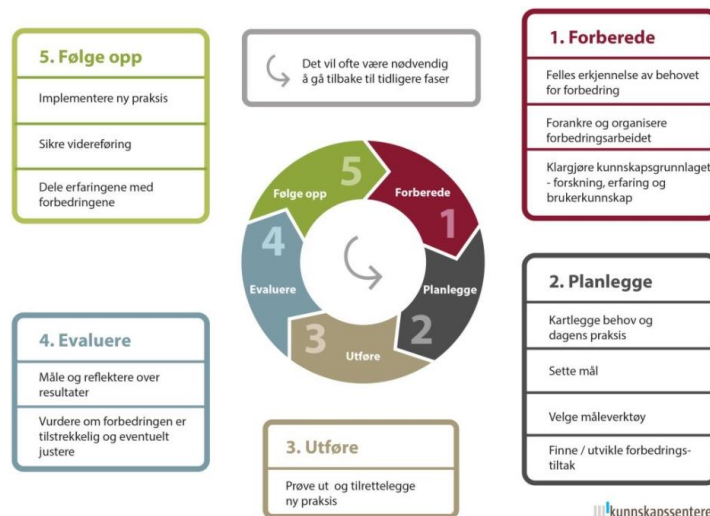




Handlingsplan 2022- 2025

Faglig samarbeidsutvalg for Akuttmedisinsk kjede

- revideres årlig



Innhold

1	INNLEDNING	4
2	MÅL OG TILTAK	5
3	FORBEREDE	6
3.1	Kunnskapsgrunnlag	6
3.2	Erkjenne behov for forbedring.....	6
3.3	Forankre og organisere forbedringsarbeidet.....	7
3.4	Avgrensning.....	7
4	PLANLEGGE	8
4.1	Kartlegge behov og dagens praksis	8
4.1.1	Sentrale utviklingstrekk.....	8
4.1.2	Den akuttmedisinske kjede i Møre og Romsdal.....	9
4.1.3	Legevakt-distriktene:	10
4.1.4	Helse Møre og Romsdal	14
4.2	Sette mål	26
4.2.1	Digital samhandling	26
4.2.2	Samhandling prehospitalt	26
4.2.3	Kompetanse	27
4.2.4	Nye tiltak	27
4.2.5	Annet.....	27
4.2.6	Identifikasjon av områder og tiltak utvalget vil fokusere på framover	28
4.2.7	Tiltak utvalget ser nytte av å vurdere videre.....	29
4.3	Velge måleverktøy	29
4.4	Finne/ utvikle forbedringstiltak	29
5	UTFØRE	29
6	EVALUERE	29
6.1	Måle og reflektere over resultater	33
6.2	Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere	33
7	FØLGE OPP	33
7.1	Implementere, sikre videreføring, dele erfaringene	33

8	REFERANSER OG EVENTUELLE VEDLEGG	34
8.1	Referanseliste	34
9	MEDLEMMER	37

1 Innledning

Arbeidet er forankret i revidert [Samarbeidsavtale](#) og [Helsefelleskap Møre og Romsdal](#)

Arbeidsform og møtehyppighet tilpasses møtefrekvensen i helsefellesskapet for øvrig, samt ressursituasjonen i utvalget – tilsvarende 4-6 møter pr år.

Felles krav for handlingsplanen finnes i delavtale 1 og oppgaven til de faglige samarbeidsutvalgene, spesifikke krav finnes i de øvrige delavtalene.

Oppgaver:

- a. Utarbeide handlingsplan som konkretiserer ansvar og oppgaver i kommuner og helseforetak. Handlingsplanen skal høres og forankres i de lokale samhandlingsutvalgene og vedtas i strategisk samarbeidsutvalg. Handlingsplanen skal ha årlig revisjon, med evaluering av mål/tiltak/effekt.*
- b. Ansvar for videreformidling av informasjon til kommuner og helseforetak, og arrangere felles fagdager ved behov.*
- c. Samarbeide med de øvrige fagrådene i Midt-Norge.*

Metode:

Ref. [Modell for kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket.no](#)

Ref. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

Ytterligere krav til handlingsplan vil kunne gis av Strategisk samarbeidsutvalg SSU. Der tiltak og satsinger får økonomiske konsekvenser for partnerne, eller er av prinsipiell art, skal de fremlegges SSU før eventuelt prosjekt iverksettes.

Faglige samarbeidsutvalg oppfordres til dialog med lokale LSU. LSU vil kunne bidra og høres, men kan ikke gi oppdrag til de faglige samarbeidsutvalgene uten forankring i SSU. SSU skal ha melding om hvem som er leder/ nestleder/sekretær (med kontaktopplysninger) for de ulike faglige samarbeidsutvalgene.

2 Mål og tiltak

Faglig samarbeidsutvalgt for den akuttmedisinske kjede har identifisert mål og tiltak som blir ansett som sentrale. I kapittel 4.4 er det bakgrunn og begrunnelse for målene, samt liste over flere mål og tiltak utvalget vil fokusere på fremover. Det vil bli foretatt løpende vurdering av mål og tiltak, og ytterligere konkretisering vil bli gjort gjennom planperioden. Følgende mål og tiltak er gitt prioritet i første omgang:

Årstall: 2022			
Mål	Tiltak	Tidsramme	Kontaktperson
1. Bedre digital samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede	<ul style="list-style-type: none">• Elektronisk utveksling av opplysninger mellom AMK og LVS• Etablere rutiner for videokonferanse mellom prehospitalt personell og sentralene.	2022	<ul style="list-style-type: none">• Erlend Bae• Knut Erik Skogheim og Tore Paulsen
2. Prehospital samhandling	<ul style="list-style-type: none">• Videreutvikle og forplikte samhandlingsmøter	2022	<ul style="list-style-type: none">• Tore Paulsen, Knut Erik Skogheim og Erlend Bae
3. Økt kompetanse i den akuttmedisinske kjede	<ul style="list-style-type: none">• Samtrening mellom legevakt og ambulanse• Legevaktene inviteres til felles øvelser mellom nødetatene	2022	<ul style="list-style-type: none">• Knut Erik Skogheim
4. Større kunnskap om den akuttmedisinske kjede	<ul style="list-style-type: none">• Felles fagdag for alle aktuelle aktører	2023	<ul style="list-style-type: none">• Erlend Bae

3 Forberede

3.1 Kunnskapsgrunnlag

Akuttmedisinforskriften

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. er en sentral bestemmelse når det gjelder samarbeidet i den akuttmedisinske kjede. Forskriften slår fast at den akuttmedisinske beredskapen er et ansvar som både kommunene og helseforetakene har.

To sentrale paragrafer i forskriften er:

§ 1. Formål

Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Forskriften skal også bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater.»

§ 4. Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester

Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter.

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester 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.

Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

3.2 Erkjenne behov for forbedring

Alle delene av den akuttmedisinske kjeden ser utfordringer og behov for forbedring. Den akuttmedisinske kjeden består av mange ulike parter fra ulike virksomheter. Både spesialisthelsetjenesten sin del av kjeden og den kommunale delen av kjeden består av flere ulike ledd. I den kommunale delen er det ikke en felles organisatorisk overbygning, og det er ulik organisering både av legevakter og legevaktsentraler rundt omkring i fylket. Det er en klar utfordring å peke ut en eier av forbedringsarbeidet i den akuttmedisinske kjede, det må vere et kontinuerlig arbeid å bevisstgjøre de ulike ledd i kjeden på sitt ansvar for forbedringsarbeidet. Det vil likevel være naturlig å peke på sentrale aktører i den prehospitale delen av helseforetaket som viktig aktør for å drive forbedringsarbeidet framover.

3.3 Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Det faglige samarbeidsutvalget for den akuttmedisinske kjede representerer flere sentrale aktører i den akuttmedisinske samhandlingen. Det er likevel viktig at utvalget i prosessen med forbedringsarbeid snakker med både regionale og nasjonale aktører, samt at de enkelte medlemmer i utvalget snakker med sine lokale samhandlingspartnere underveis. Dette være seg både fastleger, kommunale helse- og sosialtjenester, akuttmottakene og de akuttpsykiatriske avdelinger. Utvalget må ha et særlig fokus på å informere og innehente synspunkt fra de lokale legevaktene som ikke er representert i utvalget.

3.4 Avgrensning

Gjeldene utviklingsplan, "Styrking av de akuttmedisinske tjenester utanfor sykehus 2019-2022", ligger til grunn for arbeidet utvalget har gjort nå. Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinske tjenester har revidert den gjeldende utviklingsplanen.

I arbeidet med revisjon av utviklingsplanen har vi sett på hva som har vært av endringer siden gjeldende plan ble utarbeidet, og hva som er oppnådd av mål og tiltak for gjeldende plan. Vi har videre sett på aktuelle lover, forskrifter, veiledere og føringer som er aktuelle for arbeidet til utvalget, og ut fra dette kommet opp med mål og tiltak for neste planperiode.

Arbeidet med handlingsplanen har vært preget av en stram tidsramme, pandemi som har preget både kapasiteten til utvalgsmedlemene og mulighetene for å møtes, samt at arbeid i helsefellesskapet har vært nytt for mange av medlemmene. Utvalget har brukt tid på å drøfte ulike sider ved samhandling i den akuttmedisinske kjede. De mål og tiltak som er satt opp er i noen grad lite konkretisert. Utvalget vil i løpet av planperioden jobbe videre for å konkretisere ytterligere.

4 Planlegge

4.1 Kartlegge behov og dagens praksis

Den akuttmedisinske kjede består av alle aktører som er involvert i de akuttmedisinske pasientforløp. Dette innbefatter bil- og båtambulansetjeneste, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, luftambulansetjeneste, legevakter, fastleger, legevaktsentraler, akuttmottak, andre kommunale helsetjenester, psykiatritjeneste m.fl. Det er en omfattende kjede med mange ledd, der behovet for god samhandling er stort.

4.1.1 Sentrale utviklingstrekk

Det er noen sentrale utviklingstrekk som påvirker og legger føringer for arbeidet i den akuttmedisinske kjede.

- **Sentralisering av legevakter, med større avstand til legevakt for mange.**
Trenden, både i vårt område og nasjonalt, er at det blir færre og større legevaktdistrikt. Mange steder blir legevakt organisert som interkommunale samarbeid, der legevakten blir sentralisert og dekker et større geografisk område. Bakgrunnen for denne utviklingen er sammensatt, men skyldes i stor grad at myndighetene i forskrift har satt krav om organisering, infrastruktur, kvalitet m.m. som gjør at det er svært utfordrende å skulle opprettholde mange små legevakter. Det er i hovedsak fastleger som er legevaktleger. For å gi akseptable arbeidsforhold for fastlegene er det flere steder vurdert som nødvendig å inngå i interkommunale legevaktsamarbeid for å få ned vaktbelastning og gi bedre arbeidsforhold på vakt.
- **Økning i ambulanseoppdrag**
Det har de senere år vært en betydelig økning i antall ambulanseoppdrag. Demografisk utvikling, legevakt- og sykehusstruktur og forventninger i befolkningen er alle moment som bidrar til dette. Antall oppdrag er forventet å øke i årene som kommer. Med mindre primær- og spesialisthelsetjenesten samarbeider om en helseberedskap for fremtiden, vil oppdragsmengden raskt kunne overstige det som er håndterlig for ambulansetjenesten og den akuttmedisinske kjede for øvrig.
Befolkningens forventninger til rask helsehjelp synes å vere i endring. Terskelen for å kontakte helsevesenet framstår som lavere i dag enn tidligere. Oppdragsmengden knyttet til de eldre vil antagelig være like høy og stigende, men man vil også se en økning av yngre pasientgrupper i kontakt med den akuttmedisinske kjede.
- **Ambulanse blir brukt for å avklare pasientens tilstand**
Det har over mange år vært en stor kompetanseheving i ambulansetjenesten, noe som gjør at ambulanspersonell i stadig større grad jobber selvstendig ute hos pasient. Trenden har mange steder vært at lege avventer på legevakt eller legekontor, og i mindre grad drar i sykebesøk til hjem og institusjon. I tråd med at legevaktsdistriktene blir større, og dermed økt geografisk avstand til legevakt, blir denne trenden forsterket.
- **Hjemmebasert omsorg får større rolle i pasientvurdering med større avstand til legevakt**

Også HBO får en større rolle i vurderingen av pasientens tilstand, som et bindeledd mellom pasient og legevakt. Det vil derfor være sentralt å utvikle gode samarbeidsformer med denne delen av den akuttmedisinske kjede.

- **Bemannede legebiler som får lege ut til pasient**

Uniformert utrykningsbil med ambulansarbeider eller sykepleier som rykker ut sammen med lege, er tatt i bruk flere steder, og med gode resultater. Lege kommer seg lettere ut i sykebesøk, og lege kommer på en effektiv og trygg måte ut på akutte hendelser. I en del tilfeller vil et team av lege og ambulansarbeider/sykepleier som rykker ut til pasient, kunne avklare situasjonen og gi pasienten god behandling der pasienten er.

- **Ny teknologi**

Videoløsning på amk, legevaktsentraler og legevaktsatellitter, er eksempler på ny teknologi som er tatt i bruk og som gir en god støtte i vurdering av pasient. Elektronisk overføring av pasientdata fra ambulanse til sykehus er også eksempel på ny teknologi som brukes.

- **Pasienter blir i større grad avklart på legevakt eller akuttmottak**

I tråd med en generell økning i antallet eldre og flere henvendelser til legevakt og sykehus, ser vi en utvikling mot at flere pasienter blir avklart og behandlet på legevakt eller i akuttmottak, og deretter sendt tilbake til hjem eller institusjon for videre behandling, i stedet for sykehusinnleggelse. Det gjøres mer avansert behandling både på kommunale institusjoner og av HBO i hjem. Dette fører blant annet til økt bruk av ambulanse til transport av pasienter fra legevakt og sykehus også på kveld og natt.

- **Bruk av luftambulanse**

Bruk av luftambulanshelikopter øker stadig. Sentraliserte, spesialiserte sykehusfunksjoner som ikke er tilgjengelige i Møre og Romsdal bidrar til en merkbar del av økningen i helikopteroppdrag, da pasienter må flys til universitetssykehus.

- **Forventninger om samhandling**

Overordnede myndigheter har økende forventninger til samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Blant annet er det fastsatt både i forskrift og veileder at de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjede skal trene sammen. Nyere tilsynssaker viser også at tilsynsmyndighetene har en klar forventning om at de ulike aktører i kjeden samarbeider også om kvalitetsforbedring i tjenestene.

4.1.2 Den akuttmedisinske kjede i Møre og Romsdal

I Helse Møre og Romsdal er det 4 sykehus og 4 legevaktsentraler. De geografiske opptaksområdene samsvarer i stor grad med hverandre. Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) for hele fylket er ved Ålesund sjukehus. Ambulansetjenesten har 33 ambulansestasjoner i fylket, i tillegg til ambulansebåter, -helikopter og -fly. I tillegg til de 4 store sentraliserte legevaktene, er det i alle områdene mindre legevakter som dekker sine distrikt hele eller deler av døgnet. Fastlegene i fylket er også en sentral del av den akuttmediske kjeden, både gjennom øyeblikkelig hjelp-tilbud på dagtid, og som legevaktleger.

4.1.3 Legevaktdistriktene:

På dagtid blir legevakt og øyeblikkelig hjelp-funksjon i kommunene i stor grad ivaretatt av fastlegekontorene. Det blir hver dag meldt inn hvilken lege som har vakt på dagtid, og hvilken nødnettradio denne legen har. Legevaktsentralene er bemannet med sykepleier eller paramedisiner hele døgnet, og besvarer 116117-henvendelser fra sitt distrikt.

4.1.3.1 Kristiansund legevaktdistrikt

Geografi: Distriktet består av Kristiansund, Tingvoll, Gjemnes og Averøy kommune. Legevakten har ca 36.000 innbyggere som fordeles slik (SSB 2. kvartal 2021):

- Kristiansund 24.050 innbyggere
- Tingvoll 2.975 innbyggere
- Gjemnes 2.650 innbyggere
- Averøy 5.778 innbyggere

Legevaktstruktur: Før pandemien var legevakten lokalisert i tilknytning til akuttmottaket ved Kristiansund sykehus. På grunn av tiltak i pandemien ved Kristiansund sykehus, måtte legevakten flytte ut i april 2020. Fra og med april 2020 er legevakten lokalisert i Frei helsehus, hvor man leier Frei legesenter sine lokaler. I tilstøtende lokaler er det opprettet smittelegevakt for pasienter med påvist eller mistenkt covid-19.

Legevaktens åpningstid er kl 16.00 – 08.00 på hverdag og hele døgnet på helg.

Bemanning: Før pandemien var legevakten bemannet med 1 lege i aktiv vakt hele døgnet og 1 lege i beredskapsvakt 16-22 på hverdag og 10-22 på helg. Kristiansund og omegn legevakt har hatt avtale om 2,2 årsverk i støttepersonell fra akuttmottaket.

I midlertidige lokaler er det 2 leger på tilstedevakt hverdager 16-20 og helg/høytid 12-20. På natt hverdag og helg, er det 1 lege i aktiv vakt uten bakvakt. På luftveislegevakten er det sykepleier i hele åpningstiden. Det er i tillegg ambulanspersonell fra Helse Møre og Romsdal med utrykningskjøretøy tilknyttet legevakten. Disse har døgnavtalt med hvilende vakt på natten. På kveldstid hverdag og dagtid helg/høytid, er det støttepersonell fra legekontorene i legevaktsdistriktet tilknyttet legevakten.

Legevaktsentralen: Legevaktsentralen bemannes og driftes av akuttmottaket ved Kristiansund sykehus. Den enkelte kommune i samarbeidet har avtale med Helse Møre og Romsdal om drift av legevaktsentral.

Videre plan: Helse Møre og Romsdal sa i september opp avtalen om legevaktdrift i akuttmottaket. Dette medfører at legevakten per tiden ikke har permanente lokaler eller bemanning med støttepersonell. Legevakten jobber nå med å finne lokaler for videre legevaktdrift.

HAS-interkommunale legevakt

Legevaktdistriktet består av Smøla, Aure og deler av Heim kommune (gamle Halså kommune). Dette utgjør ca 7200 innbyggere som fordeles slik:

- Heim (Halså) kommune 1550
- Aure 3500
- Smøla 2150

Det er ikke ansatt fast hjelpepersonell. Kommunene har avtale om drift av legevaktsentral med Helse Møre og Romsdal, og den bemannes i akuttmottaket ved Kristiansund sykehus.

Én lege har hjemmevakt, og bruker kontor i kommunen sin. Utrykning skjer med ambulansébåten Øyvakt ved turer til nabokommunene.

Ambulansepersonell ombord er ansatt av Helse Møre og Romsdal, men enkelte bistår også ved rent legevaktarbeid.

4.1.3.2 Molde legevaktdistrikt - Molde interkommunale legevakt

Geografi: Betjener ca 63.500 innbyggere i flg kommuner:

- Molde 32.000 innbyggere (inkl. Midsund 2000 innb. og Nesset 3000 innb.)
- Hustadvika innbyggere 13.500 (Fræna 10.000 innb og Eide 3500 innb)
- Aukra 3500 innbyggere
- Sunndal 7000 innbyggere
- Rauma 7500 innbyggere

Bemanning:

1. MOLDE LEGEVAKT (kl 16-08 hverdager og hele døgnet helg)

I Molde er to leger tilgjengelig, enten begge i aktiv vakt eller 1 hvilende (natt): Disse to legene betjener pasientene som kommer til Molde LV samt ivaretar videolegevaktene (VLV), er rådgiver for legevaktsentralen (LVS), tar tlf fra hjemmetjenesten og sykehjem, har ansvar for øhj-hendelser på KAD + tar utrykninger meldt via Nødnett samt sykebesøk.

Under pandemien er Lege 2 knyttet til Smittelegevakta og har samme turnus som Lege 1 på dagtid (hvilende vakt kun på natt). Kl 22-08 har Lege 1 ansvar for begge avdelinger. Lege 2 er i beredskap hjemme.

Alle legene i storlegevakta inngår i turnus i Molde, men lokale leger får fratrukk for lokale vakter.

2. LOKALE LEGEVAKTER I SUNNDAL OG RAUMA (deler av døgnet)

betjenes av kommunens fastleger + LIS1

Åpningstider lokale legevakter:

- **Rauma og Sunndal:** kl 19-21 hverdager og kl 12-15 helgedager
- **Nesset:** kl 16-21 mandag – fredag (politisk bestemt i rammeavtalen da Nesset ble en del av Molde kommune).

3.SATELLITTER bestående av 4 **VIDEOLEGEVAKTER (VLV)**

Satellittenes åpningstid = legevaktas åpningstid: 16-08 hverdager og hele døgnet helg/høytider. Men i Rauma og Sunndal brukes ikke VLV når den lokale legevakta er åpen.

VLV **betjenes av sykepleiere** i hjemmetjeneste eller sykehjem og legevaktlege i Molde.

Lokalisering:

- Sunndal Helsetun, Ringveien 13, 6600 Sunndalsøra
- Åndalsnes, Rauma Helsehus, Strandgata 22, 6300 Åndalsnes
- Aukra Omsorgssenter, Aukraringen 14, 6480 Aukra
- Midsund sjukeheim, Tunvegen 42, 6475 Midsund

Modellen med videolegevakter er en del av Helsedirektoratets pilotprosjektet «Ny Storlegevakt i Romsdal» som startet opp 1/1-20 og går fram til 31.05.22. I kjølvannet av dette har vi også implementert elektronisk likskue ved forventede dødsfall på sykehjem i hele storlegevaktdistriktet (der vi bruker legevaktsentralens videoløsning Hjelp 116117). Høyst sannsynlig vil storlegevaktmodellen med VLV vil bli videreført etter prosjektperioden

Det er på kommunalt nivå inngått avtale om beredskapsferge for pasienter som ikke trenger ambulanse med sambandene Solholmen – Magerøy (til Midsund) og Hollingsholm – Aukra (til Aukra) samt Sølsnes – Åfarnes (Rauma).

Andre større endringer i planperioden, er at Legevaktsentralen (LVS) skal flyttes ut av Molde sykehus og samlokaliseres med Molde legevakt som da må øke sykepleierbemanningen. Legevakta har til nå kjøpt denne tjenesten av Helseforetaket og LVS betjenes av sykepleiere fra akuttmottaket Molde sykehus.

Molde har uniformert legebil, men for å oppnå de nasjonale målene om flere sykebesøk og større legedeltakelse ved akutte hendelser, vil behovet for utrykningskjøretøy (ev i samarbeid med ambulansetjenesten) bli vurdert på nytt i løpet av planperioden.

4.1.3.3 Ålesund legevaktdistrikt – Ålesund legevakt

Ålesund legevakt er lokalisert i Ålesund lokalmedisinske senter på Åse. Legevakta er døgnbemannet.

Legevakta er legevaktsentral for kommunene Ålesund, Sula, Giske, Fjord, Vestnes, Stranda og Sykkylven, som til sammen utgjør ca. 106 000 innbyggere. Legevaktsentralen har tre operatørplasser.

Det er ulike samarbeid og ordninger gjennom døgnet. Fra kl. 16.00 (og helg) er Sula, Fjord, Vestnes og deler Stranda (Liabygda og Geiranger) med i ordningen. I tillegg formidler legevaktsentralen til de lokale legevaktene i Sykkylven/Stranda og Giske.

Ørskog legevakt er organisert under Ålesund legevakt, og er bemannet med lege i vakt og tilstedeværende hjelpepersonell 16.00-22.00 (helg 08.00-22.00). Ørskog legevakt tar primært imot pasienter fra Ørskog, Vestnes, Fjord, Liabygda og Geiranger.

På natt betjener legevakta rundt 95 000 innbyggere, som inkluderer kommunene Ålesund, Sula, Giske, Fjord, Vestnes og deler av Stranda (Geiranger og Liabygda). I tillegg formidler legevaktsentralen til lege i vakt ved legevakta i Sykkylven/Stranda.

Det er etablert en legevaktsatellitt på Sandøytun på Harøya. Satellitten betjenes av sykepleier i kommunedelens omsorgsdistrikt. Satellitten har utstyr til videokonsultasjon med Ålesund legevakt. Det er planlagt en tilsvarende satellitt i Geiranger.

Legevakta er bemannet med en lege på daglegevakt (faste leger), 2 leger på kveld/helg og 1-2 på natt (2 på helg). I tillegg er det en lege i beredskap på natt alle dager.

Det er 3 sykepleiere på dag, 4-5 på kveld og 2 på natt. På helg er bemanningen 4 på dag 4-5 på kveld, og da er noen av vaktene dekt av sykepleiestudenter og ambulansefagarbeidere/paramedic.

Legevakta har uniformert legevaktbil.

4.1.3.4 Søre Sunnmøre legevaktdistrikt

Innbyggertall: 49 500

Kommunene Hareid, Herøy, Sande, Ulstein, Vanylven, Volda og Ørsta.

Søre Sunnmøre legevakt:

- Legevaktsentral for alle 7 kommunene på Søre Sunnmøre.
- Nattlegevakt kl 22-08 for kommunene Hareid, Herøy, Sande, Ulstein, Volda og Ørsta.
 - 46390 innbyggere areal på 1930 km². Flere av innbyggerne er avhengige av ferge for å komme seg til legevakt.
 - 1 lege på vakt sammen med sykepleier og ambulansesarbeider.
- Legevakt kveld/helg for kommunene Herøy, Sande, Volda og Ørsta.
 - 32700 innbyggere og 1752 km² areal. Flere av innbyggerne er avhengige av ferge for å komme seg til legevakt.
 - Hverdager 1530-2200 er det 2 leger på vakt, der 1 lege er på tilstedevakt og 1 lege i beredskapsvakt hjemme.
 - I helg er det 2 leger på vakt dag og kveld, der den ene er beredskapsvakt i hjemnevakt deler av tiden.
 - Det er alltid sykepleier og ambulansesarbeider på vakt i tillegg til lege.

Søre Sunnmøre legevakt er lokalisert i Hovdebygda i Ørsta, i samme bygg som politistasjon og ambulansestasjon.

Vanylven kommune har lokal legevakt hele døgnet, uten fast hjelpepersonell på kveld, natt og helg.

Hareid og Ulstein kommuner samarbeider om legevakt ettermiddag, kveld og helg. Lokalisert vekselvis ved Ulstein legesenter eller Hareid legesenter avhengig av hvem som har vakt. Her er det helsesekretær deler av vakttiden i tillegg til legen som har vakt.

4.1.4 Helse Møre og Romsdal

4.1.4.1 Ambulansetjenesten

Bil- og båtambulansetjenesten består i dag av 32 ambulansestasjoner. Ca. 500 ansatte inkludert lærlinger og vikarer og drifter i dag 41 ambulanserbiler, samt 13 reservebiler. I tillegg er det en tobårebil i fast rute mellom NR og St. Olavs og 5 båtambulanser. I 2020 utførte tjenesten 35500 oppdrag og kjørte i overkant av 2.02.000 km.

Etter initiering av Helse Midt-Norge ble det i 2013 gjennomført en beredskapsanalyse for å finne de optimale punktene for plassering av ambulansestasjoner, denne analysen ble på nytt foretatt i 2018 og legges til grunn for etablering av nye stasjoner i Møre og Romsdal.

«Plasser ambulansestasjonene innenfor responstidsanbefalingene slik at de samlet sett vil rekke ut til flest mulig hendelser med hastegrad "akutt" basert på antatt behov i 2030.

Analysen skulle finne de optimale plasseringer 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 ambulanse i løpet av 12 minutter og i grisevredte 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.

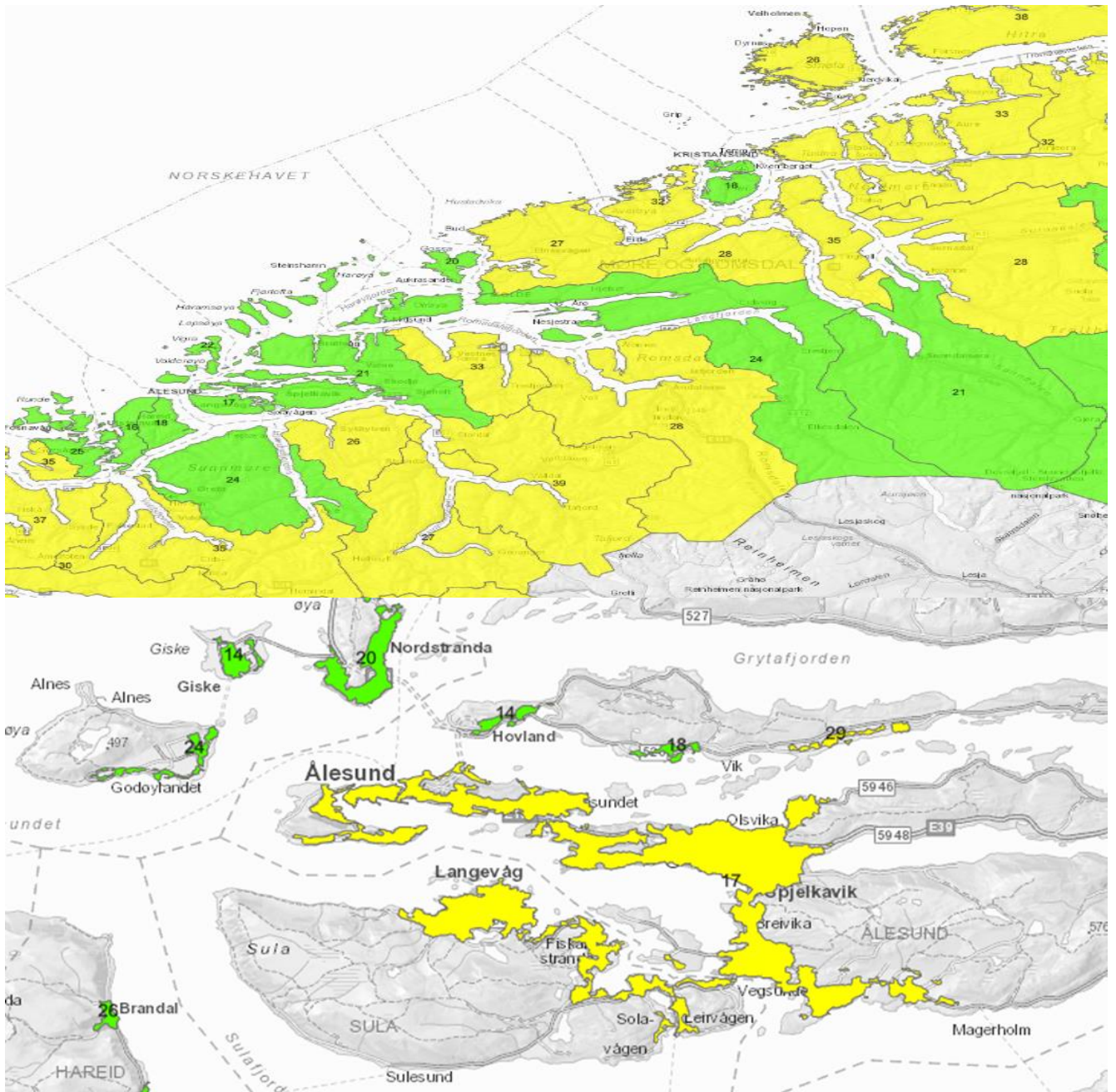
All rekvirering av tjenestene skjer via AMK Møre og Romsdal. Alarmering skjer verbalt via nødnettet, i tillegg til at alle oppdrag sendes elektronisk ut til tjenestene.

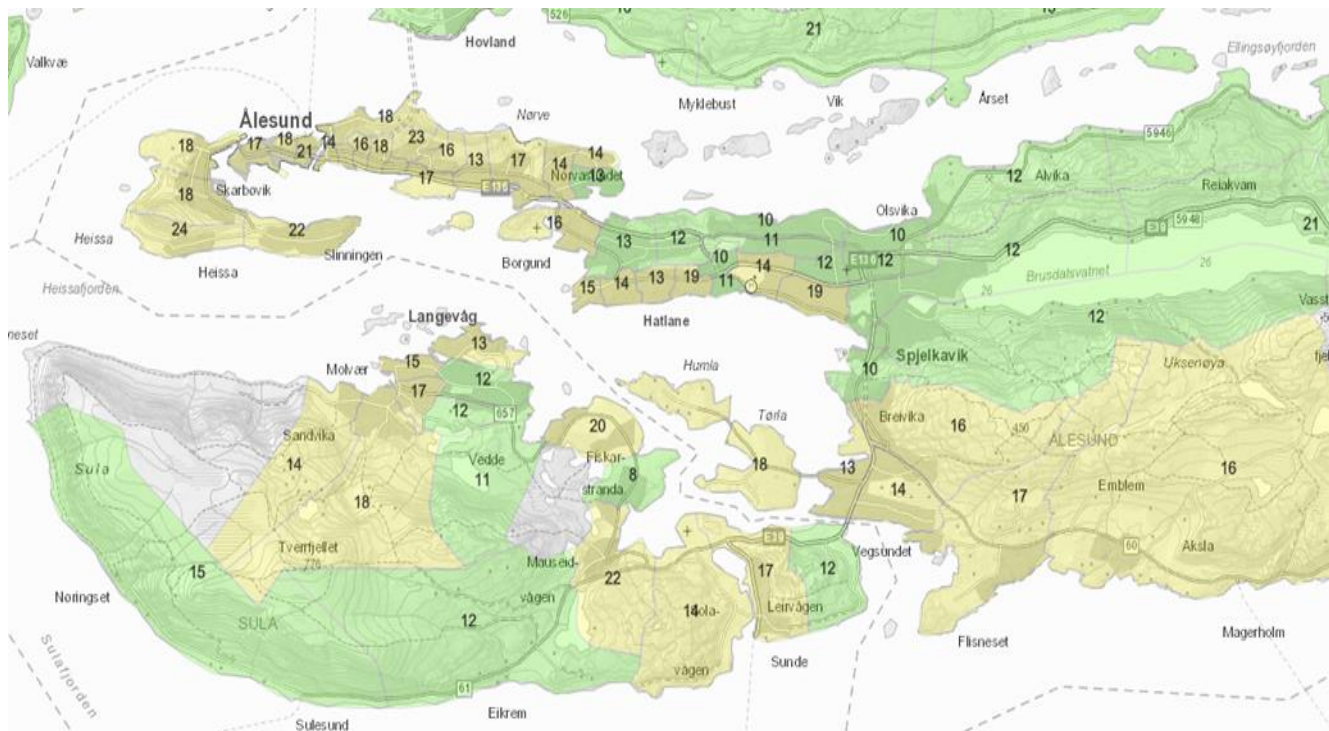
All bevegelse i tjenestene registreres elektronisk, og gir oss god oversikt over den totale belastningen

Noen definisjoner:

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.





Responstid: Stortinget vedtok 11.mars 2020, å be regjeringen om å forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten. Ambulansetjenesten avventer en nærmere utredning og innholdet i forskriftsfestet krav til responstider i den akuttmedisinske tjenesten utenfor sykehus. Om krav til responstider blir forskriftsfestet, vil det gi føringer for beredskap og antall ambulanser og stasjoner i Møre og Romsdal. I påvente av en eventuell forskrift er det vanskelig å si noe konkret om utviklingsplanen frem mot 2030. Preliminære analyser peker mot en kraftig oppdragsvekst som vil treffe ambulansetjenesten med store endringer alt fra 2030. Behovet for utvikling og tilpasning av de prehospitaltjenestene vil være betydelig for å lykkes med en rasjonell og adekvat ambulanseberedskap.

For å imøtekomme forskriftsfestede krav til responstid, har beredskapsanalysen foreslått følgende endringer i basestruktur:

- Stasjonen på Stranda flyttes lenger opp i Strandadalen
- Stasjon Ørskog flyttes nærmere Skodje
- I Ålesundsområdet erstatter en stasjon ved Mauseidvågen og en stasjon i Ålesund sentrum dagens stasjoner i (Ålesund) (Sula) og (Giske)
- Averøy flyttes til Kårvåg/Vevang
- Stasjonen i Kristiansund trekkes litt ut av sentrum.
- Stasjonen på Elnesvågen flyttes nærmere Molde i området Malmefjorden.
- Stasjonen i Aure flyttes nærmere Tustna

Innførte tiltak som vi frem mot 2030 bør videreutvikle, er etablering av kompenserende tilbud i form av **hvite biler – Syketransport**. I Møre og Romsdal er det pr. i dag etabler 2 stk. Syketransport i region Ålesund og Kristiansund. Tilbudet avlaste ambulansetjenesten ved å utføre oppdrag som ikke trenger medisinsk assistanse, grønne oppdrag. Da primært mellom institusjoner, hvor Syketransport i Ålesund hadde ca. 500 oppdrag i 2020.

I forbindelse med åpningen av SNR i 2025, har klinikken sett på **tiltak for å redusere reisetid** for de med lengst transportvei. Det arbeides med å etablere en kai i området Rensvikholmen, Kr.sund kommune, for pasienter som kommer med båt og som pr. i dag transporteres inn til sentrum på Piren.

Møre og Romsdal har veistruktur som inneholder mange fergesamband. Flere er stengt på natt og de øvrige har redusert frekvens på natt. Prehospitalt løses dette med beredskapsferger og ambulansebåter.

Beredskapsferger:

- RV 64 Åfarnes-Sølsnes
- FV 652 Lauvstad-Volda
- FV 63 Eidsdal-Linge
- FV 662 Aukra – Hollingsholmen
- FV 668 Midsund – Mordalsvågen
- FV 61 Hareid – Sulesund
- FV 60 Sykkylven – Magerholm.

Det er opsjon i alle nye avtaler om beredskapsferge. Helse Møre og Romsdal HF har i samarbeid med oppdragsgiver (Statens Veivesen og Fylkeskommunen) sørget for at alle inngåtte kontrakter er det inngått opsjon på utløsning av beredskapsferger.

Ambulansebåter

- Aure, Smøla er ivaretatt av ambulansebåten **Øyvakt** stasjonert på Smøla
- Aukra, Molde, Midsund og Sandøy ivaretatt av ambulansebåten **Dr. Riiber** stasjonert på Aukra, og ambulansebåten **Øyvon**, stasjonert på Harøy.
- Haram, øyer blir ivaretatt av ambulansebåten **Norskyss** stasjonert på Haramsøy.
- Sande, øyer blir ivaretatt av ambulansebåten **Ambu**, stasjonert på Kvamsøy.

Medio 2022 blir det en strukturendring i båtberedskap. Det blir en reduksjon fra 5 til 3 båter som følge av ferdigstilling av Nordøyveien.

Flere av båtene blir også brukt til andre oppdrag:

- Smøla, Aure og Heim i felles legevaktsamarbeid
- Sande , pendlar-rute, skuleskyss og veterinær.
- Haram, veterinær

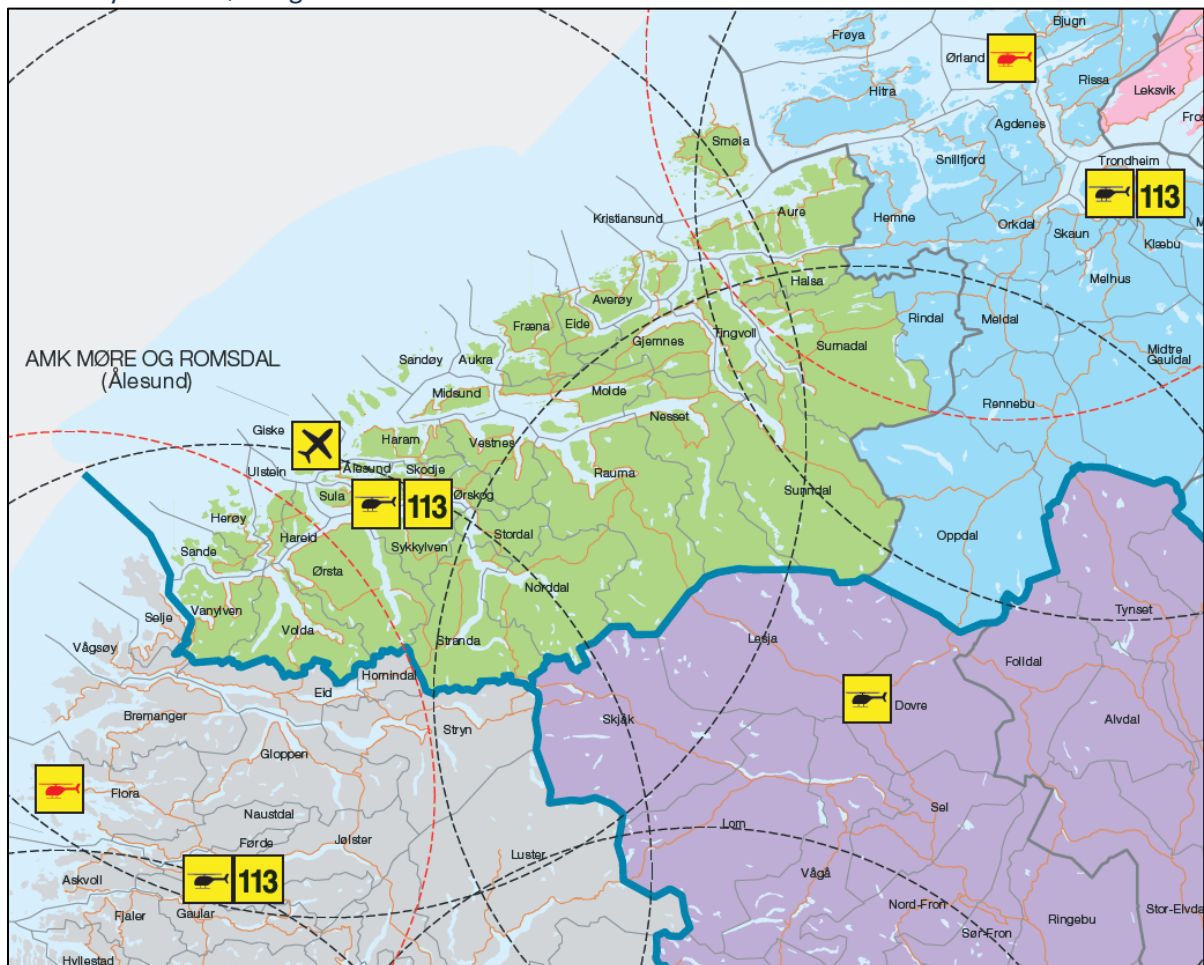
Samarbeid med eksterne aktører:

- Regional avtale om transport av pasienter utenfor veg. Gjelder der oppdraget er definert som ambulansetransport og ikke redningsoppdrag, og 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 korpserne stiller med tilgjengelig mannskap.
- Lokal avtale vinterberedskap (forpliktende) med **Rauma- Stranda- Volda og Kr. sund Røde Kors Hjelpekorps**

4.1.4.2 Luftambulansetjenesten

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 ambulanse i løpet av 45 minutter. For flytider ambulansehelikopter ved null vind og værforhold som tillater direkte flyrute, se figur 5. Kartet viser at tjenesten tilfredsstiller krav til flytid for Møre og Romsdal.



Figur 1 Plassering av helikopterressurser og ambulansefly 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 for pasienter i Møre og Romsdal. Videre er det ambulansefly på Vigra som dekker Sør Norge i samarbeid med ambulanseflyene på Gardermoen.

Det er ingen planer om endring av basestruktur når det gjelder luftambulansetjenesten i Midt-Norge, men det er forslått å etablere en ny helikopterbase sentralt i Innlandet. Dette kan gi noe økt tilgjengelighet for helikopter i Møre og Romsdal ved å frigjøre kapasitet for helikopteret på Dombås.

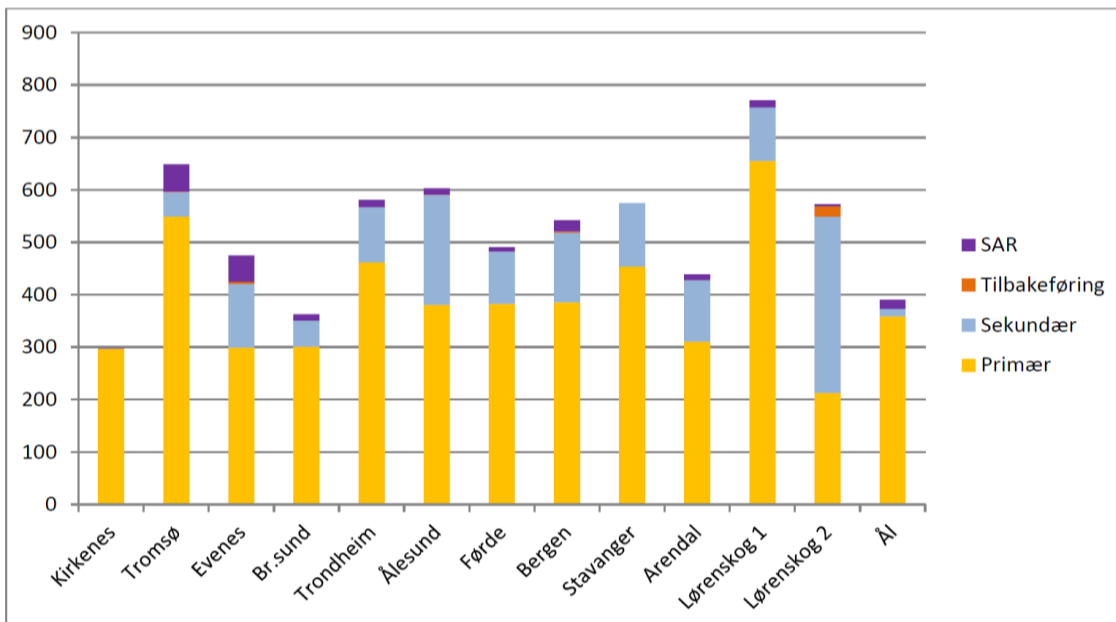
Ambulansehelikopter:

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.

Norsk Luftambulansetjeneste har kontrakt på operativ drift av ambulanshelikopterene i Norge. Helikopteret ved base Ålesund er av typen AW139, et mellomstort helikopter med svært god ytelse og hastighet. Ved vedlikehold av dette helikopteret, blir det satt inn et mindre helikopter med noe lavere ytelse, Airbus H145T2.

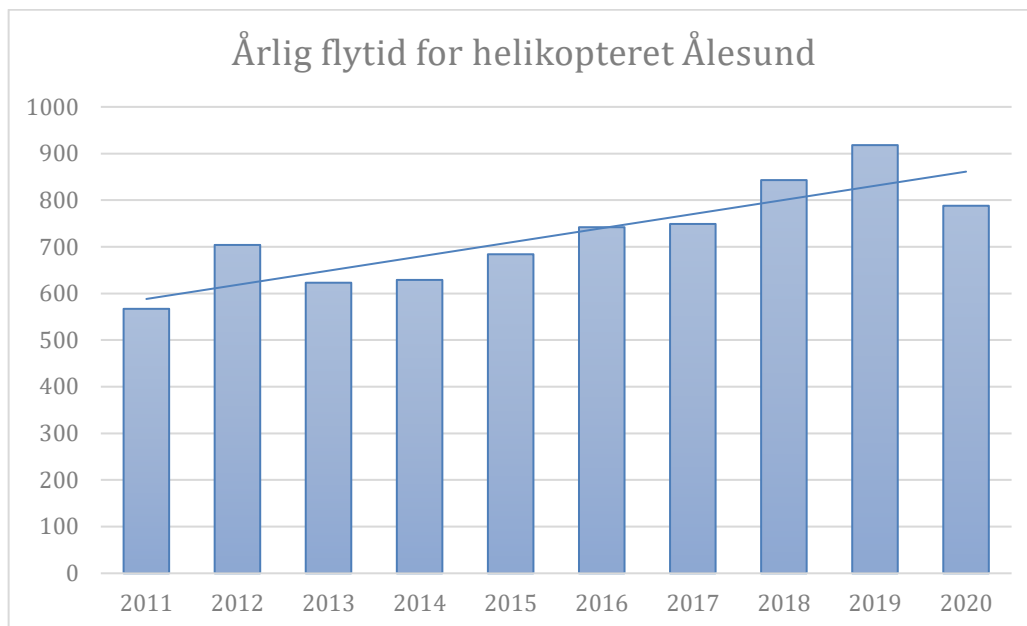
Fra desember 2020 har den medisinske bemanningen ved helikopterbasen i Ålesund blitt endret fra 4 til 3-crew. I forbindelse med denne endringen har det blitt etablert kuvøseteam med barnelege fra Ålesund sykehus.

Helikopteret i Ålesund ligger i øvre sjikt nasjonalt både når det gjelder antall oppdrag og flytid.

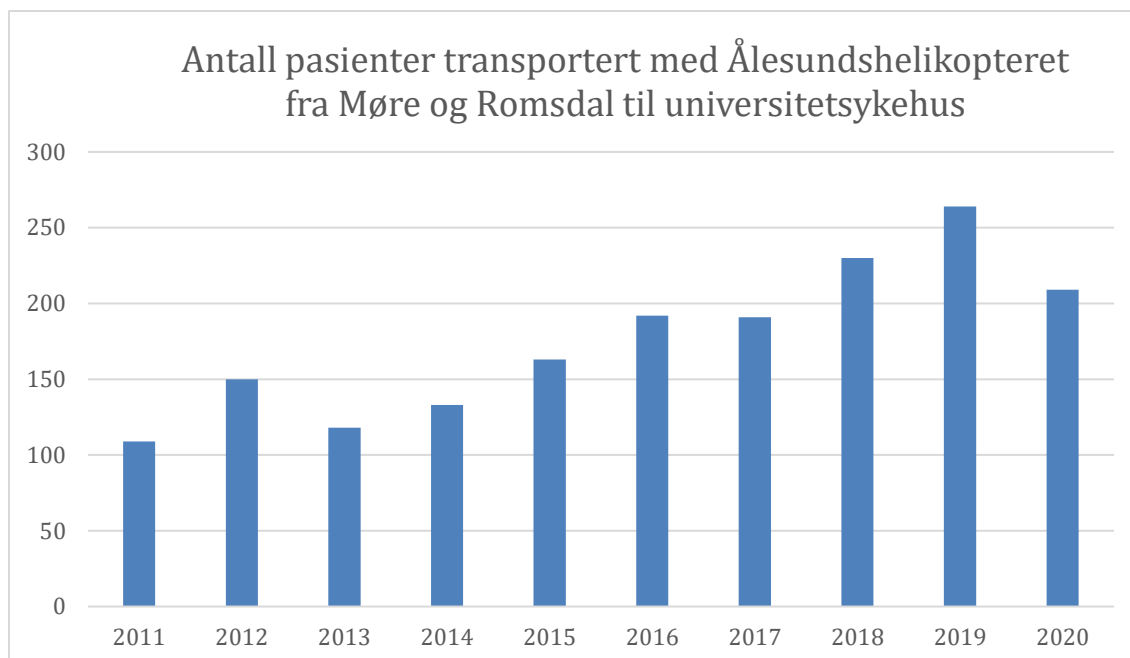


Oppdrag helikopter 2020

Det har vært en økning i flytid for Ålesundshelikopteret på over 50% siste 10 års perioden.¹

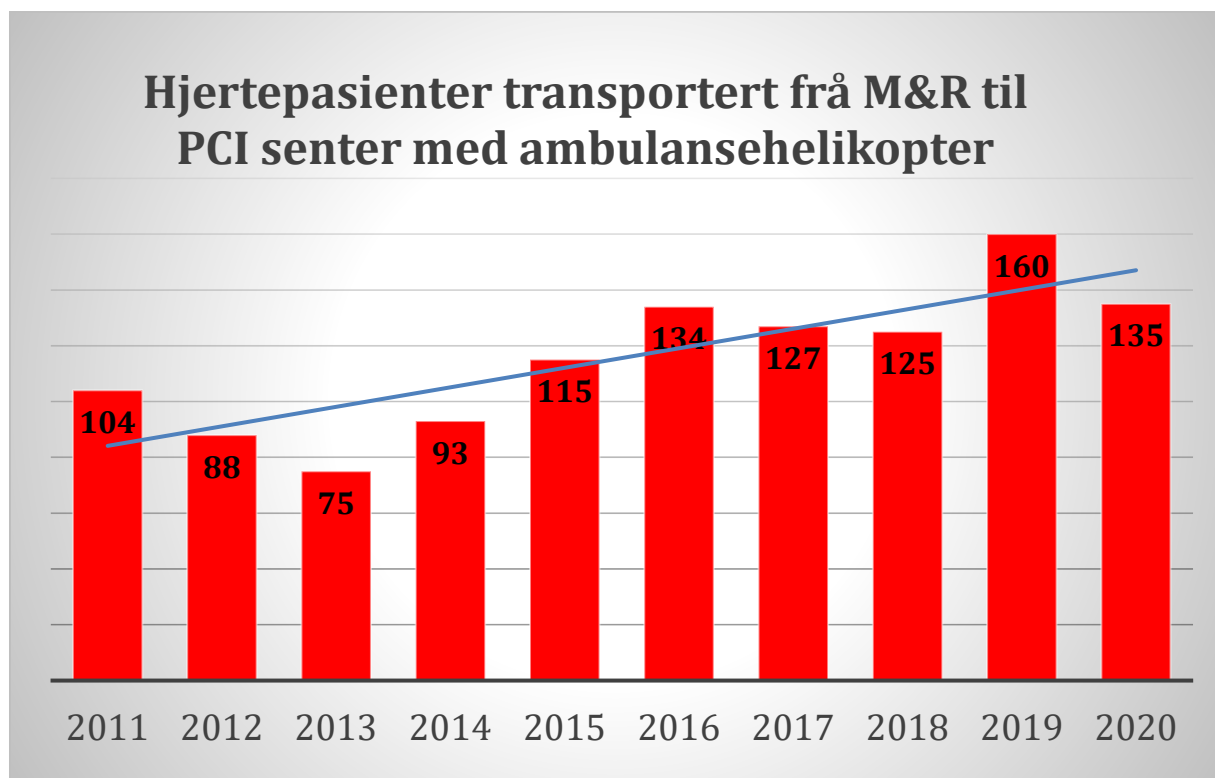


Hele økningen i flytimer fra 2011-2019 kommer som resultat av at flere pasienter må til Universitetssykehus.



¹ I 2020 var det nasjonalt et aktivitetsfall på mellom 10-20% på de ulike luftambulansenebasene på bakgrunn av pandemisituasjonen.

I perioden 2011-2019 har det vært en stor økning i transporter av pasienter med Ålesundshelikopteret fra Møre og Romsdal til universitetssjukehus. Tallet på pasienter har økt fra omtrent 100 til 250 pr år. Trenden er at flere har behov for behandling som kun blir utført ved universitetssjukehus. Dette gjelder f.eks behandling av de minste nyfødte, trombeuthenting ved hjerneslag og alvorlige traumer. Den største gruppen er pasienter som må ha helikoptertransport er pasienter med hjerteinfarkt. Disse får nå trombolyse lokalt, og direkte transport med helikopter til Trondheim eller Bergen for invasiv behandling (PCI).



Det er i hovedsak helikopteret stasjonert i Ålesund som gjennomfører disse transportene, men også de transportene som er gjennomført av nabobaser er med i grafen.

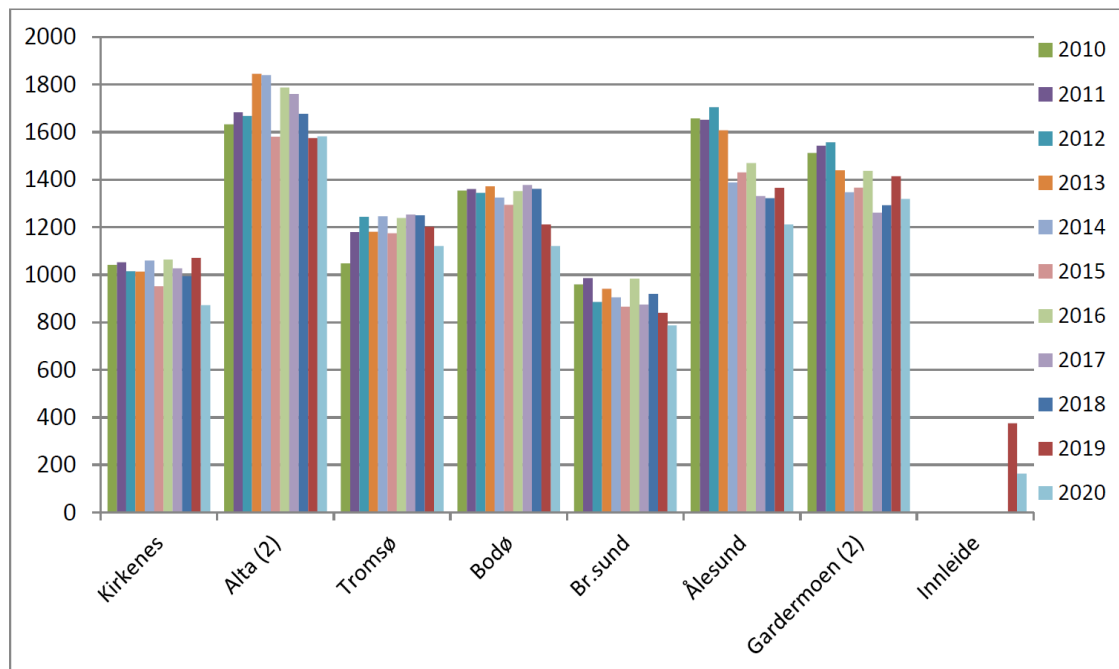
Det blir utredet om en skal etablere PCI tilbud også i Møre og Romsdal. Dette vil frigjøre betydelig helikopterberedskap i fylket.

Ambulansefly:

Ambulanseflyet stasjonert på Vigra skal dekke hele Sør-Norge sammen med to maskiner på Gardermoen. Det er selskapet Babcock SAA som står for operativ drift. Flyet på Vigra og dagflyet på Gardermoen er av typen, Beech 250 som kan lande på alle kortbaneflyplasser. På Gardermoen er det stasjoner et jettfly av typen Cessna C680A Latitude med døgnberedskap, men uten mulighet til å lande på kortbaneflyplasser som Hovden. Det betyr at flyet på Vigra dekker beredskap på alle kortbaneflyplasser i Sør-Norge kveld og natt.

Ambulanseflyene koordineres i dag i et samarbeid mellom Flykoordineringssentralen i Tromsø og tre medisinsk koordinerende punkt, Tromsø, Ålesund og Lørenskog. Det pågår et arbeid for å se på koordineringen av ambulansedytjenesten.

Målt i antall oppdrag er Ålesundsdytjet det enkeltflyet som er mest brukt i landet.



Antall gjennomførte oppdrag ambulansedytjet 2010-2020 (Alta og Gardermoen viser samlet aktivitet for to fly):

I 2014 ble det etablert et tilbud med 2-bårebil mellom sykehusene Molde/Kristiansund og St. Olav. Denne bilen har etter oppstart hatt en økning i antall oppdrag hvert år og det har gitt en ønsket nedgang i oppdragsmengden på flyet. Dette har vært en nødvendig avlastning av flyet på Vigra.

Endringer som vil påvirke tilgjengeligheten av luftambulansedytjet:

Trenden med **økende grad av oppgavefordeling og nye behandlingstilbud** vil øke behovet for transport mellom sykehusene med luftambulansedytjet. Et eksempel på dette er trombeaktomi ved hjerneslag. I vår region er dette tilbudet kun etablert ved St. Olavs Hospital, og en ser en økning av transporter til slik behandling.

En stor og viktig pasientgruppe for både helikopter og fly er hjertepasientene. I dag utgjør denne gruppen nesten halvparten av oppdragene som ambulansedytjet på Vigra utfører i Midt-Norge. Oppstart av et **PCI-tilbud i Møre og Romsdal** vil kunne frigjøre betydelig kapasitet på flyet. Antall oppdrag på helikopteret vil da totalt sett bli færre, og det blir færre oppdrag ut av fylket. Dermed vil et PCI-tilbud bedre den generelle luftambulansedytjet-tilgjengeligheten og beredskapen i Møre og Romsdal.

Nye redningshelikopter AW 101 er under innfasing. Disse er større enn SeaKing-helikoptrene og vil sannsynligvis gi en mer tilgjengelig og stabil redning- og luftambulansedytjetressurs. Det er planlagt forsøk

med landing på sykehusene. Ved Ålesund sykehus ble det gjennomført forsøk høst 2021. Foreløpig må alle pasientene i Møre og Romsdal transporteres til flyplass før videre transport.

4.1.4.3 Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

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-sentralene har to hovedoppgaver:

1. Kommunikasjonsentral 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 samt unngå unødige innlegger i sykehus. Denne oppgaven påvirker oftest ressursallokeringen innad i eget sykehus/helseforetak.

2. 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:

Det er 3 AMK sentraler i MidtNorge:

- **AMK Møre og Romsdal- Ålesund**
- **AMK Sør-Trøndelag –Trondheim**
- **AMK Nord-Trøndelag-Namsos**



Det er 4 legevaktssentraler (LVS) i Møre og Romsdal.

- Sentralene i **Kristiansund** og **Molde** er stasjonert ved sykehusene, og driftes av HMR etter avtale med berørte kommuner.
- Sentralene i **Ålesund** og **Søre Sunnmøre** driftes av interkommunale legevakter.

AMK Møre og Romsdal

- Etablert 7.1.2015 (slo sammen sentralene i Molde og Ålesund)
- Dekker en befolkning på i underkant av 270 000 innbyggere.
- Samarbeider nært med nødsentralene for *politi og brann*, som begge er stasjonert i Ålesund. Og med andre nødsentraler (f.eks HRS), legevaktssentraler og frivillige organisasjoner (f.eks Røde Kors).
- Bemanningen består av medisinske operatører, ambulansesentraler, seksjonsleder, IKT-rådgiver, seksjonsoverlege, seniorrådgiver og fagsykepleiere.
- Vakthavende helikopterlege fungerer også som «AMK-lege». AMK er forpliktet etter forskrift til å ha tilgjengelig kompetent lege for rådgiving og evt nødvendige beslutninger. Når helikopterlegen er opptatt er det et etablert system som dekker opp med andre kvalifiserte leger.

Beslutningsstøtte og triage: Norsk medisinsk indeks for Medisinsk Nødhjelp (NIMN).

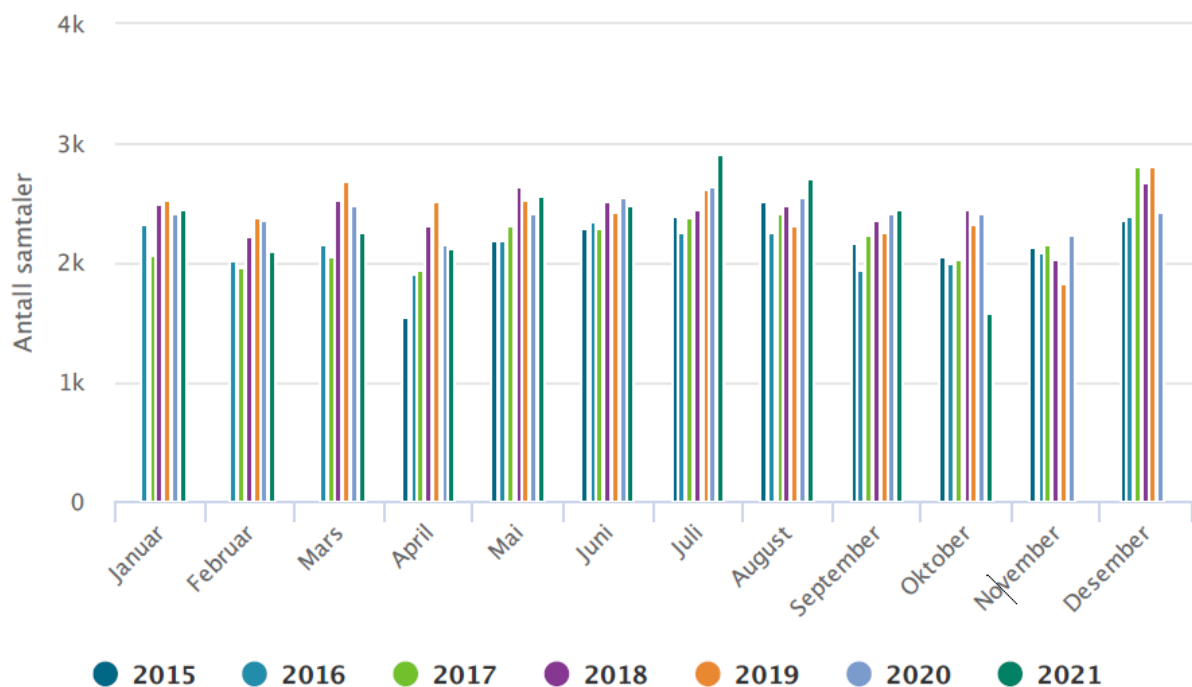
NIMN er retningslinjer beslutningsstøtte for håndtering av henvendelser fra publikum i nød. Verktøyet brukes av alle AMK-sentralene i Norge, samt mange legevaktssentraler. Dette er en standardisert metodikk for:

- Innhenting av info. / kommunikasjon med innringer
- Rådgiving, instruks og veiledning i akutte medisinske problemstillinger
- Fastsetting av hastegrad / responsmønster.
- Faste begreper og standardisering

Aktuelle utfordringer Møre og Romsdal:

- Sentralisering av legevakter: Ofte større avstand til rett helsehjelp for publikum. Behov for lengre ambulansetransporter.
- AMK-sentralen og legevaktene mangler felles digital plattform. Dette gjør informasjonsdeling mer arbeidskrevende og gir større risiko for feil.
- 4 sykehus med til dels ulike kulturer og ulik organisering internt.
- 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 mulighet til å varsle direkte til *alle* sykehusene, og som gir mulighet for kommunikasjon mellom AMK og alarmteamene.
- Ambulanseressurser tilgjengelig: Ambulanseflåten brukes både for akutte hendelser og for planlagte oppdrag (transport til innleggelse, til poliklinikk etc. og for hjemkjøring). Det er en utfordring for AMK å balansere bruken av ambulanse til planlagte oppdrag opp mot det å ivareta beredskapen for akutte hendelser (jfr avsnittet over om ambulansetjenesten).
- 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».

Endringrapport



4.2 Sette mål

4.2.1 Digital samhandling

Samfunnet blir mer og mer digitalisert, og elektronisk utveksling av informasjon er helt essensielt. I helsevesenet blir det stilt svært strenge krav til datasikkerhet og personvern, noe som er helt nødvendig. Vi ser samtidig at de strenge kravene til utveksling av informasjon mellom nivå og organisasjoner, skaper utfordringer for den digitale samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden. I nødmeldetjenesten ser vi ofte at legevaktsentraler og amk-sentralen samhandler om enkeltpasienter der utveksling av pasientinformasjon er viktig. Det er et prioritert mål å få elektronisk informasjonsutveksling mellom AMK og de legevaktsentralene som i dag ikke har denne muligheten

Ambulansetjenesten har elektronisk pasientjournal med sanntidsoverføring av journaldata til innsynsklient i akuttmottakene. I svært mange ambulanseoppdrag er legevaktene involvert i pasientforløpet, men det er i dag ikke mulig for legevaktene å ha denne sanntidsinformasjonen om pasientene.

Dette er noen eksempler på utfordringer utvalget ser det som viktig å jobbe med å finne løsninger på. Det er også knyttet stor spenning til de pågående IKT-prosjekter, både det nasjonale AMK-prosjektet og Helseplattformen. Det nasjonale AMK-prosjektet er et IKT-prosjekt for alle landets AMK-sentraler, og skal blant annet gjøre samhandling mellom AMK-sentralene enklere. Utvalget mener det her er viktig at også samhandling mellom AMK og legevaktsentraler har fokus i prosjektet. Helseplattformen håper vi vil bli et godt verktøy, men vi ser at for AMK sin del vil det være andre program som er sentrale i håndteringen av henvendelser. Det er derfor viktig at Helseplattformen får funksjonalitet som bidrar til sømløs kommunikasjon mellom AMK og øvrige deler av kjeden. For legevaktsentralene er et nasjonalt prosjekt for felles oppdragshåndteringssystem under utvikling i regi av Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO).

4.2.2 Samhandling prehospitalt

Utviklingstrekkene som beskrevet tidligere viser tydelig at det er et stort behov for samhandling mellom leddene i kjeden. Flere eldre, forventningene i befolkningen, lengre avstand til legevakt samt muligheter for videokonsultasjoner, er blant momentene som åpner for videre utvikling av samhandling i den akuttmedisinske kjeden.

På Søre Sunnmøre og i Kristiansund er det satt i drift legevaktbil bemannet med legevaktlege og ambulansepersonell. Det er ulike driftsmodeller, men begge steder er det utstrakt samarbeid mellom kommunene og helseforetaket, og vi ser at dette er tiltak som vi ønsker videreført, videreutviklet og gjennomført i alle distrikt.

Både Molde legevakt og Ålesund legevakt har sykepleier-drevne videosatellitter i periferien. Her vurderes legevakt pasienter klinisk av legevaktlegen via video, mens sykepleier er «legens hender», utfører enkle prosedyrer og gir behandling/deler ut medisiner.

Stiftelsen Norsk luftambulans har utviklet en videoløsning Hjelp 113/Hjelp 116117 som er tatt i bruk av mange legevakt- og amk-sentraler. Driften av denne løsningen er nå overtatt av Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO). Erfaringene så langt viser at dette er et

godt verktøy som både er sikkert og enkelt i bruk. Dette åpner nye muligheter for videokonsultasjoner med lege: det kan erstatte telefonkonsultasjoner med pasient/pårørende der det visuelle er fordelaktig, og er nyttig når ambulanspersonell, personell på sykehjem eller hjemmebasert omsorg er hos pasienten.

I samhandlingen mellom legevaktene og øvrige ledd i den akuttmedisinske kjeden, er det også viktig at de legevaktene som ikke er med i store interkommunale samarbeid både blir informert og hørt i arbeidet med samhandlingen i kjeden.

De regelmessige kliniske samhandlingsmøtene mellom AMK, legevaktsentralene, akuttmottakene og ambulansetjenesten må videreføres og styrkes. Utvalget foreslår at disse møtene formaliseres og gjøres mer forpliktende for deltakerene.

4.2.3 Kompetanse

Akuttmedisinforskriften setter krav til samtrening mellom leddene i den akuttmedisinske kjeden, og det er viktig at dette blir fulgt opp av både kommuner og helseforetak. Informasjon om aktuelle øvelser, som f.eks. Plivo-øvelser og tunelløvelser, må utveksles, og det bør legges til rette for scenarietrening mellom legevakter og ambulansetjeneste.

Som ledd i kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid i den akuttmedisinske kjeden ligger det et urealisert potensiale i felles læring fra erfaringsmeldinger/svikt/suksesshistorier på tvers av sektoren.

4.2.4 Nye tiltak

Som beskrevet i avsnitt om luftambulansetjenesten, er mye av helikopterets sin flytid brukt til transport av pasienter til universitetssykehus. For de pasientene dette gjelder, er dette en nødvendig og riktig bruk av helikopterressurs. Utvalget er likevel bekymret for den svekkede helikopterberedskapen i Møre og Romsdal når primær helikopterressurs i så stor grad blir brukt på å fly ut av fylket med pasienter. I lys av dette mener utvalget at det bør vurderes å etablere behandlingstilbud i Møre og Romsdal for de pasientgrupper som hyppig må flys ut av fylket, både for å gi pasienter i fylket raskere behandling, men også med tanke på den totale akuttmedisinske beredskapen.

Det uttrykkes også et behov for å etablere mulighet for oppstart av intravenøs antibiotikabehandling prehospitalt i områder med lang transporttid til sykehus.

4.2.5 Annet

Det har i noen år nå vært KAD/ØHD tilbud. Dette er organisert på forskjellige måter ulike steder. Vi har ikke noen god evaluering av hvordan tilbudene fungerer rundt omkring, og hvordan det faglige innholdet er. Det er derfor ønskelig at det blir gjort en evaluering av de kommunale øyeblikkelig-hjelp døgntilbudene.

Som følge av endringer i kommunikasjonsinfrastruktur med nye vegsamband, endrede legevaktdistrikt og bygging av SNR, må prehospitale tjenester tilpasses disse endringene slik at

beredskapen for pasientene blir god i alle områder. Den økende grad av innleggelser og avklaringer på kveld og natt, med tilhørende behov for prehospitaltjenester, må også tas med i ambulansetjenesten sine planer.

4.2.6 Identifikasjon av områder og tiltak utvalget vil fokusere på framover

Flere av punktene i den gjeldende plan blir foreslått videreført i den reviderte planen. Utvalget ønsker i kommende periode å ha fokus på følgende:

4.2.6.1 Bedre digital samhandling mellom aktørene og på tvers av organisasjonene.

- Felles elektronisk kommunikasjonsplattform mellom nivå og organisasjoner
- Kritisk informasjon inn i kjernejournal
- Elektronisk formidling mellom AMK og legevaktsentraler tas inn som en del av det nasjonale AMK-prosjektet.
- Helseplattformen må legge til rette for behovene til AMK, legevakt og ambulanse.
- På kort sikt ønskes det amis-formidling mellom legevaktsentralene og AMK og for tilgang til innsynsklient i ambulansjournalen på legevaktsentralene.
- Legevaktene kan samarbeide med helseforetaket om anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr, for standardisering og for å ha mulighet til å sende pasientdata som f.eks. diagnostisk EKG på lik linje med ambulansene.

4.2.6.2 Samhandling prehospitalt

- Etablere legebil etter modell av Søre Sunnmøre og Kristiansund også i andre legevaktdistrikt.
- Videreføre og styrke de regelmessige kliniske samhandlingsmøtene mellom AMK, legevakt, akuttmottak og ambulanse. Møtene bør formaliseres og være forpliktende for deltakerene. Vurdere å invitere akuttpsykiatrisk team til å vere representert.
- Videreføre etablerte videolegevakter og legevaktsatellitter, og opprette nye tilbud om videolegevakt der dette er hensiktsmessig. Prøve ut ulike samarbeidsmodeller for bemanning av legevaktsatellitter, som f.eks. bruk av ambulanspersonell.
- Styrke samhandling mellom ambulanse, legevakt og hjemmebasert omsorg, bl.a. gjennom bruk av videoløsningen Hjelp 116117.
- Vurdere om kommunale helseressurser, som f.eks. hjemmebasert omsorg, kan få en større rolle i den totale akuttmedisinske beredskapen. Som supplement til brannvesenets akutthjelpere.
- Utvikle felles «språk» mellom leddene i kjeden. NEWS og ISBAR er eksempel på dette.
- Styrke og videreutvikle samhandlingen mellom den akuttmedisinske kjede og akuttpsykiatriske team.
- Tidlig gjensidig kontakt mellom forvaltningsnivå når det vurderes endringer i tilbud og lokalisering.

4.2.6.3 Kompetanse

- Gjennomføre felles øvelser for ambulansetjenesten og legevaktene, gjerne etter modell av FørsteBEST (www.forstebest.no)
- Legevaktene inviteres til å bli med i felles øvelser og kurs som blir avholdt mellom nødetatene, f.eks. Plivo-øvelser
- Ambulansetjenesten sine prosedyrer og medikament gjøres godt kjent for legevaktene og fastlegene
- Arrangere felles fagdager/seminar for alle deler av den akuttmedisinske kjede.
- Felles gjennomgang av erfaringsmeldinger, svikt og suksesshistorier.

4.2.7 Tiltak utvalget ser nytte av å vurdere videre

- Muligheten for etablering av PCI tilbud i Møre og Romsdal.
- Etablere mulighet for tidlig oppstart av intravenøs antibiotika ved lang transporttid.
- Prosjekt for å prøve ut nytt medisinsk teknisk utstyr for raskere og bedre diagnostikk og pasientbehandling, f.eks. prehospital ultralyd.

4.3 Velge måleverktøy

De målbare tiltak som er konkretisert i planen vil bli fortløpende evaluert av utvalget. Det vil i planperioden bli jobbet videre med å finne de rette verktøy for vurdering av måloppnåelse.

4.4 Finne/ utvikle forbedringstiltak

Samarbeidsutvalget for den akuttmedisinske kjede vil komme tilbake til LSU/strategisk samarbeidsutvalg når vi har aktuelle forbedringstiltak som trenger forankring i respektive utvalg. Det er et stort potensiale for å utvikle samhandlingsprosjekter i den akuttmedisinske kjede, og utvalget vil forsøke å stimulere til å gjennomføre ulike prosjekt.

Et prosjekt som vil få høy prioritert framover er knyttet til den pågående utfordringen med elektronisk samhandling mellom sentralene.

5 Utføre

Utvalget har ikke konkretisert en milepælsplan. Vi ser likevel for oss at de tiltak som er listet opp under hovedpunkt 2 vil være naturlig å rapportere på til strategisk samarbeidsutvalg i 2022.

6 Evaluere

Utviklingsplan «Styrking av de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 2019-2022» ligger til grunn for det revisjonsarbeidet som er gjort av utvalget. Dette er et grundig og gjennomarbeidet dokument, der mye fremdeles er aktuelt. Mål og prioriterte tiltak som var fremhevet i den

planen, er i stor grad gjennomført eller påbegynt. Mål og prioriterte tiltak fra den planen er gjengitt her:

- a.** Diagnostikk og pasientbehandling på lavest mulig nivå både av hensyn 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 økt kvalitet og pasientsikkerhet. I ventetiden må vi bruke etablerte elektroniske kommunikasjonskanaler: For eksempel kan overføring av data fra ambulanse direkte til legevakt gi økt muligheter for vurdering der pasienten er, og bruk av e-meldinger fra kommunale helsetjenester gir nødvendig informasjon til rett tid. Også 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 vil være hensiktsmessig der dette gir synergieffekt. Likedan vil lokalisering av ambulansestasjon kunne være et kompenserende tiltak for å sikre bedre beredskap.
- e.** Samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket bør bedres gjennom 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) knyttet opp mot de fire store legevaktsdistriktene.
- f.** Det er nødvendig å iverksette kompenserende tiltak i de kommunene som har lang reisevei til kommunal legevakt og/eller sykehus. 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 tjenester 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» eller 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 tjenester 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, og 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.** Det bør foretas en evaluering av hvilken effekt KAD/ØHD har på innleggelse i sykehus, og blant annet se om det er forskjell på små og store enheter i forhold til effekt. Samlokalisering av døgnåpen legevakt og KAD/ØHD kan gi muligheter for bedre beredskap, og bør vurderes opp mot dette.

- i.** Det bør etableres observasjonspost ved alle sykehus som buffer mot innleggelse.
- j.** Det bør utvikles et mer differensiert transporttilbud, med mulighet for båretransport av pasienter som ikke trenger medisinsk behandling eller overvåking.
- k.** Man bør etablere enklere bestillingsrutine for transport som ikke trenger å foregå med ambulanse, samt forbedre samarbeidet mellom AMK og pasientreiser.
- l.** Det bør inngås langsiktige avtaler om beredskapsferger og lokalisering av ambulansebåter.
- m.** Endring av det prehospitale tilbudet må skje i tråd med endringer i samferdselsstruktur og sykehusstruktur, deriblant endringer som følge av SNR. Det er viktig at både den akutt-medisinske beredskapen og tilgjengeligheten 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 utryknig og samhandling i akutte situasjoner i henhold til lovverk og forskrift, avgrensa mot sjukefransport. Vurdere behov for å utarbeide lokale avtalar mellom HMR v/klinikk for akuttbehandling og legevakt	Partane	2017-2019
Kompetanse	Tilretteleggje for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjede har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller.	Partane	2017-2022
Kommunikasjon	Corpuls (monitordata) tilgang på legevakt. AMIS på legevaktsentral/bil.	Partane	2017-2018
Samhandling	Utrykningskjøretøy bemannet av lege og ambulansearbeider.	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.	Partane	2017-2022
Kompanserende 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/KAD	Sikre kjennskap og rett praksis for henvisning til kommunal ØHD/KAD.	Partane	2017-2018
Psykiatri	Økt kompetanse innen rus og psykiatri i kommunene utenom kontortid. Vurdere økt bruk av AHT.	Partane	2017-2022
Ambulanse beredskaps analyse	Detaljplanlegging og iverksetting av anbefalte kompanserende tiltak må følges opp. Spesielt knytt opp til etablering av SNR. Opprette dialog og samhandling med berørte kommuner i etterkant av analysen.	HMR	2017-2022
Etablering av intensiv-ambulanse	Ambulansen må være knyttet til en anestesivdeling 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

Av prioriterte tiltak ser vi at

- Utvalg for akuttmedisin og beredskap (UFAB) i praksis er i drift i form av de eksisterende kliniske samhandlingsmøter mellom legevakt, ambulanseteneste, amk og akuttmottak
- Kompetansen i forhold til system, ansvar og roller synes å ha blitt bedre hos vaktpersonell i alle ledd
- Samhandling om bemannet legebil er etablert på Søre Sunnmøre og i Kristiansund
- Samlokalisering, eller nærløkalisering, av legevakt og ambulansestasjon er gjennomført ved nyetablering av ambulansestasjon og legevakt i Hovdebygda i Ørsta
- Differensierte båretransport er innført. Det er etablert pasienttransport for bærepassienter som ikke trenger medisinsk tilsyn eller behandling.

- Beredskapsanalyse for ambulansetjenesten er utført, og lagt til grunn ved etablering av ny ambulansestasjon.

6.1 Måle og reflektere over resultater

Vi ser at det er mange av de oppsatte mål fra foregående planperiode som har gitt gode resultater, og at ikke minst de regelmessige samarbeidsmøtene bidrar sterkt til bedre samhandling.

6.2 Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere

Vi ser at det på flere punkt har vært en god forbedring i samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden, men at det fortsatt er et stort potensiale for videreutvikling. Flere av punktene fra tidligere plan er derfor videreført og foreslått styrket.

7 Følge opp

7.1 Implementere, sikre videreføring, dele erfaringene

Dette er omtalt i det ovennevnte og blir ikke videre utdypet nå.

8 Referanser og eventuelle vedlegg

8.1 Referanseliste

Akuttmedisinforskriften (20. mars 2015 nr. 231): Nedlastet 04. oktober 2021

[Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Lovdata](#)

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

Nasjonale veileder for legevakt og legevaktsentral. (Helsedirektoratet 2020). Nedlastet januar 2022.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>

Forskrift om ambulansébåttjenesten. (2004). *Forskrift om samordning av ambulansébåttjenesten med sykefrakt og transport av helsepersonell med båt.* Nedlastet 4. oktober 2021: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-02-17-408>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten(2017). Nedlastet 04. oktober 2021: [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

Forskrift om fastlegeordning i kommunene(2013). Nedlastet 04. oktober 2021: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid (23. juli 2001 nr. 881). Nedlastet 04. oktober 2021: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-07-23-881>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester((2012). Nedlastet 04. oktober 2021: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Nasjonale helseberedskapsplaner. Versjon 2.0 fastsatt 1. januar 2018.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Nedlastet 04. oktober 2021: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/planer/helseberedskapsplan_010118.pdf

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

Helsedirektoratet. (2014). *Mot 2030 – en trendanalyse av utviklingstrekk som påvirker medisinsk nødmeldetjeneste*. Helsedirektoratet. Nedlastet 04. oktober 2021:

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

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* nedlastet 04. oktober 2021.

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

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

Nedlastet 04.oktober 2021 [Lov om helsemessig og sosial beredskap \(helseberedskapsloven\) -](#)

[Lovdata](#)

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

Helsedirektoratet, 2012. Nedlastet 04.oktober 2021 : [HD 2207 rapport screen.indd](#)

[\(helsedirektoratet.no\)](#)

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

Helse- og omsorgsdepartementet. Nedlastet 04.oktober 2021 [Meld. St. 26 \(2014-2015\) -](#)

[regjeringen.no](#)

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

omsorgsdepartementet. Nedlastet 04. oktober 2021 [Meld. St. 11 \(2014-2015\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 10 (2012–2013). (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i*

helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Nedlastet 04.oktober 2021

[Meld. St. 10 \(2012–2013\) - regjeringen.no](#)

NOU 2015:17. Først og fremst – helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Nedlastet 04. oktober 2021.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>

Nasjonalt kompetansetjeneste for traumatologi.(2015). *Nasjonalt traumeplan. Traumesystem i*

Norge 2015. Rapport fra faggruppe. Nasjonalt kompetansetjeneste for traumatologi.:

<http://traumeplan.no/#acceptLicense>

Nasjonalt veileder for masseskadetriage (Helsedirektoratet 2020). Nedlastet 04 oktober 2021

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-veileder-for-masseskadetriage>

Nasjonal Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet 2016). Nedlastet 04 oktober 2021: <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(2020). Nedlastet 04 oktober 2021: <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 04 oktober 2021: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-handtering-av-cbrne-hendelser-med-personskade>

PLIVO. Nasjonal prosedyre. Nødetatenes 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.7 (2019-2020). *Nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023.* Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet: Nedlastet 04. oktober 2021
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

St.meld. nr. 47 (2008–2009). (2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet : Nedlastet 04. oktober 2021:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Samhandlingsavtale (2021). *Mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF.* Nedlastet 04. oktober 2021: [Sak 107-20 - Vedlegg 1 - revidert samarbeidsavtale.pdf \(helse-midt.no\)](#)

|
Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Nedlastet 04. oktober 2021: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Evaluering av legebil på Søre. (2020) Erlend Bae.
https://drive.google.com/file/d/110GNyBOFfKfOekRbiS9HEMZA_1vuNRgr/view?usp=sharing

9 Medlemmer

Medlemmer i utvalget er oppnevnt på vegne av sin kommuneregion (NIPR, RIPR, SR: Søre Sunnmøre, SR: Nordre Sunnmøre) og forventes å forankre arbeidet hos helseledere innenfor sin kommuneregion.

Etablering av faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinske kjede (<https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/helsefellesskap-more-og-romsdal/faglig-samarbeidsutval-for-akuttmedisinsk-kjede>)

Delavtale: Akuttmedisinske kjede	Arbeidssted	Stillingstittel
Leder: Erlend Bae	Søre Sunnmøre legevakt	Seksjonsleder
Øvrige medlemmer :		
Knut Erik Skogheim	HMR Ambulansetenesta	Avdelingsjef
Are Knudsen*	HMR AMK	Seksjonsleder
Espen Rørvik	HMR Luftambulanse	Seksjonsoverlege
Askill Sandvik**	Kristiansund kommune	Leder for legevakt
Kari Holmås	Molde kommune	Legevaktoverlege
Judit Molvær	Ålesund kommune	Avdelingsleder
Sindre Klokk	Ålesund	Fastlege/praksiskonsulent
Per Arild Strand	Kristiansund	Fastlege
Lillyanne Blindheim-Rødal	Brukerrepresentant	NRF/Kreftforeningen
Atle Tangen	Brukerrepresentant	FFO
Hans Olav Ose	Helse Møre og Romsdal	Beredskapssjef
Tore Paulsen *	HMR AMK	Seksjonsleiar

*Tore Paulsen overtok som seksjonsleder i AMK etter Are Knudsen frå 1.1.22, og gikk da inn som medlem i utvalget frå samme dato. Are Knudsen gikk fra samme dato ut av utvalget. **Askill Sandvik har ikke deltatt.