

Utviklingsplan styrking av de akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus 2019 – 2022.

1. Samandrag

Arbeidsgruppen som står bak arbeidet ble nedsatt våren 2017, denne er bredt sammensatt av representanter fra helseforetaket, kommuner og brukere. Det er ett felles ansvar mellom helseforetak og kommune å sikre en forsvarlig prehospital beredskap og tjeneste. Akuttforskriften legger strenge føringer, for å oppnå målsetninger tvinger dette frem bedre samarbeid mellom kommune og helseforetaket. Dette er også en driver for sentralisering av helsetjenesten. I planlegging av fremtidig behov er det identifisert flere usikre faktorer. Vi ser at kommunesammenslåing, ny sykehusstruktur, endringer i funksjonsfordeling og helsetilbud er uavklart. Infrastruktur er i endring med nye veiprosjekt og fjordkryssinger. Vi får utfordringer med økt og endret befolkning med flere eldre- andel eldre blir størst i kommuner med lengst reisevei. Befolkningen generelt vil stille større krav til tilgjengelighet, kvalitet og innhold i helsetjenesten og dette kravet sammen med nevnte endringer vil gi økt press på den akuttmedisinske kjede.

Arbeidsgruppen har identifisert flere forbedringsområder.

Samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket om fremtidig helsetilbud må bli mere forpliktende på alle plan. Dette kan formaliseres i samhandlingsavtalen. Etablere samarbeidsorgan, gjerne knytt opp til de fire store legevaktsområdene. Lokalisering av legevakt og ambulansestasjoner må sees i sammenheng, samlokalisering av ambulansestasjon og legevakter der det gir synergieffekt, lokalisering av ambulansestasjon som kompenserende tiltak der dette er nødvendig for å sikre beredskapen. ØHD/KAD kan samlokaliseres med døgnopen legevakt for synergieffekter. Sentraliseringskreftene er sterke og vi må derfor beholde akuttmedisinsk kompetanse og beredskap i distriktene. Noen kompenserende tiltak kan være enkle diagnostiske enheter knytt opp til ambulansestasjon eller sykehjem - community paramedic kan være personell som kan drifte slike enheter. Akutthjelper(first responder) ordningen må videreføres og utvikles særlig som ett kompenserende tiltak.

Økt press på ambulansetjenesten under ett vil føre til at kapasitet og kompetanse må tilpasses. Vi må få ett mere differensiert transporttilbud og bedre styring med tettere samarbeid mellom pasientreiser og AMK. Fjordpasseringer og særlig beboere på øyer er sårbare- det er viktig å ha langsiktige avtaler om beredskapsferger og lokalisering av ambulansebåter. Felles kommunikasjonsplattformer løser mye, til dette er på plass kan overføring av data fra ambulansetil legevakt, e-meldinger fra kommunaletenester og legevakt forbedre informasjonsflyten mellom nivåene.

Prioriterte tiltak: Etablering av felles samarbeidsorgan lokalt. Legge til rette for mere felles opplæring, samtanning og øvelser. Lokalisering av legevakt og ambulansestasjoner sett i sammenheng. Differensiert transporttilbud og bedre samordning av transportoppdrag. Prøve ut community paramedic som kompenserende tiltak.

2. Bakgrunn og historikk

a. Historikk

Handlingsplan for samarbeid innafor krise- og katastrofeberedskap og utvikling av den akuttmedisinske kjede, utgjer innsatsområde nr 11 i Samhandlingsstrategi Møre og Romsdal (2016-2018). Handlingsplanen er eit verkty for å følgje opp og operasjonalisere plikter for samarbeidet som er skildra i delavtale 11 i samhandlingsavtalen mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF (Helse Møre og Romsdal HF, 2015:11). Arbeidet med å utarbeide, organisere, gjennomføre og evaluere samarbeidet, vil vere eit viktig bidrag for å nå målsettinga «*Heilskaplege behandlingsforløp med klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune*» og byggjer opp under visjonen «*Samhandling for å utvikle pasientens helsevesen i Møre og Romsdal*».

For å ivareta dette arbeidet vart det oppretta eit akuttutval samansett av representantar frå Helse Møre og Romsdal HF og kommunane i Møre og Romsdal. Representasjonen har som mål å sikre bredde i komptansesamansetning innan området krise- og katastrofeberedskap og akuttmedisin: Medlemmer er:

Seksjonsoverlege AMK Helse Møre og Romsdal HF
Beredskapssjef Helse Møre og Romsdal HF
Avdelingssjef klinikk for prehospitale tenester, avdeling Sunnmøre
Seksjonsleiar AMK Helse Møre og Romsdal HF
Fagsjef Ålesund kommune
Helsesjef Molde kommune
Leiar for legevaktfunksjon Kristiansund kommune
Kommuneoverlege i Ulstein og Hareid kommune

b. Gjennomføring av arbeidet

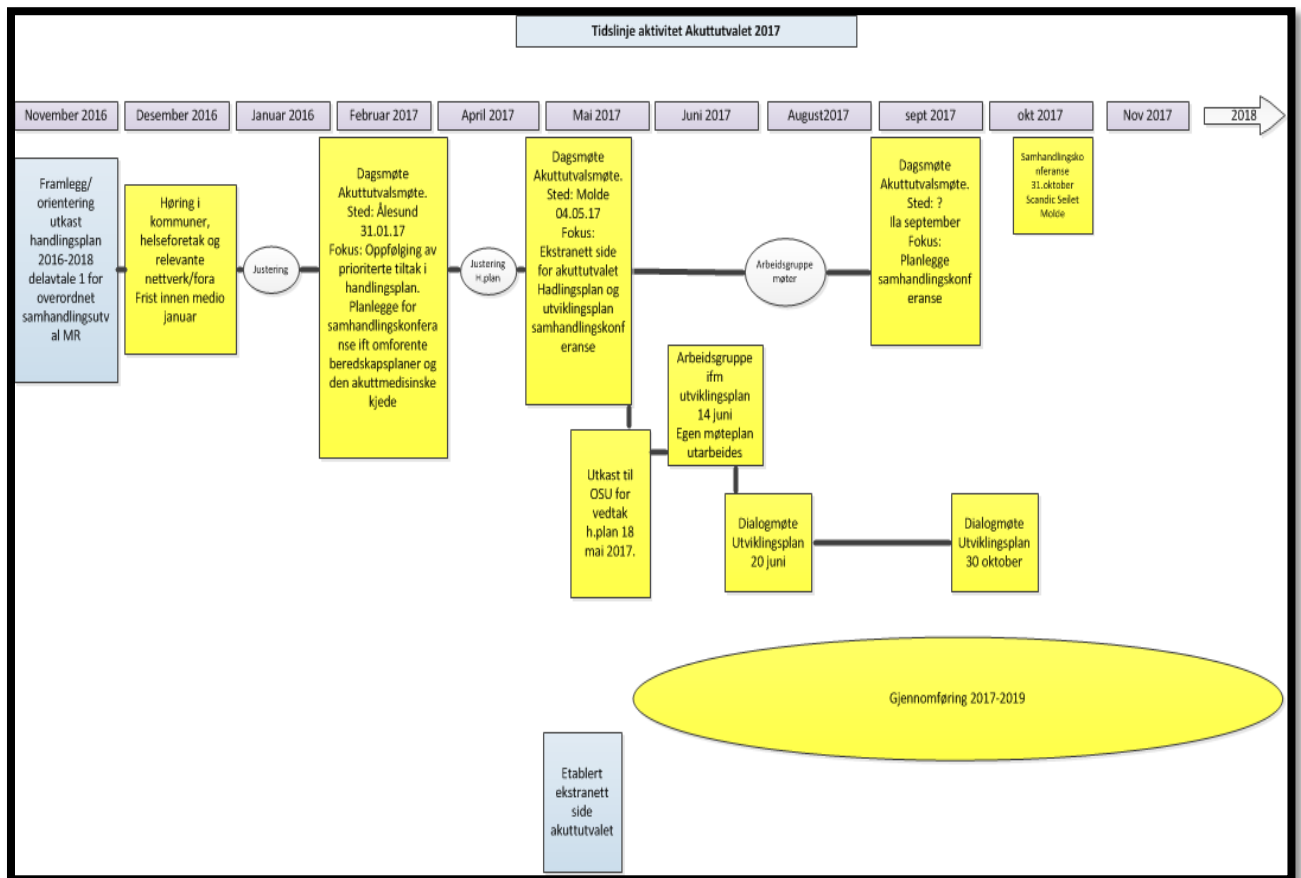
Handlingsplan for samarbeid om krise- og katastrofeberedskap og utvikling av den akuttmedisinske kjede vart godkjent i overordna samhandlingsutval den 10. mai 2017(sjå figur 2).

Det vart i dialogmøte 7. april 2017 beslutta at eit av områda som skal prioriterast er styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. Arbeidsgruppa skulle bygge på eksisterande arbeid og akuttutval. Arbeidsgruppa vart styrka med ressurser frå prehospital avdeling, representant frå brukarutvalet, og representant frå Smøla kommune.

Arbeidsgruppe styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

Namn	Arbeidsstad	Stillingstittel
Sindre Klokk (leiar)	Ålesund kommune og HMR	Fastlege og praksiskonsulent
Hans Olav Ose	Administrasjonen HMR	Beredskapssjef
Espen Rørvik	Klinikk for akuttbehandling HMR	Konstituert Seksjonsoverlege AMK
Kristen Rasmussen	Klinikk for akuttbehandling HMR	Avdelingssjef AMK, LA og pasientreiser
Åshild Vartdal Skjong	Klinikk for akuttbehandling HMR	Seksjonsleder AMK M&R
Lars Erik Sjømæling	Klinikk for akuttbehandling HMR	Avd.sjef prehospitala tenester
Geir Grimstad	Klinikk for akuttbehandling HMR	Ass. Avd.sjef prehospi tenester
Karsten Vingen	Ålesund kommune	Fagsjef
Henning Fosse	Molde kommune	Helsesjef
Askill Sandvik	Kristiansund Kommune	Leder for legevaktfunksjon
Birgit Iversen Eckhoff	Smøla kommune	Kommunalsjef
Inger Lise Kaldhol	Ulstein og Hareid kommune	Kommuneoverlege
Atle Tangen	Brukarutvalet HMR	Medlem
Daniel Ask	Brukarutvalet HMR	Vara
Georg Overvåg Aursnes	HMR Ulstein ambulanse	Tillitsvalt

Tabellen under viser overgangen til utviklingsarbeidet med arbeidsgruppe.



c. Mandat og organisering

Mandatet til akuttutvalet er forankra i samhandlingsavtalen mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF. Utvalet skal bidra til å gjennomføre partane sine plikter i samsvar med det som er nedfelt i delavtale 11 til samhandlingsavtalen (Samhandlingsavtalen, 2015:Delavtale 11. punkt 6).

Akuttutval Møre og Romsdal vil ha ei sentral rolle i å koordinere og følge opp arbeidet med å utvikle samarbeidet innafor krise- og katastrofeberedskap og den akuttmedisinske kjede. Dette er i samsvar med tilråing frå møte i Overordna samhandlingsutval 9. februar 2016 (Helse Møre og Romsdal, 2016).

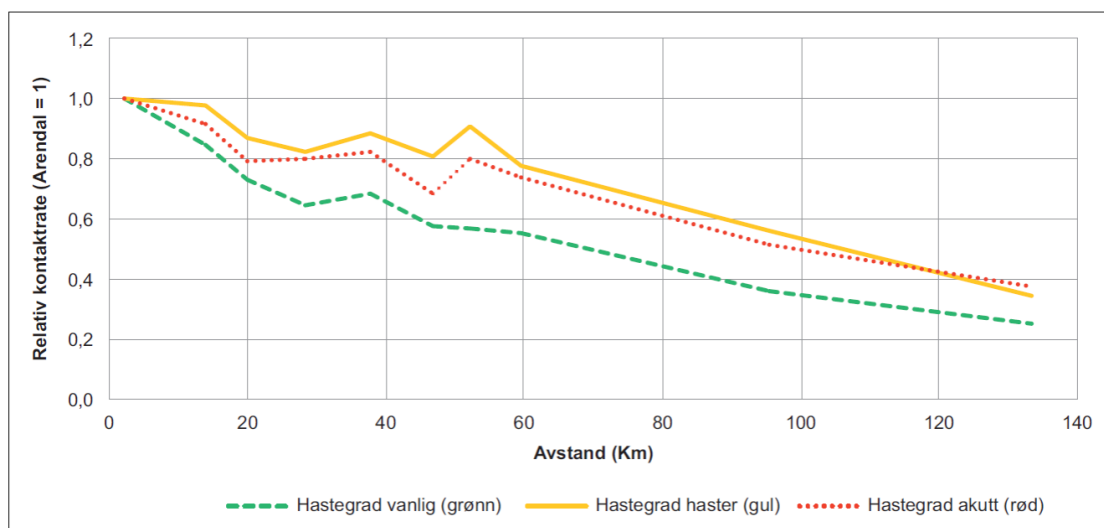
3. No-situasjonen

a. Legevakt og ØHD organisering

Akuttutvalet har samla ei eiga oversikt over legevaktene i fylket. Kven har eiga legevakt og kven samarbeider med kven og hvilken tid på døgnet dette gjelder. Oversikta inneheld også kven som har øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD/KAD) saman med kven. Oversikten finnes på akuttutvalgets hjemmeside.

Oversikta viser at legevaktsamarbeidet øker og at det utvikles stadig større legevakter. Dei største legevaktene er rundt byene.

Legevaktene er i dag integrert i resten av ø-hjelpstilbudet i kommunane og samarbeider med naudetatane og spesialisthelsetenesten direkte og gjennom AMK. Det er derimot store forskjellar innad i legevaktene og korleis dei i dag prioriterar dei sjukaste pasientane. Rekruttering til legevakt og mangel på kvalifisert helsepersonell er ei utfordring med tanke på god helsehjelp for innbyggjarane, spesielt i distrikta. Kvalitetskrav fører til sentralisering av legevaktene og mange innbyggjarar har lang reiseveg til legevakt. Den lokale oversikta viser at dette allereie er situasjonen fleire stader i Møre og Romsdal, og fleire samarbeid er under utvikling. Dei største legevaktene er rundt byane. Kontakt med legevakt minker i tråd med avstanden, se tabell nedenfor. ØHD/KAD samarbeidet blir i aukande grad lagt til legevaktene. Framleis har ikkje alle kommuner startet opp sine ØHD/KAD-tilbod.



Figur 10.2 Forholdet mellom legevaktkontakter og avstand til legevakten, fordelt på hastegrad akutt (rød), haster (gul) og vanlig (grønn).

Kilde: (Raknes og Hunskår, 2013)

b. Ambulansetjenesten

Bil- og båtambulansetjenesten består i dag av 33 ambulansestasjoner. 480 ansatte og 21 lærlinger drifter i dag 42 ambulanserbiler, samt 13 reservebiler. I tillegg er det tobåre-bil i fast rute mellom NR og St. Olavs, 2-bårebil i Ulstein og 5 båtambulanser. I 2016 utførte tjenesten 37 066 oppdrag og kjørte til sammen 2 043 967 km.



Dagens stasjonsstruktur er basert på en beredskapsanalyse som ble utført av Sintef i 2012.

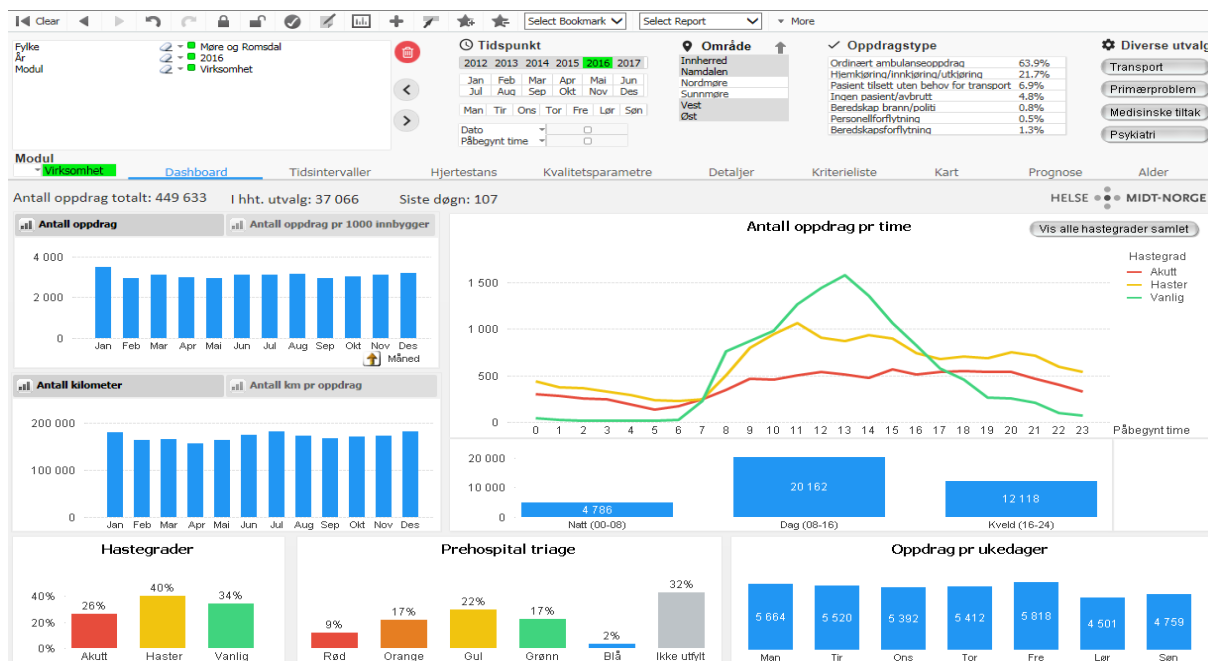
Analysen skulle gi oss den optimale plasseringen i henhold til Stortingsmelding 43 (1999 - 2000 om akuttmedisinsk beredskap som la veiledende utrykningstider til grunn:

I byer og tettsteder skal 90 prosent av befolkningen kunne nås med ambulans i løpet av 12 minutter og i grisgrendte strøk skal 90 prosent av befolkningen nås innen 25 minutter.

Helse og Sosialdepartementet definerer byer og tettsteder der antall innbyggere er mellom 10 000 og 15 000. For Møre og Romsdal er dette Kristiansund, Molde og Ålesund.

All rekvirering av tenestene skjer via AMK Møre og Romsdal. Alarmering skjer verbalt via nødnettet i tillegg til at alle oppdrag sendes elektronisk ut til tenestene.

All bevegelse i tjenesten registreres elektronisk, og gir oss god oversikt over den totale belastningen



Tabellen over viser korleis vi måler den enkelte ambulanse i beredskapstid og oppdragstid.

Oppdragstid: den tiden ambulanse er på oppdrag, fra den rykker ut til den er tilbake på egen stasjon.

Beredskapstid: den tiden ambulansen oppholder seg på egen stasjon og er klar for nye oppdrag. Personellet går døgnvakter og beredskapstiden brukes til kompetanseøving, stell av bil, utstyr samt hvile.

AMBULANSEDATA - RAPPORT OPPDRAG / BEREDSKAP PER ÅR- 2016

Viktig: Dette prosentvis resursen er borte fra egen stasjon og sier oss noe om beredskapen i bilene primærområde.

- Sjekker, øving, trening, hvile og andre daglige gjøremål kommer i tillegg og **må hensyntas ved døgnvakter for at bildet skal bli riktig.**
- Båtene har mange andre oppdrag, her er bare ambulansoppdrag medtatt.
- Sandøy bil, Aukra bil ,Haramsøy bil og Sande bil bemanner i tillegg ambulansbåter.
- Aure bil 1 og Gjemnes bil 2 er dagbiler

Kilde: Bliksund

	oppdragstid pr døgn	Timer/dager			
Gjemnes bil 2	41,9 %	12/5	Haram bil 1	18,9 %	24/7
Molde bil 1	31,7 %	24/7	Sunnal bil 2	18,7 %	24/7
Molde bil 2	30,8 %	24/7	Ørskog bil 1	18,7 %	24/7
Ålesund bil 1	30,4 %	24/7	Sande bil 1	18,2 %	24/7
Gjemnes bil 1	29,6 %	24/7	Tingvoll bil 1	17,5 %	24/7
Ålesund bil 2	29,3 %	24/7	Surnadal bil 1	17,1 %	24/7
Kristiansund bil 2	28,7 %	24/7	Surnadal bil 2	16,9 %	24/7
Kristiansund bil 1	28,6 %	24/7	Sykylven bil 1	16,0 %	24/7
Giske bil 1	27,9 %	24/7	Halsa bil 1	13,8 %	24/7
Sula bil 1	27,4 %	24/7	Aure bil 1	13,0 %	24/7
Fræna bil 1	26,6 %	24/7	Nordal bil 1	13,0 %	24/7
Vestnes bil 1	24,1 %	24/7	Smøla båt	12,6 %	24/7
Ulstein bil 2	23,3 %	24/7	Stranda bil 1	11,9 %	24/7
Averøy bil 1	22,3 %	24/7	Smøla bil 1	9,1 %	24/7
Neset bil 1	21,6 %	24/7	Aukra bil 1	8,0 %	24/7
Ulstein bil 1	21,4 %	24/7	Midsund bil 1	7,6 %	24/7
Volda bil 1	20,8 %	24/7	Geiranger bil 1	7,4 %	24/7
Herøy bil 1	20,7 %	24/7	Aure bil 2	7,3 %	8/5
Volda bil 2	19,8 %	24/7	Sandøy båt	5,1 %	24/7
Rauma bil 2	19,7 %	24/7	Haramsøy bil	4,9 %	24/7
Sunnal bil 1	19,7 %	24/7	Aukra båt	3,5 %	24/7
Rauma bil 1	19,3 %	24/7	Sandøy bil 1	3,2 %	24/7
Vanylven bil 1	19,2 %	24/7	Haramsøy båt	0,6 %	24/7
			Sande bil 1	0,1 %	24/7

Møre og Romsdal har veistruktur som inneholder. 25 fergesamband. Flere er stengt på natt og de andre har redusert frekvens på natt. Prehospitalt løses dette med beredskapsferger og ambulansébåter.

Beredskapsferger:

RV 64 Åfarnes-Sølsnes

FV 652 Lauvstad-Volda

FV 63 Eidsdal-Linge

Ambulansébåter

Aure, Smøla og Halså er ivaretatt av ambulansébåten Øyvakt stasjonert på Smøla

Aukra, Molde, Midsund og Sandøy ivaretatt av ambulansébåten Dr. Rieber stasjonert på Aukra, og ambulansébåten Øyvon, stasjonert på Harøy.

Haram, øyer blir ivaretatt av ambulansébåten Norskysst stasjonert på Haramsøy.

Sande, øyer blir ivaretatt av ambulansébåten Ambu, stasjonert på Kvamsøy.

Fleire av båtene blir brukt til andre oppdrag:

Smøla, Aure og Halså i felles legevaktsamarbeid

Aukra, Midsund og Sandøy i felles legevaktsamarbeid

Sande, pendlar-rute, skuleskyss og veterinær.

Haram, veterinær

Samarbeid med eksterne aktører:

Regional avtale om transport av pasienter utenfor veg.

Gjelder der oppdraget er definert som ambulansetransport og ikke redningsoppdrag.

- Der pasient er lokalisert og må fraktes frem til veg, (bæres på bære, transporteres på snøscooter eller ATV).

Rammeavtale med Røde Kors Hjelpekorps og Norsk Folkehjelp, uforpliktende, der korpene stiller med tilgjengelig mannskap.

Lokal avtale vinterberedskap (forpliktene) med Rauma- Stranda- og Volda- Røde Kors Hjelpekorps

Prosjekt Mens Du Venter På Ambulanse (MDVPA)

Prosjektet MDVPA har sin bakgrunn fra Sverige. De så at brannvesenet hadde en viktig rolle som *first respond* og tilleggsressurs for ambulansetjeneste og legevakt. De erfarte at i tilfeller der ambulansetjeneste og legevakt var opptatt i oppdrag ble de en meget livreddende ressurs. De så også at slik ekstraressurs bidro til økt overlevelse ved hjertestans. I Norge ble det igangsatt opplæring av Brannvesenet i bruk av hjertestarter. Forskerne så tidlig økt overlevelse og testresultater viste til og med at brannkonstabler var bedre til å utøve hjerte- lunge- redning enn sykepleiere.

Hvilke kommuner ble med i prosjekt MDVPA?

Forutsetningen for å bli med i prosjekt MDVPA var eit ja fra brannsjef, rådmann og kommuneoverlege. En annen viktig faktor var at dette skulle vere forankat i helseforetak slik at dette ikkje ble innført i pågående ambulanseberedskapsdebatter. Stiftelsen Norsk Luftambulansse gjennomførte formøter med kommunen der dette ble presisert. Var det snakk om nedleggelse av ambulanser holdt man prosjektet unna. Hvert prosjekt involverte AMK sentralene.

Kompetanseheving av brannvesen eller akuttgjelperfunksjoner

Dette skal bidra til kompetanseheving av førstehjelpskunnskaper til brannvesenets personell. .

Opplæringen bestod av grunnleggende førstehjelp:

1. Håndtering av den bevisstløse pasient (frie luftveier, stabilt sideleie)
2. Hjerter- lunge-redning med bruk av defibrillator
3. Førstehjelp til pasienter med pustevansker
4. Førstehjelp til pasienter med smerter i brystet (feks hjerteinfarkt)
5. Førstehjelp til pasienter med symptomer på hjerneslag
6. Førstehjelp til andre vanlige tilstander prehospitalt (kramper etc)
7. Opplæring i bruk av førstehjelpsutstyr og oksygenbehandling
8. Opplæring i undersøkelsesmetoder av den akutte syke og skadde pasienten.

c. AMK Møre og Romsdal

AMK-sentralene er det sentrale kommunikasjonsknutepunktet mellom publikum og den akuttmedisinske kjeden. Samspillet mellom befolkningen, AMK-sentralen, ambulansetjenesten, legevakt og legevaktsentraler, allmennleger og annet helsepersonell samt helseinstitusjonene vil påvirkes av flere faktorer. For eksempel publikums informasjon/kunnskap om medisinsk nødnummer 113, kunnskap om aktuell organisering, kompetanse hos samarbeidspartnere, kvaliteten av samhandling og kvalitet på teknisk utstyr.

AMK har i dag to hovudoppgaver:

Kommunikasjonssentral ved akutte hendelser i daglig drift

Dette er oppgaver som mottak av nødmeldinger og prioritering av riktig ressurs, veiledning av innringer og koordinering av ressurser. Videre varsling av interne ressurser i helseforetaket. Herunder å styre pasientstrømmen til riktig enhet/nivå og også unngå unødige innlegger i sykehus. Denne oppgaven påvirker oftest ressursallokeringen innad i eget sykehus/helseforetak.

Varsling og koordinering av større hendelser

Dette innebærer håndtering av et stort varslings- og informasjonsbehov og samarbeid med andre nødetater. Disse oppgavene påvirker ressursdisponering ut over eget helseforetak/egen region.

Organisering medisinsk nødmeldetjeneste i HMN

- 3 AMK- sentraler i Helse-Midt
- AMK Møre og Romsdal- Ålesund



LA AMK sentral (dvs koordinerer amb.

helikopter, stasjonert ved Ålesund sykehus og

Ambulansefly som er stasjonert på

Ålesund lufthavn.)

- AMK Sør-Trøndelag –Trondheim

LA AMK sentral

- AMK Nord-Trøndelag-Namsos

- 4 legevaktsentraler (LVS) i Møre og Romsdal

Sentralene i Kristiansund, Molde og Volda er stasjonert ved sykehusa, og driftes av HMR etter avtale med berørte kommuner.

Sentralen i Ålesund er stasjonert ved Åse sykehjem (nær sykehuset), og er et interkommunalt samarbeid

- Ambulanser 33 stasjoner

- Ambulansebåter 5 og - fergeberedskap

- Luftambulanse –Ambulansefly (Se også under luftambulanse).

- Vakthavende luftambulanselege fungerer også som «amk-lege». AMK er forpliktet etter forskrift til å ha tilgjengelig kompetent lege for rådgiving og evt. nødvendige beslutninger. Ved fravær av la-lege, er etablert system som dekker opp med andre leger. Vi benytter ved behov luftambulanse stasjonert i Trondheim, Dombås eller Førde, og redningshelikopter stasjonert i Florø eller på Ørlandet.

AMK Møre og Romsdal

- Amk Møre og Romsdal fra 7.1.2015 (slo sammen sentralene i Molde og Ålesund)
- Vi har ansvar for en befolkning på knapt 270 000 innbyggere, at disse skal få den hjelp de trenger når de er i nød.
- Vi samarbeider nært med nødsentralene for politi og brann, som begge er stasjonert i Ålesund. Og med andre nødsentraler, legevaktsentraler og frivillige organisasjoner (som for eksempel Røde Kors).

Vi er medisinske operatører, ambulansesentraler, seksjonsleder, IKT-rådgiver, seksjonsoverlege , seniorrådgiver og fagsykepleiere.

Vi jobber etter Norsk medisinsk indeks for Medisinsk Nødhjelp (NMI).

NMI er retningslinjer for håndtering av henvendelser fra publikum i nød. Verktøyet brukes av alle AMK-sentralene i Norge (og mange LVS). Det er en standardisert metodikk for :

-Innhenting av info. / kommunikasjon med innringer

-Rådgiving, instruks og veiledning i akutte medisinske problemstillinger

-Fastsetting av hastegrad / responsmønster.

-Faste begrep og standardisering

Grunnleggende oppgaver for AMK:

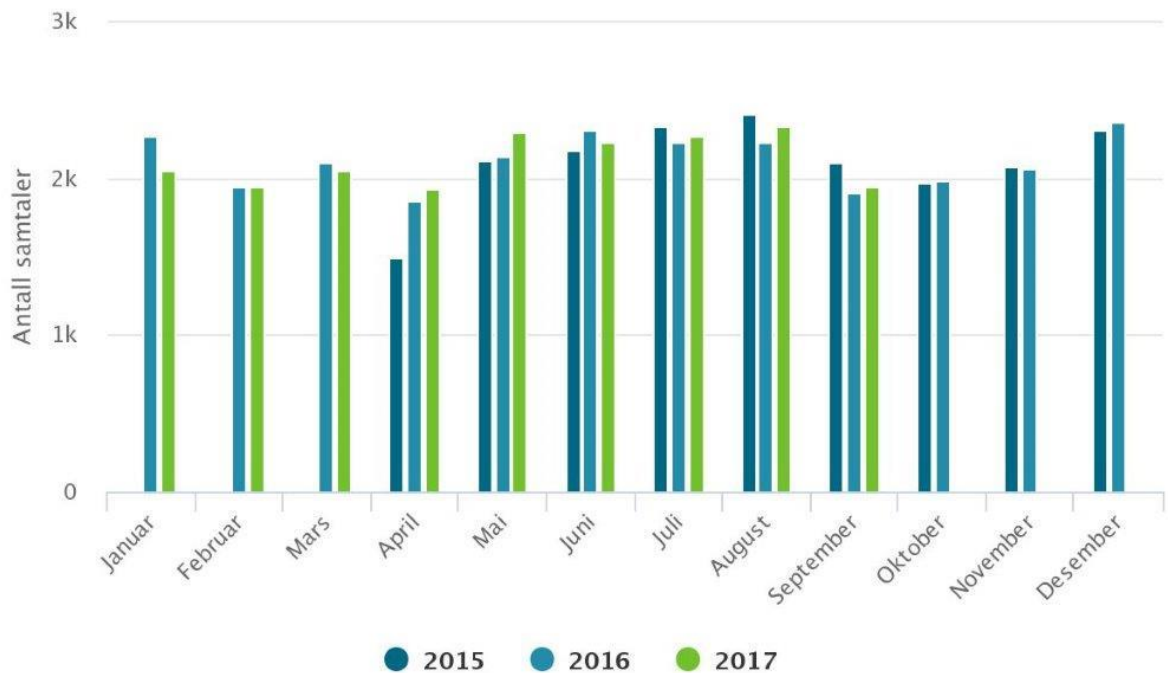
- Motta / håndtere henvendelser (113) fra publikum ved akutt sykdom
 - ✓ Sørge for ei tilpassa respons i forhold til hendelse, omfang og lokalisasjon.
 - ✓ Gi råd og veiledning til innringer og uttrykkende personell i henhold til Norsk Indeks
 - ✓ Trippelvarsling- varsle politi og brann etter prosedyre/retningslinjer- egne tiltakskort
 - ✓ Akutt: lege og ambulansealarm
 - ✓ Overvåking av aksjon
- Mottar bestilling av ambulanse (bil, båt, helikopter, fly)
- Koordinere ambulanseoppdrag
- Motta henv.om øhj.innleggelse
- Knutepunkt for intern varsling

Utfordringer

- Sentralisering av legevakt.
For eksempel er det på Sunnmøre, om natta, kun lege tilgjengelig i Ålesund, Volda og Sykkylven. Sentralisering av legevakt gjør det krevende for AMK å skaffe rett helsehjelp til publikum.
- Endring av kommunestruktur.
Det er en utfordring å holde oversikt over ulike legevaktsamarbeid til ulike tider på døgnet. Nye kommuner vil sikkert innebære endring i dagens system:
Hva med ruting av 113 med nye kommuner? Hornindal blir en del av Volda, da bør vel 113 derfra rutes til Ålesund? Hva med Halså som slår seg sammen med kommuner i Sør-Trøndelag?
- Ulike kulturer på 4 sykehus.
Til tross for at vi nå er Helse Møre og Romsdal, er det fortsatt 4 sykehus med til dels ulike kulturer og måter å gjøre ting på. Det kan for eksempel være ulik kultur for bruk av ambulanse. Det kan være at det fortsatt er 4 ulike prosedyrer for slagbehandling, til tross for at det er en medisinsk klinikk!
- Ikke felles telefonsystem for alle 4 sykehusa.
Det betyr at AMK ikke kan ringe internummer til Molde og Kristiansund, eller foreta personsøk til de samme 2 sykehusa.

- Ulike tekniske løsninger medfører at AMK ikke kan alarmere direkte andre alarmteam enn de ved Ålesund sykehus. Det kan potensielt bety forsinket varsling eller dårlige kvalitet på varsling (ved at varsling går via flere ledd).
AMK har sterkt behov for løsninger som gir oss mulighet til å varsle direkte til alle sykehusa, og som gir mulighet for kommunikasjon mellom AMK og alarmteamene. «Tetra in hospital» er løsningen som allerede er tatt i bruk i Sør-Trøndelag.
- Reduksjon av funksjoner.
Det pågår arbeid for å se på struktur for koordinering av ambulansefly, og det er kommet pålegg om at det kun skal være en AMK-LA sentral i hver region (se også under Luftambulanse).
Dersom AMK MR mister en eller begge funksjonene, kan det svekke grunnlaget for å ha AMK-sentral i Møre og Romsdal.
- Ambulanseressurser tilgjengelig.
Ambulanseflåten brukes både for akutte hendelser, og for planlagte oppdrag (transport til innleggelse, til poliklinikk etc. og for heimkjøring).
Det er en utfordring for AMK å balansere bruken av ambulanse til planlagte oppdrag, opp mot det å kunne ivareta beredskap for akutte hendelser (se også under Ambulanse).
- Redundans/ oppetid.
Etablering av AMK Møre og Romsdal stilte krav om gode tekniske løsninger for redundans/oppetid. AMK skulle fungere selv om sykehuset «datt ned». Løsningene for dette ble ikke fullført med henvisning til arbeidet med «Nasjonal IKT». Dette prosjektet er som kjent nå stoppet, hva skjer da med det ikke fullt ut avsluttede prosjektet AMK Møre og Romsdal?

Endringrapport



Tabellen viser antall 113 henvendelser.

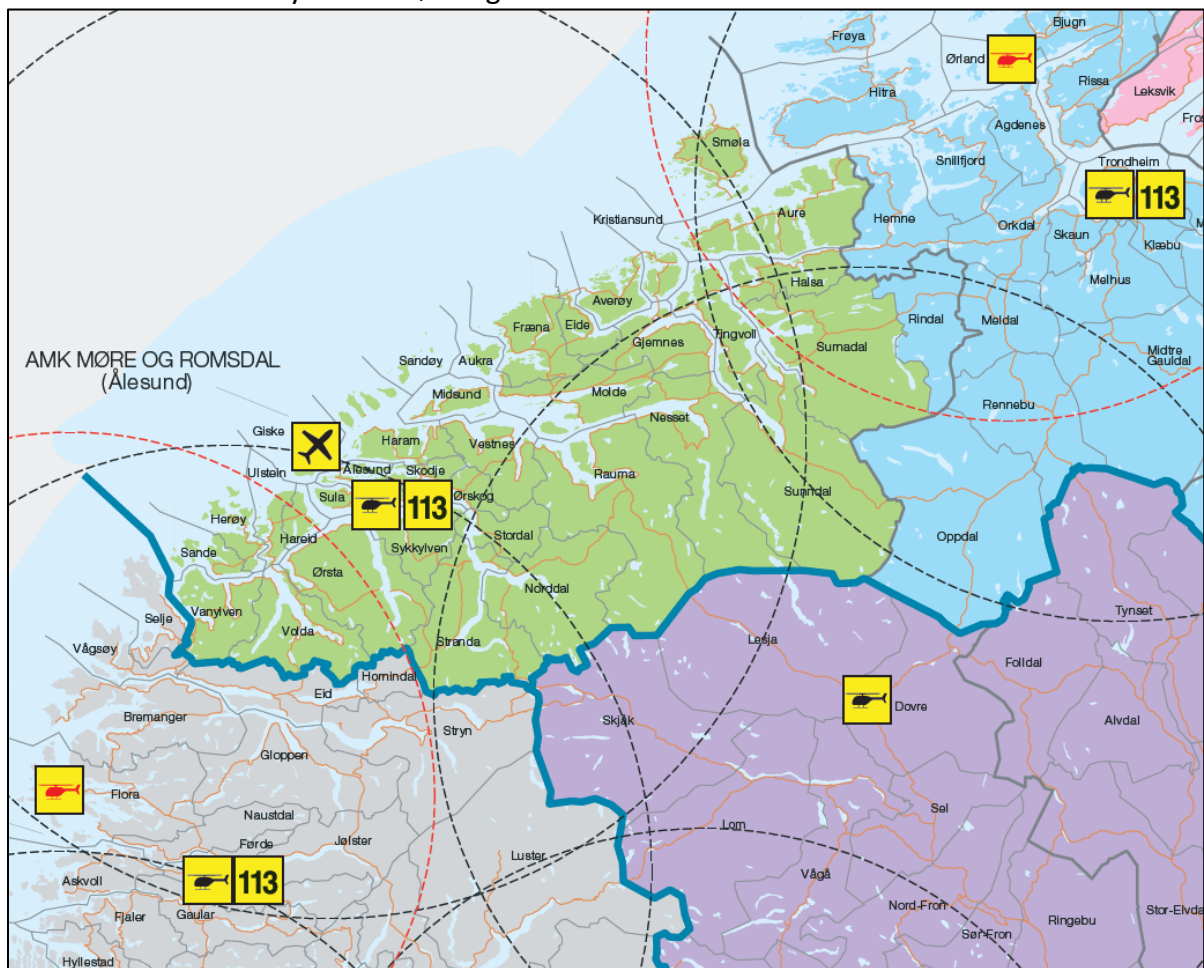
Svartid 113: AMK Møre og Romsdal svarer på 96% av henvendelsene på 113 innen 10 sekunder.

Nasjonale kraver at over 90% skal besvares innen 10 sek.

d. Luftambulansen

Luftambulansetjenesten (LAT) er en høgspesialisert del av den akuttmedisinske tjenesten utenfor sykehus. LAT har en sentral oppgave i å stabilisere og transportere akutt syke pasienter.

St.meld. nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* la til grunn at 90 % av befolkningen skal kunne nås av legebemannet ambulans i løpet av 45 minutter. For flytider ambulanshelikopter ved null vind og værforhold som tillet direkte flyrute, se figur 5. Kartet viser at tjenesten tilfredsstillt krav til flytid for Møre og Romsdal.



Figur 1 Plassering av helikopterressurser og ambulansfly i Midt-Norge. Sirklene angir flytid på 30 minutter

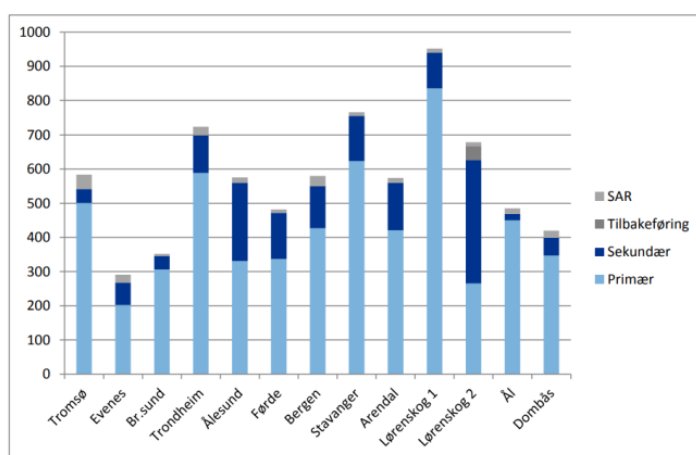
Det er helikopterressurser i Ålesund, Trondheim, Dombås, Førde, Florø og Ørland som vil være aktuelle ressurser Møre og Romsdal. Videre er det ambulansfly på Vigra som dekker Sør Norge i samarbeid med ambulansflyene på Gardermoen. Omtrentlige flytider Ambulansfly: Hovden-Værnes 45 min, Vigra-Værnes 40 min, Årø-Værnes 35 min og Kvernberget-Værnes 30 min.

HMN har vedtatt et strategidokument for luftambulansetjenesten i forbindelse med nye kontrakter fra 2018. Dokumentet angir at antall og plassering av base for luftambulanse, samt antall helikoptre, vil være uforandret fra i dag. Det er imidlertid også i ferd med å bli satt i gang en utredning av evt. nye helikopterbaser i landet i regi av Luftambulansetjenesten HF. Mest aktuelle problemstillinger for denne utredningen er ny base på Østlandet og i Telemark. En ny base på Østlandet vil indirekte kunne gi bedre tilgjengelighet i Møre og Romsdal ved å frigjøre kapasitet for helikopteret på Dombås, men det er ikke ventet at det vil komme andre forslag som berører vårt fylke.

Ambulanshelikopter

Luftambulansetjenesten drives som et samarbeid mellom en helikopteroperatør og lokalt helseforetak. På vegne av de fire regionale helseforetakene inngår Luftambulansetjenesten HF kontrakt etter anbud med en eller flere flyoperatørselskap for en periode, typisk 6 år + opsjon på ytterligere 4-5 år. De lokale helseforetakene står på sin side for den medisinske bemanningen.

I Ålesund er det selskapet Lufttransport RW AS som har kontrakt på helikopterdriften frem til Norsk Luftambulanse overtar fra 1. juni 2018. Det vil da ikke bli endring i den medisinske bemanningen. Det vil også bli samme type hovedhelikopter, Leonardo AW139, et mellomstort helikopter med svært god ytelse og hastighet. Ved vedlikehold av dette helikopteret, anslagsvis 6 uker pr. år, vil det bli satt inn et mindre helikopter med lavere hastighet, Airbus H145T2. Det vil kunne forventes 15-20 min lenger transporttid fra Volda til Trondheim, og betydelig mindre lastekapasitet. Dette har betydning ved transport for eksempel av redningsdykkere og alpin redningsgruppe. Det er gjennomført en egen ROS-analyse for å avdekke ytterligere konsekvenser av dette. Den nye kontrakten fra 2018 innebærer også en styrking av reservehelikopterflåten og såkalte reservecrew, men hvor mye bedre tilgjengelighet på luftambulanse dette i praksis vil gi, er usikkert.



Figur 18 Oppdragstyper ved gjennomførte oppdrag (Evenses-basen etablert 1. mai 2015)

Helikopteret i Ålesund ligger i mellomsjiktet når det gjelder antall oppdrag men skiller seg ut, sammen med Lørenskog 2, ved et stort antall sekundær oppdrag (overflyttinger mellom sykehus til høyere omsorgsnivå). Dette skyldes sykehusstrukturen og oppgavefordelingen i Midt-Norge. Det er et betydelig antall kuvøsetransporter fra Molde, Kristiansund og Volda til Ålesund og hjertepasienter til St. Olavs Hospital for

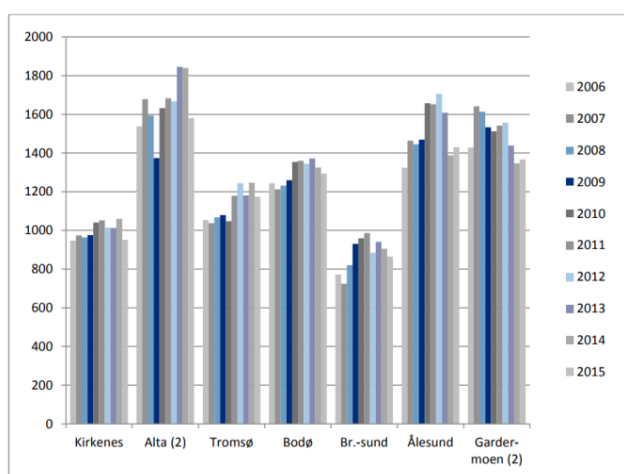
invasiv behandling (PCI). Med bakgrunn i denne oppdragsprofilen er helikopteret i Ålesund bemannet med anestesisykepleier i tillegg til lege.

Det er gitt føringer fra helseministeren at det kun skal være en AMK-sentral i hver region som skal ha funksjon som LA-AMK med oppgave å koordinere luftambulansen. HMN vil i løpet av høsten 2017 startet et arbeid for å utrede dette. Det er bekymring for at dette vil gi økt varslingsstid for pasientene tilhørende den AMK som mister denne funksjonen.

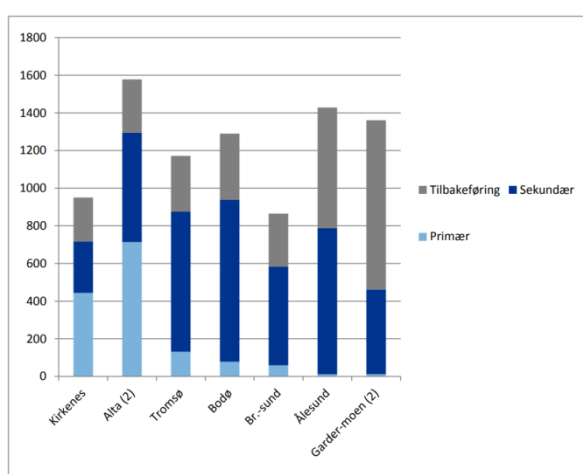
Ambulansefly

Ambulanseflyet stasjonert på Vigra skal dekke hele Sør-Norge sammen med to maskiner på Gardermoen. Alle fly er i dag av samme type, Hawker Beech 200 som kan lande på alle kortbaneflyplasser. Det er selskapet Lufttransport FW AS som i dag operer alle flyene i landet men dette overtas av det svenske selskapet Babcock Scandinavian Air Ambulance fra sommeren 2019. Fra dette tidspunktet erstattes et av flyene på Gardermoen med et jetfly som er velegnet til langturer men som ikke kan benyttes på kortbaneflyplasser som Hovden. Den øvrige flyflåten vil fra 2019 bestå av Hawker Beech 250 med omtrent samme egenskaper som dagens fly.

Ambulanseflyene koordineres i dag i et samarbeid mellom Flykoordineringsentralen i Tromsø og tre medisinsk koordinerende punkt, Tromsø, Ålesund og Lørenskog. Det pågår et arbeid ledet av Luftambulansetjenesten HF for å se på koordinering og drift for effektivisering og forbedring av ambulansetjenesten. Dette arbeidet vil bli sluttført sommeren 2018.



Figur 6 Antall gjennomførte oppdrag 2006-2015



Figur 8 Oppdragstyper (Gjennomførte oppdrag)

Målt i antall oppdrag er Ålesundsflyet det desidert mest brukte i landet og har større oppdragsmengde enn begge fly på Gardermoen til sammen og nesten like mye som de to Alta-flyene samlet. Oppstart av et tilbud med 2-bårebil mellom sykehusene Molde/Kristiansund og St. Olav ga fra 2013 en ønsket nedgang i oppdragsmengden på flyet. Dette ga nok ledig kapasitet til at det ikke ble nødvendig med et ekstra flyr på Vigra så lenge oppdragsmengden ikke øker på nytt.

Hovedaktiviteten for flyet på Vigra har de siste årene vært pasienttransport mellom sykehusene i Midt-Norge. Hjerterpasienter til og fra St. Olavs Hospital utgjør nærmere halvparten av dette.

Endringer som vil påvirke tilgjengeligheten av luftambulanse

Trenden med økende grad av oppgavefordeling og nye behandlingstilbud vil gi øke behovet for transport mellom sykehusene med luftambulanse. Et eksempel på dette er trombeaktomi ved hjerneslag. Dersom det etter hvert etableres et tilbud om dette i Møre og Romsdal vil også dette gi større bruk av luftambulanse, men da til kortere transporter der helikopteret er mer tilgjengelig i sitt primære dekningsområde.

En stor og viktig pasientgruppe for både helikopter og fly er hjerterpasientene. I dag utgjør denne gruppen nesten halvparten av oppdragsmengden Midt-Norge for ambulansetjenesten på Vigra. Oppstart av et PCI-tilbud i Ålesund vil gi betydelig reservekapasitet på flyet. Antall oppdrag på helikopter vil

totalt sett ikke nødvendigvis bli færre, men det vil bety færre lange oppdrag og færre oppdrag ut av fylket og dermed bedre tilgjengelighet i dekningsområdet.

Nye redningshelikopter vil gradvis bli innført fra 2018. Disse vil være større og er ventet å gi en mer tilgjengelig og stabil luftambulanseresurs etter hvert, men en må forvente at utsjekk og trening av helikoptermannskapet de første årene gjør at dette vil ta noe tid. Reservehelikopter uten samme hastighet og lastekapasitet som hovedhelikopteret vil gi perioder med redusert helikopterkapasitet.

Endringen fra tre kortbanefly i Sør-Norge til to vil kunne bety at flyet på Vigra i større grad må benyttes lenger sør på Vestlandet og dermed er mindre tilgjengelig for Møre og Romsdal.

4. Overordna strategiar og føringar

a. Lover, Forskrifter, veiledere

Kommunane har eit lovpålagt ansvar for øyeblikkeleg hjelp, jamfør Lov om kommunale helse og omsorgstenester §3-2 og §3-5. Dei tenestane kommunane skal yte er legevakt, medisinsk nødmeldetjeneste (legevaktsentralar, forkorta til LVS) og øyeblikkeleg hjelp døgntilbod. Krava for drift av legevakt og LVS er vidare spesifisert i akuttmedisinforskrifta. Legevakttenesten skal ytast heile døgnet. Kommunane kan pålegge fastlegane å delta i både øyeblikkeleg hjelp teneste i kontortida og å delta i organisert legevaktordning resten av døgnet.

[Helse og omsorgstenestelova](#)

[Akuttmedisinforskrifta](#)

[Forskrift om fastlegeordninga](#)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring helse og omsorgstjenesten](#)

Avtaler KS/DNLF [ASA4310](#) og [SFS 2305](#)

[NOU2015:17](#) Først og fremst-*Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*

DNLF innspelsrapport mars-2015 ["En legevakt for alle-men ikke for alt"](#)

[Spesialisthelsetjenesteloven](#)

b. Regionale planer – strategi 2030. Prehospital plan HMR.

Helse Midt Norge har i Strategi 2030-fremragende helsetjenster fire strategiske mål:

- Vi skaper pasientenes helsetjeneste
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse
- Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell
- Vi er gode lagspillere

Desse fire strategiske måla er forsøkt tatt opp i denne delen av utviklingsplanen. Heile strategien kan lesast [her](#).

c. Lokal plan –samhandlingsavtaler

Kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal har ein [samhandlingsavtale](#) med 13 delavtalar. For dette området er det særleg delavtale 11 - Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden som er aktuell, men også fleire av dei andre delavtalane (3a, 3b, 5a og 5b) er aktuelle.

d. Akuttforskriften

Kompetansekrav legevakt:

Spesialist i allmenntmedisin og godkjente allmennlegar med akuttmedisinkurs og kurs i valdshandtering kan gå sjølvstendige vakter.

Legar med mindre enn 3 års erfaring/rettleia teneste eller som har gått mindre enn 40 legevakter må ha bakvakt.

Det er mogleg å søke dispensasjon for krava for legar som jobbar mindre enn 2 mnd samanhengande i legevakta.

På grunn av nye spesialistreglar i allmenntmedisin vil godkjenninga som allmennlege ikkje lenger blir gitt til nye legar. Dei legane som startar i jobb no må derfor ha bakvakt i minimum fire år før dei kan gå sjølvstendige legevakter. Det er også kompetansekrav til anna helsepersonell som skal jobbe i legevakta. Alle må ha kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshandtering. For å jobbe i ein legevaktsentral må ein ha minimum relevant bachelorutdanning.

Kompetansekrav ambulanse:

AMF gir føringar på komp. til personell som bemanner ambulanse. Begge skal inneha utrykningskompetanse og rett førerkortklasse. Minimum en må ha autorisasjon som ambulansearbeider, og den andre må ha (helspersonellnr. og) relevant autorisasjon og ambulansesfaglig kompetanse.

Veiledande krav til responstider akutte hendelser:

-12 minutt by/tettsted inntil 90% av innbyggere,

-25 minutt skal 90% av befolkninga i grisgrendte strøk

I Møre og Romsdal er det berre Kristiansund, Molde og Ålesund som er definert som by/tettstad.

Krav om forsvarleg transportordning:

«Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart». Dette kravet gjer at kommunane må tilrettelege for at legen skal ha moglegheit til å rykke ut. Det betyr både at arbeidsbelastninga ikkje kan vere så stor at det ikkje er mogleg og det må vere tilrettelagt transport i form av tilgjengeleg bil

Krav om opplæring og samtrening med andre naudetatar :

«Virksomheter som yter akuttmedisinske tenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden». Slik vi kjenner situasjonen i fylket i dag er det få gode eksempel på at kommunane legg til rette for trening i samhandling.

Krav om leing og kvalitetsarbeid:

I helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 er det stilt krav til forsvarlege tenester. Det er internkontrollprinsippet som skal sikre dette, og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring helse og omsorgstjenesten» gir nærmare krav til dette arbeidet.

5. Utviklingstrekk og framskriving

a. Funksjonsfordeling HMR/Regionalt

Sentralisering /spesialisering av helsetilbud fører til lengre reisevei. Ekstremt premature skal behandles ved St.olav, traumekirurgi sentraliseres. Videre spissing av kompetanse innen medisinske fag er sannsynlig også i fremtiden.

Dagens sykehusstruktur med enheter lokalisert i Ålesund, Molde, Kristiansund og Volda vil endre seg i fremtiden, dette medfører behov for endringer i akuttberedskapen. SNR skal etter planen være operativt 2022, det er uavklart hvilket innhald DMS i Kristiansund skal ha.

Utredning av PCI-senter i løpet av våren 2018 – luftambulansen benyttes i transport av pasienter til og frå St. Olav med akutt hjertesykdom. Dette har innvirkning på beredskap.

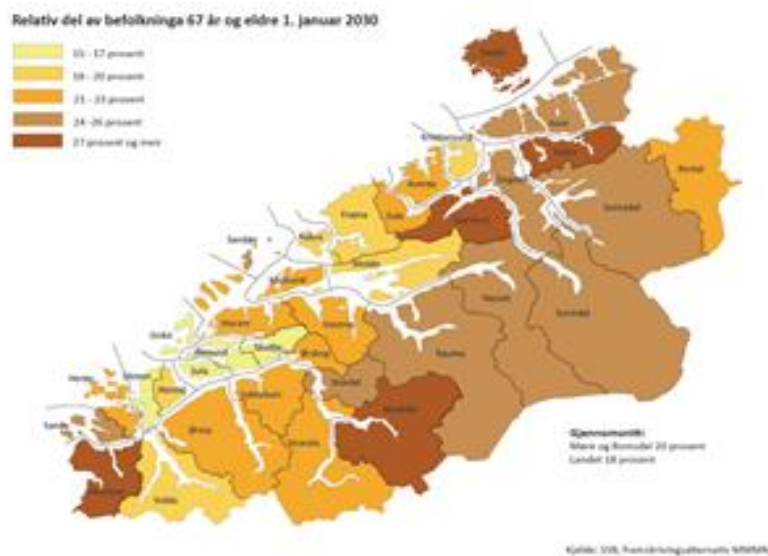
Pediatritilbud i helse Møre og Romsdal – kva skal skje med avdeling i Kristiansund/SNR – endringer i tilbud fører til økt behov for kompetanser og beredskap om det blir lengre transportvei til sjukehus.

Alle trender går i retning av sentralisering og det medfører økt press på prehospitala tenester.

b. Befolkningsendringer.

Bedret folkehelse, med lengre levetid og netto innvandring fører til økt befolkning. Andelen eldre øker som illustert under. Dette vil føre til økt behov for helsetenester, inkludert akuttmedisinske tenester. Selv om befolkningen generelt har bedre helse, så øker den sosioøkonomiske gradienten og det blir flere med samensatte lidelser, overvekt, diabetes, KOLS, kreft og psykisk lidelse. Økt forekomst av kroniske sykdommer med komplekse sykdomsbilder vil øke behovet for vurderingskompetanse.

Andel eldre blir størst i kommuner som har lengst reisevei til sykehus. Dette vil sannsynligvis påvirke behovet for beredskap og kompensere tiltak i kommuner i distriktene. Ambulanseaktiviteten vil derfor øke med fleire akutte oppdrag og fleire transportoppdrag.



c. Korleis vil trender påvirke oss.

Befolkningen generelt stiller større krav til tilgjengelighet, kvalitet og innhold i helsetjenesten. Informasjon er lett tilgjengelig gjennom ulike nettbaserte medier og det vil komme en betydelig tilvekst av helseapper som gir informasjon om egen helse. Dette er teknologi som vil kunne overvåke ulike biologiske og fysiologiske funksjoner i kroppen, samt komme med forslag til diagnoser. Dette vil kunne medføre økt press på akuttmedisinske beredskapsfunksjoner. På en annen måte vil dette også kunne gi økt mestring ved monitorering av symptomer ved egen sykdom.

d. Teknologitviking og kommunikasjon

Man vil i løpet av 2021/22 starte innføringen av Helseplattformen som erstatter eksisterende journalsystem. Dette vil endre betydelig hvordan man kommuniserer rundt pasienten. Konferering av pasienter med primærhelsetjenesten vil kunne omfatte en større mengde data, mot dagens telefoniske formidling. Innhenting av helseopplysninger gjennomføres der pasienten er, inn mot ett felles system. Aktuelle prøvesvar, video, bilder og elektronisk overføring av ultralyd ol. vil gjøre spesialisthelsetjenesten i bedre stand til rådgiving. Resultatet blir bedre pasientbehandling, redusert nivå av unødvendige innleggelser, men mer krevende konfereringssituasjoner. Virtuelt undersøkelsesrom (VER) og -Telemedisin vil kunne få en annen og større betydning, særlig ved innføring av bedre bildefremstilling og beslutningsstøtteverktøyer i sann tid slik at medisinske data kan deles.

e. Utviklingstrekk og framskrivning

Ambulansestructur.

Helse Midt-Norge har satt i gang arbeid med revidering av beredskapsanalysen som dagens struktur er basert på. Analysen utføres av GEODATA og vil være ferdig i løpet av 2017. Utgangspunktet er det samme som sist: Finne den optimale plassering av ambulansestasjoner, basert på det området som skal dekkes. I den nye analysen vil også historiske bruksmønstre benyttes. Hentested for alle akutte oppdrag i Møre og Romsdal fra 2013 og frem til analysen kjøres. Analysen skal også ivareta ny infrastruktur som er kommet etter 2003, veier og sykehustilbud:

- Atlanterhavstunnelen, Eiksundsambandet, Kvivsvegen, Tresfjordbrua, Imarsund, Norøyvegen og SNR. Alle vil påvirke strukturen, men spesielt SNR, der dagens sykehus i Kristiansund og Molde erstattes med SNR på Hjelset og DMS i Kristiansund.

- Den kommunale legevakts organisering vil også påvirke ambulansestructuren. Spesielt, der ambulanserbåt er bærebjelken i legevaktsamarbeidet.

Ferger

Møre og Romsdal fylkeskommune er i sluttfasen med nye fergeavtaler. I den forbindelse har Helse Møre og Romsdal bedt om opsjoner på beredskapsferge i sambanda:

Sykkylven-Magerholm, Hareid-Sulesund, Solholmen- Hollingsholm, Seivika-Tømmervåg, og Edøy-Sandvika.

Styrking av prehospitale tilbudet.

Styrking av tilstedeværelse av ambulanser er vesentlig del av sikringen av en forsvarlig akuttberedskap. Om en ambulanse forlater sitt primærrområde må rekvirent (AMK) ha fokus på alternativt dekning av området. Prinsippet om at nærmeste ressurs skal benyttes ved akutte oppdrag er innarbeid, men det kan i visse situasjoner være behov for beredskapsflytting av ledige ressurser for en optimal beredskap for et område.

Nasjonalt jobbes det med flere løsninger som styrker akuttberedskapen.

Singel paramedic:

Bil eller MC stasjonert lokalt som rykker ut og avklarer til ambulanse ankommer

Community paramedic:

Distrikts utfordringene og prehospital tjenestes rolle i samhandlingsreformen kan møtes gjennom utdanning av mer kompetent personell som kan bidra også inn mot primærhelsetjenesten (eks legevakt og akuttilbud i kommunal regi (KAD)). Det opprettholdes ambulansestasjoner der det rett og slett ikke er nok arbeid av hensyn til forsvarlig beredskap, det utgjør et problem ifht faglig ajourhold og utvikling.

Hvite biler, differensiert tjenestetilbud

På bakgrunn av at et gitt antall enheter skal utføre stadig økende oppdragsmengde av svært ulik karakter, er det et åpenbart behov for en differensiering av tjenestetilbudet.

Et tilbud med enklere biler og noe lavere krav til personellet, kan gi reduserte kostnader og økt tilstedeværelse av akuttressurser.

Etablering av intensivambulanse

De prehospitale tjenestene ønsker at det etableres et tilbud som ivaretar pasienter som trenger intensivbehandling når ikke luftambulansen kan ta oppdraget. Dette gjelder for overføringer mellom egne sykehus og overføringer ut av Møre og Romsdal. Ambulansen må være knyttet til en anesthesiavdeling og tilby tilnærmet lik kompetanse som luftambulansetjenesten. For Møre og Romsdal er behovet, et tilbud på SNR og et tilbud ved ÅSH. Her ser vi en løsning, der ambulanspersonellet er i ordinær beredskap og bemannes opp ved behov. Den skal også tilby møtetjenester for ambulanser som er på veg mot sykehuset, i de tilfeller det ønskes spisskompetanse. Det vaktlaget som er på vakt vil disponere flere typer kjøretøy, som velges etter oppdragets karakter . Intensivambulanse, standard ambulanse eller personbil (legebil)

6. Hva ønsker vi å oppnå i planperioden?

- a. Diagnostikk og pasientbehandling på lavest mulig nivå både av omsyn til pasient/pårørende og for å unngå unødig ressursbruk og transport.
- b. Samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket om fremtidig helsetilbud må bli mere forpliktende på alle plan. Dette kan formaliseres i samhandlingsavtalen.
- c. Felles kommunikasjonsplattform mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste vil gi øke kvalitet og pasientsikkerhet. I ventetiden må vi bruke etablerte elektroniske kommunikasjonskanaler forslagsvis kan overføring av data fra ambulanse direkte til legevakt gi økt muligheter for vurdering der pasient er, e-meldinger fra kommunale helsetjenester gir nødvendig informasjon til rett tid. Bruken av kjernejournal fremover kan påvirke hvordan vi får tilgang til informasjon i akuttsituasjoner.
- d. Lokalisering av legevakter og ambulansestasjoner bør sees i sammenheng. Samlokalisering av ambulansestasjon og legevakter der det gir synergieffekt. lokalisering av ambulansestasjon som kompenserende tiltak der dette er nødvendig for å sikre beredskapen.
- e. Betre samarbeid mellom kommunene og helseforetaket ved å etablere felles samarbeidsorgan og planverk for felles opplæring, trening og øvelser. Dette kan for eksempel gjøres ved å innføre utvalg for akuttmedisin og beredskap (UFAB) knytt opp mot de fire store legevaktsdistriktene.
- f. Kompenserende tiltak i de kommunene som har lang reisevei til kommunal legevakt og/eller sykehus blir nødvendig. Man må se på både lokalisering av ambulansestasjoner samt innhold og økt kapasitet. Viser i denne sammenheng også til høringsuttaler i fbm SNR konseptrapport bl.a. fra Smøla, Aure og Kristiansund

kommune. Mulighet for samarbeid med kommunale tenester bør utredes. Samarbeid som har vært utprøvd i andre regioner er f. eks med hjemmebasert omsorg, sykehjem eller diagnostiske enheter som forlengelse av legevaktssentra. Disse kan være bemannet med «community paramedic» ev sykepleier fra sykehjem/hjemmesykepleier. Telemedisinske løsninger for overføring av informasjon er også tiltak som kan vurderes. Det presiseres at kommuner som har lang reisevei til sykehus ikke skal ha dårligere akuttmedisinske tenester utenfor sykehus sammenlignet med kommuner som ligger nær sykehus. Kommuner med lang reisevei skal heller ikke ha økt ansvar eller kostnad.

- g. Akutt psykiatri kan ofte være tidkrevende og uoversiktlig, det er i dag etablert Akutt hjemmebehandlingsteam som møter pasient før innleggelse, det bør vurderes om dette kan være ett døgnkontinuerlig tilbud, i tillegg kan man vurdere økt tilstedeværelse av psykiatrisk kompetanse i kommunene utenom vanlig kontortid.
- h. Evaluering av effekten KAD/ØHD har på innleggelse i sykehus, se om det er forskjell på små og store enheter i forhold til effekt. Samlokalisering av døgnopen legevakt og KAD/ØHD kan gi muligheter for bedre beredskap og bør vurderes opp mot dette.
- i. Observasjonspost ved alle sykehus som buffer mot innleggelse.
- j. Et bedre differensiert transporttilbud med mulighet for båretransport av pasienter som ikke trenger medisinsk behandling eller overvåking.
- k. Etablere enklere bestillingsrutine for transport som ikke trenger å foregå med ambulanse, forbedre samarbeidet mellom AMK og pasientreiser.
- l. Langsiktige avtaler om beredskapsferger og lokalisering av ambulansébåter.
- m. Endring av det prehospitale tilbudet i tråd med endringer i samferdselsstruktur og sykehusstruktur, deriblant endringer som følge av SNR. Det er viktig at den akutt medisinske beredskapen og tilgjengelighet til ambulansetransport evalueres nøye i perioden før og etter etablering av SNR.

7. Prioriterte tiltak.

Mål	Innhold	Ansvar	Tidsplan
UFAB	Avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling i akutte situasjoner i henhold til lovverk og forskrift, avgrensning mot sjuketransport. <ul style="list-style-type: none"> - Vurdere behov for å utarbeide lokale avtaler mellom HMR v/klinikk for akuttbehandling og legevakt 	Partane	2017-2019
Kompetanse	Tilrettelegge for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjede har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller.	Partane	2017-2022
Kompetanse	Ta initiativ til og delta i trening og øvelser	Partane	2017 - 2022
Kommunikasjon	- Corpuls (monitordata) tilgang på legevakt. AMIS på legevaktssentral/bil.	Partane	2017-2018
Samhandling	Utrykningskjøretøy bemannet av lege og ambulansesarbeider.	Partane	2017-2022

Samhandling	Samlokalisering av ambulansestasjon og legevakt.	Partane	2017-2022
Kompetanse	Kompetanseplan for alt personell i den akuttmedisinske kjede. For eksempel regelmessig øvelser mellom leger i vakt og ambulanse.	Partene	2017-2022
Kompanseren de tiltak	Prøve ut «Community paramedic ¹ ». Prosjekt. Virtuelt undersøkelsesrom (VER) og -Telemedisin	Partane	2017-2022
Logistikk	Samordning av transport oppdrag. (AMK/pasientreiser)	Partane	2017-2022
Logistikk	Diffrensiert ambulansetransport. Hvite biler. 2-båre ambulanse.	HMR	2018
ØHD	Sikre kjennskap og rett praksis for henvisning til kommunal ØHD.	Partane	2017-2018
Psykatri	<ul style="list-style-type: none"> Økt kompetanse innen rus og psykiatri i kommunene utenom kontortid Vurdere økt bruk av AHT.	Partene	2017 - 2022
Etablering av intensivambulanse	Ambulansen må være knyttet til en anesthesiavdeling og tilby tilnærmet lik kompetanse som luftambulansetjenesten. For Møre og Romsdal er behovet, et tilbud på SNR og et tilbud ved ÅSH.	HMR	2017-2022

8. Referansar

Akuttmedisinforskriften (20. mars 2015 nr. 231): Nedlastet 26. september 2017

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

Arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten.*

Forskrift om ambulansébåttjenesten. (2004). *Forskrift om samordning av ambulansébåttjenesten med sykefrakt og transport av helsepersonell*

med båt. Nedlastet 26. september 2017: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-02-17-408>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten(2017). Nedlastet 26.

september 2017: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Forskrift om fastlegeordning i kommunene(2013). Nedlastet 26. september 2017:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid (23. juli 2001 nr. 881). Nedlastet 26. september 2017: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-07-23-881>

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester((2012). Nedlastet 26. september 2017:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Nasjonal helseberedskapsplan. Versjon 2.0 fastsatt 2. juni 2014*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Nedlastet 26. september 2017:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-helseberedskapsplan/id761213/>

Helsedirektoratet. (2012). *Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede. 2 utgave*.

Helsedirektoratet. (2014). *Mot 2030 – en trendanalyse av utviklingstrekk som påvirker medisinsk nødmeldetjeneste*. Helsedirektoratet. Nedlastet 26. september 2017:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* nedlastet 26. september 2017.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helseberedskapsloven (lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap.

Læring for bedre beredskap; Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011, Helsedirektoratet, 2012.

Nedlastet 26. september 2017: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>

Meld. St. 26 (2014–2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 16 (2010–2011). (2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 11 (2014–2015). (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Meld. St. 10 (2012–2013). (2012). *God kvalitet – trygge tenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2015:17. Først og fremst – helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Nedlastet 26. september 2017. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>

Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi.(2015). *Nasjonal traumeplan. Traumesystem i Norge 2015. Rapport fra faggruppe*. Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi.: <http://traumeplan.no/#acceptLicense>

Nasjonal veileder for masseskadetriage (Helsedirektoratet 2013). Nedlastet 26 september 2017 <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-veileder-for-masseskadetriage>

Nasjonal Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet 2011). Nedlastet 26 september 2017: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/mestring-samhorighet-og-hap-veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>

Nasjonal veileder for helsetjenesten sin organisering på skadested(2016). Nedlastet 26 september 2017: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-veileder-for-helsetjenesten>
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-handtering-av-cbrne-hendelser-med-personskades-organisering-pa-skadested>

Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade(2017). Nedlastet 26 september 2017: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-handtering-av-cbrne-hendelser-med-personskade>

PLIVO. Nasjonal prosedyre. Nødetatens samvirke ved livstruende vold(Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.16 februar 2015)

Prehospital plan (2011). *Rapport fra utvalg for revisjon av prehospital plan i Helse Midt –Norge*.

St.meld. nr. 47 (2008–2009). (2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet : Nedlastet 26. september 2017: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Stortingsmelding 11: (2016-2019). (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Oslo. Helse og Omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Samhandlingsavtale (2015). *Mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF.*

Nedlastet 26. september 2017: <https://helse>

[mr.no/Documents/Samhandlingsavtale%202015%20.pdf](https://helse.no/Documents/Samhandlingsavtale%202015%20.pdf)

Samhandlingsavtale(2017). *Mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF(I godkjenningssprosess)*

Spesialhelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Nedlastet 26. september

2017: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>