen må ha en nasjonal overbygning, men med mulighet for fleksibel gjennomføring og noe ulik faglig tilnærming.

# SAMMENDRAG

Av faglig utbytte må utdanningen gi økt kompetanse i å *vurdere* situasjoner, *behandle* tilstander og *arbeide selvstendig*. Samtidig må utdanningen gi en *bredere og mer avansert kompetanse* enn dagens grunnutdanning i ambulansefag.

Den viktigste rekrutteringskilden til utdanningen er trolig kandidater som allerede er utdannet ambulansearbeidere. Rekrutteringsbehov og en utvikling der stadig flere ønsker høyere utdanning tilsier likevel at det må være mulig å starte utdanningen etter å ha gjennomført videregående opplæring. Arbeidsgruppen foreslår en modell for inntak som skisserer ulike veier inn i studiet, med tilrettelagt gjennomføring, men der læringsutbyttet er det samme. Utdanningen skal gi mulighet for fag- og karriereutvikling for den enkelte og skal bidra til å styrke forsknings- og utviklingsarbeidet innen ambulansefag.

Det er nødvendig at de som skal arbeide i ambulansetjenesten har autorisasjon som helsepersonell. For de studentene som ikke har autorisasjon fra tidligere anbefales det at de kan søke om autorisasjon som ambulansearbeider etter fullført bachelorutdanning.

Det anbefales å etablere noen piloter av tilstrekkelig størrelse for å prøve ut ulike måter å organisere og tilrettelegge utdanningen på. Det bør tas hensyn til ulike behov både for kompetanse og for organisering slik det oppleves f.eks. i sentrale strøk og i distriktene, uten at det går på bekostning av en felles overbygning. Det anbefales videre å iverksette følgeforskning parallelt. Det er gjort en beregning av hva etablering av hva piloter vil koste.

Det bør opprettes en referansegruppe eller følge-med-gruppe bestående av de viktigste interessentene for å sikre forankring og legitimitet i utviklingsarbeidet i tjenestene så vel som i utdanningsinstitusjonene og hos sentrale myndigheter. Gruppen bør opprettes samtidig med utviklingen av pilotene. Det bør iverksettes følgeforskning parallelt. Helse Vest RHF støtter etablering av piloter på tross av motforestillingene mot et nytt utdanningsnivå.

Det er vanskelig å spå hvordan en endring i én del av utdanningssystemet på sikt vil påvirke andre deler. Det er også vanskelig å identifisere i hvilken grad endringer skjer som konsekvens av en villet utvikling, f.eks. en reform, eller om endringer ville skjedd uavhengig av slik inngripen. På den ene siden kan det tenkes at etablering av en bachelorutdanning i ambulansefag på sikt vil redusere behovet for og rekrutteringen til ambulansefaget. På den andre siden kan etablering av



# SAMMENDRAG

bachelorutdanningen bidra til å heve *alle* gruppene som arbeider i tjenestene og synliggjøre et karriere- og utviklingsløp fra fagarbeidernivå og oppover til master- og doktorgrad.

Arbeidsgruppen har ikke hatt som oppgave å utrede organisering av ambulansetjenesten/prehospitale tjenester, men sett eksplisitt på kompetansebehov slik oppdragsbrevet beskriver. Det er andre pågående prosesser og utredninger som har et bredere mandat: Et offentlig oppnevnt utvalg (Olsen-utvalget) skal beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade.

Forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) er ute på høring. I høringsnotatet foreslås kompetansekravene i ambulansetjenesten skjerpet. Det er viktig at alle pågående arbeider som angår fag- og tjenesteområdet ambulansesfag/prehospitale tjenester ses i sammenheng, men uten at det bidrar til å forsinke utprøvingen av en bachelorutdanning i ambulansesfag.

Flere av høringsinstansene peker på behov for ytterligere utredninger innen særskilte områder. Flere av disse vil trolig bli dekket av de ovennevnte prosessene. Andre, f.eks. en fullstendig analyse av kostnader for ulike aktører ved etablering av en permanent bachelorutdanning, vil man lettere kunne sette i gang i løpet av eller i etterkant av pilotfasen. Noen peker på behovet for å gjennomgå dagens ambulansearbeiderutdanning i videregående opplæring og se utdanningsnivåene i sammenheng. Arbeidsgruppen støtter en slik gjennomgang men det presiseres at endringer i videregående opplæring krever andre prosesser med andre aktører og kan ikke inngå i dette avgrensede oppdraget.

Arbeidsgruppen diskuterte hvilken betegnelse eller navn som er mest dekkende for den foreslåtte utdanningen/studiet og den påfølgende yrkeskategorien det utdannes til. Arbeidsgruppen landet på konklusjonen at paramedic tross alt er den mest dekkende yrkesbetegnelsen. I denne rapporten prøver vi å bruke termen ambulansesfag om fagområdet i størst mulig grad, men ser at det av og til kan forveksles med det etablerte ambulansesfaget i videregående opplæring. Man bør imidlertid søke Språkrådet om veiledning i dette spørsmålet da det er av prinsipiell karakter.

# 1. ORGANISERING OG ARBEIDSFORM

Med bakgrunn i oppdrag av 6. november 2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet, opprettet Helsedirektoratet en bredt sammensatt arbeidsgruppe som fikk som mandat å utarbeide forslag til ny utdanningsmodell for ambulansepersonell. Forut for oppdraget hadde Helsedirektoratet avholdt et drøftingsseminar for å få frem synspunkter og problemstillinger.

Arbeidsgruppens rapport inngår i Helsedirektoratets anbefaling til departementet. Helsedirektoratet har ledet og hatt sekretariatsansvar for gruppen og skriveprosessen.

## 1.1 Arbeidsgruppen

---

Følgende har deltatt i arbeidsgruppen på vegne av sine respektive organisasjoner:

Kari Hoff Okstad	Spekter
Håvard Bolme	Delta
Hans Martin Aase	Fagforbundet
Anne-Cathrine Braarud	Den norske legeforening
Elisabeth Hansen	Norsk Sykepleierforbund
Jostein Svendsen	Helse Sør-Øst RHF
Anne Hilde Bjøntegård	Helse Vest RHF
Silje Paulsen	Helse Midt-Norge RHF
Per Christian Juvkam	Ambulanse Midt-Norge HF
John Helge Flage	Helse Nord RHF
Ingrid Narum	Universitets- og høgskolerådet
Thor-David Halstensen	Universitets- og høgskolerådet

*KS ble også invitert til å delta, men ga ingen tilbakemelding.*

Fra Helsedirektoratet:

Bjørn Jamtli	Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste
Merete Ellefsen	Avdeling medisinsk nødmeldetjeneste
Anette Iversen Cvijanovic	Avdeling utdanning og personell
Tonje Aasen Thorbjørnsen	Avdeling utdanning og personell

Arbeidsgruppen har hatt fem møter fra desember 2013 til april 2014.

I tillegg opprettet arbeidsgruppen to mini-grupper bestående av noen av medlemmene til å levere bidrag på avgrensede områder som gjaldt forslag til utdanningsmodell og forslag til læringsutbytte. Alle medlemmer fikk tilbud om å delta i gruppene. Forslagene som gruppene kom frem til ble lagt frem og diskutert i arbeidsgruppen i plenum. Minigruppene fattet ingen beslutninger.

## 1.2 Høringsprosessen

---

I tillegg til arbeidsgruppen som representerte de viktigste interessentene ble det gjennomført en kort høringsrunde til de samme aktørene. Følgende har levert hørings svar:

Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Ambulanse-Midt (felles), Helse Vest, Helse Sør-Øst, Delta, Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Universitets- og høgskolerådet

Spekter, og Den norske legeforening har ikke levert egne hørings svar, men slutter seg til hovedkonklusjonene i rapporten.

Norsk Sykepleierforbund tar dissens til rapportens grunnlag og innhold. NSF mener at en ny bachelorutdanning i ambulansesfag vil være en «...ukjent hybrid der en videreutdanning på fagskolenivå skal skje på et bachelornivå.» NSF har siden drøftingsseminaret i september 2013 vært tydelige på at videreutdanning på fagskolenivå er riktig vei å gå, og at sykepleiere med spesialutdanning er et viktig bidrag i ambulansetjenesten.

Høringsinstansene har flere kommentarer knyttet til formuleringer og beskrivelser som vi har prøvd å ta hensyn til i den siste gjennomgangen av rapporten.

## 1.3 Kommentar fra Helsedirektoratet

---

Det finnes helt sikkert kompetansemiljøer og andre instanser som kunne levert bidrag til arbeidet. Det er også flere som har påpekt at det kunne vært avsatt lenger tid til høringen. Helsedirektoratets vurdering er at denne rapporten er et første steg på veien mot etablering av en ny utdanning i ambulansesfag på bachelornivå. Det vil bli anledning til å komme med faglige innspill på et senere tidspunkt når og hvis Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å følge opp anbefalingene.

Helsedirektoratet ønsker å takke for alle bidrag og understreke at prosessen har vært krevende men først og fremst svært konstruktiv og lærerik.

## 2. GJENNOMGANG AV TIDLIGERE UTREDNINGER OG SAMMENHENG MED ANDRE NASJONALE PROSJEKTER

I det følgende gjennomgås de viktigste utredningene vedrørende kompetansekrav til ambulansesfag. Gjennomgangen viser at de grunnleggende problemstillingene som ble behandlet helt tilbake til 1970-tallet har mange likhetstrekk med dagens, selv om rammevilkårene er endret.

Kompetansekrav til ambulansepersonell var i en årrekke basert på faglige anbefalinger fra en offentlig utredning om utdanning av ambulansepersonell fra 1976, NOU 1976:2 *Utdanning av ambulansepersonell*<sup>1</sup>:

- En trafikal del bestående av en teoretisk del på 62 timer og en praktisk del med øvelseskjøring, glattkjøring, mørkekjøring og utrykningskjøring.
- En redningsteknisk del på i alt 70 timer med fokus på bl.a. skadestedsorganisering, samband, redningsteknikk, verneutstyr osv.
- En medisinsk del bestående av en teoretisk del på i alt 120 timer, samt praktisk tjeneste på 3 uker ved hhv. mottagelses/intensivavdeling, operasjon/anestesiavdeling og medisinsk/kirurgisk avdeling.

Ambulansesfaget ble vedtatt lagt under lov om fagopplæring i arbeidslivet 2. januar 1996.

17. april 1997 vedtok daværende Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet *Læreplan for videregående opplæring, Studieretningsfagene i videregående kurs I ambulansesfag*.<sup>2</sup> Om ambulansesfaget uttalte departementet bl.a. følgende:

---

<sup>1</sup> [NOU 1976:2 Utdanning av ambulansepersonell](#)

<sup>2</sup> [Læreplan VK1 Ambulansesfag 17. april 1997](#)

*Ambulanseopplæringen i Norge var tidligere regulert av NOU 1976:2. Ambulansefaget ble vedtatt lagt under lov om fagopplæring i arbeidslivet 2. januar 1996. Norge har med dette vedtaket fått en enhetlig nasjonal kompetansegivende opplæring av ambulanspersonell.*

*Ambulansetjenesten er et fagområde i stadig utvikling. Utviklingen av kvalitet innen fagområdet krever et nært samarbeid mellom skoleverket, ambulansetjenesten og andre fagmiljøer innen prehospital akuttmedisin.(..)*

*Ambulansefaget stiller store krav til fagarbeideren. Det stilles krav til teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter. Det stilles videre krav til personlig egnethet. Foruten evne til å kunne arbeide i team, må man kunne arbeide selvstendig. Det legges vekt på:*

- *fysisk og psykisk styrke*
- *evne til å vise medmenneskelighet og utvise respekt for andre menneskers egenverd*
- *evne til å ivareta nødvendige sikkerhetsmessige forhold for å skape et akseptabelt sikkerhetsnivå for pasienter og personale*
- *evne til å mestre ulike operative forhold*
- *evne til å tilpasse seg medisinsk faglig veiledning og kontroll*
- *evne til å ta ansvar for egen faglig utvikling*

*Ambulansepersonellets hverdag består av vanlige ambulanseoppdrag og oppdrag hvor sykdom eller skade kan være så alvorlig at pasientens liv er truet.*

*Ambulansetjenesten fungerer som bindeledd mellom primærhelsetjenesten og sykehuset. Personellet må ha et nært samarbeid med det øvrige personellet i helsevesenet og i andre utrykningsetater.*

*I alt sitt arbeid må ambulanspersonellet vise evne til å reagere og handle ut fra gjeldende faglige, etiske og juridiske retningslinjer innenfor arbeidslivet generelt og helsetjenesten spesielt.*

I Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) «Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste» foreslo daværende Sosial- og helsedepartementet at det samlede akuttmedisinske tilbudet måtte styrkes og at departementet ville utarbeide krav til de ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden. Hensikten var å sikre befolkningen nødvendig helsehjelp og å oppfylle visse kvalitetskrav kombinert med hensiktsmessig ressursbruk.

Den 8. september 1997 oppnevnte Sosial- og helsedepartementet et offentlig utvalg som skulle utrede faglige krav til den akuttmedisinske beredskapen. Utvalget ble ledet av daværende kommunelege I i Alta, Daniel Haga. Haga-utvalget leverte sin innstilling 2. juni 1998; NOU 1998:9<sup>3</sup>. Om ambulansetjenesten uttalte utvalget bl.a. følgende:

- *Ambulansetjenesten har en sentral rolle innen prehospital akuttmedisin og ulykkes- og katastrofeberedskap og er en viktig trygghetsskapende faktor for befolkningen.*

---

<sup>3</sup> [NOU 1998:9 Hvis det hasterfaglige krav til akuttmedisinsk beredskap](#)

- *Utfordringene innen tjenesten er knyttet til både kapasitets- og kvalitetsproblemer. I de største byene er fagligheten stort sett ivaretatt, men det er for liten kapasitet i tjenesten. I de mindre tjenestene er hovedutfordringen å bedre kvaliteten på tjenesten. Dette krever opprusting til to-mannsbetjente ambulanser og høyere utdanningsnivå.*
- *Mangel på nasjonale retningslinjer og forskrifter har medført uensartet organisering av tjenesten, med variasjon i faglig og operativ standard. Det økonomiske grunnlaget for drift av ambulansetjenesten rapporteres fra flere hold til ikke å være tilfredsstillende. Fylkeskommunene har til dels mangelfull oversikt over egen tjeneste.*
- *Utdanning, medisinsk ledelse og delegering av behandlingsfullmakter, som igjen avgjør det faktiske medisinske behandlingstilbudet, varierer fra kommune til kommune og fra fylke til fylke. Det er til dels mangelfull dokumentasjon og kvalitetssikring.*
- *Det må skje en betydelig opprustning av ambulansetjenesten, både faglig, organisatorisk og kapasitetsmessig for at den skal kunne møte dagens og morgendagens behov og krav. Ny medisinsk kunnskap og teknologi må utnyttes til pasientens beste ved å styrke det leddet i den akuttmedisinske kjeden som oftest møter pasienten først.*

Utvalget konkluderte med at det var behov for en styrking av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og foreslo en felles forskrift for prehospital akuttmedisin, med styrking av primærhelsetjenesten, oppbygging av bil- og båtambulansetjenesten og endring i sykehusstrukturen. Om krav til opplæring av ambulansepersonell uttalte utvalget bl.a. følgende:

- *Personell på transport- og dagambulanser (ikke akuttoppdrag), deltidsansatt personell og vikarer utdannes i henhold til NOU 1976:2.*
- *Profesjonelt, heltidsansatt ambulansepersonell utdannes i henhold til ny ambulanseutdanning/fagplan for videregående skole som fører til fagbrev. Dette bør være det normale utdanningsnivået for ambulansepersonell i Norge.*
- *Større ambulansetjenester vil ha behov for personell med spesialutdanning og utvidede delegerede fullmakter. Utdanning av spesialkompetent ambulansepersonell må bygge på fagutdanning/fagbrev og være innenfor høgskolesystemet. Utdanningen bør kunne gis innenfor følgende områder; kliniske- og operative fag, pedagogiske fag og administrative fag. I tilknytning til dette bør det etableres et nasjonalt undervisningscenter i prehospital akuttmedisin som også skal ivareta forskningsoppgaver.*

I Ot.prp. nr. 13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)* foreslo daværende Sosial- og helsedepartementet at ambulansearbeidere skulle autoriseres som helsepersonell. I sin begrunnelse uttalte departementet bl.a. følgende:

*Ambulansearbeidere undersøker og utfører prehospital håndtering av pasienter, f.eks den første stabiliserende og livreddende behandling ved de fleste tilstander som krever hjelp i*

*løpet av få minutter, eventuelt sammen med lokal lege og eventuelt med veiledning fra sykehus. De skal også foreta sikker og hensiktsmessig pasienttransport. Yrkesutøvelsen kan innebære høy risiko for pasienten, avhengig av den helsefaglige bemanning i ambulansetjenesten. Hensynet til forutsigbarhet og behovet for at yrkesgruppen innehar nødvendige kvalifikasjoner bør veie tungt. Likeledes annet helsepersonells og allmennhetens behov for tillit til at ambulansarbeidere innehar nødvendig kompetanse. I dag varierer yrkesrollens innhold i meget stor grad.*

*Etter departementets vurdering bør ambulansarbeidere med fagbrev få autorisasjon (ambulanspersonell i høringsnotatet). Fører av ambulanseskjortetøy må for øvrig ha fylt 20 år for å fylle kravene til Vegdirektoratets kompetansebevis, som kreves av samferdselsmyndighetene. I den utstrekning andre ambulansarbeideres arbeidsoppgaver er relatert til pasienter, vil vedkommende falle inn under definisjonen av helsepersonell, og således være regulert av loven.*

Helsepersonelloven ble vedtatt i tråd med Sosial- og helsedepartementets tilrådninger den 2. juli 1999 og trådte i kraft 1. januar 2001.

Den 30. juni 2000 fremla Sosial- og helsedepartementet en Stortingsmelding om akuttmedisinsk beredskap; St.meld. nr. 43 (1999-2000)<sup>4</sup>. Om ambulansetjenesten uttalte departementet bl.a. følgende:

*Departementet ser positivt på etableringen av det nye ambulansefaget i den videregående skole, og vil fremsette krav om at minst én av ambulanspersonellet per bil per vakt skal ha dokumentert fagkompetanse på nivå med fagbrev. Dette kravet vil inngå i den planlagte felles forskrift om prehospital akuttmedisin som omtalt i kapittel 2.6.*

*Kompetansekravet vil, etter departementets oppfatning, bidra til å sikre et solid nasjonalt nivå basert på nasjonale læreplaner, faglige krav til praksisbedrifter, strukturert og dokumentert praktisk opplæring, nasjonale eksamener, ensartede prøvenemder, egen utdanning av faglærere og egen instruktør opplæring for praksisveiledere. Departementet ser positivt på at utdanningen er lagt opp som en praktisk-teoretisk utdanning i samsvar med ambulansefagets yrkesutøvelse. Når det gjelder ambulanspersonell nr. 2 mener departementet at det bør settes krav til dokumentasjon av akuttmedisinsk- og pleiefaglig kompetanse på nivå med NOU 1976:2.*

Om behovet for videreutdanning uttalte departementet videre:

*I henhold til ny spesialisthelsetjenestelov skal «eier av virksomhet som yter helsetjenester som omfattes av denne loven (...) sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring,*

---

<sup>4</sup> [St.meld. nr. 43 \(1999-2000\) Om akuttmedisinsk beredskap](#)



*etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig».*

*Departementet støtter akuttutvalgets vurdering av at det finnes behov for en videreutdanning av ambulanspersonell utover fagbrevnivå. Akuttutvalgets forslag om å etablere en videreutdanning for ambulanspersonell på høgskolenivå synes imidlertid lite formålstjenlig, særlig på bakgrunn av at fagutdanningen ikke gir generell studiekompetanse. I stedet oppfordrer departementet til at det etableres en ikke-formalisert videreutdanning, særlig for ambulansetjenester med stor aktivitet.*

*Muligheten for å etablere en videreutdanning i videregående skole etter modell fra tekniske fagskoler, har tidligere vært diskutert i departementet. Man kom da til at det er lite hensiktsmessig å legge denne modellen til grunn for en videreutdanning av ambulanspersonell, fordi teknisk fagskole er toårig, mens ambulanspersonellet vil ha behov for vesentlig kortere tidsperiode (f.eks. moduler). Den videregående skole er dessuten lite egnet fordi kompetanseutvikling av ambulanspersonell må baseres på trening av praktiske ferdigheter i tillegg til teoretisk undervisning. Slike ferdigheter praktiseres i hovedsak i sykehusenes akuttavdelinger (akuttmottak, operasjons- og intensivavdelinger).*

*Departementet mener derfor at fylkeskommunene - ved medisinsk systemansvarlig lege - bør gis ansvar for videreutdanning av ambulanspersonell innen kliniske disipliner. Det faglige innholdet i nåværende videreutdanningstilbud for ambulanspersonell omfatter i hovedsak akuttmedisinske behandlingstiltak som i utgangspunktet er forbeholdt leger. (...)*

*Departementet vil påpeke at utføring av denne typen behandlingstiltak forutsetter tilrettelagt systemer for oppdatering og vedlikehold av kunnskaper og ferdigheter, og at disse bør kontrolleres gjennom en sertifiseringsordning.*

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ble vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet 18. mars 2005 og trådte i kraft 1. april samme år. Forskriftens § 17 regulerer kravene til bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten. Bestemmelsens første og andre ledd lyder:

#### **§ 17. Bemanning og helsefaglig kompetanse**

*Ambulansebiler og -båter som utfører oppdrag som nevnt i § 3 2. ledd og § 15 skal være betjent av minst to helsepersonell slik at pasienten sikres adekvat behandling og oppfølging under transport.*

*Minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider. Øvrige helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Dette innebærer som minimumskrav en redningsteknisk del med 55 timer teori og 15 timer praktiske øvelser, samt en medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og 3 ukers praksistjeneste ved*

*mottakelsesavdeling/intensivavdeling (1 uke), operasjons-anestesiavdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avdeling (1 uke).*

Helse- og omsorgsdepartementet bad i brev av 21. juni 2006 daværende Sosial- og helsedirektoratet vurdere behovet for en videreutdanning innen akuttmedisin/prehospitalt arbeid for ambulanspersonell. Departementet bad også direktoratet vurdere behovet for formalisering av videreutdanning og vurdere på hvilket nivå en slik videreutdanning burde organiseres. I rapport av desember 2007 anbefalte SHdir en ettårig videreutdanning på høyskolenivå der målgruppen primært var ambulansarbeidere, men som var åpen for andre faggrupper med relevant bakgrunn. Utdanningen burde tilbys i hver helseregion for å gi et likeverdig tilbud til kompetanseheving over hele landet, og finansieres gjennom rammebevilgning på linje med andre helseutdanninger.

En arbeidsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet avleverte i mars 2009 en rapport med faglige anbefalinger knyttet til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.<sup>5</sup> Arbeidsgruppens anbefaling var at det burde etableres en formalisert utdanning innen ambulansfaget på høyskolenivå. Anbefalingen var bl.a. begrunnet ut fra følgende hensyn:

- *Ambulanspersonell utfører i dag vurderinger, behandling og har et selvstendig ansvar tilsvarende helsepersonell med minimum høyskoleutdanning.*
- *Kravene til kompetanse synes økende i fremtiden.*
- *Utdanningen skal utvikles i et gjenkjennbart system på et anerkjent nivå.*
- *Utdanningen skal inneholde tilstrekkelig akademisk kompetanse innen faget for å sikre forskning og utvikling innen fagområdet.*
- *Modellen skal legge til rette for en bredere kompetanseplattform med mulighet for en mer fleksibel bruk av kompetansen.*
- *Det bør legges til rette for å få godskrevet kompatibel kompetanse fra relevante andre helseprofesjonsutdanninger.*
- *Utviklingen internasjonalt viser en etablering av et formalisert avansert kompetansenivå innen ambulansfaget på høyskolenivå.*
- *Ambulanspersonell med høyskoleutdanning og økt kompetanse, vil kunne bidra til bedre utvikling av samhandling med primærhelsetjenesten. Ambulanspersonell vil kunne utfylle primærhelsetjenesten på en bedre måte.*
- *Ambulanspersonell med høyskoleutdanning vil kunne ha tilleggsoppgaver og arbeide tettere sammen med kommunens leger og sykepleiere*

---

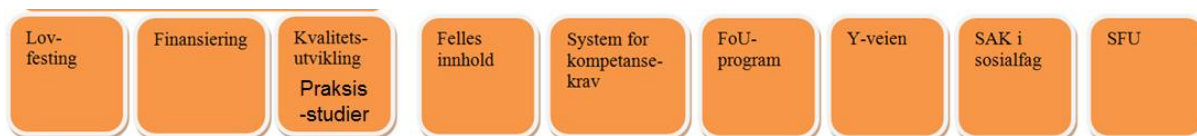
<sup>5</sup> [En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten](#)

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i oktober 2013 et nytt utvalg som skal utrede faglige krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Utvalget er ledet av fylkesmann Ann-Kristin Olsen fra Vest-Agder og skal levere sin innstilling høsten 2015.

Forslag til forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal er ute på høring. I høringsnotatet foreslås kompetansekravene i ambulansetjenesten skjerpet.

## 2.1 Sammenhengen med andre nasjonale prosjekter

Oppfølging av anbefalinger i rapporten kompetansebehov i ambulansefag vil henge sammen med øvrige oppfølgingsprosjekter etter Meld St 13 (2012-2013), *Utdanning for velferd*, og det er viktig å ivareta gråsoner med andre relevante prosjekter:



### System for kompetansekrav

I skisse til nytt system for kompetansekrav som foreligger fra Kunnskapsdepartementet signaliseres følgende. «Et mulig nytt system for styring kan utformes på følgende måte, med tre nivåer:

- UH-lovens formulering beholdes, og gir fortsatt hjemmel for rammeplan.
- Forskrift for rammeplan beholdes, men utformingen endres betydelig.
- Retningslinjer som beskriver læringsutbyttet for ferdige kandidater for hver enkelt utdanning».

Rammeplanen kan da ha følgende innhold:

- Formelle rammer for retningslinjene
- Eventuelle krav om nasjonale eksamener
- Krav til praksisperiodene
- Felles innhold inkl. tverrprofesjonell samarbeidslæring

Det kan også være naturlig å ha med formålsparagraf, overgangsordninger fra gamle ordninger osv.

I forhold til retningslinjer som beskriver læringsutbyttet for ferdige kandidater for hver enkelt utdanning. Det beskrives at det vil opprettes arbeidsgrupper med ansvar for retningslinjer for utdanningene når systemet er besluttet. Det er viktig at piloter med bachelor i ambulansefag ses i sammenheng det som skjer i videre implementering av nytt system for kompetansekrav.

## Kvalitet og relevans i praksisutdanningen

Målet med prosjektet er å gjennomføre et nasjonalt utviklingsarbeid som skal bidra til å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene slik at de kan møte framtidens kompetansebehov. Prosjektet omfatter 19 helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger med veiledet praksis, fordelt på 31 UH-institusjoner. I tillegg kommer et foreløpig ukjent antall videre- og mastergradstudier. Prosjektet løper ut 2015. Oppdraget til prosjektet inkluderer følgende:

1. Vurdere behovet for endringer i omfang og type av praksisstudier for hver utdanning med utgangspunkt i samfunnets behov. Arbeidet skal skje i et samarbeid mellom utdanningen og praksisfeltet, og se på hvilken rolle praksisstudier på ulike læringsarenaer skal ha i arbeidet med å sikre studentene et relevant læringsutbytte etter endt utdanning.
2. Utarbeide forslag til kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene.
3. Utrede behovet for en ordning for godkjenning av praksissteder som læringsarenaer.

I forhold til punkt 1 og punkt 2 vil leveransene fra prosjektet være et innspill til det videre arbeidet med en felles rammeplan for alle helse- og sosialfaglige utdanninger, herunder krav til praksisperiodene og felles innhold inkl. tverrprofesjonell samarbeidslæring. Det er viktig at piloter med bachelor i ambulansesag ses i sammenheng med arbeidet i dette prosjektet.

## Praksisstudier- ansvaret for de høyere utdanningsinstitusjonene

Praksisstudier er en sentral del av helse- og sosialfagutdanningene. Formålet er å styrke studentenes kunnskap om arbeidsfeltet og trene på reelle arbeidssituasjoner, og gjennom dette forberede dem best mulig for yrket. Gode og relevante praksisstudier er en forutsetning for at helse- og velferdstjenestene skal få tilført kvalifisert personell med riktig kompetanse. Kvalitet og relevans i praksisstudier vil være et viktig tema i en utprøving med piloter med bachelorgrad i ambulansesag.

Det følger av lov om universiteter og høyskoler at de høyere utdanningsinstitusjonene har ansvaret for kvaliteten i alle deler av studiene, også praksisdelen. De opplever imidlertid å ha få virkemidler for å sikre relevante og gode praksisplasser. I NOU 2008:3 fastslo Stjernø-utvalget, blant annet på bakgrunn av NOKUTs evalueringer av sentrale yrkesutdanninger, at det er behov for tiltak for å heve kvaliteten i praksis.

# 3. ORGANISERING AV AKUTT MEDISINSKE TJENESTER

## 3.1 Primærhelsetjenesten

---

Det følger av Helse- og omsorgstjenesteloven at kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i en kommune, skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Når det gjelder akuttmedisinske tjenester omfatter dette blant annet fastleger, legevakt, legevaktsentral, jordmortjeneste, smittevern mm.

### Legevaktsentraler:

Alle kommuner er pålagt å ha en legevaktsentral med telefontilgjengelighet 24 timer i døgnet. Det er planlagt innført et nasjonalt telefonnummer (116117) til legevakt. Henvendelser til 116117 skal rutes til nærmeste legevaktsentral.

Det er registrert 116 legevaktsentraler i Norge (LVS) i Norge. Over 90 % har sykepleier til å betjene LVS på kveld, natt og helg. Noen færre har sykepleier på dagtid, og bemannes av for eksempel helsesekretær. Halvparten av LVS benytter lydlogg<sup>6</sup>. I forbindelse med innføringen av nytt Nødnett og pågående arbeider med sammenslåing av legevaktdistrikter er det forventet en reduksjon i antallet legevaktsentraler.

LV-sentralenes oppgaver er lokal legevaktformidling, formidling av oppdrag til jordmor, hjemmesykepleier, m.m. Oppgavene varierer mellom sentralene, og lokale forhold/prosedyrer. Sentralen kan være plassert i tilslutning til AMK-sentralen, på et fastlegekontor, et eget legevaktkontor, sykehjem eller hos kommersielle tjenestetilbydere.

Antallet telefonhenvendelser til legevaktsentraler per år varierte i 2012 mellom 140 og 90 000 med et gjennomsnitt på knapt 11 000.

---

<sup>6</sup> Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, [Rapport nr 6-2012](#)

Som beslutningsstøtte ved legevaktsentraler benyttes både ”Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp (NMI)” og ”Telefonråd”. Telefonråd er et elektronisk oppslagsverk for beslutningsstøtte for sykepleiere og medarbeidere ved legevakter og legekontorer.

### Legevakt:

I 2012 var det registrert 203 legevakter i Norge. 84 av disse var kommunale, mens 89 var interkommunale legevakter det vil si ordninger der to eller flere kommuner samarbeider om organisering av legevakt. De øvrige (30) har ulike ordninger på ulike tider av døgnet.

85 % av legevaktene hadde bare én lege på vakt. 19 % av disse var turnusleger. 20 % av legevaktene hadde organisert bakvaksordning.

71 % av legevaktene rapporterte at lege i vakt alltid eller oftest rykker ut ved akutt skade/sykdom (rød respons). En gjennomgang av landets 116 legevaktsentraler fra 2012 viste at over 90 prosent av disse bemannes av sykepleier på kveld, natt og helg.<sup>7</sup>

Oppdaterte tall fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin viser at legevaktene hvert år håndterer ca. 2 millioner pasienthenvendelser.<sup>8</sup>

I 1996 ble det beregnet at primærhelsetjenesten årlig håndterte ca. 18 millioner pasientkonsultasjoner, hvorav 4,5 millioner var såkalt øyeblikkelig hjelp, mens bare 410 000 endte med sykehusinnleggelse. Ca. 44 00 ble vurdert som tidskritiske hendelser.<sup>9</sup> Tallene viser at dersom primærhelsetjenesten øker antallet henvisninger av øyeblikkelig hjelp pasienter til sykehus med en prosent – så øker antallet innleggelser i sykehus med hele 10 prosent. Dette illustrerer hvilken viktig rolle primærhelsetjenesten har i forhold til vurdering av behovet for helsehjelp og seleksjon av pasienter som har behov for sykehusinnleggelse.

## 3.2 Spesialisthelsetjenesten

---

Statlig styring med den offentlige helsetjenesten skjer dels gjennom lov og forskrift, økonomiske virkemidler/incentiver og eierstyring (helseforetakene). Eierstyringen av helseforetakene skjer dels gjennom foretakets styre, styringsdokumenter (oppdragsbrev) og foretaksmøter. Dette er nærmere beskrevet i helseforetaksloven.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven at de Regionale helseforetakene (RHF) skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og

---

<sup>7</sup> Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, [Rapport nr.16-2012](#)

<sup>8</sup> [Steinar Hunskår, Bergens tidene 2.november 2012](#)

<sup>9</sup> NOU 1998:9 Hvis det haster..

utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.

De 4 regionale helseforetakene (Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst RHF) eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene yter dels helsetjenester gjennom egne helseforetak (ett eller flere sykehus) og dels gjennom kjøp av tjenester fra private utøvere, f.eks. avtale-spesialister og private sykehus.

### AMK-sentralene:

AMK-sentralenes hovedfunksjoner er å:

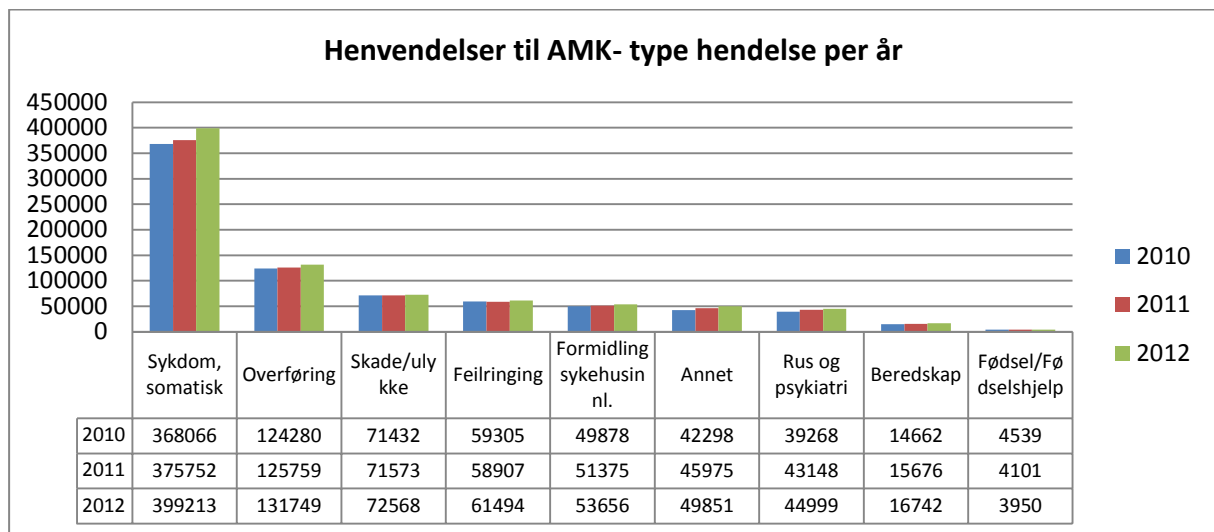
- håndtere akutthenvendelser til medisinsk nødtelefon 113
- identifisere og møte behov for akutt helsehjelp ved strukturert innhenting av informasjon
- fastsettelse av riktig respons (hastegrad og ressurs, dvs. lege, ambulanse osv.)
- gi tilpassede råd og veiledning
- varsling og oppfølging av aktuelle deler av helsevesenet og andre ressurser
- styre og koordinere ambulanseoppdrag,

Per 1. januar 2014 var det i alt 19 AMK-sentraler i Norge. Dette antallet vil etter planen bli redusert til 16 ved årsskiftet 2014/2015 (Helse Nord RHF har vedtatt nedleggelse av AMK-Harstad, Helse Midt-Norge RHF har vedtatt nedleggelse av AMK- Møre og Romsdal, og styret i SØ har besluttet nedleggelse av AMK-Østfold)

AMK-data fra Norsk pasientregister (NPR) viser at det i 2012 ble håndtert ca. 834.000 henvendelser ved landets AMK-sentraler.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> AMK-data, grunnlagstall fra NPR 2010-2012



AMK-sentralene bemannes av sykepleiere og ambulansesarbeidere. Sykepleierne mottar som hovedregel alle henvendelser til medisinsk nødnummer 113, mens ambulansesarbeiderne fungerer som ressurskoordinator når det gjelder styring av ambulanseressurser. Utover at AMK-sentralene skal bemannes med "helsepersonell" foreligger det ingen formelle kompetansekrav til personell som bemanner sentralene. Dette har bidratt til ulikheter både når det gjelder utvelgelse og opplæring av AMK-operatører.

Selv om dette ikke er noe formelt krav har flere AMK-sentraler sertifiserings- og resertifiseringsordninger for AMK-operatører. AMK-sentralene har egen AMK-lege i vakt. AMK-legen skal benyttes for konsultasjon om medisinske problemstillinger. Vakthavende AMK-lege er som oftest spesialist eller LIS i anestesilogi. Vakthavende AMK-lege vil som oftest enten være vakthavende ambulanshelikopterlege eller vakthavende primær- eller sekundærvakt i anesesiavdeling ved sykehus. Flere sykehus har egen instruks for AMK-lege.<sup>11</sup>

Som beslutningsstøtte for riktig akuttmedisinsk respons benyttes det ved alle AMK-sentraler *Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp* (NMI). NMI er kriterie-, dvs. symptombasert, og ikke diagnose-basert. Eksempelvis angir den at akuttmedisinsk respons ved akutte smerter midt i brystet i mer enn 5 minutter, tilsier umiddelbar utkalling av ambulanse på utrykning dvs. hastegrad akutt. Responsen er uavhengig av diagnose dvs. om pasienten har eller ikke har hjerteinfarkt, selv om dette er nærliggende i en slik situasjon.

Tradisjonelt har AMK-sentralene vært plassert i sykehus som en integrert del av sykehusenes akuttmottak. De senere år har to AMK-sentraler blitt flyttet ut av sykehusene/akuttmottakene (AMK-Buskerud og AMK-Sørlandet). I en del tilfeller fungerer AMK sentralen også som legevaktsentral (LV-sentral) for vertskommunen, men det har i de senere årene vært en tendens til at kommunene samler seg om interkommunale LV sentraler.

<sup>11</sup> [http://www.stolav.no/ftp/stolav/eqspublic/brannvern/docs/doc\\_13056/index.html](http://www.stolav.no/ftp/stolav/eqspublic/brannvern/docs/doc_13056/index.html)



Alle AMK sentraler benytter helseradionettet eller nytt nødnett aktivt i kommunikasjon med ulike helseressurser og andre ressurser fra for eksempel brann og politi. All kommunikasjon i AMK-sentralene lydlogges.

### 3.3 Ambulansetjenesten

---

Ambulansetjenesten består av bil-, båt- og luftambulansetjenester.

#### Bilambulansetjenesten:

I følge SSB ble det 2012 gjennomført over ca. 636 000 ambulanseoppdrag med bil.<sup>12</sup> Sammenlignet med 2002 utgjør dette samlet sett en økning på 178 342 ambulanseoppdrag, noe som utgjør en vekst på nærmere 40 prosent over de siste 10 årene.

Kilde: SSB

Hver bilambulanse er bemannet med to helsepersonell hvorav minst en skal ha autorisasjon som ambulansearbeider. Det andre personellet skal ha annen akuttmedisinsk kompetanse. Bemannings- og kompetansekravene er regulert i § 17 annet ledd, i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.<sup>13</sup>

#### Båtambulansetjenesten:

I følge SSB ble det i 2012 utført 2853 oppdrag med i alt 33 ambulansebåter<sup>14</sup>

Bemanningen av ambulansebåter er noe forskjellig men de skal som hovedregel være bemannet på samme måte som ambulansebiler.Luftambulansetjenesten:

Luftambulansetjenesten består av:

*Ambulansehelikoptertjenesten:* 12 helikoptre fordelt på 11 baser (Arendal, Stavanger, Lørenskog, Ål, Dombås, Trondheim, Ålesund, Førde, Bergen, Brønnøysund, Tromsø). Ambulansehelikoptrene bemannes med pilot, redningsmann og lege. Redningsmannen har ofte utdanning som ambulansearbeider/sykepleier.

*Redningshelikoptertjenesten:* 6 baser (Sola, Ørland, Bodø, Banak, Rygge, og Florø)

Redningshelikoptrene er bemannet med 2 piloter, tekniker, navigatør, redningsmann og lege.

---

<sup>12</sup> Tall for antall ambulanseoppdrag i 2012 på SSB.no viser at det totale antallet ambulanseoppdrag var 788 198 i men dette skyldes feilrapportering fra Helse Nord Trøndelag (169 031 oppdrag). Det mangler også tall fra Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal.

<sup>13</sup> [forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.](#)

<sup>14</sup> Kilde: SSB.no

*Flyambulansetjenesten:* 9 ambulansefly fordelt på 7 baser (Kirkenes, Alta, Tromsø, Bodø, Brønnøysund, Ålesund og Gardermoen)

Ambulanseflyene er bemannet med to piloter og spesialsykepleier (noen ganger også lege)

I 2008 var det knyttet 154 årsverk for helsepersonell til luftambulansetjenesten. Av disse utgjorde redningsmennene 42, legene 60 og sykepleierne 52 årsverk.<sup>15</sup>

Luftambulansetjenesten gjennomførte i 2012 totalt 18 156 oppdrag, mot 17 727 i 2011. Oppdragene ble fordelt slik:<sup>16</sup>

- 7 525 (7 098) med ambulanshelikopter,
- 9 417 (9 409) med ambulansefly
- 1 214 (1 220) med redningshelikopter. Av disse var 780 (719) ambulanseoppdrag og 429 (501) søk- og redningsoppdrag (SAR).

I tillegg ble det utført 1 633 oppdrag med legebiler, mot 1 685 i 2011.

Totalt ble 19 775 pasienter assistert/transportert, mot 19 407 i 2011.

---

<sup>15</sup> Kilde: SSB

<sup>16</sup> [Årsrapport 2012 Luftambulansetjenesten](#)

## 4. DAGENS UTDANNING AV AMBULANSEPERSONELL

Den samlede kompetansen i ambulansetjenesten er variert. Det er flere utdanninger og yrkesgrupper som til sammen utgjør det ambulansesfaglige miljøet. I denne utredningen er det ambulansearbeideren og ambulansearbeiderens kompetanse som står i sentrum, jf. oppdraget. Det betyr ikke at arbeidsgruppen ikke anerkjenner de øvrige utdannings- og yrkesgruppene i ambulansetjenesten. Tvert i mot er et samspill mellom flere en styrke for kvalitet og mangfold.

### 4.1 Ambulansefaget

---

Ambulansefaget ble godkjent i 1996 og etablert i videregående opplæring etter hovedmodellen for fagopplæring i arbeidslivet med to år i skole (Vg1 helse- og oppvekstfag, Vg2 ambulansesfag) og to år i lære (Vg3 ambulansesfag). Opplæringen blir dokumentert ved tildeling av fagbrev. Etter avlagt fagprøve er det mulig å ta ett års påbygning og få generell studiekompetanse. Denne ordningen er nå innført som en rettighet for elever med ungdomsrett som har fullført yrkesfaglig utdanning.

Fagets innhold og hva opplæringen skal kvalifisere til, fremgår av læreplanen i faget, som har status som forskrift. Formålet med opplæringen er at faget:

*(...) skal bidra til at lokalsamfunnet har beredskap ved akutt sykdom, forverring av kronisk sykdom, ulykker og katastrofer. Ambulansefaget skal legge grunnlag for yrkesutøvelse innen akuttmedisinsk behandling og transport av pasienter. Ambulansetjenesten er en del av spesialisthelsetjenesten og skal fungere som bindeledd mellom primærhelsetjeneste og sykehus.*

*Opplæringen skal bidra til å ivareta sikkerheten og pasientenes vitale funksjoner under ambulansoppdrag. Videre skal opplæringen utvikle evnen til å arbeide under tidspress og ofte under vanskelige og fysisk krevende forhold. Opplæringen skal utvikle evne til å arbeide selvstendig og til å kommunisere med og gi profesjonell omsorg til alle brukere. Opplæringen skal bidra til etisk bevisstgjøring og flerkulturell forståelse.*

*Opplæringen skal være knyttet til det medisinske og operative fagfeltet og bidra til at ambulansarbeidere kan fungere godt i tverrfaglige akuttmedisinske team og i samarbeid med en kommunikasjonsentral. Videre skal opplæringen legge grunnlag for planlegging, gjennomføring, dokumentering og vurdering av daglige utfordringer i ambulansesfaget. Fullført og bestått opplæring fører fram til fagbrev. Yrkestittel er ambulansearbeider.*

## Søkere og inntak til ambulanséfaget

Det var 686 søkere til Vg2 ambulanséfag for skoleåret 2014/2015, noe som er en økning på 24 personer fra året før (Kilde: Udir). 21 skoler tilbyr ambulanséfag Vg2, fordelt over hele landet. Til skoleåret 2013/2014 var det 673 søkere, mens 500 elever ble tatt inn på Vg2 ambulanséfag. At så mange ikke kom inn sier noe om fagets popularitet.

Per 1.12.2013 var det 358 søkere til lærekontrakt og 251 godkjente lærekontrakter. Alle som fikk lærekontrakt hadde det som sitt førsteønske. 149 søkere hadde ungdomsrett og 97 av disse hadde fått godkjent lærekontrakt. Alle var primærsøkere. Tallene viser at en relativt høy andel som får lærekontrakt ikke har ungdomsrett og er noe eldre enn rettighetslærlingene. Det har vært en økning på 24 prosent i tallet på inngåtte lærekontrakter siden 2011. (kilde: Udir).

Til sammen blir det avlagt i underkant av 400 fagprøver i ambulanséfaget hvert år og det blir avlagt flest prøver i de tre nordligste fylkene (mellom 30 og 50 per fylke). Det blir avlagt færrest prøver i Agder-fylkene og i Vestfold og Telemark (om lag 8 per fylke). At det blir avlagt så mange flere fagprøver enn antall lærekontrakter per år skulle tilsi, tyder på at mange avlegger prøven som praksiskandidat etter § 3-5 i opplæringslova. Disse kandidatene er voksne som har minimum 5 års relevant erfaring.

Både det faktum at mange av lærlingene er eldre enn minstealder og at rundt 150 personer avlegger fagprøven som praksiskandidater gjør at man ikke uten videre kan si at ambulanséfaget er et «ungdomsfag». Mange rekrutteres altså ikke til tjenestene direkte fra utdanning men via andre kanaler. De tar deretter utdanning mens de er i arbeid. Forskning og evaluering blant annet av Kunnskapsløftet viser at dette er et gjennomgående trekk i mange av helseutdanningene i Norge og et faktum man må ta langt mer hensyn til i videreutviklingen av tilbud og struktur både i videregående og høgre utdanning.

Systemet for fagopplæring i arbeidslivet er basert på trepartssamarbeidet mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, og institusjonalisert gjennom systemet for faglige råd og Samarbeidsrådet for fag- og yrkesopplæringen (SRY). I spørsmål som angår endring i fag- og tilbudsstruktur, læreplaner, vurderingskrav etc. er partenes innflytelse sterk. Dette for å sikre en nær kobling mellom utdanningssystem og det arbeidslivet fag- og yrkesopplæringen skal kvalifisere for.

## 4.2 Autorisasjon som ambulansearbeider

---

Etter oppnådd fagbrev som kan man søke om autorisasjon som ambulansearbeider. I 2013 ble det autorisert 335 ambulansearbeidere, mens det tilsvarende tallet i 2012 var 280 og i 2011 413.

Siden 2001 har det blitt autorisert 4 741 ambulansearbeidere i Norge, av disse er 1 456 kvinner og 3 285 menn. Andelen kvinner utgjør 30 prosent.

Det er til sammen 749 personer som har autorisasjon både som sykepleier og ambulansearbeider (kilde: SAK).

### 4.3 Årsverk, sysselsatte, aldersfordeling og utdanningsbakgrunn

---

I 2008 var *antallet årsverk* i bil- og båtambulansetjenesten ca. 3 300. Disse var fordelt mellom 210 sykepleiere, 2 241 ambulansesarbeidere og 862 ambulansepersonell med annen kompetanse.<sup>17</sup> I 2012 var det registrert 4 187 årsverk og 4 881 sysselsatte (se figur under) i ambulansetjenesten. 2 785 av disse kan man gå ut fra er ambulansesarbeidere. Antall årsverk er 2 445.

Det finnes ikke mye detaljert statistikk om ambulansetjenesten og de utdanningsgruppene som hører til innenfor denne tjenesten. Det synes som om SSB kategoriserer ambulansesarbeidere som personer med «annen helseutdanning på videregående skolenivå».

Tabell 08063 i Statistikkbanken til SSB er nok den eneste som sier noe om selve tjenesten. Grunnen til at det ikke er lagt ut tabeller på ambulansesarbeidere er nok først og fremst at man bruker den samme kodelisten på alle tjenester. Ambulansesarbeiderne er relativt sett få (bortsett fra i ambulansetjenesten) og blir derfor slått sammen med andre grupper i tabeller av hensyn til personvern.<sup>18</sup>

Økningen på ca. 400 årsverk fra 2008 forklares blant annet ut fra at det utdannes stadig flere ambulansesarbeidere og at kompetansekravene i akutforskriften i større grad er blitt implementert i virksomhetene.

Tall fra SSB viser at det var 3 777 sysselsatte *ambulansesarbeidere* i 2012. Ikke alle arbeider nødvendigvis i ambulansetjenesten. Det var registrert 20 arbeidsledige

Det er en forskjell på registrerte sysselsatte ambulansesarbeidere og sysselsatte i ambulansetjenesten. Sysselsatte i ambulansetjenesten inkluderer flere yrkesgrupper. Forskjellen mellom antall sysselsatte (dvs personer) og avtalte årsverk gir en pekepinn om deltidsbruk i tjenestene.

Spesialisthelsetjenesten. Avtalte årsverk ekskl. lange fravær og sysselsatte, etter region, utdanning, tjenesteområde, landbakgrunn, tid og statistikkvariabel

---

<sup>17</sup> Kilde: SSB

<sup>18</sup> Følgende lenke viser til en av de landsdekkende tabellene fra siste publisering av helse- og sosialpersonell <http://www.ssb.no/hesospers> i denne publiseringen vises ambulansesarbeidere i 4 av 6 tabeller, men altså ikke spesifikt for ambulansetjenesten. Det er mulig å lage mer detaljerte oversikter over ambulansesarbeidere, men dette vil være et betalt oppdrag som må avtales og spesifiseres nærmere med SSB.

					2010		2012	
					Avtalte år	Sysseksatte	Avtalte år	Sysseksatte
Hele land	Sykepleiere	Ambulansetjenesten	Begge kjønn	16-39 år	265	316	309	351
				40-54 år	164	173	247	265
				55-66 år	30	35	51	51
	Hjelpepleiere inkl. barnepleiere	Ambulansetjenesten	Begge kjønn	16-39 år	32	37	18	28
				40-54 år	20	25	14	19
				55-66 år	3	5	4	5
	Personell uten helsefaglig utdanning	Ambulansetjenesten	Begge kjønn	16-39 år	527	694	529	733
				40-54 år	342	371	323	350
				55-66 år	84	100	91	104
	Annen helseutdanning på videregående skolenivå	Ambulansetjenesten	Begge kjønn	16-39 år	926	1070	1206	1403
				40-54 år	770	842	1027	1125
				55-66 år	149	172	208	249
	Annen helseutdanning på høyskole- og universitetsnivå	Ambulansetjenesten	Begge kjønn	16-39 år	18	34	47	79
				40-54 år	15	18	23	22
				55-66 år	2	2	8	5

Kilde: SSB

#### 4.4 Videreutdanning for ambulanspersonell

Høgskolen i Lillehammer startet våren 2003 et videreutdanningstilbud i paramedic på 60 studiepoeng: Nasjonal Paramedic-utdanning årsstudium. Opptakskravet er fagbrev som ambulansarbeider, studiekompetanse eller godkjent realkompetanse. Det er også krav om minimum ett års erfaring fra ambulansyrket i full stilling. Studiet blir gjennomført på deltid over 2 år. Siden oppstart har det blitt tatt opp studenter til nye kull hvert år. I 2014 startet kull nummer 14 med 40 studenter. Per i dag har omlag 550 studenter har fullført eller er i gang med årsstudium ved HiL. Studiet har hovedsakelig rekruttert studenter Østlandsområdet, men studenter fra hele landet har vært representert.

Høsten 2004 ble det i samarbeid mellom Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag, og Sykehuset Østfold HF, utarbeidet en studieplan for Paramedic- en videreutdanning for ambulansarbeidere på 60 studiepoeng. Utdanningen ble startet opp 17. oktober 2005.

I 2010 startet HiL et påbygningsstudium på 30 studiepoeng. Dette påbygningsstudiet har vært gjennomført tre ganger, og om lag 80 studenter har fullført denne. Studentene har blitt rekruttert fra årsstudiet ved HiL, samt fra årsstudiet ved Høgskolen Betanien og Høgskolen i Østfold. Opptakskrav er fagbrev som ambulansarbeider, studiekompetanse eller godkjent realkompetanse. Det er også krav om minimum ett års erfaring fra ambulansyrket i full stilling. Studiet blir gjennomført på deltid over 2 år. Studiet er oppdragsfinansiert og kostnadene om lag 11 400 kr per 10 stp. I tillegg kommer semesteravgift og diverse andre utgifter.

I 2011 ble studieplanen revidert og det ble utarbeidet en felles studieplan for Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Høgskolen i Østfold, Betanien diakonale høgskole.

Høgskolen i Oslo og Akershus planlegger oppstart av en 3-årig bachelorutdanning i prehospitalt arbeid - paramedic fra høsten 2014. Vi viser til kapittel 6.10 for nærmere omtale av denne.

## 4.5 Etterutdanning og bedriftsintern utdanning

---

Helseforetakene gjennomfører en rekke kurs og etterutdanninger for sine ansatte. Det samarbeides mellom annet med NAKOS (Nasjonalt kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin), Norsk luftambulans og Sivilforsvaret. Egentrening, simulering, øving, systematisk feedback, veiledning og erfaringsoverføring er sentrale elementer i å sikre at personellet har nødvendig og oppdatert kompetanse. I tillegg gjennomføres jevnlig testing og sertifisering/resertifisering.

Tidligere utredninger peker på at helseforetakene uttrykker at behovet for opplæring nå er så omfattende at deler av opplæringen bør flyttes til utdanningsinstitusjoner. Dette er noe av bakgrunnen for ønsket om en formalisert utdanning på høyskolenivå.

## 4.6 Kostnader ved dagens system

---

Under beskrives system og kostnader for å yrkeskvalifisere ambulansarbeidere, som dekkes av arbeidsgiver.

Dette er kurs og sertifiseringer som er påkrevd i tillegg til fagbrev for sikker yrkesutøvelse i henhold til arbeidsgivers ansvar i presisert i forhold til opplæring, etterutdanning og videreutdanning (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-10):

*Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.*

I dette tilfellet kreves altså etterutdanning før personellet kan starte i virksomheten (med unntak av videreutdanning i paramedic som gjerne tas som en etter/videreutdanning i sin rette forstand).

Supplerende utdanningsbehov for en nyutdannet fagarbeider er et resultat av at tjenesten må fylle et kompetansegap som foreligger mellom det behovet tjenesten har, og den kompetansen en ambulansarbeider besitter etter gjennomført utdanning.

Liste over kurs og sertifiseringer som kreves og kostnader per ansatt:

**Førerkort klasse C 1:** De fleste ambulanser er registrert som lett lastebil og krever eget førerkort for dette. Her har arbeidsgiver et ansvar for de som allerede er i fast stilling, men i noen helseforetak dekker ansatte dette selv. Det varierer i hvilken grad arbeidsgiver dekker førerkortet for lærlinger.

*Kostnader ca. 30 000 kr.*

**Kode 160:** Utrykningskurs.

*Kostnader 14 000 kr- 23 000 kr. I noen helseforetak må ansatte dekke dette selv.*

**AMLS-kurs:** Kurs i håndtering av akutt syke pasienter.

*Kostnader 11 000 kr.*

**PHTLS-kurs:** Kurs i håndtering av akutt skadde pasienter.

*Kostnader 12 000 kr.*

**Farmakologi:** Nettbasert studie gjennom Høyskolen i Lillehammer.

*Kostnader 5 250 kr.*

Noen sykehus har interne videreutdanninger for ambulansesarbeidere, ambulansesarbeider 2. Pris per ansatt oppgis å være 25 000 kr.

### **Videreutdanning Paramedic**

Studieavgifter ligger på mellom 72 000 kr. og 112 000 kr., der siste beløp er inkludert litteratur. Det varierer mellom helseregionene og helseforetakene hvor mye stipend og studiestøtte ansatte får for å gjennomføre paramedic-utdanningen.

Til sammen betaler arbeidsgiver mellom 120 250 kr. og 213 000 kr. per ansatt for å sikre at den ansatte har den kompetansen tjenesten krever i forhold til de arbeidsoppgaver og ansvaret som ambulansepersonellet har.

Dette er rene kurs/ studieavgifter. Tar man med de faktiske utgiftene med frikjøp av ansatte til å delta på og være instruktører på kurs, må man plusse på ca. 87 500 kr. per ansatt, hvis man regner totalt 35 dager frikjøp til en pris av 2500kr/dag. I tillegg kan det komme store utgifter knyttet til leie av lokaler for kurs, reise og overnatting for ansatte.



# 5. UTVIKLINGSTREKK OG KOMPETANSEBEHOV I AMBULANSETJENESTEN

Nasjonale data fra Akuttmedisinske Kommunikasjonssentraler (IS-2083) og statistikk fra SSB for 2012 viser at det i 2012 ble iverksatt over 630 000 ambulanseoppdrag med bil eller båt. Dette er en økning på nær 35 000 utrykninger (5,8 %) fra 2011. I samme periode økte innbyggertallet i Norge med 3,7 % i Norge.

Det er grunn til å tro at behovet for ambulansetjenester vil øke også i årene som kommer. Det er dessuten sannsynlig at også innholdet i ambulansetjenesten vil bli gjenstand for endringer som vil kreve styrket kompetanse innen fagområdet.

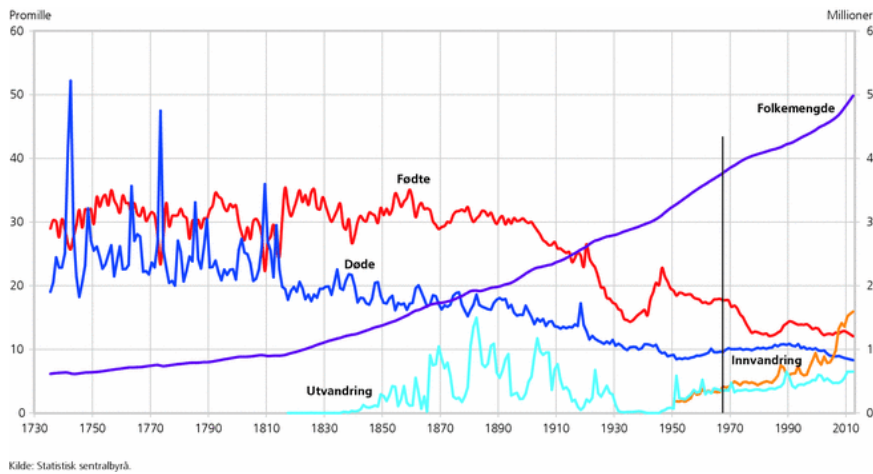
I det følgende diskuterer vi hvilke drivere som vil påvirke utviklingen av ambulansetjenesten samt hvordan dette vil påvirke kompetansebehovene i tjenesten.

## 5.1 Befolkningsøkning

---

Som figuren under viser har Norge hatt en vedvarende befolkningsøkning. Befolkningsøkningen de senere år er i stor grad et resultat av bedret folkehelse, dvs. at flere lever lengre, og at man har hatt en netto innvandring til Norge.

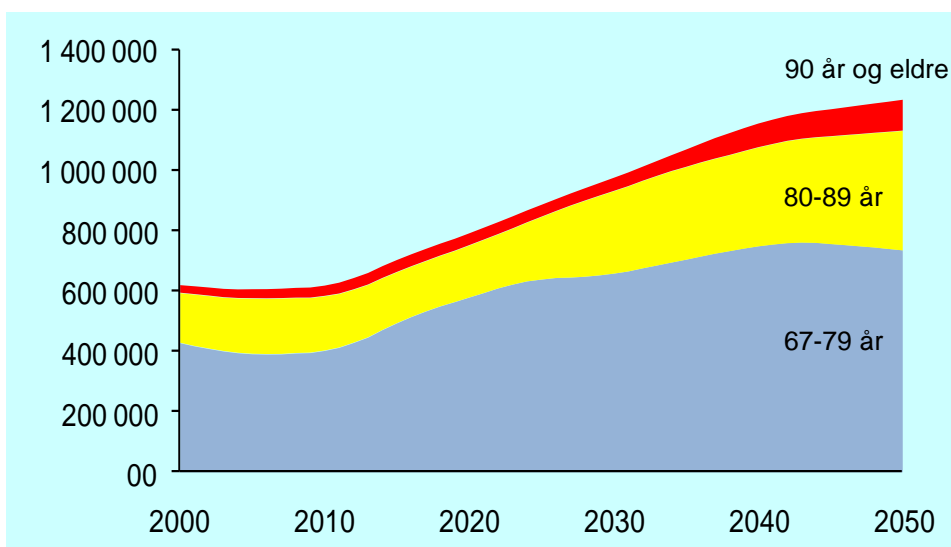
Det er grunn til å tro at denne utviklingen vil fortsette, bl.a. fordi innvandringen vil bli opprettholdt eller øke. Dette som en konsekvens av at Norge er, og fortsatt ser ut til å forbli, et rikt land med konkurransedyktige lønnsbetingelser og stor etterspørsel etter arbeidskraft, bl.a. i helse- og omsorgssektoren.



En naturlig konsekvens av en fortsatt befolkningsøkning vil være at behovet for helsetjenester, herunder ambulansetjenester, også øker. At økningen i ambulanseoppdrag fra 2011-2012 er vesentlig høyere enn befolkningsøkningen illustrerer samtidig at dette alene ikke kan forklare økningen i etterspørsel etter ambulansetjenester.

## 5.2 Alderssammensetning og sykdomspanorama

Som nevnt over, vil bedre folkehelse og nye behandlingsmuligheter bidrar til at den forventede levealderen i Norge øker. Figuren under viser at man i løpet av de neste 30 årene vil få en dobling av andelen eldre over 80 år. Selv om stadig flere eldre også er friske er det grunn til på tro at en betydelig andel av den eldre befolkningen vil bli brukere av et bredt utvalg helsetjenester, også akuttmedisinske tjenester. Dette ut fra en vurdering at det blir flere mennesker med kroniske lidelser og sammensatte sykdommer. Blant sykdommer og lidelser i vekst er bl.a. KOLS, diabetes, demens, sykkelig overvekt, kreft og psykiske lidelser.



### 5.3 Forholdet til de øvrige delene av den akuttmedisinske kjede – og øvrige nødetater

---

Ambulansetjenesten samhandler og samarbeider med flere andre aktører:

Som tidligere nevnt er det AMK-sentralene som mottar og håndterer henvendelser om medisinsk nødhjelp og utalmerer ambulanse og eventuelt legevaktslege. AMK-sentralene styrer og koordinerer ambulanseressursene i sitt AMK-område. Kommunikasjonen mellom AMK-sentralene og ambulansetjenesten skjer dels gjennom elektronisk oppdragsbilde (AMIS-oppdragsskjema) og dels gjennom radiokommunikasjon i gammelt helseradionett eller nytt nødnett som skal være ferdig utbygget ila 2015/16. Ved gjennomføring av ambulanseoppdrag er det ofte tett dialog mellom ambulanspersonell og helsepersonell i AMK-sentralene. Ambulanspersonell benytter rutinemessig også vakthavende AMK-lege for å konsultere om medisinske problemstillinger.

Sammen med lokal legevaktslege utgjør bil- og båtambulansetjenesten den lokale akuttmedisinske beredskapen i Norge. I tråd med Norsk indeks for medisinsk nødhjelp skal AMK-sentralene utalmerer både ambulanse og lokal legevaktslege – såkalte lege-ambulanse-alarm, ved akutt-oppdrag. Legevaktslegen foretar i slike tilfeller en egen vurdering av behovet for å bistå ambulansetjenesten. Tall fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin viser at 71 % legevaktlegene alltid eller oftest rykker ut ved akutt skade/sykdom (rød respons).<sup>19</sup> Dette illustrerer at ambulanspersonell samarbeider tett med legevaktlegene.

Ambulansetjenesten transporterer mange pasienter med akutt sykdom eller skade til sykehus – og sykehusenes akuttmottak. Dette gjelder i hovedsak pasienter med somatisk sykdom eller skade, men omfatter også pasienter med alvorlig psykisk sykdom. Eksempelvis har man i Bergen etablert en egen psykiatriambulans for å håndtere innleggelser av pasienter med alvorlig og akutt psykisk sykdom. I tillegg til skriftlig ambulansjournal anses dialogen mellom ambulanspersonell og mottakende helsepersonell i sykehus å være svært viktig for å sikre nødvendig informasjonsflyt ved akutt sykdom eller skade. Eksempelvis vil det være av stor betydning for den videre utredning og behandling av pasienten at ambulanspersonell kan gi detaljerte opplysninger om skadestedet ved trafikkulykker, eller initiale symptomer ved ankomst til pasienter med akutt sykdom.

Ved ulykker eller andre redningsaksjoner vil ambulanspersonell også samarbeide tett med innsatspersonell fra politi og brann- og redningsetatene. Dette kan f.eks. være aktuelt ved trafikkulykker eller branner, men også dreie seg om f.eks. skarpe oppdrag eller såkalte PLIVO-

---

<sup>19</sup> Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, [Rapport nr.16-2012](#)

aksjoner (Pågående livstruende vold), hvor innsatspersonell fra de tre nødetatene skal samarbeide og samhandle etter et fastlagt og trent handlingsmønster<sup>20</sup>.

## 5.4 Organisering av helsetjenestetilbudet

---

Økt etterspørsel etter helsetjenester innebærer også økt behov for helsepersonell. Beregninger i HELSEMOD viser at det i 2035 kan mangle over 50 000 helsefagarbeidere (tidligere omsorgsarbeidere og hjelpepleiere). Beregningene har også vist at det kan mangle inntil 28 000 sykepleiere.<sup>21</sup>

Det fremtidige behovet for helsetjenester kan vanskelig møtes gjennom ensidig utbygging og utvikling av sykehusbaserte helsetjenester, dvs. spesialisthelsetjenester. Samhandlingsreformen (St. mld. nr. 47 (2008-2009) *Rett behandling på rett sted til rett tid*) innebærer en satsning på behandlingstilbudet utenfor sykehus, bl.a. gjennom satsning på kompetanseheving i primærhelsetjenesten og etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp senger.

Prioritering av rekruttering til legevakt og ønske om bedre diagnostisk muligheter for legevaktsleger, har gjennom de siste tjue årene bidratt til å endre organiseringen av kommunal legevakt. Fra å være et desentralisert tjenestetilbud hvor legen reiste hjem til pasienten, er tjenesten nå i stor grad i ferd med å bli et mer sentralisert tjenestetilbud som ytes i interkommunale, stasjonære legevakter hvor legen bare unntaksvis rykker ut til pasienten. Dette har i sin tur medvirket til en kraftig økning i bruken av ambulanser for å bringe pasienter til og fra legevakt.<sup>22</sup> En konsekvens av at legevaktslegene sjeldnere rykker ut er også at ambulansetjenesten i økende grad blir sendt ut for å gjøre vurderinger av pasientens behov for helsehjelp der dette fremstår som uavklart for enten AMK- eller legevaktssentral.

Også utviklingen av spesialisthelsetjenesten har hatt konsekvenser for ambulansetjenesten. Økt spesialisering, nedbygging av antall sykehussenger og funksjonsdeling mellom sykehus er faktorer som både har påvirket etterspørselen etter ambulansetjenester og behovet for økt kompetanse i ambulansetjenesten. Utviklingen av egne intensivambulanser i Helse Sør-Øst er et eksempel på dette.

Det er behov for økt kompetanse, men også et mer differensiert kompetansebehov i ambulansetjenesten. Det er grunn til å tro at ambulansetjenesten i økende grad utfører oppdrag som ikke kan defineres som ambulanseoppdrag i henhold til forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette gjelder eksempelvis transport av ferdigbehandlede sengeliggende sykehuspasienter eller psykiatriske pasienter. For sentrale strøk og større byer kan man se for seg en

---

<sup>20</sup> Nasjonale retningslinjer for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold

<sup>21</sup> [Helsedirektoratet nyhetssak – november 2011](#)

<sup>22</sup> [En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.](#)

mer differensiert ambulansetjeneste, ut fra dette bildet og dermed et mer bredspektret kompetansebehov. Dette i tråd med anbefaling fra arbeidsgruppe nedsatt av HOD <sup>23</sup>

## 5.5 Utvikling av diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmuligheter utenfor sykehus

---

I løpet av de senere år er det utviklet prehospital behandlingssopplegg for akutte sykdoms- og skadetilstander som tidligere bare ble gitt i sykehus. Et eksempel på dette er prehospital trombolytisk (blodpropp-oppløsende) behandling av pasienter med akutt hjerteinfarkt. Behandlingen er basert på at ambulanspersonell tar en 12-avlednings EKG av pasienten som sendes via radiosamband til spesialist i kardiologi i sykehus for tolkning. Dersom det foreligger behandlingsindikasjon vil ambulanspersonellet deretter kunne iverksette trombolytisk behandlingen på stedet i stedet for å vente til pasienten ankommer sykehus.

Et annet utviklingstrekk er såkalt «Fast-Track» behandling av ulike sykdoms- og skadetilstander. Ett eksempel på dette er behandling av pasienter med symptomer på akutt hjerneslag. Ved tidlig identifisering av symptomer på hjerneslag vil ambulanspersonell kunne varsle sykehuset og bringe pasienten direkte til CT undersøkelse og nevrologisk undersøkelse av spesialist uten forsinkende ledd i legevakt eller akuttmottak i sykehus. Dersom CT-undersøkelsen viser at pasienten har en blodpropp i hjernen (og ikke blødning) vil man på bakgrunn av CT-bildene kunne iverksette tidlig trombolytisk (blodpropp-oppløsende) behandling. En viktig forutsetning for dette er at ambulanspersonellet er kvalifisert til å identifisere symptomer på hjerneslag.

Også på en rekke andre områder er man i ferd med å utvikle diagnostiske hjelpemidler som f.eks. sensorer, hurtigtester, ultralyd, videoassisterte teknikker/prosedyrer og mobile røntgen/CT-løsninger, som på sikt vil kunne tas i bruk ved akutte sykdoms- eller skadetilstander utenfor sykehus. Felles for disse er at de krever økt kompetanse i det ytterste leddet, dvs. ambulansetjenesten.

## 5.6 Kompetansebehovene

---

Ambulansearbeidere utdannet på videregående skole har en grunnkompetanse innen ambulansefaget. Dette innebærer at de er godt kvalifisert til å gjennomføre ordinære transportoppdrag, det vil si vanlige (grønne) oppdrag.

Videre er de kvalifisert til å identifisere og yte livreddende behandlingstiltak ved en rekke tidskritiske sykdoms- og skadetilstander, det vil si akutte (røde) oppdrag. Samtidig er det grunn til å understreke at det på områder som f.eks. klinisk overvåking, administrering av legemidler, håndtering av akutt

---

<sup>23</sup> [En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.](#)

syke barn, sikring av luftveier, mv, er behov for kompetanseheving utover det man har gjennom nåværende ambulanse-arbeiderutdanning.

Vurdering av mer diffuse og uklare somatiske tilstander, samt alvorlig psykisk sykdom utgjør betydelige utfordringer for ambulanspersonell. Eksempelvis å vurdere en pasient med akutte magesmerter. Det kan være alt fra en vanligvis lite alvorlig tilstand som irritasjon av mageslimhinne/magesår, til å være tarmslyng eller tidlige symptomer på den livstruende tilstanden ruptur (sprekk) i hovedpulsåren. Å innhente relevant anamnese(sykehistorie), foreta gode kliniske vurderinger og kommunisere disse på en god måte til en legevaktslege/sykehuslege er utfordrende og krever betydelig kompetanse.

Det prehospitale området (nødmeldetjenesten og ambulansetjenesten) særtegnest bl.a. ved at helsemyndighetene har laget en egen forskrift med til dels spesifikk krav til f.eks. kompetanse og bemanning. Dette er ulikt øvrige deler av helsetjenesten, og er i stor grad en konsekvens av at man over tid har manglet et normativt fagmiljø i denne delen av helsetjenesten. Med et normativt fagmiljø menes her et fagmiljø som på bakgrunn av kunnskap (empiri og forskning) definerer innhold og krav til tjenesten.

Det er behov for å bygge opp et slikt normativt fagmiljø heller enn å regulere området nærmere gjennom lover og forskrifter. Etableringen av en egen fagutdanning for ambulansarbeidere på videregående skoles nivå har ikke i tilstrekkelig grad bidratt til dette.

## 5.7 Bruk av andre helseprofesjoner

---

Det er naturlig å vurdere hvorvidt andre helsefagutdanninger kan ivareta de økte kompetansebehovene i de prehospitale tjenestene. Som det følger av læreplan for ambulansfaget inneholder det kompetanseområder som ikke inngår i øvrige helsefagutdanninger, bla.:

- Redningsteknikk
- Operativ atferd
- Samband og kommunikasjon
- Samhandling med øvrige nødetater
- Operativ ledelse på skadested

Ut fra en konkret vurdering av sykepleiere- og spesialsykepleieres kompetanse, er det fullt mulig å gi disse yrkesgruppene en tilleggsutdanning som kan kvalifisere for å utøve virksomhet på nivå med behovene i tjenesten.

Sykepleiere/spesialsykepleiere er allerede en del av den akuttmedisinske kjede og arbeider innen alle områder av pasientforløpet. Det er således ikke et mål at disse skal «trekkes ut» av tjenestene med etablering av en ny utdanning. Sykepleiere har en selvsagt plass i ambulansetjenesten også i fremtiden og det er viktig med tilstrekkelig fleksibilitet i utdanningssystemet slik at denne gruppen kan kvalifisere seg til arbeid i prehospital tjeneste.

## 5.8 «En helhetlig gjennomgang av de prehospitalene tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten»

---

I 2008 opprettet Helse- og omsorgsdepartementet en arbeidsgruppe som skulle gjøre en større gjennomgang av de prehospitalene tjenestene, og gi anbefalinger til kvalitetshevende tiltak. Denne arbeidsgruppa har sett hen til rapporten som kom i 2009 hva gjelder beskrivelsen av kompetansebehovene i tjenesten. Disse kan oppsummeres i følgende punkter:<sup>24</sup>

- Det foreligger betydelige data som tyder på at kort intervall fra symptomdebut til behandlingsstart kan gi helsegevinst. Kort prehospital responstid kan minske dette intervallet
- Kravene til kompetanse synes økende i framtiden
- Dagens fagutdanning bør være det grunnleggende kompetansenivå innen ambulansefaget i framtiden
- Ambulansepersonell utfører i dag vurderinger, behandling og har et selvstendig ansvar tilsvarende helsepersonell med minimum høyskoleutdanning
- Utdanningen skal utvikles i et formalisert, gjenkjennbart system på et anerkjent nivå, med nasjonale rammer
- Utdanningen skal inneholde tilstrekkelig akademisk kompetanse innen faget for å sikre forskning og utvikling innen fagområdet
- Modellen skal legge til rette for bredere kompetanseplattform med mulighet for en mer fleksibel bruk av kompetansen
- Man bør få godskrevet kompatibel kompetanse fra relevante andre helseprofesjonsutdanninger
- Utviklingen internasjonalt viser en etablering av et formalisert avansert kompetansenivå innen ambulansefag på høyskolenivå
- Ambulansepersonell med høyere utdanning og økt kompetanse vil kunne bidra til bedre utvikling av samhandling med primærhelsetjenesten, samt utfylle primærhelsetjenesten bedre
- Ambulansepersonell med høyere utdanning vil kunne ha tilleggsoppgaver og arbeide tettere sammen med kommunens leger og sykepleiere

---

<sup>24</sup> [En helhetlig gjennomgang av de prehospitalene tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.](#)

# 6. FREMTIDENS UTDANNING FOR AMBULANSEPERSONELL

For å kunne anbefale en modell som kan ivareta utdannings- og kompetansebehovene i ambulansetjenesten, har arbeidsgruppen i møtene lagt stor vekt å belyse styrker og svakheter i dagens utdanningssystem. Status og posisjon til ambulansearbeideren i dag og i fremtiden, og konsekvenser av en ny utdanning, har vært grundig drøftet. Arbeidsgruppens medlemmer er enige om at ambulansearbeideren og ambulansefaget i videregående opplæring er den yrkeskategorien med den fagkompetansen som utgjør grunnmuren i ambulansetjenesten, og som det må bygges videre på.

## 6.1 Arbeidsgruppens vurdering av kompetansebehov og konsekvenser for utdanning

---

Arbeidsgruppens vurderinger av utviklingstrekkene innen de prehospitaltjenestene, samt konklusjonene i utredningen til Helse- og omsorgsdepartementet fra 2009, viser at det er behov for den kompetansen som dagens ambulansearbeidere har, samtidig som det er et behov for mer kompetanse. Dette bør løses med et formalisert utdanningsløp innen høyere utdanning med nasjonal overbygning. Utdanningen må være tilpasset ulike målgrupper med ulik bakgrunn og kompetanse, og må kunne gi mulighet for fleksibel gjennomføring. Utdanningsnivået må gi mulighet for fag- og karriereutvikling for den enkelte, og bidra til å styrke forsknings- og utviklingsarbeidet på feltet.

Av faglig utbytte må utdanningen gi økt kompetanse på evne til å *vurdere* situasjoner (diagnostisk og sorteringskompetanse), *behandle* tilstander og arbeide *selvstendig*. Samtidig etterspørres det *bredere* og mer *avansert* kompetanse og evne til å systematisk kunne vurdere pasienter.

Behovet for økt evne til å *vurdere* situasjoner er særlig knyttet til uklare somatiske eller psykiske tilstander der man er avhengig av å foreta gode kliniske vurderinger og kommunisere godt med vakthavende leger. En annen side ved dette er evnen til å vurdere hvor pasienten skal transporteres i et samhandlings/BEON-perspektiv.

Økt kompetanse på *behandling* knyttes til utviklingen som gjør at ambulansearbeideren i hyppigere grad er alene på stedet, samt tilgangen på flere diagnose- og behandlingsmetoder utenfor sykehus.

Evnen til å arbeide *selvstendig* er knyttet opp mot et behov for ambulanspersonell som i større grad enn i dag selvstendig kan gjøre vurderinger og gi nødvendig/tilgjengelig behandling.



Det etterspørres også økt kompetanse i *bredden*, altså innen flere områder enn i dag (eksempelvis psykisk helse og rus). Og det etterspørres mer *avansert* kompetanse knyttet til sentrale fagområder for ambulansetjenesten, særlig av den type som kjennetegner høyere utdanning: forskningsbasert kunnskap, kunnskapsbasert praksis, kritisk refleksjon, evne til å forstå og bruke ny kunnskap. Verdien av forskning og faglig utvikling for ambulansetjenesten understrekes.

Medisinsk diagnostikk, overvåkning og behandling ved livstruende sykdoms- eller skadetilstander er oppgaver som ellers primært utøves av leger, ofte også leger med spesialistkompetanse. Utenfor sykehus ivaretas denne oppgaven primært av ambulansepersonell, noen ganger i samarbeid med ambulanshelikopterleger og legevaktsleger.

Arbeidsgruppen mener også det vil være viktig å bygge opp et normativt fagmiljø innen ambulansetjenesten. Etableringen av en bachelorutdanning med mulighet for ytterligere påbygging til mastergradsnivå vil etter arbeidsgruppens oppfatning være et viktig bidrag for å sikre en kunnskapsbasert fagutvikling på fagområdet.

Utgangspunktet er at dagens utdanning i ambulansetjenesten gir en god basiskompetanse, men ikke er tilstrekkelig sett i lys av de utviklingstrekkene er redegjort for tidligere. Som følge av endrede oppgaver, større forventninger og hva som ansees som nødvendig kompetanse, vil kompetansebehovet til ambulansetjenesten i fremtiden være mer omfattende og bredere enn dagens utdanning på videregående skoles nivå kan gi. Som beskrevet tidligere vil ambulansetjenestens arbeidsfelt utvides heller enn innsnevres.

Også i dag gis det omfattende opplæring utover grunnutdanningen, både gjennom videreutdanning i paramedic og gjennom bedriftsintern opplæring. Tilbakemeldinger fra tjenestene tyder på at det er behov for mer formalisert kompetanse og en utdanningsmodell som er tilnærmet lik over hele landet. Systemet med bedriftsintern utdanning fungerer godt ved oppdatering innenfor et avgrenset kompetanseområde, resertifisering, simulering etc., men er ikke egnet til mer omfattende opplæring og utvidelse av den ambulansetjenestefaglige kompetansen og ønsket om mer akademisk tyngde inn i tjenestene. Tjenestene, dvs. helseforetakene, har verken ressurser eller kompetanse til å kunne tilby utdanning på et nivå og med et omfang som det her er snakk om. Opplæringen blir heller ikke forutsigbar nok og vil være for sårbar med hensyn til økonomi, kompetanse og praktisk gjennomføring.

Videreutdanningen i paramedic som er beskrevet tidligere fungerer godt, men anses ikke å være økonomisk bærekraftig. Det er dessuten et ønske om en utdanning som er mer omfattende og som er en del av det ordinære gradssystemet for høyere utdanning og som gir denne yrkesgruppen akademiske karrieremuligheter.

*Vurderingene arbeidsgruppen har gjort peker mot at en ny utdanning innen ambulansetjenesten må ligge på bachelornivå.*

*Helse Vest RHF og Norsk Sykepleierforbund stiller seg ikke bak vurderingene over og kan ikke gi tilslutning til anbefalingen om en ny utdanning i ambulansetjenesten på bachelornivå. Helse Vest RHF mener at dagens grunnutdanning er tilstrekkelig for å dekke kompetansebehovet når den suppleres*

*med videreutdanning og interne kurs mv. Helse Vest RHF mener dessuten at helseforetakene er i stand til å ivareta de ansattes kompetanseutviklingsbehov også økonomisk.*

*Helse Vest RHF kan likevel gi sin tilslutning til etablering av piloter.*

*NSF gir ikke sin tilslutning til etablering av piloter. NSF fremhever betydningen av Olsen-utvalgets utredning og revidering av akutforskriften. Oppdraget med utredning av ny utdanning fremstår som en fragmentert tilnærming sett i lys av de nevnte prosessene.*

## **6.2 Føring sett i lys av Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd – samspill i praksis**

---

Stortingsmeldingen *Utdanning for velferd – samspill i praksis* er en retningsmelding, og er ment å legge grunnlaget for utdanningssektorens svar på utfordringene og endringene som skjer i helse- og sosialtjenestene som følge av Samhandlingsreformen, NAV-reformen og endringene i barnevernet.

I meldingen presenteres en samlet politikk for langsiktig satsing på utvikling av utdanningene, og det gis en tydelig retning for det utviklingsarbeidet som må skje i nært samarbeid mellom utdanningssystemet, partene i arbeidslivet og andre relevante aktører.

### **Overganger i utdanningssystemet**

Det er et prinsipp i norsk utdanningspolitikk at utdanningssystemet skal bygges slik at det ikke er noen blindveier. Det må kunne være mulig å få uttelling for tidligere utdanning og dokumentert relevant yrkeserfaring dersom man får opptak til et høyere utdanningsnivå. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk beskriver kompetansenivåene i utdanningssystemet, og skal bidra til et mer gjennomskiktig og fleksibelt system. I hovedsak går utdanningsløpene fra generell studiekompetanse til utdanning på høyskole eller universitet, og fra fag- og yrkesopplæring til utøvelse av yrke evt. fagskoleutdanning. I stortingsmeldingen understrekes det at det på grunn av prinsippet om fleksible overganger i utdanningssystem også er viktig med overgangsmuligheter på tvers av de to løpene.

### **Brede grunnutdanninger**

I stortingsmeldingen legges det til grunn at brede grunnutdanninger «med en solid velferdsfaglig grunnplattform og innslag av tverrprofesjonell læring» må til for å møte befolkningens og tjenestenes behov i årene framover. Dette skal ikke gå på bekostning av, men snarere støtte og forsterke den fag- og profesjonsspesifikke kompetansen som fortsatt må være sentral og videreutvikles.

Brede grunnutdanninger er utdanninger som er bredt sammensatt faglig, og orienterer seg mot flere ulike oppgaver og brukergrupper. Et eksempel på dette er sykepleierutdanningen. I stortingsmeldingen legges det vekt på at brede grunnutdanninger vil bidra til fleksibilitet i yrkeslivet, både for arbeidstakeren selv og for arbeidsgiverne. Det er også et viktig utgangspunkt for videre læring og kompetanseutvikling.

## Rammeplaner og kompetansekrav

Innholdet i og organiseringen av helsefaglig høyere utdanning styres i dag i hovedsak av rammeplaner. Det er imidlertid ikke alle utdanningene som har rammeplaner. Rammeplanene er i tillegg preget av en rekke svakheter, blant annet at de er lite fleksible og derfor ofte vil svare på gårsdagens framfor morgendagens behov. I tillegg er de i stor grad basert på innsatsfaktorer i utdanningene, mens styringen av høyere utdanning i hovedsak legger vekt på kandidatenes sluttkompetanse.

I stortingsmeldingen foreslås det derfor å sette i gang et tverrdepartementalt utviklingsarbeid for å vurdere nærmere på hvilken måte kompetansekrav knyttet til den enkelte utdanning skal utformes, fastsettes og formidles i framtiden. Dette arbeider Samspillsrådet med, et samarbeid mellom myndighetene, utdanningsinstitusjonene og partene i arbeidslivet (ledet av Kunnskapsdepartementet) om oppfølgingen av tiltakene og ivaretagelse av helheten og retningen som foreslås i stortingsmeldingen. Samspillsrådet skal blant annet vurdere et nytt system for kompetansekrav til den enkelte utdanning, samt en felles forskrift for alle helse- og velferdsfaglige utdanninger. Kunnskapsdepartementet har lagt til grunn at det ikke utvikles nye rammeplaner så lenge dette arbeidet pågår.

## Utdanning til prehospitale tjenester

Stortingsmeldingen tar også for seg utdanning til prehospitale tjenester, og stadfester at det i lys av endringen som har skjedd i tjenestene samt brukernes behov er, nødvendig med en gjennomgang av akuttmedisinsk og prehospital utdanning samt hvordan dekke behovet for grunnutdanninger på flere nivåer:

*På kort tid har ambulansetjenesten utviklet seg fra å være en transporttjeneste for båretrengende pasienter til å bli et spesialisert behandlingstilbud utenfor sykehus ved ulykker, akutt sykdom og forverring av kronisk sykdom. Den raske teknologiske utviklingen i det akuttmedisinske arbeidet utenfor sykehus, sammen med store krav til faglig kunnskap når det gjelder rask vurdering og diagnostikk, tilsier økt behov for kompetanse i ambulansetjenesten. Tilsvarende har etablering og utvikling av nye nødmeldetjenester ført til et behov for styrket kompetanse innenfor akuttmedisin og ambulanskoordinering.*

*Regjeringen ser på bakgrunn av denne utviklingen at det er behov for å gjennomgå dagens struktur, organisering og innhold i akuttmedisinsk og prehospital utdanning for å sikre tilstrekkelig akuttmedisinsk kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten. For å dekke kompetansebehovet innenfor prehospitale tjenester trengs det grunnutdanninger på flere nivåer med muligheter for relevant videreutdanning for de ulike personellgruppene.*

Arbeidsgruppen ser meldingen som et viktig bidrag til den gjennomgangen som her etterlyses.

## 6.3 Bachelorgrad versus fagskoleutdanning

---

Arbeidsgruppen har konkludert med at det er behov for økt kompetanse i de prehospitale tjenestene, og har ikke funnet kilder som gir grunn til å betvile denne konklusjonen, snarere tvert i

mot (vise til utviklingen i tjenestetilbudet, type oppdrag og andre rapporter ved samme konklusjon). Ved behov for økt kompetanse er det naturlig å se til det neste nivået i utdanningssystemet, for å se om kompetanseutfordringene kan løses ved å benytte seg av en slik mulighet.

Det norske utdanningssystemet er lagt opp slik at det utdanningsløpet som naturlig følger en fagutdanning fra videregående skole er fagskole. Fagskoleutdanningen skal være yrkesrettet og kunnskapsbasert, men har ingen krav om å være forskningsbasert slik universitet og høyskoler har krav om. I rapporten «Utgreiing om behov for videreutdanning i akuttmedisin/prehospitalt arbeid for ambulanspersonell» (Sosial- og helsedirektoratet 2007) behandles spørsmålet om hvorvidt fagskoleutdanning dekker de behovene for kompetanseheving som finnes i de prehospitaltjenestene. Direktoratet konkluderte da med at å legge videreutdanning for ambulansfagarbeidere på fagskolenivå på basis av oppbygningen av utdanningssystemet er et mer praktisk enn et faglig fundert argument, dersom man tar utgangspunkt i de faktiske kompetansebehovene i tjenesten. Flertallet av høringsinnspillene til rapporten understøttet dette.

Kompetansebehovene som beskrevet i denne arbeidsgrupperapporten favner om et kunnskaps- og kompetansespekter som ut fra beskrivelser av behov og utviklingstrekk har sin plass i høyere utdanning – som forskningsbasert kunnskap, vurderingskompetanse, mer bredde og mer samhandlingskompetanse som basis for mer selvstendig yrkesutøvelse. Behovet for stadig faglig utvikling og et normerende fagmiljø vil være vanskelig å ivareta i fagskolesektoren, da dette er et spesialisert utdanningsnivå med lite omfang. Et studium i ambulansfag/ prehospitalt arbeid på universitet eller høyskole vil også kunne samarbeide med fagmiljøer i tilgrensende fagområder, og slik berikes av dette. Bachelorgraden vil være tilgjengelig for personer med fagbrev i ambulansfag, men vil ikke være en videreutdanning kun forbeholdt dem. Den vil være tilgjengelig for også andre faggrupper, samtidig som at det vil kunne være en påbygging av grunnutdanningen til de som allerede er ambulansfagarbeidere. Sistnevnte gruppe vil gjennom den bachelorgrad som her foreslås få en bredere utdanning på høyere nivå som gir dem kompetanse til å arbeide selvstendig i større og mer komplekse tilfeller. Dette samsvarer med intensjonene i Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd, som understreker at tjenestenes kompetansebehov skal være styrende i utviklingen av utdanningstilbud, samt at prinsippet om sømløse overganger i utdanningssystemet gjør at det er viktig å også ha overgangsmuligheter mellom de to løpene (de yrkesrettede og de akademisk rettede) i utdanningssystemet.

Et vitnemål for fullført utdanning ved høyskoler og universiteter forutsetter at studenten er vurdert som skikket for yrket, se universitets- og høyskoleloven § 4-10. Det er ikke tilsvarende bestemmelse for helsefaglige utdanninger på videregående skoles nivå. Å legge utdanningen på høyskolenivå kan derfor innebære en styrking av pasientsikkerheten gjennom at utdanningsinstitusjonene også må foreta en konkret skikkethetsvurdering av den enkelte student.

## 6.4 Forslag til utdanningsmodell – etablering av piloter

---

Det overordnede målet med arbeidsgruppens forslag til ny utdanningsmodell er å bidra til et system for utdanning og kompetanseheving som er i tråd med fremtidige rekrutterings- og kompetansebehov i de prehospitale tjenestene.

I kjernen av forslaget ligger ny bachelorutdanning i ambulansesfag. Det er viktig at arbeidet med å få på plass bachelorutdanningen ikke forsinkes selv om en også bør se faget i en bredere sammenheng.

Man må hele tiden ha som utgangspunkt at ambulansesfag volummessig er et lite fag sammenlignet med de store helsefagene både i videregående opplæring og høyere utdanning. Dette bildet vil ikke bli vesentlig endret i årene som kommer selv om man ser behov for styrket rekruttering og dermed en viss økning i utdanningskapasitet. Det betyr at man ikke ser for seg mange utdanningstilbud rundt om i landet, men at disse konsentreres rundt noen fagmiljøer f eks i hver helseregion. Organiseringen av utdanningene, f eks i desentraliserte løp, vil utdanningstilbydere og tjenestene lokalt eller regionalt sammen kunne finne løsninger på.

Det foreslås å etablere to-tre piloter som kan bidra i utprøving av en bachelorutdanning i ambulansesfag. Det må følge økonomiske midler med utprøvingen, noe som er gjort rede for under.

## 6.5 Opptakskrav

---

Inntak til bachelorutdanning i ambulansesfag bygger primært på kompetanse som ambulansearbeider og på generell studiekompetanse, og det er med dette utgangspunktet det faglige nivået og innholdet legges. Det gis mulighet til inntak på noen andre vilkår som skisseres under.

Man kan i hovedsak tenke fire hovedkategorier søkere til utdanningen:

- 1) Fagbrev som ambulansearbeider, med studiekompetanse
- 2) Fagbrev som ambulansearbeider, uten studiekompetanse (egen Y-vei)
- 3) Studiekompetanse
- 4) Sykepleiere og andre med relevant helsefaglig høyere utdanning

Kategori 1 og 2 har autorisasjon som helsepersonell på grunnlag av fagbrev som ambulansearbeider. Inntak av kategori 2 gir utdanningsinstitusjonene mulighet til å prøve ut Y-veien i et helsefag og gi disse et tilpasset opplæringsløp.<sup>25</sup>

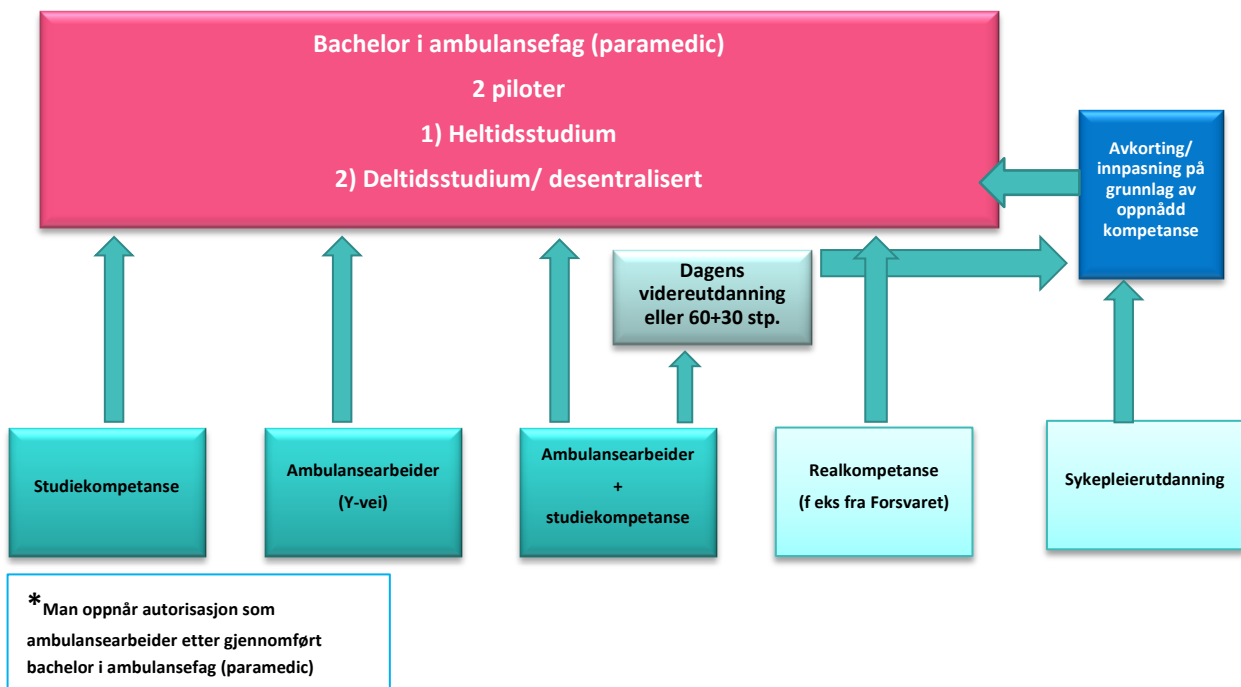
Kategori 3 har ikke autorisasjon som helsepersonell. De har heller ikke særskilt kompetanse innen helsefag generelt og ambulansesfag spesielt.

---

<sup>25</sup> For beskrivelse av Y-veien, se f eks [http://utdanning.no/tema/hjelp\\_og\\_veiledning/y-veien](http://utdanning.no/tema/hjelp_og_veiledning/y-veien)

Kategori 4 har autorisasjon som helsepersonell og kompetanse som gir grunnlag for et tilpasset (avkortet) opplæringsløp.

Flere innen kategori 1 og 4 vil også ha dagens videreutdanning i paramedic på 60, pluss eventuelt 30 studiepoeng. Denne kompetansen vil også gi grunnlag for avkortning eller fritak fra deler av opplæringen.



## 6.6 Navn på utdanning og yrke

---

Arbeidsgruppen diskuterte hvilken betegnelse eller navn som er mest dekkende for den foreslåtte utdanningen/studiet. Ambulansefag og ambulansearbeider er kategoriene som brukes om faget og yrket i videregående opplæring. Høgskolen i Lillehammer kaller videreutdanningen «Nasjonal Paramedic-utdanning» Høgskolen i Oslo og Akershus etablerer fra høsten 2014 studiet «Bachelorstudium i prehospitalt arbeid – paramedic».

Universitets- og høgskolerådet har en drøfting av begrepet, og forskjellen mellom fagfelt og yrkesbetegnelse og skriver i sitt høringssvar: «Paramedic er yrkeskategorien det utdannes til, mens fagfeltet vil være prehospitalt arbeid. Å kalle et studium «bachelor i paramedic» vil derfor være ulogisk, på linje med «bachelor i sykepleier»» Dette er et vesentlig moment som det må tas hensyn til.

I tillegg kan det diskuteres hvorvidt det er ønskelig å videreføre en anglo-amerikansk term eller om man burde prøvd å finne et norsk begrep for yrkeskategorien.

Arbeidsgruppen landet på konklusjonen at paramedic tross alt er den mest dekkende yrkesbetegnelsen. I denne rapporten prøver vi å bruke termen ambulansefag om fagområdet i størst mulig grad, men ser at det av og til kan forveksles med det etablerte ambulansefaget i videregående opplæring.

Man bør imidlertid søke Språkrådet om veiledning i dette spørsmålet da det er av prinsipiell karakter.

## 6.7 Autorisasjon som helsepersonell

---

Arbeidsgruppen foreslår at man på bakgrunn av bachelorutdanning i ambulansefag får autorisasjon som ambulansearbeider. Når utdanningen er etablert og man har erfaring med denne bør autorisasjonsspørsmålet tas opp på nytt.

Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters sikkerhet og allmennhetens tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Autorisasjonsordningen skal sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å inneha en bestemt yrkesrolle. Under yrkesutøvelsen skal autorisasjonen være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse. Dersom autorisert helsepersonell begår pliktbrudd, kan det reageres på dette med administrative reaksjoner som f.eks. advarsel, begrensning og tilbakekall av autorisasjon. Slike administrative reaksjoner kommer i tillegg til eventuelle reaksjoner fra arbeidsgiver og/eller politi og påtalemyndighet. På denne måten kan det offentlige gjennom tilsyn med helsepersonell sikre at personell som utsetter pasienters liv eller helse for risiko fratras muligheten til å fortsette med sin risikofylte virksomhet, slik at kvalitet og sikkerhet for pasientene opprettholdes.

I tråd med de vurderingene som lå til grunn for å autorisere ambulansearbeidere som helsepersonell jf. bestemmelsene i helsepersonelloven mener vi at også personell som gis utdanning som paramedic på høgskolenivå skal omfattes av autorisasjonsordningen. Når vi likevel ikke foreslår en egen

autorisasjon for denne gruppen er det delvis ut fra en pragmatisk vurdering av at dette ville innebære en vesentlig forsinkelse i og med at det vil kreve lovendring. I tillegg er praksis slik at autorisasjon gis til eksisterende helsepersonellgrupper, ikke til utdanninger eller utdanningsplaner.

Autorisasjon som helsepersonell for gruppen som ikke har det i kraft av annen kompetanse, må derfor oppnås på annen måte. Vi foreslår derfor at bachelorutdanningen likestilles med fagbrev i ambulansesfag med hensyn til å oppfylle utdanningskravene. Den foreslåtte løsningen vil ikke kreve lov- eller forskriftsendring, men kan iverksettes ved en instruks til Statens Autorisasjonskontor (SAK) om å inkludere nevnte utdanning. De studentene som ikke har autorisasjon som helsepersonell gis adgang til å søke om autorisasjon som ambulansearbeider etter gjennomført bachelorutdanning.

*Med dette etableres to utdanningsveier fra norsk utdanning til autorisasjon som ambulansearbeider: 1) Fagbrev i ambulansesfag og 2) gjennomført og bestått bachelorutdanning i ambulansesfag.*

## **6.8 Organisering av utdanningen – iverksetting av piloter**

---

Ut fra skisserte inntakskrav vil studentgruppen være en heterogen gruppe, både hva gjelder bakgrunn, kompetanse, alder og livssituasjon, og de vil kunne ha ulike behov for tilrettelegging av utdanningsløpet.

Vi anbefaler å iverksette noen piloter for å prøve ut forskjellige former for organisering av utdanningsløpet.

I pilotfasen kan utdanningen organiseres som ordinært heltidsstudium og som deltidsstudium. Det må også tas hensyn til ulike geografiske behov og bruk av desentraliserte utdanningsmodeller kan vurderes.

Man kan også vurdere å prøve ut utdanningsløp som er noe ulike hva gjelder faglig innhold og tyngdepunkt uten at det går utover kravene til sluttkompetanse/læringsutbytte.

Underveis i utdanningen må det legges til rette for at studenter som mangler kompetansebevis for utrykningskjøretøy, får tatt det.

For å organisere utviklingsarbeidet forut for og i en pilotfase anbefaler vi at det nedsettes en styringsgruppe som kan drøfte prinsipielle problemstillinger som vedrører utdanningene, og som kan se de ulike pilotene samlet. Utdanningsinstitusjonene vil ha hovedansvaret for gjennomføringen, men det nasjonale perspektivet og ansvaret jf. mandatet til denne utredningen, må ivaretas f.eks gjennom en styringsgruppe. Det kan også etableres undergrupper i tilknytning til de enkelte pilotene for å understøtte utdanningsinstitusjonenes arbeid.

Det bør iverksettes følgeevaluering parallelt med oppstart av pilotene. Følgeevaluering er en strategi for kvalitetssikring av utviklings- og endringsprosesser som er viktig ikke minst for legitimiteten i dette arbeidet.



## 6.9 Økonomiske vurderinger ved iverksetting av piloter

Statlige høgskoler finansieres gjennom bevilgninger og ulike former for inntektsgivende virksomhet. Finansieringssystemet, dvs. summen av langsiktige og strategiske ramme- og resultatbasert uttelling er et nasjonalt system. Dagens videreutdanning i paramedic er oppdragsfinansiert og har kostnader for den enkelte student. En bachelorutdanning i ambulansesfag bør etter arbeidsgruppens mening være rammefinansiert og ikke innebære andre kostnader enn for øvrige bachelorutdanninger det er naturlig å sammenligne med.

Det er fastsatt en budsjettuttelling per 60-studiepoengsenhet for ulike studier. Uttellingen i undervisningskomponenten utgjør 40 pst. av den satsen som legges til grunn ved opprettelse eller nedleggelse av studieplasser (se tabell under). De resterende 60 pst. blir ved opprettelse og nedleggelse av studieplasser knyttet til basisbevilgningen. I følge kostnadssystemet er f eks sykepleierutdanningen lagt til kategori E. Arbeidsgruppen mener at en bachelor i paramedic bør legges i kategori C da det vil påløpe betydelige utgifter for tilrettelegging og oppbygging. I tillegg kommer kostnader til dekning av bevis for utrykningskjøretøy ca. 20 000 for de studentene som mangler det. Utdanningsinstitusjonen har ikke anledning til å pålegge studentene denne ekstrautgiften.

Én pilot med 30 studenter vil ha en kostnad på 5 370 000 kr per år. Arbeidsgruppens forslag om å etablere 3 piloter med 30 studenter i hver vil ha en kostnad på kr. 16 110 000 per år i 3 år; totalt kr. 48 330 000. Hvis man skal ta opp to kull, vil kostnadene fordobles.

Kategori	Strategisk tildeling/ basis (60 %)	Uttelling (40 %)	SUM
C	108 000	71 000	179 000
D	76 000	51 000	127 000
E	65 000	43 000	108 000

## 6.10 Om behovet for praksisplasser

Tilstrekkelig antall praksisplasser av god kvalitet og med kompetente veiledere er avgjørende for om man lykkes med etablering av en bachelorutdanning i ambulansesfag, noe flere av høringsinstansene også peker på. Hvordan man sikrer praksis må ha en særskilt plass i arbeidet med pilotene. Praksis vil være viktig for alle kategorier studenter, men de som ikke har fagbrev som ambulansearbeidere eller har en annen helsefaglig utdanning fra tidligere, vil selvsagt stå i en særstilling i så måte og være spesielt sårbare hvis den delen av utdanningen ikke fungerer optimalt på alle studiestedene.

Som gjort rede for i kapittel 2.1 er det etablert et eget prosjekt som omfatter blant annet 19 helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger med veiledet praksis. Målet er å gjennomføre et nasjonalt utviklingsarbeid som skal bidra til å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene

i helse- og sosialfagutdanningene slik at de kan møte framtidens kompetansebehov. Prosjektet løper ut 2015. På grunn av omfang og tidsperspektivet er det ikke realistisk at den foreslåtte utdanningen vil kunne inngå i prosjektet, men prosjektet vil kunne ha konsekvenser for praksisopplæringen også i nye utdanninger.

## 6.11 Konsekvenser for dagens utdanning i ambulansesfag

---

Det er vanskelig å spå hvordan endring i én del av utdanningssystemet på sikt vil påvirke det øvrige. Det er også vanskelig å vite i hvilken grad endringer skjer som konsekvens av en villet utvikling, f.eks. iverksetting av en reform, eller ville ha skjedd uavhengig av slik inngripen.

Endring i utdanningssystemet påvirker også arbeidsdelingen i tjenestene og statusen til de ulike yrkesgruppene. Endringer vil også påvirke samspillet mellom disse.

På den ene siden kan det tenkes at etablering av en bachelorutdanning på sikt vil redusere behovet for og rekrutteringen til dagens ambulansesfag. Det er mulig at kompetansebehovet vi har skissert over tilsier at utdanning på bachelornivå bør være grunnutdanningen for å arbeide i ambulansetjenesten.

På den andre siden kan etablering av bachelorutdanning bidra til å heve alle gruppene som arbeider i ambulansetjenesten og synliggjøre et karriere- og utviklingsløp fra fagarbeidernivå og oppover. Det vil kunne rekruttere en bredere gruppe elever (og studenter) – også til ambulansesfaget. I tillegg vil en kunne ivareta den praktiske og operative kompetansen som dagens ambulansearbeidere har og som tjenesten trenger. Tjenestene vil ha ulike behov ut fra m.a. geografi og organisering og flere kompetansenivåer vil gjøre det lettere å organisere tjenestene optimalt.

Det kan videre tenkes at et høgskolestudium vil «dra» fagområdet oppover også til nytte for fagarbeiderutdanningen. Det vil på sikt kunne etableres det vi har kallet et normerende fagmiljø som vil være autoritativt i utviklingen i alle deler av utdanningssystemet og faget, ikke minst på det mer akademiske området.

Enkelte av høringsinstansene etterlyser en beskrivelse av fremtidig arbeidsdeling mellom ambulansearbeidere med videregående opplæring, «paramedics» med den omtalte bachelorutdanningen og andre yrkesgrupper i ambulansetjenesten. Det er neppe hensiktsmessig nå å være for detaljert i beskrivelsen av hvordan man i fremtiden ønsker å benytte tilgjengelig personell. Det vil, som nå, være store variasjoner avhengig av geografi, organisering og den totale kompetansesammensetningen i tjenesten.

Det er noen motforestillinger mot etablering av en bachelorutdanning i ambulansesfag som vi har prøvd å gjøre rede for. Likevel er det et opplevd og uttrykt behov for mer kompetanse og kompetanse på et høyere nivå, noe denne rapporten argumenterer for.

## 6.12 Utvikling av bachelorstudium i prehospitalt arbeid – paramedic ved Høgskolen i Oslo og Akershus

---

Høgskolen i Oslo og Akershus har allerede utviklet et studium på bachelornivå i prehospitalt arbeid – paramedic. HiOA skriver følgende om denne:

*Utviklingen av bachelorstudiet i prehospitalt arbeid - paramedic ble påbegynt på grunnlag av en forespørsel fra Oslo Universitetssykehus (OUS) til høgskolen i 2010, og viste seg raskt å bli et inspirerende samarbeidsprosjekt mellom høgskole og praksisfelt.*

*Programplan ble utviklet i tett samarbeid med Akuttklinikken/Prehospitalt senter ved OUS og Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin. Høgskolen i Lillehammer og Høgskolen i Gjøvik var referansegruppe. Læringsutbytter for programmet ble utformet i tråd med Kvalifikasjonsrammeverket. Disse vil bli justert i tråd med føringer fra arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet som skal utrede kompetansebehov i ambulansesfag. Avtaler og arbeidsmøter om internasjonal utveksling og faglig utviklingsarbeid ble gjennomført med University of Hertfordshire.*

*Høgskolens styre vedtok etablering av studiet i mars 2013, som et fulltidsstudium på 180 studiepoeng over 3 år med årlig opptak f.o.m. studieåret 2014/15. Første kull med 40 studenter påbegynner studiet august 2014 og vil etter normert tid fullføre studiet våren 2017. For søkere med bachelor i sykepleie og/eller videreutdanning i paramedic har høgskolen foretatt en foreløpig vurdering av faglig overlapp/fritak, og vil fra studieåret 2015/2016 kunne tilby et tilrettelagt opplegg for disse.*

*I april 2013 søkte høgskolen om endret nasjonal opptaksforskrift. Opptakskrav til studiet ble generell studiekompetanse/realkompetanse, med førerkort klasse B og bestått fysisk opptaksprøve som tilleggskrav. Ervervelse av kompetansebevis for utrykningskjøretøy er lagt inn som del av studiet, noe som medfører at studentene må avklare at de fyller de medisinske kravene for førerkort klasse D.*

*I mai 2013 sendte høgskolen en begrunnet søknad til Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet om autorisasjon i medhold av helsepersonelloven for de ferdige kandidatene. Søknaden er foreløpig ubesvart. I påvente av dette har høgskolen gjennom sine nettsider informert søkerne om mangelfull avklaring av autorisasjonsspørsmålet og usikkerhetsmomenter knyttet til dette, og vil sende oppdatert informasjon underveis til alle som har valgt å søke opptak til programmet.*

*Foreløpige tall for opptak til studieåret 2014/15 viser at hele 595 søkere har studiet som sitt førstevalg, tilsvarende 14,9 søkere per studieplass. Totalt har 1639 studenter søkt opptak til studiet.*

HiOA har sendt søknad om autorisasjon for kandidater som tar utdanningen til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har oversendt autorisasjonssøknad til Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med rett forvaltningspraksis, men understreker at oppdraget og prosessen som har ledet frem til denne rapporten, der også autorisasjonsspørsmålet har vært behandlet i detalj, anses å være et viktig arbeid som legger føringer for hvordan søknaden behandles.

Arbeidsgruppen har tatt til etterretning den prosessen som har foregått ved HiOA, men drøftingene av innhold og utforming av en ny utdanning har ikke vært direkte koblet til denne. Arbeidsgruppen har understreket betydningen av å prøve ut modeller med noe ulikt faglig tyngdepunkt og som kan være ulikt organisert.

## 7. FORSLAG TIL LÆRINGSUTBYTTE

Vedlagt er momenter som arbeidsgruppen mener må inngå i en bachelorutdanning i ambulansesfag. Det er opp til studiested å utforme studieplaner. Listen under er ment som et forslag som det må arbeides videre med. Det må f eks unngås overlapp i læringsutbyttebeskrivelsene og disse kan sannsynligvis reduseres noe uten at det går på bekostning av innhold.

Vi legger til grunn gjeldende lov og regelverk som regulerer høyere utdanning:

*Alle som tilbyr høyere utdanning, etablert ved egen fullmakt eller gjennom NOKUTs akkreditering, må utøve virksomheten i henhold til [universitets- og høyskoleloven](#). Loven gjelder for alle som tilbyr høyere utdanning, med mindre det er spesifiserte unntak. Et spesielt kjennetegn på høyere utdanning er at den er basert på forskning, faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap.*

*Alle som tilbyr høyere utdanning, må ha en kontinuerlig oppmerksomhet på at utdanningskvaliteten også er i samsvar med de nasjonale kravene som stilles gjennom [studietilsynsforskriften](#). Ved kvalitetssvikt kan institusjonen miste akkreditering for et studium, eventuelt institusjonsakkrediteringen. Lærestedet må da ta ansvar for at de studentene de har på studiet, får minimal ulempe og kan fortsette på godkjente studier.*

*Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR) beskriver det norske utdanningssystemet.*

*NKR gir en generell beskrivelse av hva alle kandidater på de ulike nivåene skal kunne når de er ferdige. For hvert nivå beskrives læringsutbyttet i kategoriene kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Videre beskrives hvilke grader, titler, vitnemål, fag-/svennebrev og kompetansebevis som er knyttet til de ulike nivåene.*

*NKR skal også gjøre det enklere å sammenlikne norske og utenlandske kvalifikasjoner. Studier i høyere utdanning, og etter hvert fagskoletilbud, skal ha fagspesifikke læringsutbyttebeskrivelser som bygger på NKR. Slike beskrivelser kan gi arbeidsgivere informasjon om hva en arbeidssøker eller tilsatt skal kunne.*

Dersom det blir besluttet å opprette piloter vil innhold og krav til læringsutbytte være utgangspunkt for drøftinger mellom interessentene. Det er viktig å ha et avklart forhold til hva som bør være overordnede føringer for alle utdanninger («nasjonale krav») og hva som kan være egnet for differensiering mellom studiesteder. I tillegg vil metodene for opplæring og organiseringen av denne selvsagt variere.

## 7.1 Læringsutbytte

---

Ved fullført studieprogram skal kandidaten være i stand til å sikre faglig forsvarlig prehospital behandling til akutt og kronisk, somatisk og psykisk syke både alene og i samarbeid med andre aktører, både i og utenfor helsevesenet. Kandidaten skal selvstendig kunne fortsette egen kompetanseutvikling og delta i fagutvikling.

Kandidaten har etter fullført studium følgende totale læringsutbytte definert i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse:

### Kunnskap

Kandidaten

- har kunnskap om fagområdets historie, tradisjoner, egenart og plass i samfunnet
- har bred kunnskap om menneskets anatomi og fysiologi
- har kunnskap om generell sykdomslære med dypere kunnskap knyttet til akuttmedisinske tilstander og skader i alle livets faser
- har bred kunnskap om tidlige symptomer og tegn på alvorlig psykisk og somatisk sykdom
- har bred kunnskap om prehospital diagnostikk og behandling
- har bred kunnskap om prinsipper for organisering av og arbeid på ulike typer skadested, inkludert store skadested
- har bred kunnskap om ambulanseoperativt arbeid med særlig vekt på ledelse og organisering av helsevesenets ressurser, og samhandling og samvirke med andre nødetater og samarbeidspartnere
- har bred kunnskap om redningsteknisk innsats på skadested
- kjenner til metoder for å oppdatere faglig kunnskap
- kjenner til forsknings- og utviklingsarbeid innen ambulansefagområdet
- har grunnleggende kunnskap om forskningsetikk, forskningsdesign og metoder for innhenting og analyse av materialer
- har bred kunnskap om kommunikasjon og samhandling innenfor akuttmedisin
- har kunnskap om medisinen i et flerkulturelt perspektiv
- har kunnskap om rus, avhengighet og psykiatri
- har inngående kunnskap om generell og spesiell farmakologi inklusive de vanligste legemidler som er i bruk i befolkningen, herunder konsekvenser av multifarmasi
- har bred kunnskap om sykdommer og tilstander knyttet til pasientgrupper med særlige behov som nyfødte, barn, eldre, kronisk syke og funksjonshemmede

### Ferdigheter

Kandidaten

- behersker prehospital propedeutikk, det vil si systematisk metode for innhenting av informasjon om pasienten i form av fokusert primær og sekundær undersøkelse

- kan observere, vurdere, identifisere og intervensere i forhold til symptomer og tegn på sykdom og svikt i pasientens vitale funksjoner
- behersker kommunikasjon og konflikthåndtering
- kan lede og/eller utføre skadestedsarbeid
- kan delta aktivt i beredskapsplanlegging
- kan administrere og overvåke legemiddelbehandling på en forsvarlig måte
- behersker aktuelt medisinsk-teknisk utstyr for diagnostikk og medisinsk behandling, herunder kjenne til begrensninger og feilkilder ved utstyret
- behersker dokumentasjonssystemer i pasientbehandling
- kan identifisere egne faglige begrensninger og vite når det er behov for å innhente hjelp og henvise videre
- kan kommunisere problemstillinger tydelig i et allment medisinsk språk med et relevant begrepsapparat
- kan utvise faglig forsvarlig operativ adferd under for eksempel stress, med evne til simultan aktivitet
- kan føre et uttrykingskjøretøy Har grunnleggende ferdigheter i formulering av problemstilling, i valg av forskningsdesign, i valg av egnede metoder, i analyse av innsamlet materiale og i formidling av resultater

## Generell kompetanse

### Kandidaten

- kan opptre profesjonelt som paramedic på faglig forsvarlig måte og vise respekt, omsorg og empati i samhandling med pasient/bruker, pårørende og andre
- kan utøve kunnskapsbasert praksis innen prehospitalt arbeid
- kan identifisere etiske dilemmaer på samfunnsplan og i praktisk helsearbeid
- kan reflektere over egen faglig utøvelse og de spesielle helse-, miljø- og sikkerhetsaspekter som karakteriserer ambulansemedisinen
- kan reflektere over helseprofesjonenes utfordringer i et flerkulturelt samfunn
- kan utføre etisk og faglig forsvarlig prehospital diagnostikk og behandling av akutt og kronisk syke pasienter i henhold til den helsefaglige lovgivningen
- kan samhandle med andre yrkesutøvere i spesialist- og kommunehelsetjenesten
- har en helhetlig tilnærming til den akutt og kronisk syke pasient og pårørende for å kunne ivareta pasientens fysiske, psykososiale og åndelige behov
- kan gi veiledning i og formidle sentralt fagstoff som teorier, problemstillinger og løsninger både skriftlig, muntlig og gjennom andre relevante uttrykksformer