



Prehospitale tjenester

Sjukehuset Nordmøre og Romsdal

Delrapport Konseptfase

DOKUMENTNUMMER: 00-00000000-00-00-00							
Prosjekt	Hovedfunksjon	Disiplin	Prosess	Dokumenttype	Løpenr.	Revisjon	Side
Konseptfase SNR				Rapport	1.0		

UTARBEIDET AV		
Gunn Håberget	Sykehusbygg HF	Sykehusplanlegger

DOKUMENTSTATUS					
00	20.05.2016	Arbeidsdokument		GH	
0.7	30.05.2016	Utkast sendt ut til arbeidsgruppen		GH	
0.8	06.06.2016	Rapport til gjennomlesing		GH	
0.9	12.06.2016	Ferdig rapport utsendt arbeidsgruppen		GH	
1.0	24.06.2016	Revidert Rapport etter behandling		GH	

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
12.06.2016	15.06.2016	Referansegruppen	15.06.2016
13.06.2016	16.06.2016	Hovedgruppa	16.06.2016
13.06.2016	17.06.2016	Prosjektstyret SNR	17.06.2016
24.06.2016			

Innhold

1. Sammendrag	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Gruppens anbefalinger	4
2. Mandat og gjennomføring	6
2.1 Mandat	6
2.2 Gjennomføring	7
3. Dagens organisering av de prehospitaltjenester i Møre og Romsdal	7
3.1 Lover og forskrifter som styrer driften	7
3.2 Organisering og virksomhet Prehospitaltjenester HMR.....	9
3.2.1 Bilambulanse	10
3.2.2 Båtambulanse.....	12
3.2.3 Luftambulanse.....	12
4. Reisetid til sykehus nåsituasjon og til nytt akutt sykehus på Hjelset	15
5. Forslag til kompenserende tiltak som følge av nytt akutt sykehus på Hjelset.....	18
5.1 Akuttberedskap	18
5.2 Bilambulanse	19
5.3 Båtambulanse	21
5.4 Luftambulanse	22
6. Kommunale akuttmedisinske tjenester i NMR.....	22
6.1 Lover og forskrifter som styrer driften	23
6.2 Interkommunale legevaktsamarbeid i Nordmøre og Romsdal	24
6.3 Kommunalt akutt døgntilbud	24
6.4 Utfordringer ved endret plassering av akutt sykehuset.....	24
7. Andre tiltak som kan bedre tilbudet til pasientene	27
7.1 Optimalisering av det akuttmedisinske pasientforløp	27
7.2 Etablering av støttefunksjoner i Kristiansund	27
7.3 Etablering av støttefunksjoner i Molde	28
7.4 Samlokalisering av helsetjenester, herunder ambulanse	28
7.5 IKT løsninger	28
7.6 Prosjektet «Mens du venter på ambulansen»	29
8. Vedlegg	29
9. Referanser og kilder	29

1. Sammendrag

1.1 Bakgrunn

Helseforetaket har et ansvar for å sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester. Herunder bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter, samt bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder.

Rammeforutsetninger for prosjektet SNR gitt av styrer og foretaksmøte 2014:

- *For å sikre forsvarlig akuttberedskap, legger styret til grunn at den prehospitaltjenesten videreutvikles og ivaretar også de innbyggerne som får lengst reisevei til sykehus.*

Den prehospitaltjenesten omfatter luft-, bil- og båtambulanse.

Begrepet *akuttmedisinsk beredskap*¹ kan defineres som «døgntilgjengelig beredskap for tilstander som uoppholdelig krever observasjon, diagnostikk, behandling, eventuelt stabilisering før videresending».

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.

De prehospitaltjenester tilstreber å tilpasse sitt tilbud til de endringer som plassering av sykehus eller endret legevaktssamarbeid medfører. Dette er en kontinuerlig prosess som krever at det er nært samarbeid og kommunikasjon mellom de prehospitaltjenester og primærhelsetjenesten.

De prehospitaltjenester fungerer som sykehusets forlengede arm ved at akuttmedisinsk diagnostikk og behandling starter allerede på skadested eller der akutt sykdom oppstår. Det er viktig at det tilrettelegges for god pasientflyt fra de prehospitaltjenester til akuttmottak og ved levering direkte til sengeområde. Ny teknologi gir mulighet for god kommunikasjon i hele den akuttmedisinske kjede gjennom overføring av pasientdata og medisinske data i sann tid.

Den prehospitaltjenesten utfordringen er avhengig av det totale tilbudet i SNR, samspill med og innhold i de kommunale tjenester.

1.2 Gruppens anbefalinger

Helse Møre og Romsdal har utarbeidet forslag til tiltak for å oppfylle vedtaket om «*videreutvikling av de prehospitaltjenestene og ivaretar også de innbyggerne som får lengst reisevei til sykehus*»:

- God flåtestyring er en viktig suksessfaktor for styring av beredskap og ambulanser der det haster mest, samt sikre tilstedeværelse av akuttberedskap på stedet. Det er AMK som styrer ressursene. AMK har i dag gode verktøy for å ha oversikt over hvor oppdrag utløses og hvor ressursene til enhver tid er med tanke på å løse akuttoppdraget raskest mulig med minst mulig reduksjon av den stedlige beredskap. Dette er ett av de viktigste tiltakene for å ivareta også de som har lengst reisevei til sykehus hvor lokal plassert ambulanse kan være ute av sitt område i lengre tid enn tidligere.

¹ Kilde: Akuttmedisinforskriften (2015) og Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede, 2. utgave 31.07.2012

Delrapport Konseptfase SNR

- Generelt gjelder det at man benytter raskeste transportmiddel for pasienter som er kritisk skadde eller syke. Disse pasientene transporteres enten til traumesenter St. Olav eller til sykehus med traumefunksjon som Ålesund eller Molde (senere Hjelset) jfr. regional traumeplan. Befolkningen på Nordmøre har kort transporttid med helikopter til både St. Olav og Ålesund.
- Differensiering av transporttilbud ut fra prinsippet rett ressurs til rett pasient. Dette vil i større grad frigjøre akuttambulansetilbud til akuttoppdrag, og derved styrke lokal beredskap.
- Planlegging av ambulansestasjoner i SNR Hjelset for å ivareta bedre akutt- og transporttilbud for
 - pasienter i begge bysentra
 - pasienter med lengre reisevei
 - pasienter med behov for ekstra overvåkning og behandling som skal overføres til annet sykehus
- Videreutvikle dagens tilbud med anestesistøtte ved overflytting av intensivpasienter samt tilbud om møtetjeneste med anestesipersonell, jordmor eller annet spesialpersonell
- Flytting av transport ambulanse fra Gjemnes til Hjelset vil gi en bedre løsning for overføringstransporter mellom sykehus, spesielt til/fra St. Olavs Hospital. I dag går denne ambulansen i fast rute mellom Molde/Kristiansund og St Olavs Hospital 5 dager i uken.
- Etablering av intensivambulansetilbud/legebil i SNR Hjelset
- Vurdere innføring av differensiert transporttilbud som Hvite biler. Avventer beslutning til man har mer erfaringstall fra St. Olav og Oslo/Akershus.
- Implementering av prosjektet Transporttilbud til psykisk syke – kunnskapsløftet for ambulansetjenesten i Midt-Norge
- Forslag om etablering av ny kai Rensvikholmen ved Kristiansund for å redusere transporttid fra kommuner nord for Kristiansund, og lette transport. Seivika fergekai er lite egnet grunnet mye opptatt av ferge som ligger fortøyd eller i rute
- Bedre kommunikasjonsløsninger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for faglig støtte og utveksling av informasjon
- De prehospitaltjenester ønsker å utvikle et samarbeid med kommunene om Communiti Paramedic, der ambulanspersonell kan stasjoneres sammen med legevakt og i samarbeid med vakthavende legevakslege rykke ut til aktuelle hendelser, i henhold til akuttmedisinforskriften
- Følge opp pågående utviklingsprosjekter innenfor ambulansetjenesten

Kommunehelsetjenesten ønsker å bidra med følgende tiltak:

- Kommunene ønsker å følge opp de vedtak som fattes i Helseforetaket
- Kommunene skal etablere tiltak og endringer jfr. lover og forskrifter.
- Det er gitt grunnlag for etablering av samarbeid om utnyttelse av ressurser og lokaler, eksempelvis Regionalt senter for Helseinnovasjon og samhandling, samt DMS

Gruppen har i for liten grad hatt tid til å diskutere hvilke tiltak som kan settes inn i det akuttmedisinske pasientforløpet for å bedre behandlingen før og under transport. Gruppen anbefaler at det jobbes videre med å optimalisere det akuttmedisinske forløp.

Delrapport Konseptfase SNR

Gruppen anbefaler at det gjennomføres en simulering av oppdrag og beredskaps grad for Kristiansund kommune med omegn.

Gruppen anbefaler videre at arbeidsgruppen opprettholdes og fungerer som en ressursgruppe i videre planlegging av SNR Hjelset og Kristiansund. Begrunnelsen er at det mange pågående prosesser og manglende beslutninger, herunder innhold i DMS Kristiansund, som gruppen mener vil kunne påvirke utvikling av de prehospitale tjenester og akuttmedisinsk beredskap.

2. Mandat og gjennomføring

I forbindelse med vedtaket om Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal ble det understreket at en skal sikre forsvarlig akuttberedskap også for de innbyggerne som får lengst reisevei til sykehus.

Begrepet *akuttmedisinsk beredskap* kan defineres som «døgntilgjengelig beredskap for tilstander som uoppholdelig krever observasjon, diagnostikk, behandling, eventuelt stabilisering før videresending».

Ambulansetjeneste er spesialisthelsetjeneste og omfattes av Helse Midt-Norge RHF sitt sørge-for-ansvar. Det er det enkelte helseforetak som har oppgaven med planlegging og drift av ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste (AMK-sentralene) – de prehospitale tjenester. Likeledes har kommunene et selvstendig ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste (Legevaktsentralene) og legevaktjeneste. Samlet skal dette gi et godt tilbud til befolkningen.

Akuttmedisinforskriften pålegger helseforetaket og primærhelsetjenesten å samarbeide til pasientens beste:

§ 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.»

2.1 Mandat

Rammeforutsetninger gitt av styrer og foretaksmøte 2014:

Styret i HMN RHF (sak 83/14 *Nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal*) sa i sitt vedtak: «For å sikre forsvarlig akuttberedskap, legger styret til grunn at den prehospitale tjenesten videreutvikles og ivaretar også de innbyggerne som får lengst reisevei til sykehus.»

Foretaksmøtet 19. desember 2014 presiserte også «...at de prehospitale tjenestene videreutvikles slik at en sikrer forsvarlig akuttberedskap og ivaretar de innbyggerne som får lengst reiseveg til sykehus.

Delrapport Konseptfase SNR

2.2 Gjennomføring

Arbeidsgruppen har hatt 3 møter fra mai til juni 2016. Prosjektleder har rapportert på framdrift og innhold til Referansegruppen etter hvert møte. Referat fra møtene er distribuert til Referansegruppen og alle berørte kommuner for kommentarer og innspill.

Arbeidsgruppen består av:

Oppnevnt fra SNR prosjektet/ HMR

- Gunn Håberget, prosjektleder, prosjektgruppe SNR
- Astrid Johanne Brandshaug, prosjektgruppe SNR
- Merete Hagbø, prosjektgruppe SNR
- Lars Erik Sjømæling, klinikkjef Klinikk for Prehospitale tjenester HMR
- Monicha Strand Isaksen, gruppeleder Tung behandling, SNR prosjektet, HMR
- Tommy Pettersen, sykepleier ambulanse, tillitsvalgt, HMR
- Kristian Flusund, anestesilege HMR

Oppnevnt fra Brukerutvalget

- Steinar Waksvik, brukerrepresentant

Oppnevnt fra ROR og Nordmøre Regionråd:

- Henning Fosse – helsesjef Molde kommune (vara: Sverre Borgen)
- Petter Holen – fastlege Fræna kommune (vara: Tarald Drejer)
- Askill Sandvik – leder Kristiansund og omegn legevakt, Kristiansund kommune (vara: Eigil Sandvik)
- Heidi J Gjernsvold – sekretariat Nordmøre Regionråd

Oppnevnt fra Helse Midt-Norge RHF

- Steinar Bjørås, Fagavdelingen, Helse Midt-Norge RHF
- Arild Vassenden, Fagavdelingen, Helse Midt-Norge RHF / HMR

3. Dagens organisering av de prehospitale tjenester i Møre og Romsdal

3.1 Lover og forskrifter som styrer driften

Helseforetaket har ansvar for lokalisering, dimensjonering og kompetanse i ambulansetjenesten. Det forutsettes at de til ethvert gjeldende forskriftskrav til tjenesten ivaretas. Følgende lover og forskrifter er spesielt førende for de prehospitale tjenester. Oversikten er ikke fullstendig.

- Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) «Om akuttmedisinsk beredskap»

Veiledende krav i Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) «Om akuttmedisinsk beredskap» til responstid for ambulanse, er:

- Akuttoppdrag:
 - 12 min for 90 % av befolkninger i byer og tettsteder
 - 25 min for 90 % av befolkningen i grisgrendt strøk

Delrapport Konseptfase SNR

- Hasteoppdrag:
 - 30 min for 90 % av befolkninger i byer og tettsteder
 - 40 min for 90 % av befolkningen i grisgrendt strøk

Tjenesten er i hovedsak organisert med tilstedevakt, vakt på vaktrom. Nasjonale retningslinjer anbefaler en aktiveringstid på 2 minutter på dagtid og 5 minutter på natt.

- Akuttmedisinforskriften
Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>

§ 3 Definisjoner

a) Med *akuttmedisin* menes i denne forskriften medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåking ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse.

b) Med *akuttmedisinsk beredskap* menes i denne forskriften planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester.

c) Med *kommunal legevaktordning* menes i denne forskriften virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging.

Kapittel 3 Ambulansetjenesten

§ 10 De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester

De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatter

- å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter
- å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten
- å bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder
- å ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene
- å ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet og
- å delta i enkle søk og redningsoperasjoner.

De regionale helseforetakene har ansvar for at bil-, båt og luftambulansetjenesten i nødvendig grad er samordnet nasjonalt.

- St.meld. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/?ch=1>
- NOU 2015:17 Først og fremst (under behandling i HOD nå)
<https://hemitmn.sharepoint.com/sites/sykehusbygg?wa=wsignin1.0>

Delrapport Konseptfase SNR

Kap.11 Ambulansetjenesten

«Det har skjedd et betydelig løft for ambulansetjenesten det siste tiåret, men det er rom for forbedring. Utvalget foreslår en nasjonal høyskoleutdanning i ambulansesfaget på bachelornivå. Det gir mulighet for fleksibel bruk av kompetansen. Samarbeidsprosjekter der ambulanspersonell involveres i primærhelsetjenesten bør settes i gang og evalueres. Akuttmedisinforskriften må revideres slik at intensjonen i utdanningen for ambulanspersonell blir ivarettatt. Regelverket om båtambulansen må revideres med å sikte på forenkling. En differensiering av ambulansetjenesten kan redusere kostnader og frigjøre kapasitet til akuttoppdrag, og utvalget foreslår etablering av sykestransportbiler. Helseforetakene bør samarbeide om etablering av intensivambulanser, og de bør gjøre analyser av hvilke former for anesthesiutrykning som er best egnet i sitt område. Regionale helseforetak må i samarbeid sikre at planlegging og utvikling av luftambulansen inngår som en integrert del av helseforetakets øvrige ambulansetjeneste. Offentlig drift av luftambulansetjenesten bør utredes. «

- Program for forbedring av nødmeldetjenesten i regi av HOD (Arbeid pågår – ferdig medio 2016) <http://www.ambulansforum.no/wp-content/uploads/2015/09/16-Program-for-forbedring-av-n%C3%B8dmeldetjenesten-og-utredning-av-AMK.pdf>

3.2 Organisering og virksomhet Prehospitale tjenester HMR

Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF har et sørge-for-ansvar for regionens prehospitale tjenester. Dette omfatter drift av de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK), ambulansetjenesten med bil, båt, fly og helikoptre, kvalitetsutvikling og forskning innen feltet, og samarbeidsavtaler med kommunene om akuttmedisinske tjenester.

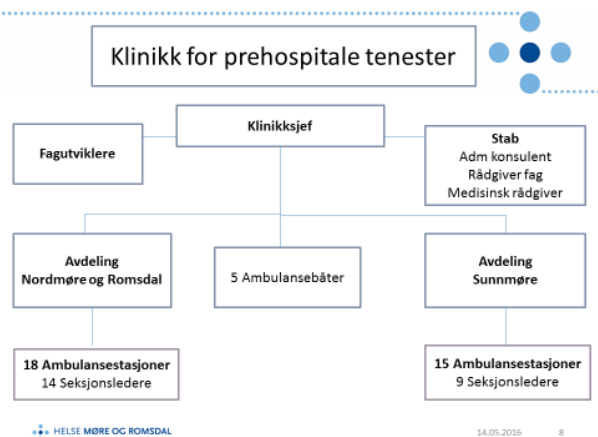
Ambulansetjenesten var organisert som et eget HF, Ambulans Midt-Norge HF, fra 1.1.2013 til 1.1.2015 da tjenesten ble tilbakeført til det enkelte HF. Hensikten med denne organiseringen var insourcing av ambulansetjenesten til det offentlige, og sikre standardisering og harmonisering av tjenesten i Midt-Norge på alle områder. Det er oppnådd et stort kunnskapsløft.

Felles servicefunksjon for ambulansetjenesten i Midt-Norge ble etablert 1.1.2015 for å videreføre felles løsninger utviklet for ambulansetjenesten i Midt-Norge. Avdelingen er en fellesressurs for alle HF og skal gjennom utvikling og videreutvikling av fag/fagsystemer, samt rapportering av data, understøtte og bidra til effektiv drift av prehospitale tjenester i Midt-Norge. Forvaltning av bilparken er tillagt Fellesfunksjonen, og derved sikres standardisering av alle biler og at de er likt utstyrt.

For mer informasjon vises til vedlegg 2 *Årsrapport Fellesfunksjonen Ambulansetjenesten i Midt-Norge 2015*.

Helse Møre og Romsdal HF

Helse Møre og Romsdal HF har nylig vedtatt omorganisering av klinikkstruktur. Klinikk for prehospital tjeneste ble lagt inn under Klinikk for akuttmedisin fra 1.5.2016. Nåværende struktur vist i figur 1 er per 30.04.16, og er midlertidig til ny organisering implementeres på alle nivå 2.1.2017.



Figur 1: Organisasjonskart for Klinik for prehospitaler tjenester april 2016

3.2.1 Bilambulanse

Stasjonsstrukturen i Møre og Romsdal er i høringen til Idefasen til lokalisering av nytt sykehus, vurdert som brukbart godt tilpasset befolkningsmønster, sykehus- og legevaktstruktur og infrastruktur i området.

Ambulansetjenesten i Møre og Romsdal består av

- 33 ambulansestasjoner – hvorav 18 lokalisert til Nordmøre og Romsdal
- 462 ansatte (44 % kvinner)
- 25 læringer (70% kvinner)
- 42 ambulanserbiler i drift, samt 13 biler som reservebiler
- 5 båtambulanser – hvorav 3 tilknyttet transport i Nordmøre og Romsdal



Figur 2: Lokalisering av ambulansestasjoner i Møre og Romsdal, med antall biler og båter

Delrapport Konseptfase SNR

Virksomhet

Ambulansetjenesten i Midt-Norge har gjort store framskritt på kort tid i forhold til virksomhetsdokumentasjon og kunnskap om virksomheten.

Tabell 3 viser virksomhetstall for ambulansetjenesten i Midt-Norge angitt med hastegrad. Tabellen er tatt fra Årsrapport for Fellesfunksjonen Ambulansetjenesten i Midt-Norge 2015.

Tabell 3. Hastegrad som angitt av AMK ved varslings til ambulanse

	Møre og Romsdal	Nord-Trøndelag	Sør-Trøndelag	Midt-Norge 2015 (2014)
Akutt 28%	9091 (8589)	4327 (4487)	11425 (11078)	24 843 (24154)
Haster 39%	14297 (13494)	7015 (6722)	13255 (12689)	34567 (32905)
Vanlig 32%	12452 (12654)	6534 (6446)	9592 (9823)	28578 (28923)
Totalt	35840 (34737)	17876 (17655)	34272 (33590)	87988 (86724)

Figur 3: Kilde Årsrapport fra Fellesfunksjonen Ambulansetjenesten i Midt-Norge 2015

I Helse Møre og Romsdal ble det utført 35 840 oppdrag i 2015, og kjørt 1 775 297 km. Budsjett i 2015 var på 332 Mkr.

Av antall oppdrag utgjorde

- Akutt 25%
- Haster 40%
- Vanlig 35 %

I 2015 ble det etablert en transport ambulanse (to bære bil) i Nordmøre og Romsdal som benyttes til transport av pasienter mellom sykehus, og mellom sykehus og flyplass. Transport ambulansen går i fast rute til og fra St. Olavs Hospital.

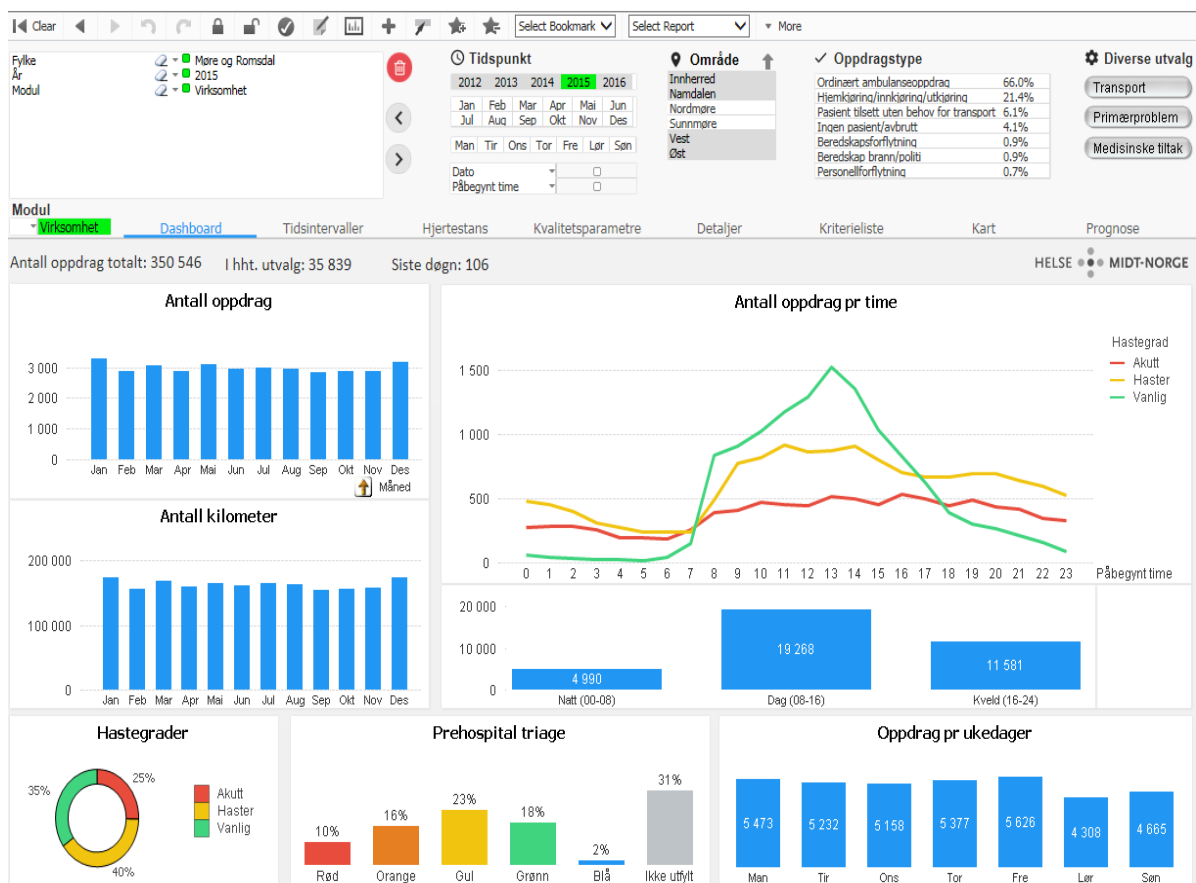
Ambulansen er likt utstyrt som akuttambulanser, men har plass til to pasienter i samtidighet. Ambulansen er bemannet med to ambulansarbeidere, jamfør standard på akuttambulanser. Denne ambulansen er i dag plassert på ambulansstasjonen på Gjemnes.

Etableringen av denne transportbilen har redusert bruken av luftambulansfly fra Ålesund fra 1600 til 1400 (2015 tall). Fortsatt ser man en topp på søndager, da bilen foreløpig ikke er i bruk i helgene. (Kilde Luftambulanse ANS).

Aktivitet

Aktivitet for bilambulansetjenesten i 2015 er vist i figur 4:

Delrapport Konseptfase SNR



Figur 4 Aktivitetsoversikt 2015

Kilde: Virksomhetsregistrering samlet for prehospitaltjenester i Midt-Norge

3.2.2 Båtambulanse

Båtambulansetjenesten er et supplement til bilambulansen, og består av 5 ambulansebåter. Båtene er stasjonert på Sande, Haram, Sandøy, Aukra og Smøla. Båtene blir benyttet i kombinasjon med andre funksjoner, særlig legevakt og syketransport.

Båtene er bemannet med maritimt personell samt en ambulansarbeider.

Avstander ved gode værforhold:

- Aukra - Mordalsvågen ca. 10 min
- Sandøy - Mordalsvågen ca. 30 min
- Sandøy - Ålesund ca. 40 min
- Smøla - Kristiansund ca. 35 min

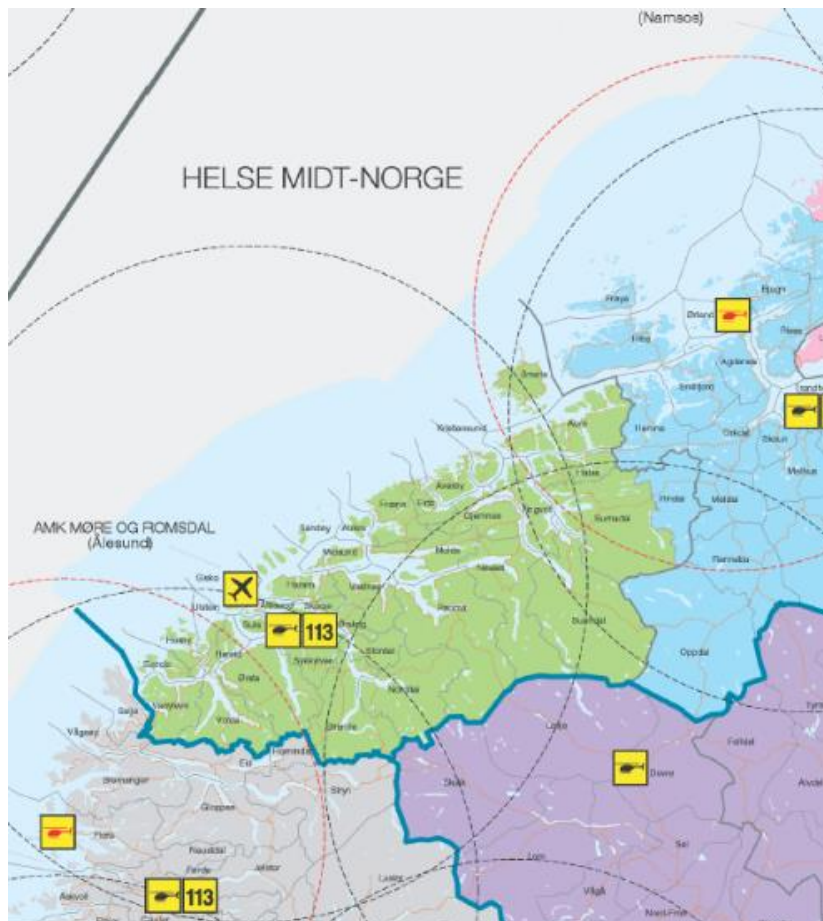
3.2.3 Luftambulanse

Luftambulansetjenesten (LAT) er en høyspesialisert del av den akuttmedisinske tjenesten utenfor sykehus. LAT har en sentral oppgave i å stabilisere og transportere akutt syke pasienter. Den er bemannet med redningsmann og anestesileger med base i sykehusenes anestesivdelinger. Helikoptret i Ålesund har også spesialsykepleier i tillegg. Tjenesten skal sikre at pasientene får avansert behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander, selv om avstanden til sykehus er lang. Ulempen er at helikoptrene er sårbare for ugunstige værforhold.

Delrapport Konseptfase SNR

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 ambulanshelikopter ved null vind og værforhold som tillater direkte flyrute, se figur 5. Kartet viser at tjenesten tilfredstiller krav til flytid for Møre og Romsdal.



Figur 5 viser 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 for område Nordmøre og Romsdal. Videre er det ambulansfly på Vigra som dekker Sør Norge i samarbeid med ambulansflyene på Gardermoen.

Flytider Ambulansfly:

Ambulansfly Vigra – Værnes ca 45 minutter, Vigra – Åre 10-12 minutter, Åre – Værnes 35 minutter.
Kilde Luftambulansen ANS.

HMN har vedtatt et strategidokument for luftambulansetjenesten i forbindelse med nye kontrakter fra 2018. Dokumentet angir at antall og plassering av base for luftambulansetjenesten, samt antall helikoptre, vil være uforandret fra i dag. Helikoptertjenesten er ute på anbud, og valg av leverandør for tjenesten besluttet juni 2016.

Delrapport Konseptfase SNR

Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) har i oppdragsdokumentet til alle helseregioner datert 3.5.2016 besluttet at kapasitet og basestruktur for luftambulansetjenesten skal gjennomgås i lys av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Virksomhet

Fra 2010 – 2014 ble gjennomført totalt 413/637 oppdrag med helikopter til/fra Molde og Kristiansund sjukehus, dvs. totalt 1050 oppdrag.

	Til		Fra	
Type oppdrag	Molde	Kristiansund	Molde	Kristiansund
Primæroppdrag	313	52	5	6
Sekundæroppdrag	25	1	363	263
Søk og redning	8	10		
Tilbakeføring	3	1	4	
Oppdrag fordelt	349	64	368	269
Oppdrag totalt	413		637	
Hastegrad	Molde	Kristiansund	Molde	Kristiansund
Akutt	300	48	38	46
Haster	60	12	306	202
Vanlig	12	4	26	20
Bestilt			2	1

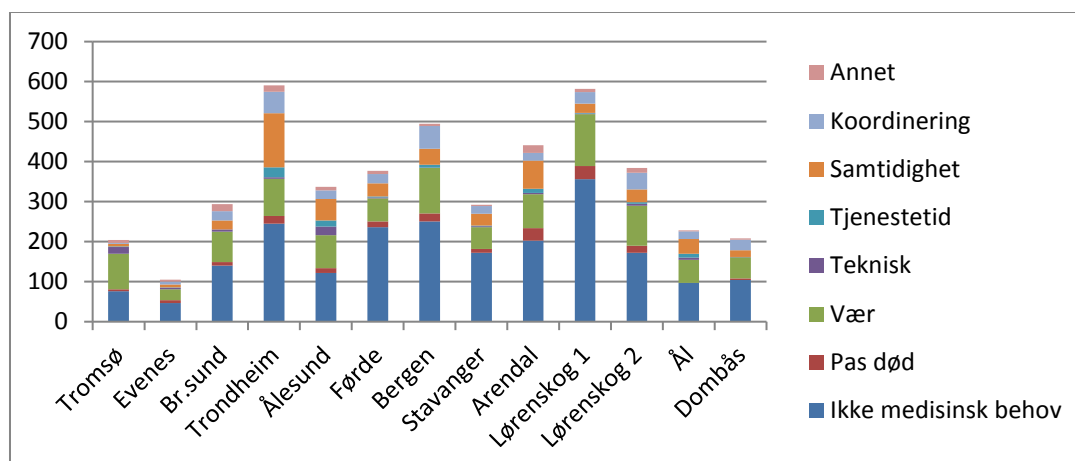
Figur 6 Aktivitetsoversikt 2010 – 2014 Kilde Luftambulansen ANS

Ved primæroppdrag befinner pasienten seg utenfor helseinstitusjon. Dette er for eksempel utrykning til et skadested eller pasientens hjem. Sekundæroppdrag er overføring av pasient mellom to sykehus fra lavere til høyere omsorgsnivå, eventuelt overføring til et sykehus med en spesialisert funksjon.

Oppdrag bestilles til AMK. Noen oppdrag avvises i AMK-sentralen og fanges da ikke opp av luftambulansetjenestens virksomhetsregistrering. Det er derfor en underrapportering av antall avviste oppdrag, siden LAT ANS sin statistikk har luftambulansebasene som kilde. Når oppdrag avbrytes underveis, skyldes det gjerne at ambulanspersonell eller lege som er ankommet pasienten først, melder at tilstanden er mindre alvorlig enn først antatt (ikke behov). Vær- og siktforhold er også en vanlig årsak til avvisning og avbrudd. I 2015 ble 8,4 % av alle henvendelsene (nasjonalt) avvist eller avbrutt grunnet værmessige forhold, omtrent som de siste foregående årene. Det er variasjon mellom basene og naturligvis variasjon gjennom året. Fartøytekniske forhold er en uvanlig årsak til avvik, bare 0,6 %.

Delrapport Konseptfase SNR

Figur 7 viser avvikårsak til avviste eller avbrutte oppdrag nasjonalt 2015.



Figur 7: Kilde Luftambulansen ANS – Aktivitetsdata Årsrapport 2015

Figur 8 viser årsak og antall avbrutte oppdrag til Sjukehuset i Kristiansund og Molde 2010 til 2014.

Avbrutte oppdrag 2010 - 2014		
Årsak	Molde	Kristiansund
Fartøytteknisk	2	1
Ikke behov	8	4
Mors	1	1
Samtidighet	4	2
Vær	5	4
Koordinering	1	1
Ikke trsp dyktig	2	1
Samtidighet	4	2
Avbrutte totalt	27	16

Figur 8: Kilde Luftambulansen ANS

4. Reisetid til sykehus nåsituasjon og til nytt akuttisykehus på Hjelset

Oppdragsmengden til ambulansetjenesten i Midt-Norge utgjorde i 2014 nærmere 86.000 oppdrag. Alle oppdrag ble utført med en og samme ressurs, akuttambulansen. Prognoser frem mot 2020 estimerer oppdragsmengden til 120.000 ambulanseoppdrag. På bakgrunn av stadig økende oppdragsmengde av svært ulik karakter, er det nødvendig å vurdere om en differensiering av tjenestetilbudet vil bidra til at rett ressurs brukes riktig.

Hva påvirker det prehospitale transportbehovet?

- Det medisinske tilbudet SNR Hjelset
- Det medisinske tilbudet SNR Kristiansund
- Kommunereform
- Legevakt-struktur (pasientstrømmer)
- Suksessfaktoren med differensiert tjenestetilbud

Delrapport Konseptfase SNR

Det eksisterer per i dag ikke krav eller forskrift om reisetid til sykehus, men derimot anbefalte retningslinjer for responstid fra ambulansetjenesten får oppdrag til de er hos pasienten. Dette er beskrevet i kap. 3.1.

Det er gjort beregninger av reisetid i Utviklingsplan og i Idefasen for SNR (2014), som gjengis i denne rapporten. I tillegg har leder for ambulansetjenesten HMR lagd en reisetidsberegning basert på verktøyet Google Map i 2016.

Tabell 8.6 viser nåsituasjon (2011 tall - Utviklingsplan) med 4 sykehus uavhengig av funksjonsfordeling:

Tabell 8.6 Talet personer i Møre og Romsdal som har dei ulike sjukehusa som sitt næraste i reisetid

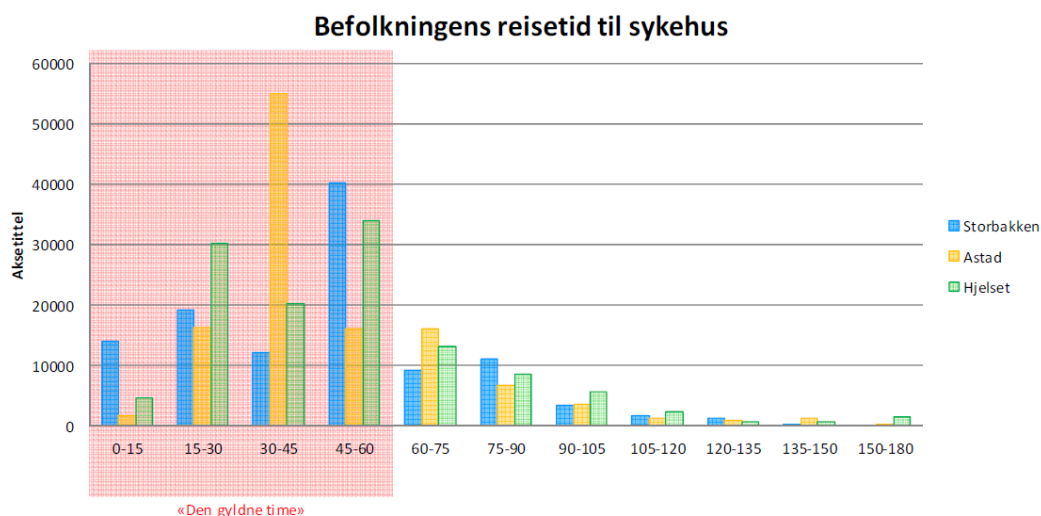
	Talet busette	Del busette
Kristiansund	50 606	20%
Molde	61 497	24%
Ålesund	95 544	38%
Volda	46 257	18%
Sum	253 904	100%

Figur 9: Tabell 8.6 - hentet fra Idefaserapporten side 90

Tabell 8.7 Del av befolkninga som når næraste sjukehus (alle fire) pr. tidsintervall

Intervall (min)	Talet personer	Akk. tal på personer	Personar (%)	Akkumulert(%)
0-30	139 975	139 975	55	55
30-60	67 919	207 894	27	82
60-90	22 671	230 565	9	91
90-120	16 931	247 496	7	97
120-180	6408	253 904	3	100

Figur 10: Tabell 8.7 - hentet fra Idefaserapporten side 90



Figur 11 - hentet fra Idefaserapporten side 140 «Den gyldne timen».

Delrapport Konseptfase SNR

Sitat fra Idefaserapporten side 87 om reisetid ved plassering av akuttsykehus på Hjelset:
 «Samla gjennomsnittlig reisetid for alle busette i opptaksområdet til det nye sjukehuset, er på samme nivå for alle alternativ, i underkant av en time, medan det med to sjukehus ligg rundt 40 minutt.»

I følge beregningene i Idefaserapporten er det innbyggerne i Aure, Smøla, Surnadal, Sunndal og Rauma som får lengst reisevei til nytt akuttsykehus. Innbyggerne i Vestnes får alternativt kortere veg til Ålesund.

Reisetidsberegning (2016) utført av leder for ambulansetjenesten HMR viser at Surnadal, Sunndal, Halså og Tingvoll får kortere reisetid til nytt akuttsykehus på Hjelset enn i dag.

For pasientene fra Rauma mobiliseres det beredskapsferge ved utrykning basert på hastegrad.

Aure: Når det haster transporteres pasienten med ambulansébåt fra Vestnes (på Tustna) til Seivika. Dette reduserer reisetid noe. Tilstedeværelse av akuttberedskap i Aure sikres i stor grad ved at stasjonen har 1 døgnbil og 1 dagbil. Møtebil fra Hjelset kan bidra til at akuttbil er kortest mulig tid vekk fra Aure.

For Smøla vil reisetid reduseres betraktelig ved bruk av ambulansébåt fra Straumen til Seivika eller evt. ny kai på Rensvikholmen. Ambulansestasjon på Smøla er lokalisert nærmere Hopen med større befolkningstetthet enn Straumen hvor legesenteret og ambulansébåt er plassert. Pasienten på nordsiden av øya vil derfor raskt få akuttmedisinsk hjelp og transport til lege eller ambulansébåt.

Reisetid i minutter til sykehus uten utrykning						
Avreisested	Fergetid i minutter	til Kristiansund sjukehus	til Molde Sjukehus	til Hjelset	Reisetid med kompensierende tiltak	Kommentar
Smøla (Straumen)	40	116		146	77	Ambulansébåten benyttes ved alle ambulanseturer fra Smøla. Omlasting på 10 min er inkludert. Smøla Helsesenter med legesenter ligger på Straumen.
Smøla (Hopen)	40	138		164	99	Ambulansébåten benyttes ved alle ambulanseturer fra Smøla. Omlasting på 10 min er inkludert. Ambulansestasjon på Dyrnes ligger nærmere Hopen enn Straumen. Legesenteret ligger på Straumen.
Aure (sentrum)	21	94		123	97	Ambulansébåt fra Vestnes på Tustna til Kristiansund. Tilstedeværelse sikres gjennom at det er 1 døgnbil og 1 dagbil.
Halsa (sentrum)	28	94		91		Får kortere reisetid enn i dag
Surnadal (Skei)	28	119		117		Får kortere reisetid enn i dag. Over 90 % av ambulansetransport går nordover ut av fylket.
Sunndal (Sunnalsøra)	0	99	86	63		Får kortere reisetid enn i dag.
Rauma (Åndalsnes)	17		91	97		Beredskapsferge. Kjører raskere til Molde enn Ålesund
Rauma (fylkesgrense)	17			133		Beredskapsferge. Kjører raskere til Molde enn Ålesund

Fergetider:	
Sandvika - Edøya	19
Tømmervåg - Seivika	21
Halsa - Kanestraum	28
Sølsnes - Åfarnes	17

Kilde: Google Map og erfart og registrert kjøretid med ambulans uten utrykning (2016).

Reisetid kan reduseres ca 30 % med utrykning.

Figur 12 (Tabell 8.10) er hentet fra Idefaserapporten og viser hvor stor andel av befolkningen som vil nå sykehuset innenfor et en definert tidsperiode.

Delrapport Konseptfase SNR

Tabell 8.10 Talet busette i Møre og Romsdal som vi ha SNR på Hjelset som sitt næraste i 2030 pr. tidsintervall og akkumulert, befolkningstal framskrive til 2030, framtidig transportnettverk

	Talet personar	Akk. tal personar	Akkumulert %
0 - 15 minutt	4565	4565	4 %
15 - 30 minutt	30 255	34 819	29 %
30 - 45 minutt	20 227	55 046	45 %
45 - 60 minutt	33 944	88 991	73 %
60 - 75 minutt	13 117	102 108	84 %
75 - 90 minutt	8619	110 727	91 %
90 - 105 minutt	5542	116 269	96 %
105 - 120 minutt	2266	118 535	98 %
120 - 135 minutt	613	119 148	98 %
135 - 150 minutt	700	119 847	99 %
150 - 180 minutt	1514	121 362	100 %

Figur 12: Tabell 8.10 - hentet fra Idefaserapporten side 93

5. Forslag til kompensierende tiltak som følge av nytt akuttpsykehus på Hjelset

5.1 Akuttberedskap

De prehospitale tjenester tilstreber å tilpasse sitt tilbud til de endringer som plassering av sykehus eller endret legevaktsamarbeid medfører, samt den endring i akuttberedskap som skjer spesielt for Kristiansund og flere kommuner på Nordmøre og i Romsdal.

Generelt gjelder det at man benytter raskeste og medisinsk optimale transportmiddel for pasienter som er kritisk skadde eller syke. Disse pasientene transporteres i hovedsak enten til traumesenter St. Olav eller nærmeste sykehus med traumefunksjon, som Ålesund eller Molde (senere Hjelset)². Befolkningen på Nordmøre har kort transporttid med helikopter til St. Olav og Ålesund.

God flåtestyring er en viktig suksessfaktor for å sikre at det er akuttmedisinsk beredskap på stedet. Dette er det viktigste tiltaket for å sikre befolkningen rask tilgang på akuttmedisinsk hjelp, uansett reisetid. Det må heller ikke glemmes den viktige akuttmedisinske beredskapen som kommunehelsetjenesten har ansvar for.

Beredskap for Møre og Romsdal vil økes med etablering av en komplett ambulansestasjon ved det nye akuttpsykehuset. Denne kommer i tillegg til bynære ambulansestasjoner lokalisert i Molde og Kristiansund. Målsetting er å styrke beredskapen gjennom etablering av et mer differensiert tilbud med blant annet intensivambulanse/legebil, evt. Hvite biler.

Deler av arbeidsgruppen uttrykker bekymring for endring i akuttberedskapen i Kristiansund og enkelte kommuner på Nordmøre, som de mener vil bli svekket når akuttpsykehuset blir lagt til Hjelset.

² Jfr Regional traumeplan for Helse Midt-Norge og Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015

Delrapport Konseptfase SNR

Arbeidsgruppen anbefaler at konsekvensene for beredskap ved endret plassering av akutt sykehuset utredes mer grundig gjennom simulering av ulike situasjoner.

5.2 Bilambulanse

For pasienter som har behov for overvåking og behandling under transport er det hensiktsmessig å bruke «skarpeste» ressurs, som de gule akuttambulansene representerer. Transport av pasienter som er ferdigbehandlet på spesialisert behandlingsnivå og skal tilbake til lokale sykehus/kommunal institusjon eller til hjemmet, kan oftest utføres med et enklere oppsett. Det samme antas å gjelde en vesentlig del av transporter til sykehus, der pasientens tilstand er stabil og avklart, og der det ikke trengs undersøkelse, overvåking eller behandling under transport. Det handler om at rett ressurs blir brukt til rett pasient. En differensiering av tjenesten med enklere biler og lavere krav til personellet kan gi reduserte kostnader, forutsatt mindre antall akuttbiler, og økt lokal tilstedeværelse av akuttressursen.

5.2.1 Differensiering av tilbud

Utviklingen i antall og type oppdrag innenfor ambulansetjenesten tilsier at det er behov for en differensiering av tilbud. 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.

Ulike oppdragstyper fordeler seg slik i Midt-Norge:

Tabell 5. Fordeling på oppdragstyper

Oppdragstype	% 2015	Antall 2015	% 2014	Relativ endring i andel av oppdragsmengde 2014 til 2015
Ordinært ambulanseoppdrag	65,4	57571	67,9	÷ 1,3%
Hjem/inn/utkjøring	20,2	17814	17,6	+ 17,2%
Pasient tilsett uten behov for transport	7,6	6706	7,7	-
Ingen pasient/avbrutt	4,6	4033	4,6	-
Beredskapsforflytning	0,9	757	0,9	-
Beredskap for brann/politi	0,9	757	1,0	-
Personellforflytning	0,4	348	0,3	-

Figur 13: Kilde Årsrapport fra Fellesfunksjonen Ambulansetjenesten i Midt-Norge 2015

Helse Møre og Romsdal ved de prehospitaltjenester vurderer iverksetting av en differensiering av tilbud for å sikre befolkningen et best mulig tilbud tilpasset grad av hast og rett kompetanse. Dette vil frigjøre akuttambulansene til mer tilstedeværelse for akuttoppdrag på stedet.

God flåtestyring er en viktig suksessfaktor for styring av beredskap og biler der det haster mest, samt sikre tilstedeværelse av akuttberedskap på stedet. Det er AMK som styrer ressursene. AMK har i dag gode verktøy for å ha oversikt over hvor oppdrag utløses og hvor ressursene til enhver tid er, med tanke på å løse akuttoppdraget raskest mulig uten reduksjon av den stedlige beredskap.

Intensivambulanse

Det planlegges med innføring av intensivambulanse stasjonert på SNR Hjelset. En intensivambulanse er en spesialambulanse for bakkebasert intensivtransport med mulighet for å ha med forsvarlig sikret Medisinsk teknisk utstyr, samt med forsterkning av følgepersonell som anestesilege,

Delrapport Konseptfase SNR

anestesi/intensivsykepleier, evt. jordmor avhengig av indikasjon. Nærhet til sykehuset gjør det enklere å rykke ut med ambulanse med følgepersonell som anestesilege, jordmor og annet spesialpersonell ved behov.

Møtebil / akuttambulanse

Det planlegges med plassering av en ambulanse/legebil på Hjelset. Det gir muligheter for anestesilege (evt. annet spesialpersonell som f.eks. jordmor) å rykke ut fra sykehuset og møte ambulansen når det er indikasjon for det. Dette gjelder selvsagt ikke bare oppimot bysentra, men også mot øvrige nærliggende kommuner samt oppimot ambulansebåt (30 minutters utrykningstid til Seivika). Dette vil innebære en styrking av beredskapen i forhold til innbyggerne som får lengst reisevei, jfr HMR-vedtaket.

Transportambulanse – to-bårebil

Transport ambulanse (to bære bil) benyttes til transport av pasienter mellom sykehus, og mellom sykehus og flyplass. Ambulansen er likt utstyrt som akuttambulanser, men har plass til to pasienter i samtidighet. Ambulansen er bemannet med to ambulansesarbeidere. Denne ambulansen er i dag plassert på ambulansestasjonen på Gjemnes, men skal flyttes til Hjelset. Bilen bør stå der pasientstrømmen går ut fra.

Transporttilbud for psykisk syke

Oppdrag til psykisk syke og rus utgjør ca 3 % av alle oppdrag for ambulansetjenesten i Midt-Norge, og ca 80 % av disse foregår på kveld og natt.

Det pågår et regionalt prosjekt *Transporttilbud til psykisk syke* i HMN med målsetting:

- Sikre verdighet for brukere og pårørende, ha høy faglig kompetanse og være effektiv
- Tydeliggjøre at helsetjenesten har hovedansvar for transporten
- Forebygge unødvendige innleggelser i akuttavdeling
- Etablere et godt samarbeid med kommunale tjenester/legevakt

Bruk av ambulante team i Psykisk Helse Vern er en forutsetning fra HOD. Helse Møre og Romsdal HF har

- AHT (akutt heimebehandlingsteam)
- Utvidet åpningstid kveld, helg

En del av dette prosjektet skal munne ut i et kunnskapsløft for ambulansetjenesten i Midt-Norge. Ambulansesarbeidere i Midt Norge får tilleggsutdanning for å gi disse pasientene et bedre tilbud.

I tillegg skal prosjektet kartlegge omfanget av politiets deltagelse i forbindelse med transport av psykisk syke, og målet er å få til en god og riktig ressursbruk for denne pasientgruppen. Ferdig rapport forventes i 2017.

5.2.2 Mulige utviklingsprosjekt

Hvite biler

Akuttmedisinforskriften definerer ambulansetjeneste som en ressurs der pasienten har behov for akuttmedisinsk behandling eller overvåkning. Et tilbud med enklere biler og noe lavere krav til personellet, kan gi reduserte kostnader og økt tilstedeværelse av akuttressurser. Hvite biler vil kunne bemannes med andre enn ambulansepersonell.

Delrapport Konseptfase SNR

St. Olavs Hospital startet med Hvite biler som et prøveprosjekt i 2015, og man avventer erfaringer og tall fra dette prosjektet før man beslutter evt. innføring. Hvite biler er innført i Akershus, og det startes opp et prøveprosjekt fra Hamar juni 2016.

Single paramedic

Ambulansebil eller MC stasjonert lokalt som rykker ut og avklarer til ambulanse kommer. Denne ordningen kan vurderes innført der det er få oppdrag. Dette er innført på Nesodden.

Communiti paramedic

Det opprettholdes ambulansestasjoner der det rett og slett ikke er nok oppdrag/arbeid av hensyn til forsvarlig beredskap. Dette utgjør et problem ifht. faglig ajourhold og utvikling.

Distriktsutfordringene og prehospital tjenestes rolle i samhandlingsreformen kan møtes gjennom utdanning av mer kompetent personell som kan bidra også inn mot primærhelsetjenesten (eks. legevakt og akutttilbud i kommunal regi (KAD)).

Slagambulanse

Sykehuset Østfold startet et prosjekt om bruk av dedikert Slagambulanse i oktober 2014. Dette er ett av to prosjekt i Europa, det andre er i Berlin.

Slagambulansen er en spesialutstyrt ambulanse med CT og medisinsk personell som anestesilege og anestesisykepleier i tillegg til ambulansepersonell. Behandlingen starter i ambulansen etter at diagnose er stilt. Redusert tidsbruk fra sykdom oppstår til behandling starter, er essensielt for resultat og komplikasjoner. Dette er et utviklingsprosjekt som vil bli fulgt nøye og vurdert videre.

5.3 Båtambulanse

Antallet og plassering av ambulansebåter vurderes tilstrekkelig. Imidlertid foreslås det å etablere ambulansebåt kai ved Rensvikholmen i Kristiansund for å redusere tid til transport og omlasting av pasienter fra Aure, Smøla, Tustna og Halså. Dette tiltaket vil gi redusert reisetid.

Leder for ambulansetjenesten har utarbeidet en oversikt over tidsbruk fra legevakt til SNR med bil og båt. Bruk av ambulansebåt var ikke innarbeidet i tidsbruk i Idefaserapporten.

Reisetid fra Smøla til anløp Rensvikholmen er den samme som til Piren i Kristiansund.

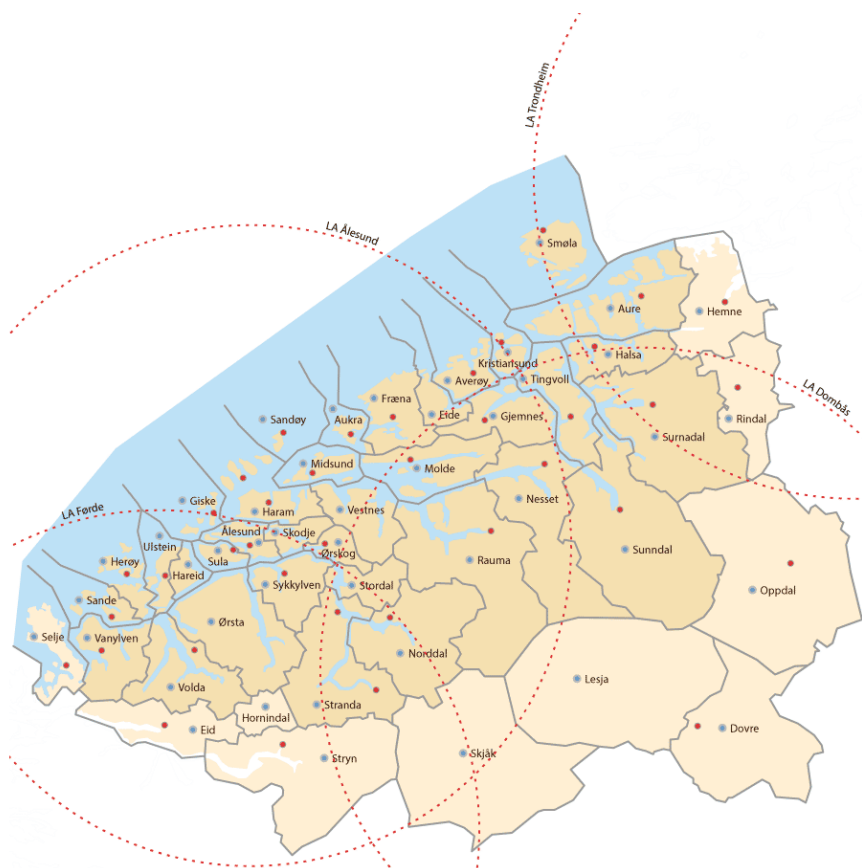
Tidsbruk fra Legevakt til SNR Bil og Båt				
Ambulansebåt	bil	Båt	Bil	Totalt
Smøla	2	Rensvikholmen 35	SNR 40	77
Aure	Vestnes 37	Rensvikholmen 20	SNR 40	97
Midsund	Sundsboen 18	Mordalsvågen 10	SNR 34	62
Aukra	Aukrasanden 6	Mordalsvågen 10	SNR 34	50
Sandøy	Steinshavn 4	Mordalsvågen 30	SNR 34	68
Sandøy	Steinshavn 4	Ålesund 40	ÅSH 13	57



Delrapport Konseptfase SNR

5.4 Luftambulansse

Skissen viser flytider, gyldig ved direkte flyging under gode værforhold



Figur 15: Flytider ved direkte flyging. Sirklene angir 30 minutters flytid. Kilde: KoKom

Det nye redningshelikopteret AW101 vil ha større rekkevidde, fly raskere og være mindre væravhengig. Det vil derfor sannsynligvis bli mer brukt enn det nåværende. Det nye redningshelikopteret kommer til landet i løpet av 2018.

Det skal etableres egnet og godkjent landingsplass tilrettelagt for nye redningshelikopter i umiddelbar nærhet til akuttmottaket til akutt sykehuset på Hjelset. Landingsplassen vil være lokalisert slik at det er mulig å transportere pasienten raskt fra helikopter til mottak uten bruk av annet kjøretøy (omlastning) og mest mulig skjermet for vær og vind.

6. Kommunale akuttmedisinske tjenester i NMR

Kommunene har plikt til å sørge for at de har en kommunal legevaksordning som vurderer henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foretar nødvendig oppfølging døgnet rundt.

Nye forskrifter stiller strengere krav til kompetanse og bakvaksløsninger, og man regner med at dette vil medføre behov for økt bemanning og endring i legevaktstruktur

Det er problematisk for kommunene å tilfredsstille krav til avstand og kompetanse i legevakt. Erfaring viser at det fører til større interkommunale legevaktssamarbeid for å tilfredsstille kompetansekrav, samtidig som at avstanden til flere pasienter øker.

Delrapport Konseptfase SNR

Norsk kompetansesenter for legevaksmedisin anbefaler at landet organiseres i mellom 60 og 100 legevaktdistrikter, typisk med mellom 30 000 og 250 000 innbyggere. I tillegg anbefaler man at 90 % av befolkningen i legevaktdistriktet skal ha maksimalt 40 minutter reisevei til en legevaktstasjon, og 95 % skal ha maksimalt 60 minutter. 95 % av befolkningen og alle tettsteder i legevaktdistriktet må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning.

6.1 Lover og forskrifter som styrer driften

Her listes opp noen lover og forskrifter som regulerer kommunehelsetjenestens sitt ansvar for ivaretagelse av akuttmedisinsk beredskap. Listen er ikke komplett:

- *Akuttmedisinforskriften*
Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>

§ 3 Definisjoner

c) Med kommunal legevaktordning menes i denne forskriften virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging.

§ 6 Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet

a) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp

b) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og

c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

- *Helse- og omsorgsloven*
 - Kommunalt akutt døgntilbud (KAD senger)
- St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen rett behandling - på rett sted – til rett tid.
 - Vedtak om at alle kommuner skal opprette somatiske KAD senger fra 2016
 - Det utredes mulig vedtak om at alle kommuner skal opprette KAD senger for psykisk helsevern og rus fra 2017
- St.meld. nr. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan
 - *Boks 5.8 – de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal utvikles og konkretiseres, slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy for akuttmedisinske tjenester*
- NOU 2015:17 Først og fremst
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
 - «omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden»

Delrapport Konseptfase SNR

6.2 Interkommunale legevaktsamarbeid i Nordmøre og Romsdal

Det er etablert interkommunale legevaktsamarbeid mellom

1. Molde, Fræna, Nesset, Eide. Det pågår samtaler med Aukra og Misund kommune om samarbeid. Legevakten er lokalisert i Kirkebakken helsehus i Molde sammen med legesenter, KAD senger, helsetjenester for psykisk helsevern og rus. Kommunene Molde, Fræna, Nesset og Eide dekker samlet 40.000 innbyggere.
2. Aukra, Misund og Sandøy – ambulansébåten transporterer lege til pasient
3. Vestnes og Ørskog
4. Kristiansund, Averøy, Tingvoll og Gjemnes kommune. Legevakten er lokalisert i Kristiansund sykehus. Opptaksområde er på ca 35 000 innbyggere.
5. Sunndal - egen LV
6. Rauma – egen LV nå, vurderer samarbeid med Molde eller Ålesund
7. Surnadal er en del av det interkommunale legevaktsamarbeidet i Orkdal, Sør-Trøndelag
8. Aure (inkludert Tustna), Smøla og Halså – ambulansébåten transporterer lege til pasient dersom vaktlege er på annen øy.

For alle kommuner gjelder at det er fastleger som har legevakt på dagtid.

Den nye kommunereformen kan få konsekvenser for framtidige samarbeidsavtaler.

6.3 Kommunalt akutt døgntilbud

Alle kommuner er pålagt å opprette et Kommunalt akutt døgntilbud (KAD senger) fra 1.1.2016.

Molde, Aukra, Eide og Nesset har til sammen 5 KAD senger lokalisert ved Kirkebakken Helsehus i Molde. I tillegg kommer Fræna kommune som har sin ene KAD-seng på sykehjemmet som en del av korttids-avdelingen. Opprustingen til KAD-plass har gitt mer medisinsk teknisk utstyr til sykehjemmet, og gjort korttids- og rehabiliteringsavdelingen til en attraktiv arbeidsplass for sykepleiere. Opprustingen av sykehjemmet, sammen med andre grep, gjør at korttids- og rehabiliteringsavdelingen klarer å bedre funksjonen slik at pasientene kan fortsette å bo hjemme. Dette er årsaken til at de kan ta imot sine utskrivningsklare pasienter.

Kristiansund, Averøy, Tingvoll og Gjemnes har til sammen 5 KAD senger, lokalisert på Storhaugen Helsehus i Kristiansund.

Samspill mellom Legevakter og KAD senger er viktig. Alternativet for de fleste pasienter ville vært innleggelse på sykehus.

Fra 1.1.2017 kan kommunene bli pålagt å etablere KAD senger for psykisk helsevern og rus.

6.4 utfordringer ved endret plassering av akutt sykehuset

Legevakten i Molde ligger ca 1,3 km unna Molde sykehus og det er gode samarbeidsrelasjoner.

Legevakten i Kristiansund har lokaler i akuttmottaket i sykehuset i Kristiansund, og benytter til dels sammen personalet, samt at de har en oppgavefordeling som avlaster Legevakten.

Delrapport Konseptfase SNR

Konsekvenser for interkommunale Legevakten i Molde

Legevakten mister nærheten til støttefunksjoner som bildediagnostikk og prøvetaking, samt mulighet for raske vurderinger og avklaringer i samråd med spesialisthelsetjenesten. Det anses som en større risiko for at pasient innlegges når de må kjøre inn til Hjelset for diagnostikk og behandling.

Det er ikke lagt andre planer enn å videreføre dagens tjenestetilbud og plassering av legevakten.

Legevakten har mange laboratorietjenester selv, men ønsker et samarbeid med SNR.

IKT: Bildeoverføring letter noen prosesser, men har begrenset verdi

Har egen LV-bil - enmannsbetjent

Molde kommune ønsker større nærhet til ambulansetjenesten i framtiden, gjerne samlokalisering, i nært samarbeid med SNR

Konsekvenser for den interkommunale Legevakten i Kristiansund

Aktiviteten varierer mye med sesong. Aktivitetstallene forventes å gå opp dersom samarbeidet med Kirurgisk poliklinikk om ferske skader (under 24-timer) opphører. Dette gjelder spesielt på helg/natt.

Legevakten har ikke tatt stilling til evt. ny lokalisasjon ved en flytting av akuttsykehuset til Hjelset, men det vurderes ulike alternativer. Det er også foreløpig uklart hvordan samarbeidskommunene Gjemnes, Tingvoll og Averøy vil forholde seg til det videre legevaktsamarbeidet, samt hvilke kommuner som i fremtiden vil inngå i Kristiansund og Omegn Legevakt. Dette vil naturlig nok ha stor betydning for organiseringen.

Det vil bli en stor overgang for legevaktstjenesten spesielt i Kristiansund, som er vant til lokal sykehusfaglig støtte, både faglig og administrativt. I tillegg mister man mange støttefunksjoner. Det vil også bli en overgang for befolkningen i området.

Dagens plassering av Legevakt i akuttmottaket i sykehuset innebærer

- Rask tilgang på andre fagpersoner
- Rask tilgang på støttetjenester som lab og bildediagnostikk
- Kirurgisk poliklinikk vegg i vegg: Akutte skader < 24 timer skal direkte til Kirurgisk poliklinikk /Skadepoliklinikk
- Avlaster Legevakta som er en travel LV
- Fysisk trygghet i gode lokaler omgitt av andre personer

Legevakten vil også i framtiden ha tilgang til de støttefunksjoner som er planlagt inn i en DMS, som bildediagnostikk og prøvetaking, men dette vil ikke være et døgnkontinuerlig tilbud. Åpningstid på bildediagnostikk er på det nåværende tidspunkt ikke besluttet. Åpningstiden vil være avhengig av hva slags funksjoner som legges inn i DMS.

Skadepoliklinikk vil være lokalisert til akuttsykehuset på Hjelset, og legevaktslegen må i større grad utføre slike prosedyrer selv, eller sende pasienten til Hjelset.

Det kan bli mer transport av pasienter for avklaring på Skadepoliklinikk og vurdering innleggelse, men samtidig vil det ikke være behov for transport av pasienter mellom de to nåværende sykehusene.

Denne type transport er relativt høy pga dagens vaktdeling og funksjonsfordeling.

Legevakten og HMR spleiser i dag på bruk av sykepleier i akuttmottaket, og denne ordningen vil opphøre.

Kristiansund kommune ser for seg at det er behov for to leger på dagvakt. I tillegg kan legevaktfunksjonen for fastleger bli så travel på dagtid, at man ikke lenger kan ha det lokalisert på

Delrapport Konseptfase SNR

rundgang mellom legesentrene, men at man må ha en daglegevaktslege lokalisert på legevakten som kan rykke ut med ambulanse ved behov. På ettermiddag og kveld kan det bli behov for to leger i vakt, der en av legene skal kunne være med ambulansen på utrykning

Konsekvenser for Legevakten i Fræna kommune og andre kommuner med LV på dagtid
Lengre reisetid til sykehus på dagtid anses ikke som et problem. Bedre elektronisk kommunikasjon på sikt vil avhjelpe mye. En av årsakene er et nært og godt samarbeid med ambulansetjenesten. Ambulansetjenesten har god kompetanse. Fastlege konferer med ambulansen undervegs og beslutter hvorvidt pasienten må innom fastlege eller legevakt, eller skal kjøres rett til sykehus.

For andre kommuner vil plasseringen medføre lengre reisetid. Arbeidsgruppen har ikke fått mange tilbakemeldinger fra kommunene på hvor stort man anser at dette problemet er.

Helseforetaket vil kontinuerlig vurdere behov for tilpasning og endring for å ivareta sitt akuttmedisinske ansvar opp mot kommunene.

Konsekvenser for pasientstrømmer

Det hersker usikkerhet rundt spørsmålet om pasienter fra kommuner som ligger nærmere akuttsykehuset enn Legevakten, vil oppsøke akuttsykehuset i stedet for «sin» Legevakt i Molde eller Kristiansund. Tilsvarende gjelder for pasienter fra Rauma distriktet. Spørsmålet er om pasienter fra Rauma vil bevege seg mot Ålesund eller Lesja for øyeblikkelig hjelp. Dette vil gi kortere reisetid for pasienten. Man må forvente at pasienten reiser dit man får raskest tilgang til øyeblikkelig hjelp tilbud. Dette krever at det utarbeides klare rutiner av Helseforetaket for hvordan denne pasientstrømmen skal mottas i sykehuset og evt. sendes videre til Legevakten.

Det er en økende gruppe er eldre pasienter med sammensatte lidelser. Denne gruppen har ofte behov for innleggelse.

Transportkapasitet fra legevaktene til sykehus kan bli en utfordring. Flere av representantene for kommunene ser for seg økt bruk av ambulanse og pasientbuss som følge av at den kommunale legevakta i Molde og Kristiansund får lengre avstand til akuttsykehuset.

Legevaktsentraler

Det er signert samhandlingsavtaler mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommuner om drift av Legevaktsentraler. Legevaktsentralene er plassert i sykehusene og bemannes av personell fra foretaket. Ved fraflytting av sykehusene i Molde og Kristiansund opphører funksjonen fra foretakets side. Det er ikke planlagt med fasiliteter for Legevaktsentral i SNR Hjelset eller Kristiansund.

Etablering av LV sentraler /legevaktformidling anses ikke som en del av SNR prosjektet. Samarbeid om legevaktsformidling kan fortsatt være aktuelt for kommuner i Nordmøre og Romsdal, men da ikke som et tilbud i regi av SNR.

7. Andre tiltak som kan bedre tilbudet til pasientene

7.1 Optimalisering av det akuttmedisinske pasientforløp

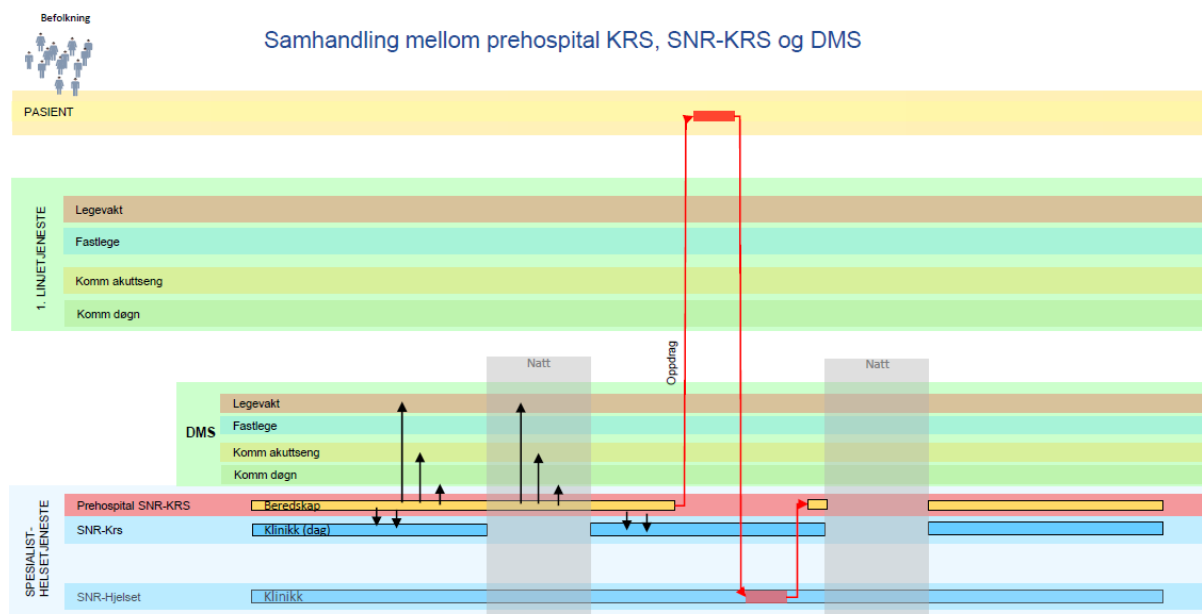
Det er i for liten grad diskutert samlet hvilke tiltak som kan settes inn i det akuttmedisinske pasientforløpet for å bedre behandlingen før og under transport.

Den akuttmedisinske kjede defineres som

- a) Legevakt
- b) Fastlegene
- c) Hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleie)
- d) Kommunale akutte døgntilbud (KAD)
- e) Ambulansetjenesten
- f) Luftambulansetjenesten
- g) AMK og legevaktsentraler

Gruppen mener at det er mye å hente ved en grundig gjennomgang, men har ikke hatt tid til å fullføre analysen. Gruppen anbefaler at det arbeides videre med dette.

Foreløpig resultat illustreres her:



7.2 Etablering av støttefunksjoner i Kristiansund

Det er gitt et oppdrag om å utrede opprettelsen av et distrikts medisinsk senter (DMS) i Kristiansund. Det skal oppfylle kriteriet for «et godt poliklinisk tilbud/DMS for befolkningen i Kristiansund».

DMS/SNR Kristiansund vil inneholde bildediagnostikk som MR, CT, Ultralyd og konvensjonell røntgen. I tillegg vil det være tilbud om prøvetaking og blodgiving. Det er sannsynlig at det vil bli tilbud ut over ordinær åpningstid, men ingenting er besluttet.

Kommunehelsetjenesten vurderer en evt samlokalisering av Legevakt og DMS. Det er en fordel med fysisk nærhet til ambulansestasjon med tanke på akuttmedisinsk beredskap, utrykning og transport.

Delrapport Konseptfase SNR

Spesialisthelsetjenestetilbudet i DMS beskrives som SNR Kristiansund og det pågår en prosess for å avklare dette tilbudet.

7.3 Etablering av støttefunksjoner i Molde

Representanten fra Molde kommune anmoder om at helseforetaket stiller med utstyr og personell for bildediagnostikk tilgjengelig for den interkommunale Legevakten i Molde.

SNR skal ha tilbud om blodgiving i Molde. Dette vil innebære behov for mulig leie av areal, og samlokalisering med kommunale helsetjenester vil være hensiktsmessig og i begge parter interesse.

Prøvetaking: Det er ikke planlagt for prøvetaking i Molde.

SNR ønsker å legge til rette for at det blir hyppigere frekvens på levering av blodprøver fra kommunehelsetjenesten, slik at man derved får raskere svar.

Representanter for kommunehelsetjenesten understreker behovet for tilgang på bildediagnostikk og laboratorieservice desentralt, tilgang på mulighet for konferanse med spesialist innenfor ulike fagområder, samt vurdering av røntgen bilder av radiolog. Konferansemulighet i dag fungerer ulikt, men oppleves stort sett positivt.

Det er en fordel med fysisk nærhet til ambulansestasjon med tanke på akuttmedisinsk beredskap, utrykning og transport.

7.4 Samlokalisering av helsetjenester, herunder ambulanse

De fleste kommunene rapporterer om et godt samarbeid med ambulansetjenesten, og fastlegene opplever at ambulansetjenesten har god kompetanse. Det er vanlig praksis i flere distrikt at fastlege konferer med ambulansen undervegs og beslutter hvorvidt pasienten må innom fastlege eller legevakt, eller skal kjøres rett til sykehus. Dette er tidsbesparende og god pasientbehandling.

Det skal utredes mulighet for samlokalisering mellom ambulansestasjon i Kristiansund og DMS/SNR i Kristiansund.

Ambulansestasjon i Molde holder til i midlertidige lokaler utenfor sykehuset. Det er behov for nye lokaler snart. Molde kommune ønsker en samlokalisering mellom ambulansestasjon og sine helsetjenester. Det er startet drøftinger med Molde kommune om mulige løsninger som omfatter samlokalisering med helsetjenesten i kommunen.

7.5 IKT løsninger

Det er store nasjonale og regionale IKT prosjekter som pågår og som vil påvirke SNR prosjektet, og som kan få positive konsekvenser for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Ett eksempel er Helseplattformen. Utvikling innenfor Velferdsteknologi vil påvirke samhandling.

Veiledning og vurdering ved hjelp av telemedisin angir gruppen har begrenset verdi. Det kan være aktuelt for å konferere om mindre akutte problemstillinger, eller henvisning til Skadepoliklinikk pga sår og lignende.

Bedre elektronisk kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten vil ha stor betydning. Dagens verktøy er ikke tilfredsstillende.

Delrapport Konseptfase SNR

I dag er det, via multimonitor CorPuls, mulig å overføre diverse pasientdata fra ambulanse til sykehus. Det er ikke mulig å få opp en fullverdig pasientjournal ute i ambulansen enda. Om dette løses av Helseplattformen er på det nåværende tidspunkt uklart.

Det er under etablering et nasjonalt prosjekt i regi av Nasjonal IKT på nasjonalt prehospital elektronisk pasientjournal.

Det pågår et nasjonalt prosjekt som arbeider med å bytte ut datasystemene for AMK-sentralene, som vil kunne få innvirkning.

For mer informasjon knyttet til IKT i SNR-prosjektet, henvises det til følgende dokument som er levert av IKT-gruppen i SNR-prosjektet:

- OTP SNR
- Overordnet IKT Strategi og mål
- Overordnet IKT Plan og Konseptskisse

7.6 Prosjektet «Mens du venter på ambulansen»

Prosjektet «Mens du venter på ambulansen» er satt i gang etter initiativ fra Stiftelsen Norsk Luftambulanse. Det har som mål å etablere en lokal beredskap basert på brannmannskaper og helsepersonell som supplement til beredskapen i kommunen. Prosjektet er innført i flere kommuner i Nordmøre og Romsdal.

8. Vedlegg

Vedlegg 1 Dekningskart flytider for ambulansehelikopter i Norge. Kilde KoKom og Luftambulansetjenesten ANS

Vedlegg 2 Årsrapport fra Fellesfunksjonen Ambulansetjenesten i Midt-Norge 2015

9. Referanser og kilder

- Idefaserapport Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal – SNR – datert 25.11.2014
- KoKom Dekningskart Luftambulansetjeneste 2015
- Luftambulansetjenesten ANS
 - o Aktivitetstall 2010 – 2014 for Møre og Romsdal
 - o Personlig henvendelse til Pål Madsen, medisinsk rådgiver LAT ANS
 - o Aktivitet 2015 til Årsrapport 2015 LAT ANS
- Presentasjon av de kommunale helsetjenester i Molde, Kristiansund og Fræna av gruppedeltakere mai 2016
- Presentasjon av de Prehospitaltjenester ved klinikksjef for Klinikk for de Prehospitaltjenester i Helse Møre og Romsdal mai 2016
- Rapport - Luftambulanse i HMN 2014-2028_final_260215_OU – tilgjengelig ved henvendelse til Helse Midt-Norge RHF
- Utviklingsplan for Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre 2014
- Årsrapport Fellesfunksjonen Ambulansetjenesten i Midt-Norge 2015 – tilgjengelig ved henvendelse til Klinikk for akutt- og mottaksmedisin, St. Olavs Hospital
- Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede, 2. utgave 31.07.2012
http://www.kith.no/upload/1983/defkat-akuttmed_kjede-v1.1-31072012.pdf

Delrapport Konseptfase SNR

Lover og Forskrifter:

- Akuttmedisinforskriften (20.03.2015 nr. 231)
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
- LOV-1999-07-02-61 Spesialisthelsetjenesteloven «plikt til å yte nødvendig helsehjelp»
- LOV-2016-06-17-45 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- St.meld. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)
- NOU 2015:17 «Først og fremst» (ikke vedtatt i skrivende stund)
- St.meld. nr. 43 (1999-2000) «Om akuttmedisinsk beredskap»
- St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen rett behandling - på rett sted – til rett tid.
- Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015 www.traumeplan.no
- Program for forbedring av nødmeldetjenesten i regi av HOD (Arbeid pågår – ferdig medio 2016)