



UTREDNING

Prehospitale tjenester

**DEL I:
Konklusjoner og anbefalinger**

*Utvalg for vurdering av prehospitale
tjenester i Midt-Norge*

Dato: 18.03.03

1.

FORORD

Utvalg for vurdering av prehospitaltjenester i Midt-Norge har valgt å legge frem en rapport som er tredelt:

- Del I – Konklusjoner og anbefalinger.
- Del II – Komplette rapport
- Del III - Sintef-rapport ”Ny ambulansstruktur for Helseregion Midt-Norge (Rømo og Sætermo 2003)”. Denne er utarbeidet i samarbeid med og på oppdrag for utvalget.

Oppgaven utvalget fikk har vært både utfordrende og krevende. Mange forhold er søkt belyst. Dette har gjort at besvarelsen er søkt tilpasset forskjellige målgrupper. Del I inneholder ikke faktadel og drøftinger, bare konklusjoner og anbefalinger. Del II, den komplette rapporten, er blant annet ment brukt av det operative miljøet når beslutninger skal iverksettes. Del III Sintef-rapporten gir nødvendig bakgrunnsmateriale for de simuleringer som er gjort for å oppnå myndighetenes anbefalinger med hensyn til utrykningstid.

Utvalget vil sterkt understreke at arbeidet som her fremlegges, ikke kan sees løsrevet fra øvrig utredningsarbeid vedrørende strukturelle forhold i Helse Midt-Norge. Fremtidig faglig spesialisering og konsentrasjon av kompetanse, vil innvirke på behovet for dimensjonering av de prehospitaltjenestene. Overføring fra lavere til høyere omsorgsnivå, og ikke minst omfanget av tilbakeføring vil påvirke etterspørselen.

Til slutt vil vi få takke alle som har bidratt i arbeidet med rapporten.

Stjørdal den 18.03.2003

Liv Marit Løkken(s) Rolf Gunnar Larsen(s) Ove Hagen(s) Erlend Sundland(s)

Johan-Arnt Hegvik(s) Ida Lise Salberg(s) Odd Jarle Veddeng(s) Kirsten Mo Wiseth(s)

Svanhild Jenssen(s) Erik Andreas Øyen(s)

2.

BRUKERPERSPEKTIVET

I de senere årene har den helsepolitiske debatten i økende grad omhandlet spørsmål rundt pasientrettigheter og brukermedvirkning. Det er en oppfatning i samfunnet om at brukere og deres pårørende skal ha innflytelse på de tjenester som de berøres av og er avhengig av. Brukermedvirkning er ikke bare en demokratisk rettighet, men også en metode for kvalitetssikring av beslutninger og tjenester. Å sikre kvalitet og høy standard er sentrale og viktige verdier og mål for helsetjenesten. Det påhviler her profesjonene og helsetjenesten et stort ansvar for å opprettholde krav til faglig kvalitet, løpende evaluering og fagutvikling, men kvaliteten har også med hvordan den enkelte bruker og pårørende selv opplever resultater, behandling.

I utvalget for vurdering av Prehospitale tjenester i Helse Midt Norge har en representant fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon(FFO) vært med i hele prosessen. Utvalget har i sitt arbeid, sine forslag og råd hatt som hovedmotivasjon best mulige Prehospitale tjenester for befolkningen.

Liv Marit Løkken
Brukerrepresentant i utvalget

3.

INNHOOLD

FORORD	2
BRUKERPERSPEKTIVET	3
INNHOOLD	4
INNLEDNING	6
BAKGRUNN OG MANDAT.....	6
DELTAKERE	8
DAGENS ORGANISERING AV DE PREHOSPITALE TJENESTENE I HELSE MIDT-NORGE	9
AMBULANSETJENESTENE (BIL OG BÅT).....	9
MEDISINSK NØDMELDETJENESTEN	9
LUFTAMBULANSETJENESTEN.....	10
SAMARBEIDET MED FØRSTELINJETJENESTEN	10
JURIDISK GRUNNLAGSMATERIALE	11
STANDARDS FOR ENHETLIG REGIONAL AMBULANSETJENESTE	12
KOMPETANSE	12
HARMONISERING	13
KVALITETSSYSTEM	14
ALTERNATIV ORGANISERING AV AMBULANSER/AMBULANSEDISTRIKT ...	16
ORGANISERING.....	16
AMBULANSEPLASSERING	17
ST. OLAVS HOSPITAL HF	18
NORDMØRE OG ROMSDAL HF	19
HELSE SUNNMØRE HF.....	20
HELSE NORD-TRØNDELAG HF.....	21
AMK-TJENESTEN I MIDT-NORGE	23
- FREMTIDIGE OPPGAVER OG ORGANISERING	23
EKSISTERENDE STRUKTUR FOR NØDMELDETJENESTEN - OVERSIKT OVER SENTRALER.....	23
OPPGAVER I AMK-SENTRAL	24
ANTALL AMK-SENTRALER I HELSE MIDT-NORGE	24

ORGANISERING - DRIFTSORGANISASJON	26
SAMARBEID MED KOMMUNER OG KOSTNADSFORDELING.....	27
LUFTAMBULANSETJENESTEN ORGANISERING, ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING	29
SAMHANDLING MED FØRSTELINJETJENESTEN	30
RESSURSBEHOV FOR GJENNOMFØRING AV ANBEFALTE TILTAK.....	32
FELLES KVALITETSSTANDARDE FOR AMBULANSETJENESTEN HELSE MID-NORGE	32
ALTERNATIV ORGANISERING AV AMBULANSER/AMBULANSEDISTRIKT	34
FREMTIDIGE OPPGAVER OG ORGANISERING AV AMK-TJENESTEN I HELSE MIDT-NORGE ...	35
INVESTERINGER.....	37
UTBYGGINGSKOSTNADER.....	38

4.

INNLEDNING

I Helsedepartementets styringsdokumentet 2002 for Helse Midt-Norge RHF klargjøres departementets mål, rammer, premisser, og resultatkrav. Fra dette dokumentet hentes følgende sitater:

- *Forebygging av sykdom og skade er helsetjenestens viktigste mål.*
- *Med sikte på å kunne forebygge sykdom og skade er det viktig med en systematisert informasjonsutveksling om og iverksetting av tiltak som er dokumentert å være nyttige og effektive.*
- *Tverrfaglighet og helhet i tjenestetilbudet skal prege organisering og ledelse av alle sider ved virksomheten. For at best mulig kvalitet skal sikres er det viktig at det legges til rette for brukermedvirkning gjennom at pasient- og brukerkompetanse utnyttes.*
- *Det best mulige resultat for pasienten både på gruppe- og individnivå skal være drivkraften for alle involverte i helsetjenesten. Faglige- og organisatoriske grenser i den totale behandlingsskjeden skal gjøres minst mulig synlige for pasienten.*
- *Det regionale helseforetaket skal videreføre arbeidet med effektivisering av sykehusstrukturen i helseregionen.*

I Helsedepartementets styringsdokumentet 2003 er dette konkretisert ytterligere:

Departementet forventer at Helse Midt-Norge RHF foretar en gjennomgang av organiseringen av den akuttmedisinske kjeden.

Gjennomgangen av den akuttmedisinske kjeden må skje i lys av planlagte strukturtiltak og endringer i oppgavefordeling i regionen og ha fokus på å sikre befolkningen et faglig forsvarlig akuttmedisinsk tjenestetilbud. Dette omfatter blant annet aksess- og reaksjonstid i AMK-sentraler, hensiktsmessige ordninger for basestruktur og ressursutnyttelse og kompetansekrav i ambulansetjenesten.

Bakgrunn og mandat

Våren 2002 ble det oppnevnt et utvalg for vurdering av prehospitale tjenester i Midt-Norge. Medlemmene ble oppnevnt av adm.dir. ved de aktuelle lokale helseforetakene og Helse Midt-Norge RHF.

Oppdragsgiver har formulert to hovedmål for arbeidet:

- Sikre et likeverdig kvalitetsnivå på de prehospitale tjenestene i regionen.
- Finne mulige samordningseffekter av å se de prehospitale tjenester i regionen samlet.

Av dette har oppdragsgiver utledet et mandat som gruppen har lagt opp sitt arbeid i henhold til. Mandatet er formulert slik:

- Foreslå felles kvalitetsstandarder for ambulansetjenesten innen Helse Midt-Norge sitt ansvarsområde. Standardene skal minimum tilfredsstillende de krav som blir stilt i de til enhver tid gjeldende forskrifter.
- Foreslå den alternativ organisering av ambulanser/ambulansedistrikt som gir optimal effekt i forhold til ivaretagelse av kvalitetsstandarder, krav om tilgjengelighet og kostnadseffektivitet.
- Foreslå fremtidige oppgaver og organisering av AMK-tjenestene i Helseregion Midt-Norge.
- Foreslå organisering, ansvar, og oppgavefordeling mht. luftambulansetjenesten.
- Vurdere alternativer og foreslå løsning for fremtidig organisering av den prehospitaltjenesten, herunder samhandling med 1.linjen.
- Arbeidet skal munne ut i en oversiktlig og konkret plan for den samlede prehospitaltjenesten i vår region. Ressursbehov for å gjennomføre planens tiltak og målsettinger beregnes.

Deltakere

Utvalget

Brukerrepresentant	Liv Marit Løkken	Trondheim
Overlege anestesi	Rolf Gunnar Larsen	Helse Nord-Trøndelag HF. Levanger
Avd.sjef anestesi	Ove Hagen	Helse Nordm. og Romsd. HF. Molde
Ambulansesjef	Erlend Sundland	St. Olavs Hospital HF. Trondheim
Overlege anestesi	Johan-Arnt Hegvik	St. Olavs Hospital HF. Trondheim
Avd.oversykepl.	Ida Lise Salberg	Orkdal sanf. sjukehus HF, Orkdal
Avd.sjef anestesi	Odd Jarle Veddeng	Helse Sunnmøre HF. Ålesund
Avd.sykepleier AMK	Kirsten Mo Wiseth	St. Olavs Hospital HF. Trondheim
Rådgiver	Svanhild Jenssen	Helse Midt-Norge RHF. Stjørdal
Rådgiver/Utvalgsleder	Erik Andreas Øyen	Helse Midt-Norge RHF. Stjørdal

Arbeidsgrupper:

AMK-arbeidsgruppen har bestått av :

- Overlege, anestesi, Tore Jyssum, Orkdal Sanf. Sjukehus HF
- Overlege, anestesi, Rolf G. Larsen, Helse Nord-Trøndelag HF
- Avd.sykepleier, AMK-Ålesund, Hans Joakim Riise, Helse Sunnmøre HF
- Overlege, anestesi, John Arne Larsen, Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Avd.sykepleier, AMK, Kirsten Mo Wiseth (leder), St. Olavs hospital HF

Kvalitetsstandarder i ambulansetjenesten

gruppesammensetning og referansegruppe for SINTEF.:

- Ambulansesjef, Geir M. Grimstad, Helse Sunnmøre HF
- Opplæringskonsulent, Steinar Bjørås, Helse Nord-Trøndelag HF
- Kvalitetskoordinator, Magne Fiksdal, Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Daglig leder amb. og nødm.tj., Lars Erik Sjømæling, Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Ambulansekonsulent, Brit Karlsen, Helse Nord-Trøndelag HF
- Ambulansesjef, Erlend Sundland (leder), St. Olavs hospital HF

Øvrige bidragsytere

- Seksjonsoverlege, Per Christian Juvkam, Helse Sunnmøre HF
- Rådgiver økonomi, Reidun Martine Rømo, Helse Midt-Norge RHF
- Juridisk rådgiver, Dordi E. Flormælen, Helse Midt-Norge RHF
- Systemansvarlig for medisinsk nødmeldetjeneste, Torger Øvergård, Sør-Trøndelag/St. Olavs Hospital HF
- Informasjonsrådgiver Tor Harald Haukås, Helse Midt-Norge RHF

5.

DAGENS ORGANISERING AV DE PREHOSPITALE TJENESTENE I HELSE MIDT-NORGE

Styret for Helse Midt-Norge RHF gjorde i sak 08/2001 –” Prehospitale tjenester; Ambulanse og nødmeldetjenesten; Organisering”, den 13.09.01 følgende vedtak:

AMK og ambulansetjenesten organiseres under de etablerte helseforetakene. Helseforetakene inngår på vegne av Helse Midt-Norge RHF avtaler med driftsoperatør. Helseforetakene bes om å gi en vurdering av stordriftsfordeler som kan forventes i henhold til avtalene, dette i henhold til en gjennomgang av de prehospitale tjenestene.

Dette medfører at per mars 03 har 5 helseforetak prehospitale tjenester som en del av sitt ansvarsområde:

- Helse Sunnmøre HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Orkdal sanitetsforenings sjukehus HF
- St. Olavs hospital HF
- Helse Nord-Trøndelag HF

Ambulansetjenestene (bil og båt)

Det opereres i alt 96 ambulanser som er fullverdige akuttambulanser. Av disse er 80 døgnambulanser, 8 dag/kveldsambulanser og 8 dagambulanser. Videre nyttes det 5 bårebiler i Møre og Romsdal.

Disse disponeres og koordineres av de akuttmedisinske kommunikasjonssentralene (AMK) ved sykehusene i Ålesund, Volda (til 01.09.03), Molde, Kristiansund, Trondheim, Orkdal og Levanger og Namsos.

Med unntak av ambulansene stasjonert ved sykehusene i Ålesund, Volda, Molde og Kristiansund er alle ambulansetjenestene konkurranseutsatt. Det er private drivere som etter en varierende grad av reell konkurranse driver de fleste ambulansetjenestene.

Videre drives det seks ambulansebåter i privat regi i regionen. Fem i Møre og Romsdal og en i Sør-Trøndelag.

Medisinsk nødmeldetjenesten

Det er per mars 03 åtte akuttmedisinske nødmeldesentraler i regionen. En ved hver av de åtte somatiske sykehusene. Disse har hvert sitt opptaksområde bestående av et antall definerte

kommuner. Størrelsen på opptaksområdene varierer fra ca 34.000 – 218.000 innbyggere. Dette har betydning for hvor mye trening den enkelte operatør får i å håndtere akutte hendelser og for bemanningen i AMK-sentralene.

Luftambulansetjenesten (LAT)

Tjenesten består i dag av:

- Helikopterbasen ved Ålesund sjukehus med et fartøy eid av Lufttransport AS
- Ambulanseflybasen på Vigra lufthavn med ett fly eid av Lufttransport AS
- Helikopterbasen på Rosten utenfor Trondheim med et fartøy eid av Norsk Luftambulans AS.
- Luftforsvarets Sea-King stasjonert på Ørland flystasjon. Dette helikopteret er et redningshelikopter og egentlig ingen del av luftambulansetjenesten. Imidlertid betaler Helse Midt-Norge RHF for legebemanningen og helikopteret nyttes i ambulansetjeneste når blant annet værforhold mv, tilsier dette.

Det er AMK-sentralene i Ålesund og i Trondheim som styrer bruken av helikopterene. Ambulanseflyet styres gjennom et samarbeid med AMK Ålesund, AMK Ullevål og Flykoordineringsentralen i Tromsø.

Samarbeidet med førstelinjetjenesten

Alle sykehusene med sine AMK-sentralene har etablert samarbeid om drift av lokale legevaktsentraler (LV-er) i eller i nær tilknytning til sykehusenes akuttmottakelser. Drift av LV-er er et kommunalt ansvar. Følgelig betaler kommunene for disse tjenestene som har vist seg å være til gjensidig nytte for de involverte.

6.

JURIDISK GRUNNLAGSMATERIALE

Det er laget en oppsummering av aktuelle lover og forskrifter som kommer til anvendelse i forbindelse med ansvaret for de prehospitaltjenestene. Denne gjenfinnes i rapportens del II.

7.

STANDARDE FOR ENHETLIG REGIONAL AMBULANSETJENESTE

Ambulanseberedskapen i regionen skal tilstrebe de mål, for enhets utrykningstid, som er beskrevet i Stortingsmelding 43. For å overholde disse krav, må enhets responstid minimeres.

Skal regionens beredskap harmoniseres før 2007, må Helse Nord-Trøndelag HF gå i forhandlinger med sine utøvere. Dette vil gi økte utgifter til ambulansetjenesten pga overgang til krav som i praksis vil gi kasernert vakt. Det anbefales at man har lik beredskap i hele regionen i tråd med anbefalingene i Stortingsmelding 43.

Det anbefales at helseforetakene inngår beredskapsavtale med lokale hjelpekorps. En slik ordning kan gi en årlig økning i utgiftene på opp til kr. 100 000 (tall fra Sør-Trøndelag) ved hvert helseforetak, men det vil gi en kvalitativ god ressurs tilgjengelig ved større katastrofer/ulykker.

Ambulansebåt bør i størst mulig grad likestilles med ambulansebil når det gjelder krav til responstid, bemanning og utstyr. I Midt Norge har vi i dag en blanding av ambulansebåter og samfunnsbåter. I fremtiden bør ambulansedelen, inkludert transport av helsepersonell, rendyrkes. Utvalget for vurdering av prehospitale tjenester i Midt Norge er kjent med at det foregår et "nasjonalt prøveprosjekt innen legeskyss- og ambulansébåttjenesten: utvikling og utprøving av ny type ambulansébåt", der Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Midt Norge RHF er involverte. Arbeidsgruppen ønsker å avvete resultatene av dette prosjektet før den gir detaljerte råd for ambulansébåttjenesten.

Kompetanse

Alle ambulanser skal være fast bemannet med to personer som er autorisert ambulansarbeider eller har midlertidig lisens. For å sikre et best mulig erfaringsgrunnlag for det enkelte ambulanspersonell, bør antall personer knyttet til tjenesten begrenses. Annet helsepersonell kan arbeide som ambulanspersonell i team med fagarbeider, forutsatt dokumentert akuttmedisinsk, operativ, kjøre- og redningsteknisk kunnskap som godkjennes av ambulansesjef og medisinsk leder for tjenesten.

Kravene om autorisasjon eller midlertidig lisens opprettholdes, men det kan gis dispensasjon for personell som tilfredstiller kravene til NOU:76:2 frem til 2008., da utgår alle midlertidige lisenser. Det forutsettes en individuell vurdering av kvalifikasjoner, samt en forpliktende, tidfestet opplæringsplan. Kostnader ved å føre dagens personell fram til fagbrev må innarbeides i foretakenes budsjetter. Målsettingen er at alle som kjører ambulanse skal ha fagbrev i ambulansefaget snarest, og senest innen 01.01.08.

Lærlinger

Det utdannes ca. 50 ambulansesarbeidere årlig i Norge. Behovet er beregnet til ca. 250 årlig fram til 2008 (kilde: Steinar Olsen, avd.sjef. Ambulanseavd, Ullevål Univ.shus).

Skal Helse Midt-Norge møte denne utfordringen må antall lærlinger i regionen økes til minimum 25 – 30 i hele regionen. Utvalget tilrå at det legges en plan for dette, og at kostnader innarbeides i foretakenes budsjetter.

Redningsteknisk - utrykningskjøring

Alt ambulansepersonell må ha redningsteknisk kompetanse. Dette krever kursing for å få godkjent sertifisering/resertifisering. Medfører betydelige merkostnader som må innarbeides i budsjettene. Imidlertid kan kostnadene fordeles over flere år. Arbeidsgruppen foreslår at ambulansepersonell i Helse Midt-Norge ikke får kjøre utrykningskjøring uten å ha bestått kjøreteknisk kurs. Det skal være et ansvar for arbeidsgiver å sørge for at de som skal kjøre utrykning med ambulanse har kjøreteknisk kurs. Hvert foretak må sørge for at lærlinger i ambulansefaget får dette kurset på slutten av sin praksisperiode. (Eventuelt mot en viss bindingstid i området).

Videreutdanning i ambulansefaget

Det er ønskelig at Helse Midt-Norge støtter opprettelsen av en slik nasjonal utdanning på Lillehammer. Ambulanseyrket er et lavlønnsyrke og de enkelte foretak bør støtte sine kandidater med stipend eller lignende økonomiske ordninger slik at de kan fullføre utdanningen de starter på. Man bør på sikt prøve å få slik videreutdanning til helseregion Midt-Norge.

Harmonisering

Alle ambulanser i regionen skal være akuttambulanser.

Det bør være minst en tobåretil i hvert helseforetak til overflytting mellom helseinstitusjoner, oppdrag til og fra flyplass, rigget som intensivambulanse ved spesielle høve eller som alternativ til helikopter ved sekundærtransporter, hvis det ikke er flyvær.

Bårebiler

Det lokale helseforetak kan inngå avtaler om båretil på små øysamfunn. Gruppen anbefaler at dette videreføres.

Merking av kjøretøy

Helse Midt-Norge RHF har gitt godkjenning til to varianter av merking. Det er ønskelig med lik merking. Gruppen anbefaler dette gjennomført.

Uniformering

Ambulansepersonellet uniformeres og merkes likt.

Kvalitetssystem

Ambulansetjenestene i regionen må ha et felles kvalitetssystem. Den regionale driftsorganisasjonen (ambulansesjef og medisinsk ansvarlig for ambulanseområdene) pålegges å vurdere nærmere det ISO-sertifiserte systemet i Molde og MOKS (medisinsk operativt kvalitetssystem) inkludert MOM og de nasjonale erfaringene med dette. Systemet skal være rettet mot praktisk handling, legge vekt på integrering av operative og medisinske prosedyrer, dokumentasjon, formidling av informasjon, avviksoppfølging og erfaringstilbakeføring. Ansvar for å vedlikeholde systemet må tillegges ledelsen for tjenestene. Alle tjenestene må vikle sitt system etter mal utarbeidet i regi av Helse Midt-Norge.

Kostnadene for etablering og vedlikehold av kvalitetssystem må innarbeides i ambulansetjenestenes driftsbudsjetter, og må være forankret i regionalt samarbeid og lokalt operativt og medisinsk systemansvar.

Sertifisering

Sertifiseringen av ambulansepersonell i regionen må harmoniseres.

Systemansvar

Dette må harmoniseres i hele regionen, ved at medisinsk systemansvarlig delegerer retten til å utøve medisinske prosedyrer til hvert enkelt ambulansepersonell.

Felles avviksbehandling - ambulansejournal

Etter nærmere vurdering bør innføring av lik avvik- og erfaringsrapport for ambulansetjenesten og AMK i hele regionen tilstrebes. Det innføres lik ambulansejournal i hele regionen. Man avventer utprøving av ambulansejournalen i AMIS. Forutsatt vellykket utprøving må felles nasjonal ambulansejournal fases inn hele regionen innen utløpet av 2003.

Kollegastøttesystemer

Det skal være et formelt kollegastøttesystem ved hvert helseforetak. Man bør bygge på det systemet og de erfaringer som er gjort ved St. Olavs Hospital HF. Det vil være aktuelt å forhandle med medisinsk ansvarlig for kollegastøtte om vedkommende kan utvide sitt ansvarsområde til hele regionen.

Opplæring – vedlikehold av kunnskap

For å redusere kostnadene til kostnadskrevende opplæringstiltak, for eksempel kjøre- og redningstekniske kurs, må dette samordnes i regionen.

Målbare kvalitetsstandarder

Det innføres like kvalitetstandarder som er målbare i hele regionen. se vedlegg 7.7 del II.

Medisinteknisk utstyr (MTU) og radiokommunikasjonsutstyr

Ambulansebiler skal ha standardisert MTU slik at mulige fordeler ved storinnkjøp oppnås. Arbeidsgruppen anbefaler at foretakene eier og vedlikeholder utstyret. Det er en rivende

utvikling av slikt utstyr til prehospitalt bruk. Dette betyr at de fremtidige investeringene til slikt utstyr blir mye større enn dagens nivå. (vedlegg 7.9 del II)

Identifisering av problemområder:

Tjenester med små volum

Man må bruke ekstra ressurser på de minste tjenestene, slik at disse får et forsvarlig kompetansenivå. For tjenester der oppdragmengden i deler av året er ekstremt liten, for eksempel Geiranger, må det være mulig med særordninger.

Økning i antall oppdrag hvert år

Den kostnadsøkning som uvegerlig følger av dette, må motvirkes så langt råd ved effektiv ambulanskoordinering. Dette forutsetter investeringer i digital flåtestyring basert på GIS.

Revisjon av ambulansetjenesten

Det må etableres en internrevisjonsordning som kan forestå systemrevisjon av ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge.

8.

ALTERNATIV ORGANISERING AV AMBULANSER/AMBULANSEDISTRIKT

Tjenesten er svært forskjellig organisert i regionen. Dette vanskeliggjør en sammenligning av tjenestenes kvalitet og økonomi på tvers av fortaksgrensene.

Ved at helseforetakene får lik struktur og organisering kan det foretas en direkte sammenligning av kvalitet og økonomiske forhold. Ambulansetjenesten må være organisert i de foretak som har AMK-sentral og i en anestesivdeling. Hvert foretak bør ha en ambulansesjef som har et økonomisk og organisatorisk ansvar for alle ambulansetjenestene i foretaket. Alle ambulansetjenester må være underlagt samme kravspesifikasjon.

Helse Midt-Norge deles i samme antall ambulanseområder som antallet gjenværende AMK-sentraler. Gruppen anbefaler forankring i anestesivdeling. Eventuelt andre løsninger må utredes særskilt.

For hvert område etableres en organisasjon for ambulansetjenesten som sees i sammenheng med medisinsk nødmeldetjeneste. Det anbefales en ordning med et permanent regionalt akuttmedisinsk forum med arbeidsutvalg og arbeidsgrupper for fagledere.

For hvert område opprettes eller videreføres ordninger med ambulansesjef, medisinsk leder, instruktør/instruktører for ambulansetjenesten.

Medisinsk leder må være felles for ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste. Ansvar for medisinsk faglig forsvarlighet (jfr. lover, forskrifter, rundskriv, aksepterte normer for god faglig praksis) inkludert m.a. delegasjoner for medisinske tiltak og oppfølging av den helsefaglige virksomheten blir forankret til denne legen. Det etableres fast sekretariat med overordnet ansvar bl.a. for felles dokumentasjon, statistikk, forskning og utvikling knyttet til regionforetaket.

Organisering

Ambulansetjenesten er en del av spesialisthelsetjenesten og tilhører sykehusets kjernevirksomhet - pasientbehandling. Ambulansetjenesten er en viktig del av denne sammenhengende akuttmedisinske kjeden, og det er ikke grunner til å organisere ambulansetjenesten annerledes enn AMK og akuttmottak. Det er problematisk å ha system- og fagansvar, men ikke arbeidsgiveransvar for personell eller eierskap til driftsmidlene. Ved at foretakene selv drifter ambulansetjenestene vil arbeidsgiver- og systemansvaret samles. Man unngår tilbud der konkurransemomentet hovedsakelig består av lønn- og arbeidsvilkår. Vilkårene vil da ligge til rette for en enhetlig ambulansetjeneste, og en vil unngå dagens fragmenterte ambulansetjeneste med små, spredte bedrifter som i stor grad ikke er samlokalisert med det lokale helsevesenet.

Ved konkurranseutsetting blir ambulansetjenesten et marked som tiltrekker seg mindre seriøse aktører. Erfaringer har vist at ambulanseadministrasjonene har måttet bruke mye ressurser på å kvalitetsikre den ”varen” som kjøpes.

Et annet moment er muligheten til å iverksette jobbrotasjon/hospitering. Ansatte ved små tjenester kan arbeide/hospitere et antall dager/uker i året ved de tjenestene med høy aktivitet og dermed tilbakeføre kompetanse til distriktene.

Ved de tilbudene som er valgt i Helse Sunnmøre HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF er tariffen fra NAVO valgt av de fleste tilbydere. Kostnadsbildet har derfor endret seg slik at forskjellene i lønnsutgifter ikke lenger er en vesentlig faktor. Gruppen har lagt vekt på dette når den foreslår drift i egen regi.

Ambulanseplassing

Utgangspunktet for vurderingene er anbefalinger som til dels er fremmet og som forventes å komme i nye forskrifter.

Enhets reaksjonstid

Med enhets responstid menes tiden fra enhet alarmeres til enhet rykker ut. Denne tiden skal ved akuttoppdrag ikke overstige 2 minutter.

Enhets responstid.

Tidsintervall fra en enhet rykker ut til enheten er fremme hos pasienten på hendelsessted.

Akuttoppdrag:

Det anbefales at i byer og tettsteder skal 90 prosent av befolkningen skal kunne nås med ambulanse i løpet av 12 minutter. I grisorgrindte strøk anbefales det at 90 prosent av befolkningen nås innen 25 minutter.

Hasteoppdrag:

I byer og tettsteder anbefales det at 90 prosent av befolkningen kunne nås med ambulanse i løpet av 30 minutter. I grisorgrindte strøk anbefales det at 90 prosent av befolkningen nås innen 40 minutter.

Med dette som bakteppe har SINTEF simulert en teoretisk beste plassering av 85 døgnambulanser. I tillegg kommer inntil 11 ambulanser med annen status. Resultatene viser at man kan nå 89,0 % av befolkningen innen 12/25 minutter. Denne teoretiske modellen er så drøftet av regionens spisskompetanse på ambulansedrift og i utvalget. Resultatet er at man har valgt å låse en rekke ambulanseplassing ut fra en helhetlig vurdering. Dette gjør at prosentsatsen synker til 88,6% men medfører at man slipper vesentlige personell- og bygningsmessige merutgifter som ellers vil påløpe.

St. Olavs Hospital HF

Kommune	Dagens stasjonering	Antall: -Døgn -Dag/kveld -Andre	Forslag til ny stasjonering	Antall: -Døgn -Dag/kveld -Andre
Røros	Røros	1 døgn 1 dag/kveld	som før	1 døgn 1 dag/kveld
Holtålen	Ålen	1 døgn	som før	1 døgn
MG	Støren	1 døgn	som før	1 døgn
Melhus	Melhus legesenter	1 døgn	som før	1 døgn
Trondheim / Malvik / Klæbu	Nardo	2 døgn 2 dag/kveld 1 dag	Trondheim Nord Trondheim sentrum Trondheim Sør	3 døgn 2 dag/kveld 1 dag
Selbu	Selbu sykeheim	1 døgn	som før	1 døgn
Tydal	Ås	1 døgn	som før	1 døgn
Osen	Osen	1 døgn	Reppkleiv eller	1 døgn
Roan	Roan	1 døgn	Bessaker	
Åfjord	Årnes	1 døgn	som før	1 døgn
Rissa	Rissa sentrum	1 døgn 1 dag/kveld	som før	1 døgn 1 dag/kveld
Ørland/Bjugn	Brekstad	2 døgn	som før	2 døgn
Skaun / Orkdal / Agdenes / Meldal	OSS	2 døgn	som før	2 døgn
Hemne / Snillfjord	Kyrksæterøra	1 døgn 1 dag	som før	1 døgn 1 dag
Hitra / Frøya	Hamarvik	1 døgn 1dag/kveld	som før	1 døgn 1dag/kveld
	Fillan	1 døgn		1 døgn
Oppdal		1 døgn 1 dag/kveld	som før	1 døgn 1 dag/kveld
Rennebu		1 døgn	som før	1 døgn
Antall ambulanser		21 døgn / 8 dag/kveld		21 døgn / 8 dag/kveld

Nordmøre og Romsdal HF

Kommune	Dagens stasjonering	Antall: -Døgn -Dag/kveld -Andre	Forslag til ny stasjonering	Antall: -Døgn -Dag/kveld -Andre
	NB: DENNE ER NYLIG REVIDERT.			
Molde	Molde Sjukehus	1 døgn 1 dagbil		2 døgnbiler
Kristiansund	Kr.sund Sykehus	1 døgn		2 døgnbiler
Frei		1 dagbil		
Vestnes	Helland	1 døgnbil		
Rauma	Hen Isfjorden	2 døgnbiler		
Nesset	Eidsvåg Sentrum	1 døgnbil		
Midsund	Sundsboen	1 døgnbil		
Aukra	Aukrasanden	1 døgnbil		
Fræna	Eidem	1 døgnbil		
Gjemnes	Batnfjordsøra	1 døgnbil		
Averøy	Vebenstad	1 døgnbil		
Tingvoll	Tingvollvågen	1 døgnbil		
Sunndal	Præsthagen	2 døgnbiler		
Surnadal	Skei	2 døgnbiler		
Rindal	Rindal sentrum	1 døgnbil		
Aure	Aure sentrum	1 døgn/ 1 dagbil		
Halsa	Vågland	1 døgn		
Tustna	Tømmervåg	1 døgn		
Smøla	Stornes	1 døgn		
Antall ambulanser		21 døgn / 3 dag		23 døgn/1dag

Helse Sunnmøre HF

Kommune	Dagens stasjonering	Antall: -Døgn -Dag/kveld -Andre	Forslag til ny stasjonering	Antall: -Døgn -Dag/kveld -Andre	Båt	Bårebil
1504 Ålesund	Åsestranda Ålesund sj.h	1 døgn 1 dag				
1532 Giske	Skjong/ Ytterland Ytterland	1 døgn				
1531 Sula	Langevåg sentrum	1 døgn	Fiskerstrand	1 døgn		
1511 Vanylven	Fiskåbygd Fiskåbygd	1 døgn 1 dag/kveld				
1514 Sande	Larsnes/ Kvamsøy	1 døgn			Kvamsøy	2 -Kvamsøy - Sandøy (utfaset ambulanse)
1516 Ulstein	Saunes Saunesmarka	2 døgn				
1523 Ørskog	Sjøholt	1 døgn	Skodje	1 døgn		
1534 Haram	Brattvåg	1 døgn			Haramsøy	3 -Haramsøy -Fjørtoft -Lepsøy
1524 Norddal	Uri	1 døgn				
1525 Geiranger	Geiranger	1 døgn				
1525 Stranda	Stranda sentrum	1 døgn				
1528 Sykkylven	Aure (Sykkylven sentrum)	1 døgn				
1515 Herøy	Straumane	1 døgn				
1519 Volda		Volda sjukehus	2 døgn			

Helse Nord-Trøndelag HF

Kommune	Dagens stasjonering NB: Denne er nylig revidert. Ikke forslag om ytterligere endringer.	Antall: -Døgn -Dag/kveld -Andre	Forslag til ny stasjonering	Antall: -Døgn -Dag/kveld -Andre
Steinkjer	Midtbyen	2 døgn		
Meråker	Midtbygda	1 døgn		
Stjørdal	Stjørdal sentrum	2 døgn		
Leksvik	Vinnan	1 døgn		
Levanger	Østborg	2 døgn+ <i>1 overflyttingsamb.</i>		
Snåsa	Snåsa vest	1 døgn		
Namsos	Midtbyen	2 døgn		
Verran	Bratreit	1 døgn		
Lierne	Sandvik	1 døgn		
Namsskogan	Namssk. Sentrum	1 døgn		
Røyrvik	Røyrvik sentrum	1 døgn		
Grong	Mediå	1 døgn + <i>dag/ kveld</i>		
Flatanger	Lauvsnes	1 døgn		
Vikna	Rørvik Sentrum	1 døgn		
Nærøy	Kolvereid Vest	1 døgn		
Salsbruket	sentrum	1 døgn		
Leka	Skei	1 døgn		
Antall ambulanser		21 døgn + 1 dag/ kveld + 1 overfl.		

Luftambulanse som erstatning for ambulanser i Nord-Trøndelag

Vurdering av en eventuell helikopterbaselagt til Namsos, drøftet i Sintef-rapporten, krever en egen utredning. Utvalget velger ikke å ta noe standpunkt i denne saken.

Effekter av tidsbruk i AMK og reduksjon av ambulansetider

(Simulering i Sintef-rapporten – se utredningens del II.)

Man kan ikke redusere antall ambulanser i regionen ut fra denne beregningen, da denne tidsgevinsten blir opptjent ved meget høy aktivitet. Dette gjelder storbyer på størrelse med London og ikke gravgrendte strøk i Norge.

9.

AMK-TJENESTEN I MIDT-NORGE

- FREMTIDIGE OPPGAVER OG ORGANISERING

Etableringen av helsetjenestens kommunikasjonsberedskap/medisinsk nødmeldetjeneste (Ot.prop. 26, 86/87) er kanskje Norges største telemedisinske satsing, og et omfattende samarbeidsprosjekt mellom nivåene som begge har lov- og forskriftsfestede forpliktelser, jmf. Lov om helsepersonell, lov om spesialisthelsetjeneste, Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste. Systemet har blant annet sikret publikum trygg tilgang til helsepersonell i vakt via medisinsk nødtelefon 113 i alvorlige akuttmedisinske situasjoner, bidratt til forbedrede samhandlingsrutiner og entydig terminologi.

De siste årene har det nasjonalt vært en utvikling i retning av at kommunene har søkt å flytte LV-sentralene (kommunikasjonssentraler for kommunal helsetjeneste i vakt) fra sykeheimer til større interkommunale sentraler, ofte i AMK-sentral. Kommuner og Helseforetak deler på det økonomiske ansvaret for teknisk drift av systemet og har felles bruksrett og kommunikasjonsfelleskap bl. a. for varsling og samhandling i alvorlige akuttmedisinske situasjoner. Fylkeskommunen/Helseforetaket har teknisk og medisinsk "systemansvar", mens det situasjonsbestemte ansvar ivaretas av legevaktlege og vakthavende AMK-lege. Helseforetak/fylkeskommune har sørget for system for opplæring i kommunikasjonssystemet også på den kommunale siden.

Hensikten med en endring i organisering av nødmeldetjenesten er å øke den kvalitative standarden på mottak og oppfølging av reelle nødmeldinger og optimalisere bruk av ambulanseressursene både beredskapsmessig og økonomisk. For å nå hensikten har utvalget vurdert bemanning av AMK-sentralene, antallet AMK-sentraler, opplæring av AMK-personell og tekniske hjelpemidler i AMK-sentral.

Eksisterende struktur for nødmeldetjenesten - oversikt over sentraler

I følge forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste fra 1990 var funksjonskravet at AMK-sentraler skulle etableres i sykehus med akuttfunksjon. Dette medførte for vår region 8 AMK-sentraler:

Nord-Trøndelag:

Helse Nord-Trøndelag HF

AMK-Levanger
AMK-Namsos

Sør-Trøndelag

St. Olav Hospital HF
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF

AMK-Trondheim
AMK-Orkdal

Møre og Romsdal

Helse Nordmøre og Romsdal HF

Helse Sunnmøre HF

AMK-Molde
AMK-Kristiansund
AMK-Ålesund
AMK-Volda

Bemanning

Utvalget finner at en uten tvil må kreve at AMK-sentral skal bemannes med minst to operatører fysisk tilstede i sentralen. Det er stor enighet om at en AMK-sentral bør bemannes med tre operatører. Dette er et vesentlig dimensjonerende utgangspunkt for antall sentraler. Utvalgets vurdering er at funksjon som legevaktsentral ikke kan kompensere for manglende befolkningsgrunnlag for 113-funksjonen.

Oppgaver i AMK-sentral

Ambulansekoordinering

Ambulanseressursene skal koordineres av den AMK-sentralen som mottar 113-anrop for ambulansens primære operasjonsområde. Dette er nødvendig for å oppnå maksimal utnyttelse av regionens ambulanseressurser og derved gi bedre beredskap, bedre økonomi og bedre miljø.

Luftambulansekoordinering

Ordningen med to AMK-LA-sentraler innen regionen videreføres. Helse Midt-Norge rådes til å arbeide for en nasjonal koordinering av virksomheten med ambulansefly.

Mottak av legevakthenverdeler

Samarbeidet med kommunene om mottak av legevakthenverdeler i AMK-sentralene videreføres. Etablerte interkommunale legevaktsentraler ved sykehus som ikke skal ha AMK-sentral består, og at foretakene legger til rette for slikt samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Antall AMK-sentraler i Helse Midt-Norge

Seks av ti i utvalget anbefaler fire AMK-sentraler i Helse Midt-Norge – én ved hvert foretak. Flertallet mener dette alternativet best ivaretar både hensynet til profesjonalitet i AMK-funksjonen, praktiske hensyn i forhold til hvordan helseforetakene faktisk er organisert, og samfunnsmessige forhold som større grad av integrering med primærhelsetjenesten.

Protokolltilførsel ved Johan-Arnt Hegvik, Erlend Sundland og Kirsten Mo Wiseth:

Tre eller fire sentraler kan utgjøre forskjellen når det gjelder bemanning med to eller tre operatører. Med fire sentraler vil vi fortsatt være innenfor det befolkningsgrunnlag som er anbefalt i "NOU 1998:9: Hvis det haster...", men vi vil få tre mindre og en stor sentral. Dette kan være avgjørende for om en av operatørene kan være ambulanspersonell. En profesjonell AMK-sentral bør ha så stort nedslagsfelt at bemanning med to sykepleiere og en ambulanskoordinator kan forsvares. Bemanning med to sykepleiere er viktig for kollegial støtte, samtidighetsproblematikk, samhandling, medisinske vurderinger etc., jmf. Aksel Hagen Tjoras Forskningsrapport: Aksjonskollektivet. At vi får én mindre sentral kan ikke være et argument for at vi like godt kan ha tre mindre sentraler. Målet må være å oppnå så god bemanning som mulig i så mange som mulig av de fremtidige sentralene.

Med to AMK-sentraler vil det ene området bli så stort at det kan bli et geografisk uoversiktlig område. Det er usikkert om ønsket effekt oppnås i forhold til å øke volumet av nødsituasjoner pr. operatørdada oppbemanning av den ene sentralen blir nødvendig og da vil ønsket effekt med flere nødsituasjoner pr. operatør falle bort.

Vurdert ut fra en helhet og under forutsetning av at Alesund står fast ved at hele Møre og Romsdal er et håndterbart område, mener vi at tre AMK-sentraler i Midt-Norge vil bli den beste løsningen (en i hvert fylke). Det er viktig at ambulansetjenesten organiseres med kongruens mellom ambulanse- og AMK-områder.

Protokolltilførsel ved Ida Lise Salberg:

Sentral føringer anbefaler reduksjon i antall AMK-sentraler. Fokus i denne sammenheng har vært at antall 113-anrop pr. operatør blir for lavt ved dagens løsning. Økt antall 113-anrop pr. operatør vil gi økt kompetanse i mottak og oppfølging av nød-anrop og gi kvalitetsbeving av tjenesten.

2 AMK-sentraler med 113-mottak og ambulanskoordinering vil etter min mening være den mest fremtidsrettede, kostnadseffektive og den faglige beste løsningen i Helseregion Midt-Norge.

Operatørene vil slik få en større mengde 113-anrop å håndtere, rendyrker 113 og ambulanskoordinering. Dersom antall 113-anrop for Nord- og Sør-Trøndelag rutes til et sted, vil det representere ca. 40 anrop pr. døgn (jfr. tabell), noe mindre for Møre & Romsdal.

For ideell respons på 113-benverdeler bør en tilstrebe at i alle fall 3 operatører er tilgjengelig på døgnbasis for at sentralen skal kunne handle raskt og effektivt. Dette er enklere å forsvare ved kun 2 sentraler.

Færre sentraler gir gevinst i opplæringskostnader og samordning av prosedyrer etc. Oversiktighet over mange kommuner skaffes ved hjelp av moderne teknologi, som gode digitale kartverk, nye løsninger for flåtestyring og opprinnelsesmarkering, i tillegg til godt samarbeid med "lokale" legevaktsentraler.

Tekniske drift- og investeringskostnader vil være lavere om det bygges opp kun 2 helt like sentraler som tilfredstiller alle krav til teletekniske løsninger og de vil være gjensidige reservesentraler for hverandre.

De sykehusene som ikke har 113-mottak må ivareta god kommunikasjonsberedskap i tillegg til at de er store legevaktsentraler for større områder, jmf. Namsos, Levanger og Orkdal. Slik blir samhandlingen mellom sykehus og primærhelsetjenesten godt ivaretatt og i tråd med sentrale føringer.

Utvalget henviser for øvrig til drøfting av fordeler og ulemper i del II

Organisering - driftsorganisasjon

For nødmedtjenesten anbefaler utvalget en organisasjon bestående av medisinsk systemansvarlige leger og AMK-sentralenes daglige ledere og for ambulansetjenesten anbefaler utvalget en organisasjon bestående av medisinsk systemansvarlige leger og operative ledere (ambulansesjefene).

Utvalget anbefaler videre oppbygging av en regional driftsorganisasjon for både ambulanse- og nødmedtjeneste med harmonisert teknisk struktur, organisatorisk oppbygging, retningslinjer og prosedyrer basert på forpliktende samarbeid og konsensusbaserte prosesser mellom disse.

Lokalisering av AMK-sentralene i Helseregion Midt-Norge

Det ligger ikke til arbeidsgruppens mandat å ”bestemme” hvilke sykehus AMK-sentralene skal legges til, men det er visse kriterier som må vektlegges ved valg av sykehus som skal ha AMK-sentral.

AMK-lege i vakt

Det er viktig at sykehus med AMK-sentral har umiddelbar tilgang til anestesilege med tilstedevakt ved sykehuset, fortrinnsvis erfarne leger med prehospitall erfaring, god kjennskap til prehospitale rutiner og beredskapsplaner og sanitetstaktisk innsikt. Vaktstående anestesileger har funksjon som vaktstående AMK-lege og det er ofte behov for rask tilkalling til AMK-sentralen for å bidra i en tidlig fase i vanskelige uavklarte akuttmedisinske situasjoner og ved store ulykker/katastrofer.

Akuttmedisinsk miljø

Det antas å være en fordel at det knyttes til en AMK-sentral er et aktivt akuttmedisinsk miljø med nær kontakt med ambulansetjeneste og eventuelt luftambulansetjeneste, fortrinnsvis gjennom samlokalisering.

Utvalget anbefaler at AMK-sentral legges til sykehus som har anestesileger i tilstedevakt ved sykehuset.

Sykehus med akuttfunksjon uten AMK-sentral

Utvalget anbefaler at behovet for beredskapssamband ved sykehus med akuttfunksjon blir ivarettatt, og at det skal være mulighet for radiosamband med AMK-sentral, ambulanser og vaktleger.

Opplæring av AMK-personell

Utvalget anbefaler at kravet til opplæring minimum skal følge den opplæringsplanen som KoKom anbefaler og at kravet til opplæring av AMK-operatører ved AMK-LA-sentraler skal ha opplæring i forhold til det spesielle ansvaret som medfølger koordinering av luftambulanse

Teoretisk del av opplæringen av AMK-operatører bør sentraliseres. Regional AMK-sentral bør tilføres ressurser til å drive opplæring av AMK-operatører. Det er viktig at alle i regionen får lik opplæring, dette også som ledd i samordning og enhetlig systemutvikling. Opplæringen må også inkludere en lokal del tilpasset eget område/AMK-sentral og veiledet arbeid i deler av prøveperiode.

Reserve-AMK-sentral ved tekniske sammenbrudd og behov for evakuering

Utvalget anbefaler at to av regionens AMK-sentraler dimensjoneres - fysisk og teknisk - til å være reservesentral for de andre sentralene i regionen. Begge må ha 7- 8 operatørarbeidsplasser – avhengig av antall sentraler i regionen.

Teknisk sikkerhet

Uansett antall AMK-sentraler er det viktig for beredskap og tilgjengelighet at alle ”skal-krav” opplistet i ”Felles krav til sikring av teletekniske løsninger i nødmeldesentralene for brann, politi og helse” blir iverksatt. I følge teknisk ansvarlig for nødmeldetjenesten i Sør-Trøndelag er det enklest å bygge denne sikkerheten mot én sentral enn flere sentraler jmf. notat fra T. Øvergård.

Tekniske hjelpemidler

Utvalget anbefaler at regionens AMK-sentraler skal ha følgende tekniske installasjoner/løsninger:

Absolutte krav er:

et tilstrekkelig antall arbeidsplasser i forhold til de funksjoner sentralene har
 radio og telefoniløsninger inkludert callsenterer en selvfølge
 databasert hendelsesregistrering/håndtering/støtte (AMIS-data, digital lydlogg)
 (meldingsregistrering)
 digitalt kartverk
 system for flåtestyring

Sentralene må ha:

System for EKG-overføring og mottak av medisinske parametre /telemedisinske løsninger.

AMK-LA-sentralene og regionens helikoptre må ha:

System for flåtestyring sammen med landets øvrige AMK-LA.

Alle operatørarbeidsplasser må utstyres komplette.

Samarbeid med kommuner og kostnadsfordeling

Det er en stor fordel med samdrift og samlokalisering når det gjelder å kunne dele kostnader med involverte kommuner. Alle AMK-sentraler har samarbeidsavtaler med kommunene de er LV-sentral for. Det fremkommer av datainnsamlingen at flere AMK-sentraler har bemannet sin AMK-sentral med stillinger finansiert av kommunen, mens andre sentraler har hatt en kostnadsfordeling i forhold til antall stillinger som hadde vært et absolutt krav hvis funksjonene hadde vært splittet.

Det kan tenkes at økonomien til integrerte LV-sentraler kan bli lidende hvis 113 tas bort. Med dette menes at synergieffekten mellom 113 og legevakt faller bort og det vil kunne kreve nye stillinger knyttet til legevakt for å dekke helkontinuerlige skift. Hvis kommunene stiller opp med det, er det en netto gevinst til det aktuelle foretaket etter som man kan ta bort bemanning knyttet til 113-funksjonen.

De små AMK-sentralene har allerede de fleste stillingene finansiert av kommunene, så omleggingene blir vel ikke så store i praksis. De sykehusene som mister 113, bør se på muligheten for å kombinere legevaktformidling med sentralbordfunksjon. Det avhenger av hvilken avtale de har i dag og hvilken bemanning som trengs for å betjene LV-funksjonen, dvs om sentral uten 113 kan tåle å redusere bemanningen til det kommunene faktisk finansierer av stillinger i dag.

10.

LUFTAMBULANSETJENESTEN

– ORGANISERING, ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

Luftambulansetjenesten har to hovedformål. For det første skal den bringe høyt kvalifisert hjelp til pasienter utenfor sykehus og bringe alvorlig skadde raskt til behandling i sykehus. Med økende sykehusspesialisering får tjenesten stor betydning for å bringe pasienter til riktig behandlingsnivå. Luftambulansetjenesten er ikke kvantitativt av stor betydning for helsevesenet men vil i et område med lange avstander, fjell og fjorder kunne være til stor nytte for de pasientene det gjelder. I tillegg har luftambulansetjenesten (legehelikoptrene) stor betydning som ressursbase for kompetanseutvikling i hele den akuttmedisinske kjeden.

Gruppen ser en nær sammenheng mellom organiseringen av luftambulansetjenesten og den øvrige helsetjenesten i Helse Midt-Norge. Funksjonsfordeling, organisering, ansvars- og oppgavefordeling samt sykehusstrukturen i de øvrige helseforetak vil i stor grad være styrende for hvordan en ser for seg en framtidig luftambulansetjeneste. Kvalitative og kvantitative forhold knyttet til blant annet hjul- og båtambulanser, samt de akuttmedisinske nødmeldesentralene (AMK) er viktige enkeltelementer.

Utvalget har drøftet luftambulanseproblematikken ut fra dette perspektivet. Tankene omkring dette legges frem i rapporten. Utvalgets medlemmer er enige om at det bør opprettes et særskilt utvalg som ser spesielt på luftambulansetjenesten når de strukturelle forholdene i Helse Midt-Norge er mer avklart.

Luftambulansevirksomhet er svært viktig for helsetjenesten i Midt-Norge. Det synes å være tilstrekkelig kapasitet på helikoptersiden. For ambulansefly er det knapphet på kapasitet. Det anbefales at man arbeider for å stasjonere et nytt dagfly på Vigra.

AMK-Ålesund må fortsatt være AMK-LA-sentral for ambulanshelikopteret stasjonert i Ålesund og AMK-Trondheim må fortsette som AMK-LA-sentral for ambulanshelikopteret i Trondheim og for redningshelikopteret stasjonert på Ørland når det gjelder ambulansoppdrag. Det bør være to AMK-LA-sentraler i regionen som kan fungere som gjensidig back-up.

Helse Midt-Norge må engasjere seg særlig og involvere deltagende personell aktivt i sikkerhetsrelaterte spørsmål. Likeså er det viktig at de lokale luftambulansmiljøer er sentrale i arbeidet med å forme tjenestene mtp. bemanning, fartøy og utstyr i henhold til det behov man har erfart. Som et ledd i dette bør det opprettes et regionalt luftambulansutvalg. Den medisinske tjenesten bør organiseres likt for begge helikopterbasene og være integrert i sykehusavdelingen.

11.

SAMHANDLING MED FØRSTELINJETJENESTEN

Todelingen av helsevesenet innebærer mulige hindere for akuttpatienten, og det er viktig å etablere mekanismer som sikrer effektiv kommunikasjon (melding, varsling, informasjonsoverføring), koordinering av hjelpetiltak, og minimale tidstap i kritiske situasjoner.

Alle helseforetakene med sine underliggende sykehus rapporterer om samhandling med førstelinjetjenesten i den akuttmedisinske kjeden. Det har vært en klar tendens til at a) at lokale legevaktsentraler (LV) har blitt integrert i sykehusenes akuttmedisinske nødmeldesentraler (AMK) og b) plassering av den kommunale legevakten i sykehusenes mottakelser for en eller flere kommuner i sykehusets nærområde. Denne modellen finnes i to varianter, enten integrert i sykehusets ordinære mottak eller med egen inngang og i egne lokaler.

Legevaktprosjektet i Namdalen (LINA-prosjektet) synes å ha nådd sine mål som var økt rekruttering og stabilisering i allmenlegestillingene i området og (sekundært) en bedre medisinsk beredskap, inkludert økt akuttkompetanse i eksisterende ambulanskorps og riktigere bruk av tilgjengelige kommunikasjonsmiddel. Prosjektet videreføres som en fast ordning. Finansieringen av prosjektet har voldt de største problemene. Det er mange aktører (RTV, kommunene, deltakende leger, pasientene og sykehuset), dels uklare retningslinjer og mangel på nasjonal strategi. En god erfaring fra LINA-prosjektet er sentraliseringen av LV-sentralene til en samlokalisering og felles bruk av personell med AMK samt det å ha en fast primærlege med i teamet.

Felles somatiske Akuttmottak (FAM) er en konkret tilrettelegging for viktige ledd i en fungerende akuttmedisinsk kjede som omfatter primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Helse Midt-Norge bør legge sterke føringer for etablering av Felles somatiske akuttmottak - FAM - i alle sykehus, inkludert økonomiske mekanismer som legger til rette for dette.

IT/kommunikasjon

Kontinuere og styrke samarbeidet med primærhelsetjenesten/kommunen om kommunikasjonssystem for prioritert tale- og datatrafikk, informasjonsdeling (f.eks. IT-system som sikrer tilgang til helseinformasjon for akuttmedisinske team i utrykning). AMK-sentralenes datasystem for registrering (f.t. AMIS) skal ha kommunikasjonsmodul med tilsvarende systemer for legevakt

FOU

Utvikle samhandlings/kvalitetsprogram for utvalgte problemområder (som f.eks. akutt hjerte, traume, akutt syke barn, gravide/fødsel) og monitorere disse med kvalitetsregistre.

Videre- og etterutdanning

Samhandle med andre instanser om videre- og etterutdanning for primærleger med henblikk på fagutvikling i form av f.eks emnekurs, workshops knyttet til bestemte temaer, fjernundervisning (video), konferanser. Søke å finansiere dette både fra interne og eksterne kilder.

Kvalitetssystem

Etablere felles elektronisk kvalitets-/prosedyresystem for akuttmedisinsk praksis.
Fellenskap i forhold til praktisk akuttmedisinsk trening og øvelse, gjerne med støtte/i samarbeid med f.eks Stiftelsen Norsk Luftambulanses sin undervisningsavdeling og andre relevante samarbeidspartnere.

Organisatorisk

Felles akuttmottak inkludert kommunikasjonssentraler trenger en forankring og en organisasjon. Driftsorganisasjon i helseforetak kan støtte kommunene i implementering og drift av kommunikasjonssystemene.
Medisinsk nødmeldetjeneste anbefales utviklet videre som et verktøy for samhandling med primærhelsetjeneste. Sykehus bør kunne være LV-sentral for sitt naturlige område.

12.

RESSURSBEHOV FOR GJENNOMFØRING AV ANBEFALTE TILTAK

Felles kvalitetsstandarder for ambulansetjenesten Helse Midt-Norge (Økte kostnader med referanse til kapittel 7)

Etablering av felles kvalitetsstandarder for ambulansetjenesten vil medføre økte kostnader, både i forhold til kompetanseoppbygging og standardisering av teknisk utstyr i ambulanserbiler. Tabellen nedenfor viser de vesentlige kostnadsøkningene som pr i dag er mulig å tallfeste på disse områdene.

Tall i hele 1000 ekskl mva

Kostnader kvalitetssystem	
Kurs Redningsteknisk modul	
Kursbehov ut fra dagens bemanning	1 200
Tapt arbeidsfortjeneste***	1 600
Trans-Mobile, digitalt kartsystem	
Vedlikehold	315
Avskrivning investeringer	2 969
Driftskostnader	6 084

Medisinsk teknisk utstyr	
Oppgradering inkl 12 kanal ekg, kostnad pr ambulanse* kr 75 000	6 750
Overvåkningsmonitor** biler Nord-Trøndelag	2 200
Trans-Mobile, digitalt kartsystem	
Kartterminal, server i bil	5 580
Innstallasjon	315
Investeringskostnader	14 845

* Kostnader er beregnet ut fra totalt 90 ambulanserbiler.

** HNT har ikke overvåkningsmonitor i tjenesten i dag, investering vil medføre en kostnad på kr 100 000 ekskl mva pr ambulansebil

*** Tapt arbeidsfortjeneste knyttet til kursbehov er totalt 8 mill ut fra dagens bemanning. Årlig kostnad er anslått ut fra en forutsetning om at gjennomføring av kurs gjøres over fem år.

- Det er ønskelig med investering i databasert ambulansejournal. Denne er ennå under utvikling og det er derfor foreløpig ikke mulig å anslå kostnader knyttet til dette.

Utkast til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus synes ikke å skille mellom medisinske krav til ambulansebil og ambulansebåt. Dette vil endre grunnlaget for organisering av ambulansebåttjenesten.

I Nordmøre og Romsdal pågår et prøveprosjekt med tanke på utvikling av dedikert ambulanse/legeskyssbåt.

Kostnader knyttet til båtambulanser er ikke inkludert. Det er i hovedsak Møre og Romsdal fylke som benytter båtambulanser. I år 2000 var totale kostnader knyttet til båtambulanser i Møre og Romsdal 17, 250 millioner. Kostnadene deles mellom fylke og RTV. Fylkets andel i år 2000 var ca 6 millioner.

Kostnader knyttet til Luftambulansen er ikke inkludert. Det antas at dagens kostnadsnivå videreføres.

Alternativ organisering av ambulanser/ambulansedistrikt (Økte kostnader med referanse til kapittel 8)

Det er ikke utredet kostnadmessige konsekvenser knyttet til alternativ organisering av ambulanser. Det må imidlertid påregnes økte kostnader knyttet til følgende momenter:

- Etablering av fast sekretariat
- Overtagelse av arbeidsgiveransvar for ambulanspersonell og eierskap til driftsmidler

Tabellen under viser budsjetterte kostnader i 2003 til bilambulanser i det enkelte helseforetak.

Tall i mill kr

Foretak	Budsjett 2003
Helse Sunnmøre	50
Helse Nordmøre & Romsdal	72
Helse Nord-Trøndelag	57
Sør-Trøndelag	84
Sum	263

En organisering av ambulansedistrikt i tråd med SINTEFs rapport om ny ambulansestruktur for Helse Midt-Norge, vil i mindre grad påvirke totalkostnaden. Ny ambulansestruktur vil medføre en viss intern omfordeling mellom helseforetakene. Bruk av normerte, empiriske data gir en økning i det totale budsjettet fra totalt 263 millioner til ca 267 millioner.

Fremtidige oppgaver og organisering av AMK-tjenesten i Helse Midt-Norge (Økte kostnader med referanse til kapittel 9)

Ny organisering og økte krav til kvalitet på AMK-tjenesten i regionen medfører økte kostnader knyttet til krav til reserveløsning ved behov for evakuering, investering og oppgradering av tekniske hjelpemidler og eventuell utbygging/etablering i nye lokaler.

Tabellen nedenfor viser krav til bemanning av en AMK-sentral avhengig av antall sentraler og nedslagsfelt. For alternativet med kun en sentral er estimatet for bemanning høyst usikkert. Det er her vanskelig å vurdere hva som er riktig bemanning og om estimatet er tilstrekkelig.

Tall i hele 1000

Bemanning ny modell					
Antall AMK-sentraler	Innbygger-tall	Antall betj.plasser	Bemanning	Antall årsverk	Kostnad bemanning
1	637 635	9	6+6+4	36	15 480
2	390 000	8	5+5+4	31,5	13 545
2	250 000	8	3+3+2	18	7 740
				49,5	21 285
3	130 000	4	2+2+2	13,5	5 805
3	270 000	7	4+3+3	22,5	9 675
3	250 000	7	3+3+2	18	7 740
				54	23 220
4	130 000	6	2+2+2	13,5	5 805
4	270 000	6	4+3+3	22,5	9 675
4	110 000	3	2+2+2	13,5	5 805
4	130 000	3	2+2+2	13,5	5 805
				63	27 090
8	43 000	3	2+2+2	13,5	5 805
8	87 000	5	2+2+2	13,5	5 805
8	218 000	6	3+3+2	18	7 740
8	50 000	3	2+2+2	13,5	5 805
8	48 000	3	2+2+2	13,5	5 805
8	61 225	3	2+2+2	13,5	5 805
8	98 500	3	2+2+2	13,5	5 805
8	33 700	3	2+2+2	13,5	5 805
				112,5	48 375

Bemanning og årsverk - høsten 2002		
Bemanning	Antall årsverk	Kostnad bemanning
1+2+1	6,8	2 903
2+2+1	7,4	3 182
3+3+2	12,9	5 534
1+1+1	7	3 010
2+2+1	10	4 300
2+2+1	7,5	3 221
2+2+2	9	3 870
2+2+2	6	2 580
		28 599

Driftskostnader

Kostnadene knyttet til AMK avhenger av hvor mange sentraler som totalt etableres i regionen. Den største driftskostnaden er knyttet til lønn, og oversikten over sentrale driftskostnader viser at det er lønnskostnadene som i det vesentlige samvarierer med antall AMK-sentraler som etableres. AMIS er et datasystem for virksomhetsregistrering til bruk i AMK- og LV- sentraler. Trans-Med er et digitalt kartsystem som benyttes til flåtestyring i AMK-sentralene.

Tall i hele 1000 ekskl mva

Driftskostnader ny modell					
Antall AMK-sentraler	1	2	3	4	8
Lønnskostnader AMK-sentral*	15 480	21 285	23 220	27 090	48 375
Driftskostnad AMIS**	454	462	470	478	510
Driftskostnad TransMed	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200
Avskrivning teknisk løsning***	1 120	1 120	1 120	1 120	1 120
Sum	18 254	24 067	26 010	29 888	51 205
Faste kostnader 20%****	3 651	4 813	5 202	5 978	13 074
Totale driftskostnader	21 905	28 880	31 212	35 866	64 279

* Lønnskostnader er beregnet ut fra totale kostnader pr årsverk på kr 430 000 og et krav om minimum 75% stilling.

** Årsavgift og serviceavgift beregnes pr innbygger, i tillegg kommer en mindre avgift pr sentral

*** Kostnaden knyttet til investering i teknisk løsning er uavhengig av antall sentraler

**** Faste kostnader på 20% er et anslag og ment å dekke husleie, utgifter til tele og datakommunikasjon og div. overheadkostnader.

Kostnader knyttet til opplæring og standardisering av kompetanse for AMK-personell er ikke medtatt i driftskostnadene.

Alle AMK-sentraler i Helse Midt-Norge er i dag legevaktsentral for en eller flere kommuner. Legevaktsentral integrert i AMK-sentralen medfører at kommunene er med og delfinansierer de totale driftskostnadene. Tabellen nedenfor viser finansiering fra kommuner basert på dagens avtaler (1-årige kontrakter) og kun fra kommuner som i dag deltar i den aktuelle AMK-sentralens nedslagsfelt. Det er store forskjeller på hvor gunstige avtaler som er inngått med de ulike kommunene og det gir derfor ulikt utslag på nettokostnadene for HMN i forhold til hvilke kommuner som inkluderes.

Tall i hele 1000

Driftskostnader inklusive LV-samarbeid med kommuner					
Antall AMK-sentraler	1	2	3	4	8
Totale driftskostnader	21 905	28 880	31 212	35 866	64 279
LV-funksjon, defin. fra komm.		3 655	6 491	9 073	18 254
Totale driftskostnader HMN	21 905	25 225	24 721	26 793	46 025

Investeringer

Investering i teknisk utstyr som inngår i tabellen under, har en fast kostnad uavhengig av det antall AMK-sentraler som etableres. Dette skyldes at kostnader knyttet til AMIS (AkuttMedisinsk InformasjonsSystem) beregnes ut fra antall innbyggere i sentralenes nedområde og at pris på TransMed er satt uavhengig av antall sentraler som etableres i regionen. Investeringer knyttet til varslingsystemet – helseradionettet og telefoni er ikke tatt med. På sikt vil det også komme kostnader knyttet til digitalt radionett og PC-betjent telefoni. Disse kostnadene vil ikke være uavhengige av antall sentraler.

Tabell i hele 1000 ekskl mva

Investeringskostnader ny AMK-modell					
Antall AMK-sentraler	1	2	3	4	8
AMIS kr 2 pr innbygger*	500	500	500	500	500
TransMed Site lisens	4 800	4 800	4 800	4 800	4 800
TransMed installasjon/opplæring	300	300	300	300	300
Investeringskostnad teknisk løsning AMK	5 600	5 600	5 600	5 600	5 600

**Kostnader knyttet til innføring av AMIS gjelder kun for Møre og Romsdal fylke, da denne investeringen er gjort tidligere både i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.*

Utbyggingskostnader

Ved etablering av færre AMK-sentraler vil hver enhet bli større. Dette betyr at flere eller alle sentralene vil ha behov for utbygging/etablering i nye lokaler. Kostnader knyttet til en eventuell større og ny lokalisering er vanskelig å tallfeste, men investeringskostnader knyttet til utbygging av AMK-enheter vil sannsynligvis ligge på om lag kr 35 000 pr m² uten utstyr og minst kr 50 000 pr m² inklusive utstyr. Vi har ikke anslått behovet for antall kvadratmeter ved de ulike alternativene, men eksempelvis vil et grovt anslag for ny AMK-sentral ved St. Olavs Hospital ha følgende arealbehov med tilhørende investeringskostnader.

Tallemsempel for utbygging av ny AMK-sentral ved St. Olavs Hospital

Tall i hele 1000

Arealbehov	Utbyggingskostnad uten utstyr	Utbyggingskostnad inklusive utstyr
270	9 450	13 500