

Plan for prehospitale tjenester i Helse Vest

1.0	Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte	2
1.1	Mandat	3
1.2	Sammensetning	4
1.3	Arbeidsmåte	4
2.0	Problemstillinger og anbefalte tiltak.	5
2.1	Innledende merknader	5
2.2	Grunnlag – plan for prehospitale tjenester Helse Vest.	6
2.3	Den akuttmedisinske behandlingsskjede.	10
3.0	Beredskap for store ulykker og katastrofer.	11
4.0	Organisering av de prehospitale tjenestene.....	13
5.0	Medisinsk nødmeldetjeneste.	17
6.0	Bilambulansetjenesten.....	29
6.1	Dagens situasjon.....	29
6.2	Utfordringer og fremtidige løsninger	34
6.3	Responstidsproblematikk	41
6.4	Prinsipper for organisering av ambulansetjenesten.....	46
6.5	Krav til kompetanse i ambulansetjenesten.	52
6.6	System for operativ ledelse - ambulansetjenesten.	59
7.0	Båtambulansetjenesten.	61
7.1	Dagens situasjon – Båtambulansetjenesten.	61
7.2	Krav til organisering og drift av båtambulansetjenesten i Helse Vest.	64
8.0	Luftambulansetjenesten.....	65
8.1	Dagens situasjon.....	65
8.2	Utfordringer og fremtidige løsninger - luftambulansetjenesten.	68
9.0	Økonomi	72

1.0 Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte

Innledning.

Den prehospitale tjenesten i Helse Vest skal bidra til å nå overordnede helsepolitiske mål. Dette betyr at befolkningen skal sikres et riktig prehospitalt tjenestetilbud. Plan for prehospitale tjenester skal gi grunnlag for føringer og beslutninger innen Helse Vest. Det forutsettes at planen rulleres etter tre år.

Planen stiller konkrete krav som de prehospitale tjenestene må tilfredsstillere i planperioden. Disse kravene er å forstå som minimumskrav. Dersom ressursene tillater kan det enkelte helseforetak utvikle sin tjeneste ut over den standard som beskrives.

Planen legger grunnlag for samordning av handlingsplaner, felles system for oppfølging og for samordning av innkjøp av utstyr og materiell innen regionen Helse Vest har i følge Helseforetaksloven et "sørge for ansvar" for spesialisthelsetjenesten i sitt ansvarsområde. Prehospital akuttmedisin innebærer samhandling med alle ledd i behandlingsskjeden. Samarbeid med kommunehelsetjenesten – legevakt og andre står derfor sentralt i planen.

Prehospitale tjenester

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus definerer de prehospitale tjenestene til å være:

- Legevakttjenesten - kommunalt ansvar
- Medisinsk nødmeldetjeneste – regionalt helseforetak ansvar
- Bil-, båt- og luftambulansetjeneste – regionalt helseforetak ansvar

Helseforetakene har i tillegg fått ansvar for syketransport. Det vil være naturlig at syketransport og beredskapsplanlegging er nært knyttet til de prehospitale tjenester

Bakgrunnen for planen:

I styringsdokument til Helse Vest RHF for 2003 ble det forventet en gjennomgang av organiseringen av den akuttmedisinske kjeden i helseregionen. Dette skulle skje i lys av planlagte strukturtiltak og endringer av oppgavefordeling i regionen, og skulle ha fokus på å sikre befolkningen et faglig forsvarlig akuttmedisinsk tjenestetilbud. Helse Vest har avventet oppstarten av denne gjennomgangen blant annet i påvente av ny forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Denne forskriften ble gjeldende fra 18.03.05.

Mål for prosjektet

Mål for prosjektet er å foreta en gjennomgang av organiseringen av den akuttmedisinske kjeden/prehospitale tjenesten i henhold til krav til forsvarlig beredskap og endringer i sykehusstruktur og oppgavefordeling. Det skal utarbeides en konkret plan for utvikling av den samlede prehospitale tjeneste i helseregionen.

1.1 Mandat

Den prehospitale tjenesten er en viktig del av den samlede akuttmedisinske kjeden. Tjenesten har utviklet seg fra en ren transporttjeneste til en integrert del av medisinsk diagnostikk og behandling. Det stiller krav til beredskap, kompetanse, kommunikasjon, materiell og utstyr.

Prosjektgruppen skal:

- *kartlegge dagens situasjon* når det gjelder beredskap, kompetanse, kommunikasjon og samhandling, materiell og utstyr i henhold til allment aksepterte krav, herunder en kartlegging av dagens ressurser i den akuttmedisinske kjeden, kapasitet og kvalitet på tjenestene, hva som er de svake leddene i kjeden ut fra kvalitet, kapasitet og ressursutnyttelse og hvordan ressursene fordeles på ulike typer oppdrag
- *vurdere hvordan utvikling innen kommunikasjon, sykehusstruktur og medisinsk diagnostikk og behandling vil påvirke tjenesten i regionen*
- *vise hvordan helseregionen kan møte utviklingen*, sikre hensiktsmessig ressursbruk og et forsvarlig tjenestetilbud, herunder må AMK-tjenestenes oppgaver og organisering vurderes.
- *det skal gis en vurdering av kostnader ved gjennomføring av aktuelle tiltak.*

Oppdraget omfatter en gjennomgang av hele den akuttmedisinske behandlingsskjeden fra primærhelsetjenesten til sykehusenes akuttmottak. Det skal legges vekt på forslag som bedrer kvalitet, ressursutnyttelse og kapasitet på tjenestene.

Gjennomgangen skal videre bl.a. omfatte:

- aksess- og reaksjonstid i AMK-sentralene
- hensiktsmessig ordninger for basestruktur og ressursutnyttelse
- kompetansekrav i ambulansetjenesten
- responstid

Når det gjelder luftambulansen skal det sikres at:

- det er etablert retningslinjer og rutiner for ivaretagelse av "sørge for" ansvaret for luftambulansetjenesten
- de forpliktelser som følger av kontraktene ivaretas på en aktiv måte
- den transportmessige og medisinske delen av virksomheten integreres
- det er etablert rutiner og retningslinjer for oppfølging av HMS-området for tjenesten
- det er etablert egnede systemer for ivaretagelse av nasjonale hensyn i luftambulansetjenesten, herunder at det sikres forsvarlig beredskap og at det etableres faste rutiner og kanaler for informasjon.

I arbeidet bør det tas nødvendig kontakt med Sosial- og helsedirektoratet i forhold til direktoratets oppgaver knyttet til sikkerhet, kravspesifikasjon og standardisering.

Det må her gjøres en vurdering av hvilke oppgaver som ivaretas av Luftambulansen ANS og oppgavefordelingen med den øvrige prehospitale tjenesten.

Prosjektgruppen må ta utgangspunkt eksisterende utredning og erfaringsmateriell. Det må utredes tiltak på kort sikt og lengre sikt. Det må sikres reell forankring og medvirkning fra brukere, tillitsvalgte og primærhelsetjenesten.

1.2 Sammensetning

Prosjektgruppens sammensetning

Helse Vest RHF er eier og oppdragsgiver for prosjektet. Seniorrådgiver Ingvill Skogseth, Helse Vest RHF har ledet prosjektet, mens RAKOS Helse Vest har vært sekretariat. Prosjektgruppen ble etablert med to representanter fra hvert helseforetak, en fra primærhelsetjenesten (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin) og en representant fra Regionalt brukerutvalg. Tillitsvalgte ble også invitert til prosjektet, men har ikke deltatt.

Prosjektgruppen		
Ingvill Skogseth	Prosjektleder	Helse Vest RHF
John Thorbjørnsen	Brukerrepresentant	Regionalt brukerutvalg
Tobias Nieber	Fastlege	
Terje Olav Øen	Klinikkdirektør	Helse Førde
Sigmund Bernhardsen	Avdelingsoverlege	Helse Førde
Guttorm Brattebø	Seksjonsoverlege	Helse Bergen
Jan Agdestein	Beredskapskonsulent	Helse Bergen
Ingrid Paulsen	Klinikkdirektør	Helse Fonna
Leif Landa	Seksjonsoverlege	Helse Fonna
Karin Sollid	Klinikkdirektør	Helse Stavanger
Olav Eielsen	Seksjonsoverlege	Helse Stavanger
Johannes Lokøy	Ambulansesjef	Helse Stavanger
Svein Jensen	Ambulanseleder	Helse Fonna
Sekretariat		
Olav Østebø	Fagkoordinator	RAKOS Helse Vest
Elfinn Færevåg	Fagkoordinator	RAKOS Helse Vest
Helge Lorentzen	Adm. leder	RAKOS Helse Vest
Einar Svendsen	Konstituert fagkoordinator	RAKOS Helse Vest
Egil Bjelland	Prosjektmedarbeider	RAKOS Helse Vest
Unni Eskeland	Konstituert adm. leder	RAKOS Helse Vest

Svein Jensen – ambulansesjef i Helse Fonna har deltatt på møtene som vara for Helse Fonna. Johannes Lokøy – ambulansesjef Helse Stavanger kom inn i prosjektgruppen fra og med møte nr.3 som vara for Karin Sollid.

1.3 Arbeidsmåte

Det har vært gjennomført 5 møter i prosjektgruppen.

Sekretariatet har i samråd med prosjektgruppen utarbeidet utkast til de ulike delene av planen. Representantene fra foretakene har levert kartleggingsdata og tekst til enkelte områder. Representantene fra foretakene har deltatt i godkjenning av de ulike delene av rapporten. Prosjektet har møtt mange utfordringer og har krevd mye av representantene. Med den valgte arbeidsformen har en funnet en hensiktsmessig balanse mellom arbeidsbyrde, medvirkning og kvalitetssikring i prosessen. Derfor leveres en prosjektrapport som samtlige representanter i prosjektgruppen står bak.

2.0 Problemstillinger og anbefalte tiltak.

2.1 Innledende merknader

Gjennom helseforetaksloven har de regionale helseforetakene et ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i de respektive helseregioner. Forskrift for akuttmedisin utenfor sykehus gir de regionale helseforetakene ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten (Bil, båt og luft – ambulanser). Helseforetakene skal samarbeide nært med kommunehelsetjenesten i planlegging, utbygging og drift av disse tjenestene.

(viktige målsetninger og tiltak utheves i gul ramme)

Hovedmål for Plan - prehospitale tjenester i Helse Vest:

- Plan for prehospital akuttmedisin i Helse Vest skal bidra til å sikre befolkningen effektive, likeverdige og fremtidsrettede prehospitale tjenester av høy kvalitet.
- De prehospitale tjenester i regionen skal være kvalitetsmessig på høyde med de ledende tjenester nasjonalt og internasjonalt
- Med grunnlag i plan for prehospitale tjenester i Helse Vest skal det enkelte helseforetak utarbeide detaljert planverk for de prehospitale tjenester i sitt dekningsområde.

Vanskelig kartlegging.

Det har ikke vært mulig å foreta en samlet kvalitetsmessig nøyaktig og detaljert kartlegging av de prehospitale tjenester i Helse Vest. Dette skyldes i første rekke at tjenestene mangler et enhetlig system for dokumentasjon som omfatter alle deler av de prehospitale tjenester. Helseforetakene mangler verktøy for samordnet virksomhetsrapportering, og felles spesifikasjoner for dokumentasjon og rapportering. Videre er det begrensede ressurser i driftsorganisasjonen til de prehospitale tjenestene i helseforetakene. De prehospitale tjenester er preget av rask utvikling. Kartlegging av denne virksomheten er ressurskrevende og faglig komplisert. Kartleggingsdelen i planen har fanget opp hovedtendenser og bidratt til å synliggjøre behovet for enhetlige definisjoner og rutiner for dokumentasjon og rapportering. For å skaffe informasjon og forståelse for forhold som har betydning for utøvelsen av oppgaver i de prehospitale tjenestene i helseregionen bør det anvendes en analysemetodikk som er basert på strukturell dekonstruksjon. På denne måten har en mulighet til å utvikle kompetanse om robuste løsninger som har høy grad av pålitelighet.

Dokumentasjon og rapportering.

- Det skal etableres enhetlige rutiner for dokumentasjon og rapportering av virksomheten i de prehospitale tjenester i Helse Vest.
- Det skal utvikles enhetlige definisjoner, og gis definerte krav til rapporter og styringsdata. Rapportene skal gi nødvendige driftsmessige / operative og medisinskfaglige styringsdata.
- Det skal innføres IT støttesystemer. Disse skal gi grunnlag for en samordnet dokumentasjon og virksomhetsrapportering for nødmeldetjenesten og ambulansetjenesten og være samordnet med sykehusenes journalsystem og andre IT systemer.
- Det er ønskelig at virksomhetsregistreringen omfatter førsteresponsenheter og er samordnet med legevakttjenesten.
- Det ønskelig at viktige / kritiske pasientdata gjøres tilgjengelig for personellet i de prehospitale tjenester. Dette for å øke sikkerheten i undersøkelse og behandling av pasienter.
- I løpet av 2008 skal det etableres en ordning hvor helseforetakene regelmessig rapporter sentrale data fra de prehospitale tjenester til Helse Vest.
- Dokumentasjon og rapporter skal legges til rette for kvalitetsrevisjon av tjenestene.

2.2 Grunnlag – plan for prehospitaler tjenester Helse Vest.

Lover og regler.

- Personellet i de prehospitaler tjenester i Helse Vest skal ha tilgang til lover og regler som regulerer virksomheten i tjenesten.
- Personellet skal ha kunnskaper om hvordan bestemmelser i lover, forskrifter og rundskriv skal praktiseres.

(I vedlegget til planen er det en oppstilling med kommentarer for de mest relevante lover og regler for de prehospitaler tjenestene)

Rekruttering

Rekruttering av kvalifisert personell til de ulike delene av de prehospitaler tjenester er en strategisk utfordring. Mye tyder på at det kan bli vanskelig å rekruttere kvalifisert personell. Særlig gjelder dette ambulansetjenesten i distriktene.

Rekruttering:

De prehospitaler tjenestene i helseforetakene skal ha rekrutteringsplaner.

Blant de tiltak som skal vurderes er:

- Utarbeidelse av rekrutterings / informasjonsmateriell (CD, nettsted, brosjyrer. osv).
- Nært samarbeid med skoler / utdanningsinstitusjoner, frivillige organisasjoner osv.
- Kvalitet på den delen av utdanningen som helseforetaket har ansvar for
- Legge til rette for at personell blir værende i tjenesten.

Utdanning – kompetanseutvikling.

Nødmeldetjenesten og ambulansetjenesten er fagområder i rask utvikling. Dette medfører økte kompetansekrav. Det er en nær sammenheng mellom utdanning og rekruttering. De utdanninger som legger grunnlag for formalkompetanse må derfor være oversiktlige og fleksible.

Læringssirkelen (Se vedlegg) vil være viktig som modell. Systematisk fagutvikling skal være en målstyrt og kontinuerlig prosess. Tverrfaglighet vil være et virkemiddel for å oppnå det samarbeidet som er nødvendig mellom de ulike aktørene i den prehospitaler behandlingsskjeden.

Utdanning – kompetanseutvikling:

- De prehospitaler tjenestene skal ha oversikt over personellens kompetanse.
- Alt personell i tjenesten skal ha den påkrevde formalkompetanse.
- Planer for fagutvikling skal omfatte alle ansatte.
- Det skal i planverket for fagutvikling synliggjøres hvordan læringssirkelen brukes.
- Fagutviklingstiltak som iverksettes skal i størst mulig grad være tverrfaglige og ha som siktemål å utvikle godt samarbeid.
- Alle tiltak for fagutvikling skal dokumenteres og evalueres.

Medisinskfaglige utfordringer

Prehospital akuttmedisin er et fagområde i endring. Den faglige utvikling skjer raskt. Den medisinskfaglige utvikling vil medføre at det vil måtte stilles stadig større krav til organisering og drift av de prehospitaltjenester.

Følgende punkter vil i særlig grad måtte vektlegges i plan perioden:

- Sentralisering av behandlingstilbud:
 - Funksjonsfordeling
 - Spesialisering
- Organisering og drift av legevakter
 - Større legevaktsdistrikter
 - Mer stasjonære legevakter
- Medisinsk utvikling
 - Økt antall eldre
 - Økt antall med kronisk sykdom
 - Økte behandlingsmuligheter prehospitalt.

(For mer utfyllende beskrivelse av de medisinskfaglige utfordringer henvises til vedlegget til planen)

Medisinskfaglige utfordringer:

- De prehospitaltjenester i Helse Vest skal organiseres og drives på en måte som er egnet til å møte nåværende og fremtidige medisinskfaglige utfordringer.

Befolkningsutvikling.

Det forventes en vesentlig endring i befolkningsstrukturen fram mot 2025. Antall personer som er 70 år og eldre forventes å øke sterkt pga de store barnekullet født etter andre verdenskrig og at folk lever lenger. I tillegg vil det skje en forskyvning av bosettingen fra mindre til større kommuner.

Befolkningsutviklingen gir store utfordringer for de prehospitaltjenester i Helseregionen. Tjenestene må ha den nødvendige kapasitet og kunne samhandle med andre for å dekke den aldrende befolkningens behov for akuttmedisinsk hjelp og transport.

Aldersfordeling 2005-2025

	Differanse			
	2005	2025	2005 - 2025	Prosent
0-9 år	128779	135694	6915	5,4
10-19 år	129391	130586	1195	0,9
20-29 år	119353	139397	20044	16,8
30-39 år	137329	141179	3850	2,8
40-49 år	126563	128659	2096	1,7
50-59 år	112732	135672	22940	20,3
60-69 år	72914	115172	42258	58,0
70-79 år	54086	90425	36339	67,2
80-89 år	34711	40303	5592	16,1
90 år og eldre	6066	8446	2380	39,2
Helse Vest	921924	1065533	143609	15,6

Antall personer	2005	2025	Prosent
	Helse Førde	107032	110336
Helse Bergen	354137	422398	19,3
Helse Fonna	163940	175302	6,9
Helse Stavanger	296815	357497	20,4
Helse Vest	921924	1065533	15,6

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

(for mer utfyllende opplysninger om befolkningsutvikling i regionen og det enkelte helseforetak henvises til vedlegget i planen)

- De prehospitaltjenester i Helse Vest skal organiseres og drives på en måte som er egnet til å møte utfordringene som er en følge av befolkningsutviklingen i regionen. - Herunder skal tjenesten kunne fylle sin rolle i et helhetlig samordnet helsetilbud til den eldre del av befolkningen.

Teknologisk utvikling.

De prehospitaltjenestene blir stadig mer avhengig av avansert teknologi. Dette gjør også tjenestene mer sårbare. Kravene til teknisk støtte og teknisk kompetanse er økende. Det er derfor viktig at de prehospitaltjenestene har tilgang på nødvendige støttefunksjoner.

Når det gjelder teknologisk utvikling er følgende forhold særlig viktige:

- Utvikling av telemedisin og varslingssystemer:
 - Utstyr for hjemme - diagnostisering og pasientovervåking som kan gi alarmer ved endring i pasientens tilstand.
 - Kan gi grunnlag for overføring av vitale data til rette instans og kontakt med spesialist når det er nødvendig.
 - GPS posisjoneringsutstyr i mobiltelefoner kan gjøre det lettere å lokalisere personer i nød.
 - Kollisjonsdetektorer i biler vil automatisk varsle nødsentraler ved ulykker.
- Pasientinformasjon og sikkerhet
 - Forventninger om at de som undersøker og behandler pasienten har tilgang til all relevant informasjon.
 - Betydelige utfordringer i forhold til pasientsikkerhet og taushetsplikt.
- Nytt nødnett.
 - Digitalt, avlyttningsikkert, felles for alle nødetatene.
 - Fase 0 på Østlandet fra 2008 – 2009.
 - Planlagt utbygget i Helse Vest i 2010 – 2011
 - Hvert regionalt helseforetak må stå for "utrulling" til helsevesenet i sin region
 - Utbygging / implementering en stor utfordring. Krever detaljert planlegging og en organisasjon med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.
- System for dokumentasjon og rapportering
 - Videreutvikling av AMIS eller nytt system?
 - Behov for et system som er fremtidsrettet.
 - Behov for å vurdere, eventuelt videreutvikle medisinsk indeks for nødmeldetjenesten.
- Overføring av bilder, video og data
 - Rask utvikling – gir mange muligheter for de prehospitaltjenestene.
- Elektroniske kartsystemer / digitale kart
 - Utvikle større funksjonalitet
 - Bedre rutiner for oppdatering av kart og adressedatabaser
- Helsenettet
 - Det sikre interne datasambandet mellom helseforetakene må tilpasses slik at det kan dekke behovet til de prehospitaltjenestene med bl.a. nødstrøm i alle ledd og redundans.
- De prehospitaltjenestene må kunne tilpasse seg den teknologiske utviklingen
 - Krever kompetanse
 - Krever systematisk utvikling.
- Lik nasjonal utvikling

- Avansert teknologi med betydelige kostnader. Viktig å gjøre riktige valg.
- Forskriften for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus har krav til at kommunikasjonssystemene skal utformes likt over hele landet.
- KOKOM må videreutvikles slik at senteret har kapasitet og kompetanse til å være rådgivere som sikrer en enhetlig utvikling.
- Det er viktig at det norske fagmiljøet deltar internasjonalt og holder seg oppdatert.
- Felles nødnummer og felles nødsentraler.
 - Det er et press i forhold til å innføre et felles nødnummer i Norge
 - Helsevesenet har vært negative til at befolkningen skal miste 113 som nødnummer til medisinsk nødhjelp.
 - Innføring av et felles nødnummer vil gi et betydelig press i retning av å redusere antall nødsentraler og vil medføre en rekke organisatoriske, praktiske og økonomiske konsekvenser for helseforetakene. Disse konsekvensene er ikke utredet.
- Befolkningens kontakt med de prehospitale tjenester.
 - Ny teknologi med bruk av IP telefoner og mobiltelefoner
 - Videosamtaler
 - Øker sårbarhet men gir muligheter.

(For mer utfyllende beskrivelse av de teknologiske utfordringer henvises til vedlegget i planen)

Teknologisk utvikling:

- De prehospitale tjenester skal organiseres og drives på en måte som legger til rette for å møte nåværende og fremtidige teknologiske utfordringer. Herunder kunne utnytte eksisterende og fremtidige teknologiske muligheter.

Samferdselsutvikling.

Statens Vegvesen arbeider med mange parallelle veiprojekter i regionen og de fleste av disse har isolert sett liten betydning for de prehospitale tjenestene. Til sammen vil likevel tiltakene bidra til endringer som kan ha betydning.

Endringer og forbedringer av vegnettet har innvirkning på:

- antall ulykker
- skadenes omfang
- fremkommelighet for ambulanse og lege
- kjøretid for ambulanse og lege til åsted og til sykehus
- pasientens komfort under transport

Totalt sett vil ikke de store bevilgningene til samferdselstiltak redusere problemene for de prehospitale tjenestene. Helsevesenet må håndtere om lag samme antall trafikkulykker som i dag. Siden bedre veier vil gi større gjennomsnittshastighet, kan dessuten de ulykkene som skjer, gi større skader og flere dødsfall.

Fremkommeligheten for de prehospitale tjenestene bedres av kortere og bredere veier, av tunneler som reduserer problemene om vinteren og av flere ferjefrie samband. Redusert kjøretid er av direkte betydning for utrykningskjøretøyene og pasienten. Ambulanse kan også lettere komme fram fordi muligheten for trafikkantene til å kjøre til side blir bedre.

Nye veier med bedre vegdekke, slakere kurver og bedre dosering gir bedre komfort for pasienten og bedre arbeidsforhold for ambulansepersonalet for tilsyn og

behandling under transport. Korter kjøretid og bedre fremkommelighet vil kunne ha betydning for antall ambulansestasjoner og plasseringen av disse. Kostnadene kan derved reduseres. Tilsvarende vil manglende utbygging og vedlikehold av veier og økt trafikk tetthet bety nedsatt fremkommelighet, økte krav til beredskap og derav økte kostnader. Dette må vurderes fortløpende.

Statens vegvesen utarbeidet i august 2006 en oversikt over forventet reduksjon i antall drepte, skadde og reisetid ved de prosjekter som er omtalt i Stamveg - utredningene for ulike vegene på Vestlandet. Med den bevilgningstakten som politikerne har hatt til nå, vil det ta 30+ år å oppnå de beregnede resultatene.

Med det økende antall eldre i kommende år ventes det en økning i andelen eldre bilførere som skades eller innblandes i uhell hvor andre skades.

Det prehospitale miljøet spesielt og helsevesenet generelt kunne vært mer synlige i samfunnsdebatten om behovet for å øke bevilgningene til ulykkesreducerende tiltak. Det er helsevesenet som må behandle pasientene etter de ulykkene som skjer, ser den menneskelig lidelsen og har store utgifter forbundet med behandlingen.

Helsevesenet kan med rette være part i en slik debatt.

Større samferdselsprosjekter i regionen:

Sogn og fjordane:

Ingen store vegprosjekter av spesiell betydning for de prehospitale tjenestene.

Hordaland:

Rullestadjuvet, Rv 544 Halsnøysambandet , Rv 13 Jondalstunnelen , Hardangerbrua, Bømlopakken, Rv 557 Ringveg Vest, Bergen, Rv 13 Øvre Granvin – Voss (Skjervet) (Granvin), Gassferjesamband på E39, E39 Kyststamvegen. Bru over Langenuen, Skånevik – Etne, Etne – Sauda,

Rogaland:

T-forbindelsen, Rv. 13 Ryfylkes fastlandsforbindelse – Ryfast, Finnfast, og Rogfast

(I vedlegget til planen redegjøres mer detaljert for den forventede samferdselsutviklingen i regionen.)

2.3 Den akuttmedisinske behandlingsskjede.

Forskriften for akuttmedisin utenfor sykehus pålegger helseforetakene og kommunene å samarbeide for å gi befolkningen prehospitale akuttmedisinske tjenester som er samordnet og har god kvalitet. De skal påse at de prehospitale akuttmedisinske tjenestene er koordinert med de øvrige nødetater, hovedredningssentralen og andre myndigheter. Organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legges til rette slik at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling.

Den akuttmedisinske behandlingsskjeden er grunnleggende for planens beskrivelser og anbefalinger. I planen beskrives den enkelte elementer i kjeden. Disse er:

- Publikum - som må kunne varsle og iverksette livreddende førstehjelpstiltak.
- AMK – medisinsk nødmeldetjeneste.
- Legevakttjenesten (som er et kommunalt ansvar)
- Spesialisthelsetjenestens prehospitale tjenester:
 - o Bilambulanser
 - o Båtambulanser
 - o Luftambulanser.
- Sykehus / sted for endelig diagnostisering og behandling.

Lokale akuttmedisinske team.

Lokale akuttmedisinske team er et vesentlig virkemiddel som omtales i NOU 1998:9 hvis det haster.

I denne planen velger vi å definere akuttmedisinske team på følgende måte:

- *Akuttmedisinske team er den akuttmedisinske beredskap i lokalmiljøet som er faglig og operativt samordnet og til disposisjon for alarmering fra AMK og LV sentral når akutt skade og sykdom oppstår.*

Det lokale akuttmedisinske team består i de fleste tilfeller av legevakt, ambulanspersonell og førsteresponstjeneste.

For å sikre den nødvendige struktur i samarbeidet skal helseforetakene i Helse Vest bidra aktivt til at det opprettes lokale akuttmedisinske fagråd i hvert legevaktsdistrikt.

Følgende momenter vil være særlig viktige ved etablering og drift av akuttmedisinske team:

- Enhetlige prosedyrer for respons ved alarmering.
- Tilgjengelighet i helseradionettet
- Samlokalisering av legevakt og ambulanse.
- Adgang for leger i kommunal legevakt til å benytte utrykningskjøretøy
- Kunnskap om kompetansenivå.
- Regelmessig felles øvelser / trening.
- Samarbeid om organisering og tjenesteutvikling.
- Enhetlige prosedyrer og behandlingsprotokoller.
- Samordning av utstyr og rutiner vedrørende utstyret.
- Ikke overfokusere på de røde / akutte oppdragene:

Lokale akuttmedisinske team:

De prehospitale tjenester i Helse Vest skal:

- I nært samarbeid med kommunehelsetjenesten bidra til at det blir etablert velfungerende lokale akuttmedisinske team.
- Bidra til å etablere og videreutvikle velfungerende behandlingsskjeder for de ulike pasientgrupper.

I dette arbeidet skal tjenestene kunne samarbeide nært med de andre aktørene i de lokale akuttmedisinske team.

(I vedlegget til planen redegjøres dere nærmere for tiltak som styrker samhandlingen i den akuttmedisinske behandlingsskjeden)

3.0 Beredskap for store ulykker og katastrofer.

Den Norske redningstjenesten bygger på samvirkeprinsippet. Ansvaret for redningstjenesten er ikke tillagt en bestemt etat, men er et samvirke mellom mange aktører. Politiet er tillagt den koordinerende rollen.

Samfunnet forventer at de prehospitale tjenester til en hver tid skal kunne fylle sine oppgaver i redningstjenesten.

Lov om helsemessig og sosial beredskap stiller krav om godkjent planverk for hvordan beredskapssituasjoner skal løses. Systematiske risiko og sårbarhetsanalyser skal ligge til grunn for planverket.

Den daglige tjenesten er grunnlaget for hvordan de prehospitale tjenestene vil kunne løse sine oppgaver ved store ulykker og katastrofer

Gjeldende beredskapsplan for Helse Vest stiller krav om at ambulansetjenesten skal ha personell som er utdannet til å dekke rollen som operativ leder helse.

Utrykningsleger skal ha kompetanse til om nødvendig å fylle rollen som fagleder helse på skadestedet. Ledelsen for ambulanse og medisinsk nødmeldetjeneste skal ha beredskap for og være trent i å sette stab / inngå i kriseledelse for å lede og koordinere sine ressurser under en krise.

De prehospitale tjenester i helseforetakene må disponere tilstrekkelig egnet materiell enten fra eget lager eller gjennom forhåndsinngåtte avtaler med andre. Dette materiellet skal kunne være tilgjengelig på skadestedet i løpet av den første innsatsen – Maksimalt 60 minutter etter at første ambulanse ankommer stedet.

Materiellet skal være tilpasset tjenestens øvrige utstyr.

Helseforetakene skal ha samordnede planer for å kunne yte og motta assistanse til- og fra de prehospitale tjenester i helseforetak man grenser opp til

Beredskap for store ulykker og katastrofer - De prehospitale tjenester i Helse Vest skal:

- Ha oppdatert planverk for større ulykker og kriser.
- Kunne dekke behovet for ledelse av helseinnsatsen på større / kompliserte skadested.
- Kunne sette stab / inngå i kriseledelse for å lede de prehospitale ressurser.
- Ha tilstrekkelig egnet materiell til å dekke behovet ved større ulykker / kriser.
- Kunne yte bistand til, og kunne motta assistanse fra andre helseforetak.

4.0 Organisering av de prehospitale tjenestene.

Kjernevirksomhet

AMK og ambulansetjenesten er en viktig del av et helhetlig sykehusstilbud til befolkningen. Følgende kan i særlig grad legges til grunn når prehospitale tjenester defineres som en del av helseforetakenes kjernevirksomhet:

Forskning har vist at dersom man makter å etablere velfungerende behandlingsskjeder hvor de prehospitale tjenestene og sykehus er nært knyttet til hverandre, har dette betydning for utfallet for den enkelte pasient.

De prehospitale tjenester er av vesentlig betydning for befolkningens trygghetsfølelse. Det betyr mye for tillitsforholdet mellom helseforetakene og befolkningen at de prehospitale tjenestene kan gi kvalitetsmessig god hjelp innen en akseptabel tidsramme.

Samhandling mellom legevakttjenesten, ambulansetjenesten (bil, båt, luft) og AMK er viktig for at legevakten skal kunne ivareta sin viktige "portvaktfunksjon". De prehospitale tjenester bidrar til at pasientene får riktig hjelp på lavest mulig omsorgsnivå, og derav forebygges også unødige innleggelse på sykehusene.

De prehospitale akuttmedisinske tjenester vil kunne virke som sykehusenes forlengede arm ut i lokalsamfunnet.

Stadig mer avanserte tiltak utføres i den prehospitale fasen. Dette fører til økte krav til faglig forankring. Forholdet mellom lege og ambulanspersonell bør være like tett som forholdet mellom lege og sykepleier på spesialavdelinger på sykehus. Planen understreker betydningen av at AMK og ambulansetjenesten er faglig forankret i sykehusavdeling med kompetanse på prehospital akuttmedisin. Ambulansetjenesten og AMK / nødmeldetjenesten er en viktig del av helseforetakenes kjernevirksomhet. For å sikre faglig kvalitet og langsiktig styring på utvikling av tjenestetilbudet skal helseforetakene i Helse Vest i størst mulig grad selv være utøver av tjenestene.

Kjernevirksomhet:

- De prehospitale tjenester i Helse Vest en del av helseforetakenes kjernevirksomhet.
- For å sikre den nødvendige styring med utvikling av faglig kvalitet i tjenestetilbudet skal helseforetakene selv være utøver av de prehospitale tjenestene.

Organisering i helseforetakene.

De enkelte helseforetak har valgt ulike løsninger for organisering av de prehospitale tjenestene. Det kan stilles spørsmål ved om ulikhetene i organisering et resultat av en nøye gjennomgang av hvilken organisering som gir de beste betingelser for en god drift og utvikling av de prehospitale tjenester. Eller om det er historiske, kulturelle årsaker og behov for lokal tilpassning som er de dominerende årsaker?

Det er viktig at helseforetakene arbeider aktivt med utvikling av modeller for god organisering og drift av de prehospitale tjenestene. Erfaringer både regionalt, nasjonalt og internasjonalt må legges til grunn i denne vurderingen.

For å sikre et helhetlig tjenestetilbud og effektiv utnyttelse av ressursene er det naturlig at syketransporttjenesten / pasientreiser og beredskapsplanlegging er en del av driftsorganisasjonens oppgaver i tillegg til AMK og ambulansetjenesten.

Organisering i helseforetakene:

I planperioden skal det arbeides aktivt med utvikling av modeller for god organisering og drift av de prehospitalene tjenestene.

Helseforetak med ansvar for de prehospitalene tjenester i Helse Vest skal:

- Utrede alternativer for fremtidsrettet organisering og drift, samt utvikle en enhetlig modell for organisering av de prehospitalene tjenestene.
- En fremtidig organisasjonsmodell må ivareta de prehospitalene tjenestenes behov for god organisering samtidig som hensynet til enhetlig utvikling i helseregionen og nødvendig tilpasning til sykehusenes organisasjon blir ivaretatt.

Ressurser til ledelse og utvikling.

Dagens organisering og drift av de prehospitalene tjenester er preget av ambulanseplaner som ble utviklet i den tiden tjenesten var fylkeskommunal.

Frem til sykehusreformen var ambulanse og nødmeldetjenesten for en stor del ledet av saksbehandlere hos fylkeshelsesjefene som i tillegg til å være ansvarlig for de prehospitalene tjenester skulle dekke flere krevende oppgaver.

Gjennomgangen av de prehospitalene tjenestene i Helse Vest viser at manglende ressurser til ledelse og utvikling er en alvorlig svakhet med dagens tjeneste.

Ressursene til ledelse og utvikling av de prehospitalene tjenester er utilstrekkelige for dagens situasjon. Langt mindre er de egnet til å møte fremtidens krav og utfordringer.

I de senere år har det vært endringer i de prehospitalene tjenestenes kompleksitet både faglig og organisatorisk. Det stilles økende krav til den driftsorganisasjon som skal ivareta ledelse og utvikling av tjenestene. Kvaliteten på tjenestetilbudet er avhengig av at de ressurser som er til disposisjon for ledelse og drift av tjenesten står i forhold til de krav som stilles til tjenestens virksomhet.

Det er derfor en prioritert oppgave tidlig i planperioden å styrke ressursene til ledelse og utvikling for å møte nåværende og fremtidige krav og utfordringer. Det er nødvendig med økt antall stillinger og tiltak for å sikre den nødvendige kompetanse som behøves for å videreutvikle tjenestetilbudet.

Ressurser til ledelse og utvikling:

- De prehospitalene tjenester i Helse Vest skal organiseres og drives på en måte som sikrer at ressursene til ledelse og utvikling er egnet til å møte nåværende og fremtidige krav.

Samordning med syketransport og beredskapsplanlegging.

De prehospitale akuttmedisinske tjenester er nært beslektet med syketransport og beredskapsplanlegging. For å sikre et helhetlig tjenestetilbud og for å kunne hente ut samordningsgevinster er det nødvendig at syketransport og beredskapsplanlegging er en del av samme driftsorganisasjon som ambulansetjeneste og nødmeldetjenesten.

Alle de fire helseforetakene har valgt å organisere syketransporttjenesten som en del av de prehospitale tjenester. Helse Førde og Helse Bergen har en nær samordning mellom AMK og kjørekontoret.

Helse Førde og Helse Bergen har egen beredskapskoordinator med ansvar for beredskapsplanlegging som en del av sin prehospitale driftsorganisasjonen. Dette er en fremtidsrettet løsning som forankrer beredskapsplanlegging i et operativt fagmiljø.

Samordning med syketransport og beredskapsplanlegging:

- Syketransporttjenesten og beredskapsplanlegging bør være en del av driftsorganisasjonen for de prehospitale tjenester.

Ivaretagelse av systemansvar:

I henhold til akuttmeldingen NOU 1998:9 skal følgende systemansvar ivaretas:

- Medisinskfaglig systemansvar.
- Operativt systemansvar
- Teknisk systemansvar.

Medisinskfaglig systemansvar:

Alle helseforetakene har utpekt lege som er medisinskfaglig systemansvarlig for de prehospitale tjenestene. Med unntak av Helse Fonna deltar de medisinske systemansvarlige legene i den prehospitale utrykningstjenesten. Dette gir legene et viktig grunnlag for å kunne ivareta det medisinskfaglige systemansvar.

Det er ulikheter foretakene i mellom når det gjelder hvor store ressurser som er avsatt til å ivareta det medisinskfaglige systemansvaret. Ivaretagelse av det medisinske systemansvaret er viktig for faglig forankring av drift og for utvikling av tjenestetilbudet. Den stillingsmengde som er avsatt til å ivareta det medisinske systemansvar synes ikke disse å være tilstrekkelige i noe av foretakene. Særlig er behovet for utvidet legeressurs stort i Helse Fonna og i Helse Førde.

Operativt systemansvar:

Det operative systemansvaret ivaretas av leder for ambulansetjenesten og leder for AMK sentralen. Ivaretagelsen av et helhetlig operativt systemansvar betinger et nært samarbeid. Deling av det operative systemansvaret for prehospitale tjenester mellom to personer er til en viss grad et særnorsk fenomen. I de fleste land med godt utviklede systemer for prehospital akuttmedisin er ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten en enhetlig organisasjon med enhetlig ledelse som ivaretar det operative systemansvaret.

De ulike måtene som foretakene har organisert sine prehospitale tjenester på har bare i begrenset grad ivare tatt behovet for et helhetlig operativt systemansvar. Ambulansesjefen er ansvarlig for ambulansetjenestens operative rutiner, personell og materiell. Det er AMK som disponerer alle ambulansene operativt og derved har reel styring med kostnader og en stor del av den faglige operative virksomheten i ambulansetjenesten. Det kan stilles spørsmål med om dagens modell for ivaretagelse av det operative systemansvaret legger til rette for en optimal utvikling av tjenestetilbudet.

For at ambulansesjefen og AMK leder skal kunne utøve det operative systemansvaret er de avhengig av tilstrekkelige ressurser i sin stab. De er videre avhengig av en fungerende linjeorganisasjon med områdeledere, ambulansestasjonsledere og skiftledere.

De enkelte helseforetakene i Helse Vest bruker i dag ulikt med ressurser på ivaretagelse av det operative systemansvar. Det er også ulikheter i organisatoriske løsninger. For alle fire Helseforetakene gjelder at det er svært små ressurser som er satt av til å ivareta det operative systemansvar sett i forhold til tjenestens størrelse, kompleksitet og de oppgaver den er satt til å ivareta.

Teknisk systemansvar

I den "gamle" forskriften for medisinsk nødmeldetjeneste ble det stilt krav om at eier av AMK sentraler skulle ha en egen teknisk systemansvarlig. På grunn av dette har ressursen som teknisk systemansvarlig i hovedsak hatt sin funksjon rettet mot nødmeldetjenesten. De prehospitale tjenester blir i stadig mer avhengig av moderne teknologi. Kommunikasjonssystemene, nytt nødnett, AMIS (AMK system), elektronisk kartverk, opprinnelsesmarkering og elektronisk pasientjournal er eksempler på kritiske systemer.

Fremover vil det være behov for at det tekniske systemansvaret ivaretar alle deler av de prehospitale tjenester. Det innebærer ansvar for å følge opp ambulansetjenesten (bil, båt og luft), nødmeldetjenesten (AMK og samordning med LV sentraler), samordning med syke transporttjenesten og utvikling av regionale og nasjonale tekniske løsninger. Helseforetakene må ha den nødvendige kapasitet og kompetanse i organisasjonen slik at det tekniske systemansvar for de prehospitale tjenestene kan ivaretas. Det må sikres tilgjengelighet av teknisk kompetanse i det enkelte foretak.

Systemansvar:

De prehospitale tjenester i Helse Vest skal ha ressurser, organisering og drift som sikrer at følgende systemansvar blir ivaretatt på en god og forsvarlig måte:

- Medisinskfaglig
- Operativt
- Teknisk

Kvalitetssystem – Krav om regelmessige internrevisjoner.

De prehospitale tjenester i Helse Vest har utviklet prosedyrer for virksomheten. Systembøkene bør samordnes slik at prosedyreverket utgjør en helhet for de prehospitale tjenester. I planperioden skal det vurderes å innføre akkreditering for de prehospitale tjenester. Det finnes ulike aktører som tilbyr akkreditering som er tilrettelagt for prehospitale tjenester. I København har man erfaringer med bruk av Joint Commission international (<http://www.jointcommissioninternational.com>) for akkreditering av sykehus og prehospitale tjenester.

Krav til kvalitetssystem – prehospitale tjenester:

- Kompetansen på systematisk kvalitetsarbeid må styrkes.
- Det skal innføres et system for revisjon av de prehospitale tjenester i Helse Vest.
- System for internrevisjon bør bygge på erfaringer fra revisjonsarbeidet innen luftambulansetjenesten og skal omfatte revisjon internt i foretakene og foretakene i mellom innen Helse Vest.
- Det skal innen 2009 være gjennomført revisjon. Revisjonene skal være årlige.
- De tiltak som anbefales i denne plan for de prehospitale tjenestene i Helse Vest skal innarbeides i planverket for det enkelte helseforetak og være en del av revisjonsgrunnlaget.
- Det skal vurderes å innføre akkrediteringssystem for de prehospitale tjenester i planperioden.

5.0 Medisinsk nødmeldetjeneste.

Formålet med medisinsk nødmeldetjeneste

Hovedformålet med medisinsk nødmeldetjeneste er å sikre befolkningen direkte kontakt med medisinsk personell. Den medisinske nødmeldetjenesten er basert på fagkyndighetsprinsippet som innebærer at publikum skal sikres direkte kontakt med kvalifisert medisinsk personell. Medisinsk nødmeldetjeneste skal sikre befolkningen forbindelse til de nødvendige akuttmedisinske helsetjenester uansett bosted og innenfor en akseptabel og forutsigbar tidsramme. Den medisinske nødmeldetjeneste skal sikre løpende kontakt mellom helsepersonell i sykehus og i oppdrag utenfor sykehus, og mellom sykehusene. Systemet skal bidra til rasjonell bruk av ressurser i helseberedskap gjennom forpliktende samarbeid mellom de ulike delene av helsetjenesten og mellom helsetjenesten og de øvrige nødetater. Det skal være en effektiv varsling/formidling av riktig ressurs/respons for å yte hjelp. Medisinsk personell skal gi veiledning og instruksjon i livreddende førstehjelp til pasienten og/eller den som har varslet, inntil profesjonell hjelp når fram.

De prehospitale tjenester i Helse Vest skal organiseres og drives på en måte som sikrer at formålet med medisinsk nødmeldetjeneste oppnås. Fagkyndighetsprinsippet skal ivaretas.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester - nødmeldetjenesten.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus stiller krav til oppgaver og ansvarsfordeling i den medisinske nødmeldetjenesten. Forskriften er tatt med som vedlegg i planen.

Status for medisinsk nødmeldetjeneste i Helse Vest.

Helseforetakene i Helse Vest har gitt vesentlige bidrag i oppbygningen og videreutviklingen av den medisinske nødmeldetjeneste i Norge. Dette vil være et viktig grunnlag for å arbeide med videreutvikling av tjenestetilbudet i Regionen.

AMK sentraler:

Det er pr 01.01.08 fire AMK-sentraler i Helse Vest:

	AMK-sentral	Befolkningsgrunnlag
Helse Førde HF :	AMK- Førde	107032
Helse Bergen HF	AMK-Bergen	354137
Helse Fonna HF	AMK-Fonna	163940
Helse Stavanger HF(**)	AMK- Stavanger	296815

Merknad

(**) Helse Vest RHF har i styrevedtak i 2002 utpekt AMK-Stavanger som regional-AMK for Helse Vest.

Oversikt over Tilleggs - funksjoner i AMK

	Fonna	Bergen	Stavanger	Førde
LV-sentral	ja	nei	ja	ja
LV i antall kommuner:	7		10	12
Ø.hjelp innleggelser	ja	ja	nei	nei
Trygghetsalarm	Ja*	nei	nei	nei
Syketransport	nei	nei	nei	nei
Hjemmesykepl formidling	ja	nei	nei	nei
Intern varsling	nei	ja	ja	ja
Katastrofevarsling	ja	ja	ja	ja

* Planlegges overført til legeaktsentralen i Odda Sykehus

Prehospitalt kommunikasjonssenter (PKS) en nyskaping:

I forbindelse med en gjennomgang av de prehospitaltjenester i Helse Bergen er det blitt vedtatt å opprette et prehospitalt kommunikasjonssenter. Følgende er hentet fra et notat skrevet av seksjonsoverlege Guttorm Brattebø Haukeland Universitetssykehus:

PKS er en sammenslåing og en samlokalisering av AMK, ambulanskoordinering og kjørekontoret til en felles enhet. Med andre ord en samling av medisinske nødsituasjoner, bestilte ambulansoppdrag, rekvirerte tjenester og annen pasienttransport internt og eksternt i Helse Bergen.

Samlokalisering og sammenslåingen gir en unik mulighet til å skape en enhet som er framtidsrettet ikke minst i forhold til endrede statlige føringer.

Samlokalisering gir stor fleksibilitet i beredskapssammenheng. PKS rår over et bredt spekter av transportmidler fra helikopter til drosje og buss, noe som har stor beredskapsmessig betydning. Ved å samlokalisere kjørekontor/pasienttransport til samme geografiske sted som AMK og ambulanskoordinering vil man ved en

beredskapssituasjon kunne dra veksler på hverandre ved at oppgaver til dels kan flyttes over til kjørekontor/-koordinator.

Ved tverrfagligheten i PKS forventes en mer smidig organisasjon og med større handlingsrom for å dekke ulike typer oppgaver.

I planperioden er det viktig å følge erfaringene som gjøres med prehospitalt kommunikasjonscenter. Eventuelle dokumenterte gode erfaringer må følges opp.

Utstyr og teknologi.

Det er fastsatt sentrale systemkrav for de tjenestene som skal fungere enhetlig på landsbasis. SHdir er konsesjonsinnehaver for helseradionettet som gir radiodekning for et samordnet, lukket radiosamband i Norge. Det er også kommunale brannvarslingssystemet tilknyttet radiosambandet. Kravet etter forskriften er at radionettet skal dekke 90 prosent av befolkningen. Radiodekningsgraden varierer fortsatt noe men antas i vår helseregion i hovedsak å oppfylle kravet. Teknologien er gammeldags og må derfor skiftes ut de nærmeste årene. Det er nå fattet beslutning om nytt digitalt nødnett, og helseradionettet omtales derfor ikke nærmere her.

Landets telefonnett utgjør fundamentet i publikums adgang til nødmeldesentralene.

Gjennom telenettet rutes «113»-anrop, innenfor et gitt geografisk område, til en gitt AMK-sentral. 113-anropene er også knyttet til et system for opprinnelsesmarkering. Dette innebærer at tidspunkt og telefonnummeret til apparatet innringer benytter, samt telefonabonnentens navn og adresse (ved bruk av fasttelefon), vises på dataskjerm i AMK-sentralen. Opplysninger om abonnentens navn og adresse er viktig for AMK-sentralen som da vil kunne sende hjelp til personer som selv ikke er i stand til å rapportere navn, adresse og problemstilling. Etter oppheving av telemonopolet, har AMK – sentralenes system for opprinnelsesmarkering ikke blitt like sikkert som før. Økende bruk av mobiltelefoner som ikke kan stedsbestemmes på nøyaktig måte og at mange går over til IP – telefoni, er eksempler på ny teknologi som reduserer AMKs mulighet for å utføre sin oppgave.

Et sterkt økende antall nødmeldinger og andre henvendelser til nødmeldetjenesten kommer fra mobiltelefoner. Antallet nettleverandører og mobiltelefonoperatører er også raskt økende.

Det forventes at publikum i fremtiden vil bruke SMS, MMS og andre typer tekniske løsninger for å melde om en nødssituasjon. Dette vil stille nye krav til AMK-sentralene. (Jfr. vedlegget om teknologiske utfordringer.)

Teknisk sikkerhet

Det er ikke stilt sentrale krav til sikkerhet for de tekniske funksjonene innen AMK/nødmeldetjenesten, bortsett fra noen føringer i de tekniske forskrifter til helseradionettet og en anbefaling laget av et nasjonalt fellesutvalg mellom nødetatene vedr. Sikring av teletekniske tjenester i nødsentraler. Det er derfor varierende løsninger i sentralene, etter hvilke sikkerhetsforhold en lokalt har funnet å legge vekt på.

I Helseberedskapsplanen for Helse Vest inngår en Delplan II som gjelder nettopp sikkerhet og beredskap innen AMK/nødmeldetjenesten. Den inneholder en påbegynt, men uferdig ROS-analyse/tiltaksplan for videre lokal bearbeiding. Det stilles krav om utarbeidelse av ROS-analyse og tiltaksplan innen gitte tidsfrister. Dette er ikke fulgt opp av helseforetakene. Helse Fonna er kommet lengst, men har ikke gjort arbeidet ferdig. Det er likevel gjort en del arbeid lokalt, både med ROS-analyser og

tiltaksplaner. Helse Bergen har brukt Delplan II under utarbeidelsen av kravspesifikasjonen for den nye AMK-sentralen som er tatt i bruk i 2007.

Teknisk støtte.

Det er en sentral teknisk systemansvarlig i 20 % stilling i Helse Vest ansatt i RAKOS som ivaretar samordning. Nettverksmøtene (ca 4 -6 pr år) er arena for samarbeidet mellom de ulike foretakene mht teknisk systemutvikling.

Når det gjelder teknisk systemansvarlig i foretakene er det variasjoner hvordan denne funksjonen ivaretaes. Stadig større avhengighet av avansert teknologi medfører at det er behov for å se nærmere på teknisk systemansvar i foretakene. Det er registrert et økende behov for en driftorganisasjon i forbindelse med etableringen av nytt nødnett.

Driften av en AMK-sentral er teknisk krevende. Hovedfunksjonene krever 100 % oppetid. Dette setter store krav til teknisk support. Derfor må det på dette felt ikke være noen uklarheter mht ansvarsforhold. Teknisk driftsansvar bør derfor være tydelig forankret i helseforetakets eget tekniske miljø, med klare ansvarlinjer overfor tekniske leverandører.

Helse Vest IKT A/S har fått ansvar for en del av IKT-driften av AMK-sentralene. Overføringsprosessen av support fra eget helseforetak til IKT Helse Vest A/S har vært noe uoversiktlig. Det har også fremkommet en usikkerhet mht ansvarsforhold i og med at Helse Vest IKT A/S i prinsippet er et eksternt selskap.. Dette bør avklares.

Reserve AMK-sentral ved teknisk sammenbrudd og behov for evakuering

AMK Stavanger og AMK Fonna har avtale om å bruke hverandre som reserve AMK ved behov. Det er utarbeidet prosedyrer og tekniske løsninger for dette. Helse Bergen og Helse Førde har ikke etablert reserveløsninger i annen fysisk lokasjon, men baserer seg på å reetablere funksjonaliteten i eksisterende sentral ved utfall.

Nytt nødnett (utdrag fra SHdir rundskriv...)

Stortinget har bestemt at det skal innføres et nytt digitalt nødnett i Norge for etatene Helse, Politi og Brann med start i 2006, og tentativ ferdigstilling i 2010/11. Prosjektet er underlagt Justisdepartementet og er definert inn i ulike faser, hvorav fase 0 er definert for helse sin del, til å inkludere Østfold, Oslo og Akershus, og Søndre Buskerud. Med andre ord hoveddelen av Helse Øst, og østre delen av Helse Sør. Helse Sør RHF og Helse Øst RHF har etablert et felles prosjekt for å realisere innføring av nytt digitalt nødnett. Ullevål universitetssykehus har fått ansvar for prosjektgjennomføringen

Prosjektets formål og hensikt

Helsepersonell i vakt skal være tilgjengelig på lukket radionett, med brukerspesifikk funksjonalitet. Tilgjengelighet kan sikres gjennom god dekning, tverrkommunikasjon med det offentlige telenettet og tilstrekkelig kapasitet for å håndtere større hendelser utover normaldrift. Systemet blir en god erstatning for dagens helseradionett og etatens bruk av mobiltelefon. Vi får en mer effektiv samhandling med de andre nødetatene og et avlyttingssikret samband.

- Sikre pasienter en forsvarlig behandling der et moderne telekommunikasjonssystem er en viktig faktor i behandlingsskjeden.
- Sikre at helsepersonell i vakt er umiddelbart tilgjengelige på nødnettet.

- Muliggjøre utstrakt bruk av IKT for å bidra til bedre helsetjenester.
- Gjennom utstrakt brukermedvirkning i spesifikasjonsarbeidet sikre at funksjonelle brukerkrav ivaretas.
- Spesifisere en erstatning for eksisterende helseradio og mobiltelefon for operativt personell
- God dekning og dimensjonering av nettkapasitet slik at lavt prioriterte brukere har et minimum av forbindelse - også ved større ulykker/katastrofer
- Tverrkommunikasjon med det offentlige telenettet
- Dekke sambandsbehovet i og mellom nød- og beredskapsstatene både i normal driftssituasjon og i krisesituasjoner, ved å samle disse i et felles kommunikasjonssystem med kontroll på tilgjengelighet.

Dokumentasjon og datasystemer i AMK.

AMIS:

Det har til nå ikke vært noen sentral samordning eller sentralt utarbeidede kravspesifikasjoner for dataverktøy. Dette har medført at miljøene selv har tatt initiativ utvikling av dataregistreringssystemer.

Alle AMK sentralene i Helse Vest bruker systemet AMIS for dokumentasjon. Fordelen med dagens situasjon er at AMK sentralene bruker et felles system, men det er sentralt ikke utarbeidet retningslinjer for en enhetlig måte å registrere data på. Utarbeidelse av denne planen i Helse Vest avdekket alvorlige svakheter med AMIS i forhold til å få frem viktig styringsinformasjon for de prehospitale tjenester. Fagmiljøet er lite fornøyd med systemets brukervennlighet i operative situasjoner. Systemet er ikke samordnet med sykehusenes elektroniske journalsystem. Det positive ved utviklingen av dette programmet har vært at brukermiljøene er tatt med i utviklingen. Men utviklingen har vært preget av manglende koordinering og manglende ressurser til utvikling. Dette er kommet klart til syne i forbindelse med innhenting av nødvendig virksomhetsdata til denne rapporten.

Sammenlignet med tilsvarende sentraler i andre land som det er naturlig å sammenligne seg med, har Norge sakkert akterut mht dataverktøy for nødmeldetjenesten. Dette har negative konsekvenser for de prehospitale tjenester inkl. ambulansetjenesten.

Lydlogg:

Bruk av lydlogg er viktig for dokumentasjon under aksjoner og for å kvalitetssikre tjenesten bedre. Etter forskriften skal all pasientrettet virksomhet dokumenteres.

Flåtestyring / Digitale kart:

Alle AMK-sentralene i helseregionen har tatt i bruk Locus- flåtestyringssystem med digitale kart. Det er inngått en sentral avtale om oppdatering av de digitale kartene. Dette oppleves som et svært nødvendig hjelpemiddel for å utnytte ambulansekapasiteten best mulig

Brukergrensesnitt:

De forskjellige dataverktøyene, telefoni og – helseradionettet er ikke sydd sammen i et felles brukergrensesnitt. Dette er uoversiktlig samtidig som AMK – operatørene opplever at informasjonsmengden øker og arbeidet blir mer og mer stressende. Innhenting av informasjon som basis for arbeidet med Plan for prehospitaltjenester har også vist at datasystemene som er i bruk ved våre AMK-sentraler har et stort forbedringspotensial. Nye systemer må ivareta behovet for tilfredsstillende brukergrensesnitt nøye tilpasset arbeidssituasjonen i AMK sentralene.

Faglig kvalitetssikring i AMK

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp:

Nødmeldetjenesten har et felles verktøy for kvalitetssikring; «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp». Indeksen veileder operatøren gjennom et strukturert intervju med innringer. På bakgrunn av de symptomer som beskrives gjennom forhåndsdefinerte spørsmålsrekker, vil AMK-/LV-operatøren kunne avgjøre hvilken type nødsituasjon som foreligger, samt prioritere/velge hastegrad. I tillegg brukes indeksen som grunnlag for telefonisk veiledning av innringer/pårørende i førstehjelp og livreddende prosedyrer.

Indeksen benyttes i dag ved alle AMK-sentraler i Helse Vest og mange LV-sentraler. Det har vært arbeidet med en elektronisk versjon av elektronisk indeks, men denne prosessen har vært vanskelig. Fra AMK-operatørens synspunkt hadde det vært ønskelig med en integrert elektronisk indeks, da det oppleves vanskelig å stadig veksle mellom papirbasert støtteverktøy og elektroniske systemer. I en klagesak rapportert til Statens Helsetilsyn, har en AMK-sentral anført at dette må anses som et systemproblem som det må gjøres noe med. Prosjektgruppen er kjent med at det arbeides med en ny versjon av Indeks som også innebærer utvikling av en elektronisk versjon. Det er ikke utviklet norske systemer for faglig håndtering av legevaktshenvendelser. Etablering av større og større legevaktssentraler synliggjør behovet for et slikt faglig støtteverktøy. NHS-direct i Storbritannia har utviklet et slikt system og det rapporteres om gode erfaringer med dette systemet.

Evaluerings av virksomheten:

AMK Bergen har som målsetting å evaluere 5% av 113 – henvendelsene. Denne målsetting bør tilstrebes av de øvrige AMK – sentraler.

Systembok:

Det andre sentrale verktøy for kvalitetssikring i AMK-sentraler er systembok. Systemboken skal være et lett tilgjengelig verktøy for den enkelte ansatte, hvor operasjonelle prosedyrer, funksjonsbeskrivelser, prosedyrer for samarbeid mellom nødetatene og for nødsituasjoner etc., er samlet. Alle AMK-sentraler i Helse Vest har utarbeidet systembok, men det gjenstår en harmonisering av de sentrale delene i disse.

Nettverksmøter:

I regi av regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter (RAKOS) avholdes det regelmessige fellesmøter mellom AMK-sentralene – der det arbeides med utarbeidelse av prosedyrer, utdanningsplaner, felles øvelser etc. Disse møtene har betydning med tanke på å utvikle et enhetlig system som for publikum virker likt – enten en ringer 113 i Førde, Bergen, Fonna eller Stavanger.

De AMK sentraler som er utpekt til å ha en koordinerende funksjon (Region AMK), har felles møter for å diskutere felles problemstillinger og ta initiativ til forbedringer.

Bemanning av AMK sentralene

Med unntak av Helse Førde er alle AMK sentralene bemannet med både sykepleier og ambulansesentral. Av tabellen fremgår det hvordan bemanningen er ved de forskjellige sentraler. En ser at AMK - Stavanger er lavest bemannet, selv om denne sentralen både har en regionsfunksjon og er legevaktsentral for 10 kommuner.

De faglige kravene Statens helsetilsyn har lagt til grunn for håndtering av en medisinsk nødmelding tilsier at ingen av sentralene har for god bemanning. Det er nærliggende å stille spørsmål ved om en oppfyller minstekravene ved de sentralene som har lavest bemanning og dermed oppfyller kravene til medisinsk forsvarlig virksomhet til enhver tid.

BEMANNING	Bergen	Stavanger	Fonna	Førde
AMK leder	80%+ 100%****	60% *	40%	100%
AMK lege i henhold til rundskriv	Ja	Ja	ja	ja
Medisinsk systemansvarlig	100%	100%	50%	Ja (10 %)
Fagutviklings ansvarlig	Nei	75%	75%	Nei
IT ressurs person	Ja	Ja	Nei	Ja
Antall sykepleiere.				
Dag	2	1	1 + 1**	2
Kveld	2	1	1 + 1**	2
Natt	2	1	1 + 1**	2
Antall AMK koordinatører				
Dag	2***	1	1	0
Kveld	2***	1	1	0
Natt	2***	1	1	0
Teknisk systemansvarlig	ja	40 %	40 %	Ja

- 20 % av stilling som vakth AMK
- **Har en sykepleier som back up med pers. Søker i mottak.
- *** 1 koordinator på natt søndag - torsdag
- **** Helse Bergen har 80 % stilling som leder av AMK og 100 % stilling som leder av Prehospitalt kommunikasjonscenter.

Daglig leder AMK.

AMK-Stavanger og Helse Bergen har ansatt egen leder som overordnet leder for AMK og medisinsk nødmeldetjeneste i eget sykehusområde

I AMK-Førde har klinikkdirektør for prehospitale tjenester også et praktisk operativt ansvar for virksomheten

I AMK Fonna er avd leder i akuttmottak leder for AMK

Oppgavene til daglig leder er oftest slik det er beskrevet i NOU 1998:9

- personellansvar og tilsyn med håndtering av løpende driftsoppgaver

- å gi veiledning til operatørene og sørge for at de får tilstrekkelig opplæring både med hensyn til teknisk betjening av kommunikasjonsutstyret og rett prosedyrebruk
- å ajourføre ressursoversikter for beredskapen som sentralen har koordineringsansvar for.

I tillegg kan AMK-leder ha ansvar for:

- utvikling/ planlegging og budsjettansvar

Systemansvarlig lege

Alle AMK-sentralene har en medisinsk systemansvarlig lege. (se planens beskrivelse av medisinsk systemansvar)

Vakthavende AMK-lege

Alle AMK-sentralene har også en vakthavende AMK-lege.

For AMK-Stavanger, AMK-Bergen og AMK-Førde er dette vakthavende luftambulanselege. Når denne er ute på oppdrag, overtar en lege på sykehuset denne funksjonen. Denne ordningen har opplagt en del systemsvakheter.

I AMK-Fonna er det vakthavende anestesilege som har AMK-legevakt

Ingen av AMK-sentralene har fullgodt opplæringsprogram for vakthavende AMK-lege.

Det har vært liten interesse for et slikt program.

AMK-lege-funksjonen er for tiden under diskusjon i fagmiljøene.

Utdanning/ kompetanse.

Det er noe ulikt opplegg for utdanning og vedlikehold av kompetanse, men basis for utdanningen er KOKOMs anbefaling for opplæring/oppfølging av LV-og AMK-operatørene.

Ved Universitetet i Stavanger er det, etter initiativ fra RAKOS Helse Vest, iverksatt et videreutdanning for sykepleiere i akutt sykepleie, Dette studiet gir en spesialutdanning for sykepleiere som skal arbeide ved legevakt, akuttmottak og AMK. I tillegg til denne spesialutdanningen må det påregnes en bedriftsintern opplæring for å kunne begynne å fungere i en AMK-sentral. Studiet er åpent for personer som har grunnutdanning i sykepleie. AMK-operatørene med ambulansbakgrunn faller utenfor dette studietilbudet slik det er utformet i dag. Dette er forhold som må vektlegges i en evaluering av studiet.

Sykehus uten AMK-sentral

Følgende sykehus i Helse Vest har ikke mottak av 113 / AMK-sentral:

Stord sjukehus, Odda sjukehus, Valen sjukehus, Voss sjukehus (fra vår 2007), Sandviken sykehus, Haraldsplass Diagonale Sykehus, Kysthospitalet i Hagavik, Nordfjordeid sjukehus, Florø sjukehus, Lærdal sjukehus.

Det er noe ulike løsninger vedr ekstern kommunikasjon for disse. *Den nye forskriften for akuttmedisin utenfor sykehus setter krav til kommunikasjonsløsning for disse sykehusene.*

LV-sentraler (kommunalt ansvar - tas for å beskrive helheten)

Noen AMK-sentraler har LV-funksjon hele døgnet eller deler av døgnet. Dette kan føre til et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten, men vil også kunne være en belastning som kan gå på bekostning av primæroppgavene til AMK.

Det er forøvrig en klar trend på sammenslåing av legevaktsdistrikter og dermed større og større LV-sentraler. Kommune Os og Ausevoll har konkurranseutsatt denne tjenesten og inngått kontrakt med en privat selskap (Help 24) om drift av LV-sentral. Disse forhold setter store krav til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. som eksempel kan nevnes felles drift av helseradionettet – som spesialisthelsetjenesten innehar konsesjonen for. Utarbeidelse av prosedyrer for samhandling mellom AMK- og LV-sentralen er et annet eksempel på en krevende utfordring. Mange LV sentraler bruker «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp»- slik at begge sentraler har et felles begrepsapparat, noe som er en forutsetning for forsvarlig medisinsk drift. Men LV-sentralene mangler et enhetlig prioriterings og veiledningssystem for majoriteten av henvendelser tillegevakten. Dette er en utfordring for kommunehelsetjenesten. Det er heller ikke utviklet et enhetlig dataverktøy for LV-sentraler, og mange benytter fortsatt en pairbasert registrering. Noen LV-sentraler har tatt i bruk AMIS. Få LV-sentraler bruker lydlogg.

Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Det er mellom de forskjellige helseforetakene uliker måter å samhandle med kommunehelsetjenesten.

Helse Fonna HF har LV-funksjon for mange kommuner. Dette er et formelt samarbeid som har vist seg å bidra til et nært samarbeid mellom AMK og de respektive LV-områder.

Helse Fonna HF og Helse Stavanger HF har kontrakter med kommunene som på en detaljert måte regulerer samhandlingen mellom spesialisthelsetjenestens nødmeldetjeneste og den nødmeldetjenesten kommunene har ansvaret for. Disse kontraktene inneholder en detaljert liste over kommunenes oppgaver og spesialisthelsetjenesten oppgaver. Disse kontraktene innebærer blant annet at det skal være et fagforum i hver kommune der sykehuset og kommunehelsetjenesten inngår. Helse Stavanger rapporterer gode erfaringer fra denne måten å bygge samarbeidet på.

Samhandling med andre nødetater

AMK-sentralene er pålagt å samarbeide med de andre nødetatene.

Alle AMK sentralene i Helse Vest har etablert rutiner for samarbeid.

I Helse Stavanger er det gode erfaringer med et fast samarbeidsorgan bestående av lederne for 110, 112 og 113 – sentralene. Slike samarbeidsmøter avholdes minst 4 ganger i året siden 1991. Dette har skapt et svært tett nettverk mellom nødetatene i dette området. Regional AMK har også møter med HRS.

Medisinsk nødmeldetjeneste - Prosjektgruppens anbefalinger

Innledning – fremtidig utvikling.

Mottak og oppfølging av medisinske nødmeldinger må, sammenlignet med andre, betraktes som et eget fagområde. Virksomheten har på mange områder på en god måte funnet en form som publikum og samarbeidspartnere både innad i heletjenesten og blant de andre nødetatene er fornøyd med. Mange medisinske fagmiljøer i utlandet vurderer den norske modellen som svært interessant. Fremtidens medisinske nødmeldetjeneste bør bygge på dagens organisering og drift, men for å fylle sin fremtidige oppgave evne å videreutvikle virksomheten, legge større vekt på forskning som basis for dette.

Det antas at spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud i fremtiden vil endres i retning av både desentralisering og sentralisering; Desentralisering vil bl.a. skje i form av økt bruk av ambulante og telemedisinske tjenester for å gi pasienten et kvalitativt godt tilbud lokalt. Særlig kan dette gjelde for spesialist behandlingstilbud til pasienter med kompliserte kroniske tilstander.. Samtidig vil det bli en økt samling av behandlingstilbud som krever spesialisert kompetanse og store investeringer i utstyr. Bedret informasjons og kommunikasjonsteknologi åpner muligheten til økt desentralisert behandling samtidig som seleksjon av pasienter som har behov for behandling på et høyere nivå kan gjøres raskere og med bedre kvalitet. Prehospitale tjenester utgjør helsetjenestens logistikk og transportsystem. Bilambulansetjenesten sammen med spesialisert utrykningstjeneste vil representere tryggheten ved akutt medisinske hendelser i lokalmiljøet. Et differensiert transportsystem ivaretar en hensiktsmessig ressursbruk, gir mulighet for rask diagnostisering, stabilisering og eventuelt behandling samt rask og kvalifisert transport til riktig nivå. AMK-sentralene vil ut fra disse perspektiv videreutvikles til å være en høyteknologisk operasjonssentraler for akutt-,krise- og beredskapshendelser samt logistikk.

- Mottak og håndtering av medisinske nødmeldinger er å betrakte som et eget fagområde.
- Fremtidens medisinske nødmeldetjeneste i Helse Vest bør bygge på dagens organisering og drift, men skal i større grad være forskningsbasert.
- AMK sentralene i Helse Vest skal videreutvikles til å være høyteknologiske operasjonssentraler for akutt krise og beredskapshendelser og kunne ivareta god transportlogistikk for pasientene.

Fortsatt direkte nødnummer til helsevesenet

- Den medisinske nødmeldetjenesten i Helse Vest skal organiseres og drives slik at fagkyndighetsprinsippet blir ivaretatt. Det skal sikres at publikum raskt kommer i kontakt med medisinsk fagpersonell.

Faglighet bør ytterligere styrkes:

- AMK operatører skal være autorisert helsepersonell og ha nødvendig AMK operatørutdanning. Personellet skal gjennomgå årlig sertifisering / resertifisering. For alle AMK sentralene skal det foreligge planer for kontinuerlig fagutvikling.
- Planer for utdanning og resertifisering av AMK - personell bør gjennomgås og i større grad harmoniseres mellom foretakene i Helse Vest.
- Medisinsk støtteverktøy for legevakthenvendelser bør utvikles for de AMK-sentraler som har LV-funksjon.
- Ny tele / IKT – teknologi bør utnyttes i kommunikasjon med innringer i forbindelse med veiledning og rådgivning.
- De medisinske, operative og teknisk systemansvarlige bør samordne og videreutvikle sin virksomhet og kompetanse

Utvikling - organisering

- Prosjektgruppen anbefaler at dagens modell med en AMK sentral i hvert av helseforetakene videreføres.
- Det skal i planperioden være fokus på utvikling av gode modeller for organisering av den medisinske nødmeldetjeneste som en integrert del av de prehospitale tjenester.
- De erfaringer som gjøres med prehospitalt kommunikasjonscenter i Helse Bergen følges opp som en del av arbeidet med organisasjonsmodeller for prehospitale tjenester i Helse Vest.

Samhandling mellom leddene i den akuttmedisinske kjeden må styrkes:

Samhandling i den akuttmedisinske tiltakskjede:

I planperioden skal helseforetakene med ansvar for de prehospitale tjenester i Helse Vest arbeide for at:

- Samarbeidet med kommunehelsetjenesten videreutvikles.
- Samarbeidet skal være forankret i en avtale mellom helseforetakene og kommunene.
- AMK - samarbeidet i det faglige nettverket i Helse Vest bør prioriteres for å fremme det operative samarbeidet mellom AMK-sentralene og for å utvikle en enhetlig medisinsk nødmeldetjeneste i regionen.
- R-AMK i Stavanger må fortsette harmoniseringsarbeidet med de andre regionale AMK-sentralene og videreformidle denne systemutvikling i egen region
- Helse Bergen HF ved Norsk senter for sjøfartsmedisin og Helse Stavanger ved AMK og RAKOS er gitt et ansvar for å følge opp intensjonene i St.mld 43 som sier at det bør tas : *"initiativ til å koordinere og integrere dagens ordning i den medisinske nødmeldetjenesten med sikte på å få i stand en styrket og mer institusjonalisert medisinsk rådgivningstjeneste til skip"* Dette arbeidet bør følges opp i nært samarbeid med HRS og Statens helsetilsyn i Rogaland.

Utvikling av moderne dataregistreringsverktøy og støttesystemer og brukergrensesnitt

Nåværende dataverktøy og systemer har klare mangler. Dette området bør gjennomgås grundig. RAKOS bør i samarbeid med AMK-fagmiljøene og KOKOM komme med forslag til forbedringer. I denne sammenheng bør en ha fokus på både den funksjonelle utformingen, informasjonsutveksling, arbeidsmedisinske og HMS-aspekter. Det bør også vurderes om det er mer rasjonelt å gå over til utenlandske systemer fremfor kostbar utvikling av egne systemer.

Dataregistreringsverktøy og støttesystemer:

Helseforetakene skal i planperioden:

- Bygge opp kompetanse på dataregistreringsverktøy og støttesystemer som dekker nåværende og fremtidige behov for de prehospitale tjenestene.
- Lage en plan som inneholder forslag til forbedringer.
- Innføre de nødvendige systemer for å møte nåværende og fremtidige behov.

Bemanning og krav til tilgjengelighet og kompetanse.

Bemanning – krav til tilgjengelighet og kompetanse:

- Hvert foretak bør gjennomgå om bemanningen i AMK er adekvat i forhold til medisinske kvalitetskrav fra Statens Helsetilsyn.
- Det bør under normale forhold være en "AMK-aksess-tid" på mindre enn 10 sekund (dvs den tid det tar fra en ringer 113 til man får svar).
- Innholdet i stilling som medisinsk systemansvarlig og teknisk systemansvarlig bør gjennomgås og formaliseres.
- AMK-lege funksjonen bør gjennomgås. Det bør blant annet utformes en opplæringsplan for AMK-leger og vakthavende AMK-lege må være kjent med sitt ansvar
- AMK bør ha en egen person med dedikert ansvar for fagutvikling og kvalitetssikring. Som et ledd i kvalitetssikringsarbeidet bør det være en målsetting å kvalitetssikre minimum 5 % av 113-samtalene.
- Høyskoleutdanningen for AMK personell ved UIS evalueres. Det arbeides videre med formalisert operatør utdanning som dekker både sykepleiere og ambulanspersonell.
- Det bør etableres et system for resertifisering basert på KOKOMs anbefalinger.
- AMK-leder bør ha en avgjørende rolle mht utvelgelse av nyansatte (ref KOKOMs anbefalinger). Stillingsbrøk som ansatt i AMK bør minimum være 30 %, men ideelt minst 50 %. For å kompensere for lav stillingsbrøk bør en vurdere å komprimere arbeidsperiodene.
- Det bør være en person som har et oppfølgingsansvar for alt teknisk utstyr, helseforetakets helseradionett. Ansvarsavklaring overfor Helse Vest IKT ANS bør skje.
- Ved katastrofer / større hendelser skal det være etablert en ordning med rask tilkalling av ekstra - personell til AMK.
- Det bør arbeides for å få etablert en bemanningsnorm for AMK-sentraler

Nytt nødnett

- De prehospitale tjenestene i Helse Vest må kunne bidra aktivt i prosessen med planlegging og innfasing av nytt nødnett.

Reserve AMK

- Planer for reserve AMK utarbeides og iverksettes i de foretak som ikke har etablert dette.

Sikring av AMK sentraler

- Tiltakene for AMK-sentralen som er foreslått i «Beredskapsplan for Helse Vest Delplan 2» må gjennomgås i hvert helseforetak og gis lokal tilpasning før oppfølging.

6.0 Bilambulansetjenesten..

6.1 Dagens situasjon.

Oversikt over noen sentrale problemstillinger:

NoU 1998 :9 "hvis det haster" og stortingsmelding nr.43 (1999 – 2000) konkluderer med at ambulansetjenesten er det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden og at det må iverksettes tiltak for å styrke ambulansetjenesten.

Forskrift om krav til akuttmedisin utenfor sykehus stiller en rekke krav til ambulansetjenesten. Det er en utfordring å organisere og drive tjenesten på en måte som sikrer at disse kravene blir oppfylt.

De senere år har det vært en tiltagende økning i det faglige nivået i ambulansetjenesten. Antallet ambulansarbeidere med formell utdanning og autorisasjon er stigende. Stadig nye prosedyrer og innføring av komplekst utstyr forutsetter tett oppfølging. Dette medfører økt behov for intern oppfølging og retrening. Det er i dag liten kapasitet til å gjennomføre nødvendig fagutvikling. Til en viss grad kan "on the job training" aksepteres men dette erstatter ikke behovet for systematisk oppfølging med nødvendig veiledning og internundervisning i forbindelse med nye prosedyrer, endringer i prosedyrer og innføring av utstyr.

Ambulansetjenestene i Helse Vest stiller krav til at personellet må ha bedriftsintern videreutdanning ut over fagbrev for å utføre avanserte akuttmedisinske / legedelegerte oppgaver. Det er i dag ikke noen enhetlig modell for faglig innhold og gjennomføringsmåte for denne bedriftsinterne utdanningen. Helseforetakene har ikke utviklet en felles modell for sertifisering av personellet. Videreutdanning og sertifisering i ett foretak er ikke gjeldende utenfor foretakets grenser. Den bedriftsinterne videreutdanningen er ressurskrevende og fører i liten grad frem til formell kompetanse. En måte å sikre at videreutdanningen gir formell kompetanse på er å flytte den over i høyskolen etter modell av nasjonal paramedicutdanning. Dette er blant annet gjennomført i Oslo og Akershus.

Det er i tiden fremover grunn til å ha særlig fokus på rekrutteringsproblematikken. Særlig gjelder dette i forhold til ambulansetjenesten i distriktene. Et samarbeidsprosjekt i Helse Vest har resultert i samordnet innkjøp av ambulanserbiler. Ambulansekjøretøy utgjør den største enkeltinvestering i materiell for tjenestene. Foruten ambulanserbiler er det ikke utviklet enhetlige utstyrstandarder og ikke etablert samordnet innkjøp med grunnlag i ambulansetjenestens behov. I tiden fremover bør det utarbeides utstyrstandarder og etableres kostnadsbesparende innkjøpsordninger. Det er utviklet prosedyreverk for ambulansetjenesten i de enkelte foretak. Innføring av MOM (Medisinsk operativ manual) for ambulansetjenesten i Helse Vest har av ulike grunner dratt ut i tid. Innføring og videreutvikling av en felles MOM vil kunne bidra til mer enhetlige medisinske og operative prosedyrer i helseregionen.

I forhold til størrelse og kompleksiteten i organisasjonen synes det som om det er for få ansatte i ledelse og stab til å kunne utføre de oppgaver som vil kreves av en ambulanseorganisasjon i fremtiden. Videre mangler teknologi, rutiner og definisjoner som grunnlag for samordnet dokumentasjon og rapporter.

Målsetning:

- I planperioden skal det iverksettes tiltak for å styrke ambulansetjenesten i Helse Vest faglig og organisatorisk slik at den blir et sterkt ledd i den akuttmedisinske kjede.

Ambulansetjenesten i Helse Vest i forhold til andre helseforetak:

I det følgende vises en sammenligning mellom ambulansetjenesten i Helse Vest og de andre regionale helseforetakene. Statistikken er hentet fra Statistisk sentralbyrå. Ambulanser i hel- og deldøgnsdrift, reserve- og suppleringsambulanser og ambulansebåter, etter helseregion. 2006

Helseregion	Døgnambulanser	Ambulanser i drift deler av døgnet ¹	Reserve- og suppleringsambulanser	Ambulansebåter
Hele landet	422	103	56	37
Helseregion Øst	79	36	22	1
Helseregion Sør	71	14	4	1
Helseregion Vest	84	19	27	10
Helseregion Midt-Norge	79	15	0	6
Helseregion Nord	109	19	3	19

¹ Antall timer disse ambulansene er i beredskap kan variere.

2007 © Statistisk sentralbyrå

Antall ambulanser, beredskapstimer, oppdrag og kjørte kilometer. Totalt og per innbygger, etter helseregion. 2006

Helseregion	Antall ambulanser i drift ¹	Antall beredskapstimer per uke	Antall oppdrag	Antall kjørte kilometer	Antall døgn – ambulanser per 100 000 innbyggere	Antall beredskapstimer per innbygger	Antall oppdrag per 1 000 innbyggere	Antall km per oppdrag
Hele landet	525	87 509	528 378	29 029 638	9	0,97	113	55
Helseregion Øst	115	15 932	183 201	8 217 726	5	0,49	108	45
Helseregion Sør	85	12 541	100 752	5 422 858	8	0,72	111	54
Helseregion Vest	103	15 431	104 259	4 859 335	9	0,83	108	47
Helseregion Midt-Norge	94	17 457	69 731	4 707 232	12	1,39	107	68
Helseregion Nord	128	26 148	70 435	5 822 487	24	2,94	152	83

¹ Dette tallet inkluderer både døgnambulanser og ambulanser i drift deler av døgnet.

2007 © Statistisk sentralbyrå

Antall ambulanseoppdrag per 1 000 innbyggere, etter helseregion. 2000-2006

Helseregion	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hele landet	92	96	101	102	104	107	113
Helseregion Øst	87	91	96	95	98	100	108
Helseregion Sør	89	96	99	102	102	105	111
Helseregion Vest	96	96	97	101	102	105	108
Helseregion Midt-Norge	85	87	100	100	101	100	107
Helseregion Nord	119	126	132	136	141	150	152

2007 © Statistisk sentralbyrå

Årsverk i ambulansetjenesten, biler og båter, etter utdanningskategori og helseregion. 2006

Helseregion	Totalt	Sykepleiere	Ambulansepersonell med fagbrev	Ambulansepersonell med kompetanse	Annet personell
Hele landet	3 136	148	2 027	674	287
Helseregion Øst	860	69	550	94	147
Helseregion Sør	505	16	396	89	4
Helseregion Vest	538	15	412	106	5
Helseregion Midt-Norge	557	22	378	88	70
Helseregion Nord	676	26	291	297	62

2007 © Statistisk sentralbyrå

Forskrift for akuttmedisin utenfor sykehus - ambulansetjenesten.

Forskriften for akuttmedisin utenfor sykehus, som ble fastsatt 15 mars 2005 stiller krav til organisering og drift av ambulansetjenesten. Følgende er særlig viktig å merke seg:

Forskriften har følgende definisjon av ambulansetjeneste (§13):

- "Med ambulansetjeneste menes bil-, båt- og luftambulansetjeneste som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus."

Andre viktige definisjoner som får betydning for organisering og drift av ambulansetjenesten er: "(§ 3. Definisjoner)

- Med akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus menes i denne forskrift medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten.
- Med akuttmedisin menes kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, herunder akutte psykiske lidelser, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse.
- Med akuttmedisinsk beredskap menes forberedte tiltak som iverksettes for å sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske helsetjenester"

Forskriften fastslår at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer som oppholder seg innen helseregionen tilbys nødvendige ambulansetjenester.

De regionale helseforetakene har ansvar for forsvarlig utbygging og dimensjonering av ambulansetjenesten. I henhold til forskriften innebærer dette at de regionale helseforetakene i sin planlegging av ambulansetjenesten bl.a. må ta hensyn til lokal organisering av legevakt og sykehusstruktur.

Ambulansetjenesten har følgende oppgaver"(§15)":

- Bil- og båtambulansetjenesten utgjør sammen med kommunal legevaktordning den lokale akuttmedisinske beredskap og skal primært:
 - a) dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander
 - b) bringe syke/skadde pasienter til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten når pasienten har behov for overvåkning og/eller behandling".

(Det er viktig å merke seg at kravene i §15 også omfatter pasienter med psykiatrisk sykdom)

Forskriften stiller krav til bemanning og kompetanse:

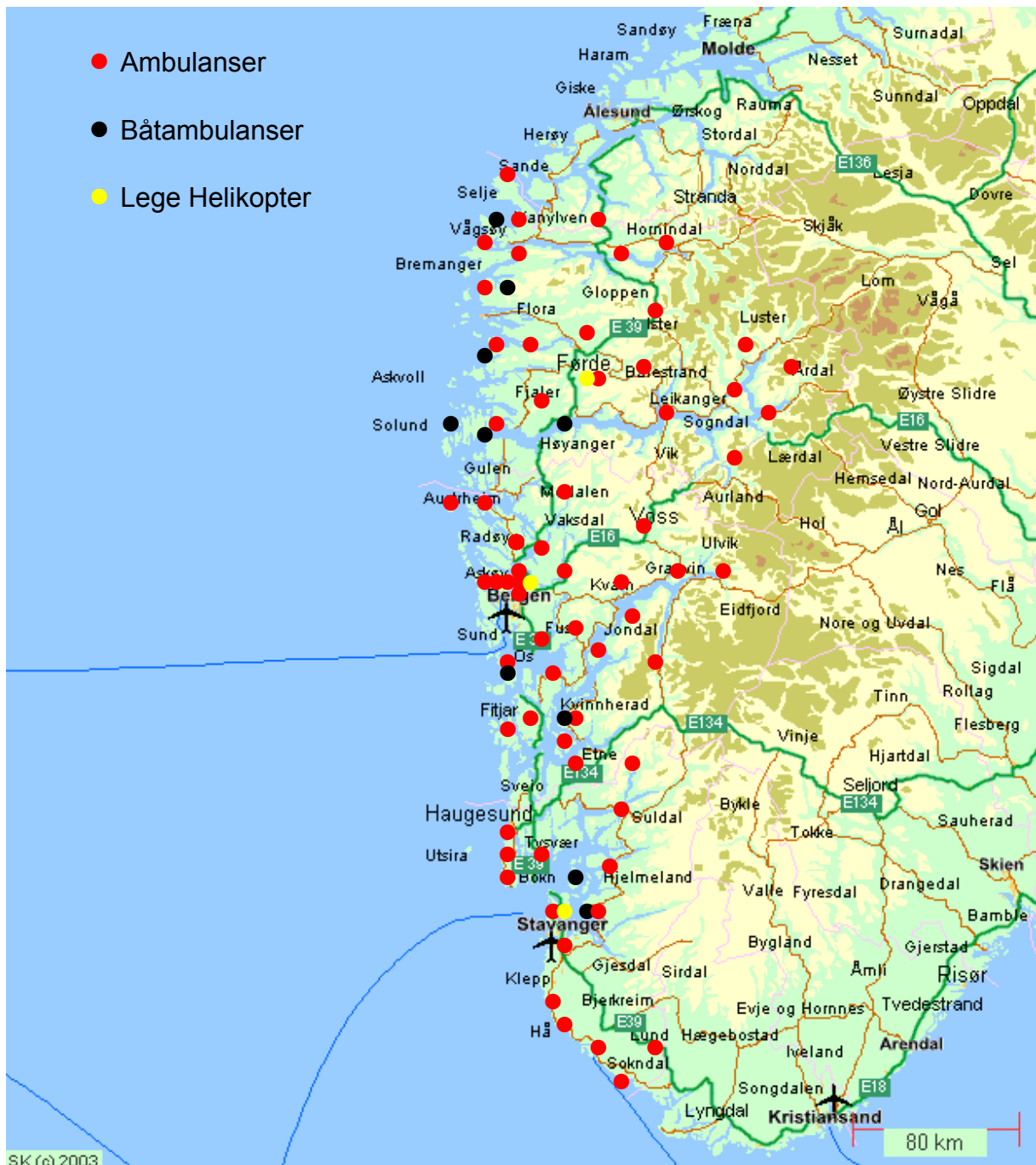
"(§17) Ambulansebiler og -båter som utfører oppdrag som nevnt i §§ 3 2. ledd og 15

- skal være betjent av minst to helsepersonell slik at pasienten sikres adekvat behandling og oppfølging under transport."
- Minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider.
- "Øvrige helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Dette innebærer som minimumskrav
 - En redningsteknisk del med 55 timer teori og
 - 15 timer praktiske øvelser, samt en medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og
 - 3 ukers praksistjeneste ved mottakelsesavdeling/intensivavdeling (1 uke), operasjons- anestesivdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avdeling (1 uke)."
- Kravet til kompetanse kan fravikes for en periode av inntil fem år fra det tidspunkt forskriften trer i kraft. Denne overgangsordningen vil bare gjelde personell som er ansatt i ambulansetjenesten ved forskriftens ikrafttredelsestidspunkt.
- Minst ett av ambulanspersonellet skal inneha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy.

Tilstedevakt er hovedregelen.:

- "Ambulansene skal som hovedregel være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres for stasjoner:
 - som har et lavt antall akuttoppdrag pr. år
 - b) hvor personell kan være ved ambulansen innen forsvarlig tid etter oppringning.Det er tilstrekkelig at ett av unntaksvilkårene er oppfylt."

Stasjonering av ambulanseressurser ambulanse-ressurser i Helse Vest pr. 01.01.2006 (viser ikke reserve amb.)



Dagens situasjon – kompetanse i ambulansetjenesten.

Den følgende tabell gir en oversikt over status i forhold til formell kompetanse for ambulanspersonell i helseregionen

Helseforetak	Antall ansatte i bilambulanse - tjenesten	Kompetanse pr. 01.01.2006			
		Vikarutdanning etter NOU 1976:2	Fagbrev og autorisasjon	Videreutdanning	
				Bedriftsintern	Paramedic
Helse Førde	161	105	55		(13 under utdanning)
Helse Bergen	137?	15	80	40	2 – (flere under utdanning)
Helse Fonna	140?	91	62		
Helse Stavanger	133		69	90	1

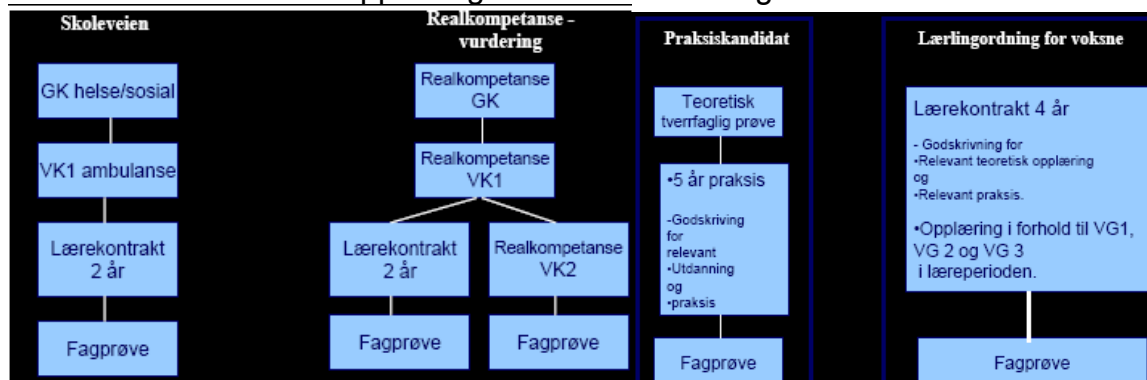
(1. Viser ikke vikarer eller ansatte i tjenester som utøves av andre enn helseforetaket med unntak av Helse Stavanger hvor dette er inkl.)

(Som et ledd i å tilfredsstille kompetansekravet i forskrift for akuttmedisin er det i regi av RAKOS (Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter Helse Vest) iverksatt et prosjekt med vikarutdanning som bygger på NOU 1976 : 2. Denne vikarutdanningen er nettbasert og gjennomføres i Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger).

Fagopplæring – ambulansfaget

For å ha lærlinger i ambulansfaget må tjenestene være godkjent som lærebedrift. Det stilles krav til faglig leder og veiledere. Opplæringen skal følge læreplaner fastsatt av kunnskapsdepartementet. Varighet er 4 år. To år i skole og to år som lærling i lærebedrift. Foruten hovedmodellen er det mulig å fremstille seg til fagprøve på grunnlag av bestått tverrfaglig teoretisk eksamen og minimum 5 år godkjent praksis i faget. Videre er det mulig å bli realkompetansevurdert etter bestemmelser i voksenopplæringsloven. Fagopplæring er en fleksibel opplæringsmodell som er velegnet til å oppnå formell kompetanse i form av fagbrev og autorisasjon. Ikke minst er dette viktig for fremtidig rekruttering av fagpersonell i distriktet.

Oversikt over veier til å oppnå fagbrev i ambulansfaget:



Fagopplæring i ambulansfaget 2005 – antall lærlinger - ambulansetjenesten Helse Vest.

Helseforetak	Antall lærlinger	Merknader:
Helse Førde	3	Planlegger å ta opp 3 – 4 lærlinger i 2006. Det totale antallet vil da være 6 – 7 lærlinger.
Helse Bergen	18	Fordelt på første og andre års lærlinger
Helse Fonna	10	Fordelt på første og andre års lærlinger
Helse Stavanger	7	Fordelt på første og andre års lærlinger

Kompetanse i ambulansetjenesten:

- I planperioden skal det være en målsetning at alle ansatte i ambulansetjenesten har fagutdanning / autorisasjon.
- Det skal arbeides aktivt med å videreutvikle kvaliteten i fagopplæringen for ambulanspersonell.
- Opplæringen av lærlinger i ambulansfaget bør harmoniseres mellom helseforetakene i regionen.

6.2 utfordringer og fremtidige løsninger

Manglende kvalitetsindikatorer:

Foruten Statisk sentralbyrå som etterspør noen driftsdata er det ingen formell rapportering av virksomheten i ambulansetjenesten. Det er ikke etablert nasjonale kvalitetsindikatorer. Internasjonalt er det fokus på å utvikle kvalitetsindikatorer for de prehospitaltjenester. Særlig interessant finner vi European Emergency Data (EED) Project <http://www.eed-project.de/> som er et prosjekt forankret i EU definerer fem nøkkelindikatorer:

1. Unit hours ELS + BLS + ALS per 100,000 inhabitants (with 3 sub-indicators for ELS, BLS and ALS)
→ Indicator for Health System/Resources
2. Response time (with 2 sub-indicators: 90% percentile and percentage < 480 sec
→ Indicator for Health System/Performance
3. Rate of highest priority responses per 100,000 inhabitants
→ Indicator for Health System/Utilisation
4. Rate of FHQ diagnoses per 100,000 inhabitants (with 5 sub-indicators: cardiac arrest incidents, severe trauma incidents, severe breathing difficulties, cardiac chest pain incidents and stroke incidents)
→ Indicator for Health Status/Mortality; Morbidity
5. Rate of ALS interventions per 100,000 inhabitants (with 3 sub-indicators: assisted ventilation, intubation and iv drug administration)
→ Indicator for Health System/Performance

European Emergency Data (EED) Project vil kunne være viktig som grunnlag for utvikling av kvalitetsindikatorer for de prehospitaltjenester.

Kvalitetsindikatorer:

- Det skal utvikles kvalitetsindikatorer for de prehospitaltjenestene i Helse Vest. Kvalitetsindikatorerne bør utvikles / finnes som et ledd i et samarbeid med fagmiljøer nasjonalt og internasjonalt.
- Måloppnåelse i forhold til kvalitetsindikatorer skal dokumenteres. Det skal være årlige revisjoner

Mangelfulle støttesystemer for dokumentasjon og rapporter.

Det er i dag ingen enhetlig dokumentasjon og enhetlige register innenfor prehospital akuttmedisin. Dette har ført til at sentrale data som behøves for å kunne evaluere, planlegge og videreutvikle ambulansetjenesten er mangelfulle og vanskelig tilgjengelige, noe som er en alvorlig svakhet i forhold til de nåværende og fremtidige utfordringer ambulansetjenesten står ovenfor.

Dokumentasjon og rapporter:

Ambulansetjenesten i Helse Vest skal i planperioden:

- Innføre elektronisk ambulansjournal og databaseprogram.
- Elektronisk ambulansjournal skal være tilpasset sykehusenes elektroniske journalsystem.
- Elektronisk ambulansjournal må være brukervennlig og pålitelig. Rapportene som genereres skal frembringe nødvendige driftsdata, operative data og medisinske data. De skal være lett forståelige og legge til rette for evaluering og videreutvikling av tjenestene.
- Rapportene skal gi oversikt over sammenhengen mellom aktivitet og økonomiske ressurser.
- Dokumentasjon og rapporter skal være en integrert del av ambulansetjenestens kvalitetssystem.

Ressurser til ledelse og utvikling - en kritisk faktor.

Det stilles i dag langt større krav til ivaretagelse av oppgaver knyttet til ledelse og utvikling av tjenestetilbudet i ambulansetjenesten enn for bare få år siden. Ambulansetjenesten er en del av spesialisthelsetjenesten som skal utføre avansert akuttmedisin under til dels vanskelige arbeidsforhold. Behandlingstilbud som før kun ble utført ved spesialavdelinger på sykehus blir nå utført av ambulansetjenesten. Et økende antall ansatte skal ivaretas og stadig mer komplisert utstyr skal følges opp. Organisasjonen er kompleks med en rekke stasjoner spredt over et større geografisk område. Dette er alle forhold som er med på å stille økende krav til ledelsen av ambulansetjenesten. Sammenlignet med tilsvarende spesialavdelinger inne på sykehus er ressursene til ledelse og utvikling av ambulansetjenesten utilstrekkelige. Det vil kunne bli en kritisk ubalanse dersom kravene til personellet som utfører tjenesten øker uten at organisasjonen har de ressurser til ledelse og utvikling som er nødvendig for å følge opp kravene.

Ressurser til ledelse og utvikling i ambulansetjenesten:

- I planperioden skal det sikres at ressursene til ledelse og utvikling av ambulansetjenesten står i forhold til nåværende og fremtidige utfordringer og krav.
- Ledere og personell i stabsfunksjoner må ha kompetanse tilpasset de oppgavene som skal utføres.
- Felles lederopplæring med nødmeldetjenesten tilstrebes for å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom tjenestene.

Faglig forankring av ambulansetjenesten.

Faglig forankring av ambulansetjenesten i Helse Vest:

- Tjenesten skal faglig forankres i sykehusavdeling / klinikk med kompetanse på prehospital akuttmedisin.
- Minimum 50 % legestilling skal være dedikert til å ivareta det medisinske systemansvar for ambulansetjenesten. I de større tjenestene bør dette utvides.
- Det skal være tilstrekkelig støttefunksjoner i form av fagutviklere, administrativ støtte og funksjonelle IT systemer slik at den faglige utvikling og kontroll kan ivaretas
- Det skal utvikles velfungerende systemer for fagutvikling hvor alle deler av læringssirkelen benyttes. (For beskrivelse av læringssirkelen - se vedlegg)
- Det skal løpende foregå forskning og evaluering. Virksomheten i ambulansetjenesten skal i større grad være forskningsbasert.
- Sykehusene må sikre nødvendige prioritert ved hospitering på relevante sykehusavdelinger.
- Ambulansetjenesten må ha et nært og godt samarbeid med de aktuelle fagavdelingene ved sykehusene. Det er naturlig at ambulansetjenesten er representert i aktuelle fagkomiteer ved sykehusene.

Ambulansetjenesten – videreutvikling av behandlingsskjeder

Ambulansetjenesten skal bidra til velfungerende behandlingsskjeder. Dette innebærer blant annet at ambulansetjenesten må kunne bidra til at publikum har kunnskaper i førstehjelp og kan varsle de akuttmedisinske ressurser. Ambulansetjenesten skal ha et nært og godt samarbeid med de andre deltagerne i det lokale akuttmedisinske team. De lokale akuttmedisinske ressurser må være operativt samordnet. Felles undervisning og øvelser vil være viktig. Ambulansetjenesten må kunne stille instruktører og ha nødvendig opplæringsmaterieell til rådighet. Særlig skal

ambulansetjenesten ha et nært samarbeid med lokal legevakt og førsteresponstjenesten. Et nært samarbeid med akuttmottakene og aktuelle fagavdelinger ved sykehusene skal også prioriteres. Tiltak som gjennomføres for å styrke samarbeidet skal være planmessig. Gjennomføringen skal dokumenteres og tiltakene evalueres.

Akuttmedisinske team og behandlingsskjeder:

- Ambulansetjenesten skal bidra til å utvikle velfungerende lokale akuttmedisinske team.
- Ambulansetjenesten skal bidra til nært og godt samarbeid med de andre deltagerne i den akuttmedisinske behandlingsskjeden.
- Tiltakene som iverksettes skal være planmessige og skal dokumenteres og evalueres.

Mal for ambulansestasjoner

Kartleggingen av ambulansetjenesten i Helse Vest viser at det mangler en enhetlig mal for utforming av ambulansestasjoner i Helse Vest. Videre fremkommer et behov for opprustning av ambulansestasjoner. Den videre detaljplanlegging i det enkelte helseforetak vil avdekke hvor stort dette behovet er.

Standard for utforming av ambulansestasjoner:

- For å legge til rette for en enhetlig utvikling skal det utvikles en mal som legges til grunn ved utbygginger av ambulansestasjoner i regionen. Denne standarden skal foreligge senest i løpet av 2009.

Materiell – ambulanserbiler og annet utstyr.

Ambulanserbiler

Endringsforskrift av 10. november 2005 – godkjenning av kjøretøy (Ambulanse). stiller krav til utforming, utstyr og godkjenning av ambulanser. Forskriften viser til standarden - NS EN 1789. De regionale helseforetakene har fått ansvaret for godkjenning av ambulansekjøretøyer. Det skal være enkeltvis godkjenning av hver ambulanse og ikke typegodkjenning som i dag.

De prehospitaltjenester i Helse Vest har etablert en ordning med felles anbudsprosess ved innkjøp av ambulanser.

Oversikt over ambulanserbiler i Helse Vest:

Helseforetak	Antall ambulanserbiler	Behov for årlig utskiftning	Merknader
Helse Førde	30	6	Har eit stort etterslep på utskifting pr idag. Etter Helse Førde overtok drifta vil det vere lettare å rullere bilar mellom stasjonar for å få eit betre utnytting og fordeling av slitasje på bilane.
Helse Bergen	30 (23 døgn - 7 dag)	5	1.500.000 km årlig For årlig utskiftning av ambulanser er 5 år eller 300.000 km. lagt til grunn
Helse Fonna	31 inkl driftsreserver	5	ca kjørte km pr år 1 000 000
Helse Stavanger	24	4	
Sum	115	20	

Ambulansebiler:

- I hvert helseforetak skal det foreligge en utskiftningsplan for ambulanser.
- Nedskrivningstiden settes til maksimalt 5 år.
- Ambulansebiler i beredskap bør ikke ha en km. stand over 300 000 km
- Samarbeidet som er etablert ved anskaffelser / innkjøp av ambulanser mellom helseforetakene i Helse Vest videreutvikles.
- Ambulansene skal rulleres slik at det blir samsvar mellom alder og kjørte km.
- Det skal være serviceavtaler, kontrollrutiner og vedlikeholdsrutiner som sikrer at ambulansebilene til en hver tid er i forvarlig stand og at tjenestetilbudet har den nødvendige grad av pålitelighet.

Annet utstyr i ambulansetjenesten

Standarden NS – EN 1789 stiller krav til utstyret i ambulansetjenesten.

Arbeidsmiljøloven og regelverk knyttet til bårer / transportmateriell, elektromedisinsk utstyr stiller også krav som må oppfylles. Høsten 2006 kom forskriftsendringer og endringer i standarder som medfører strengere krav til innfesting av utstyr og bårer i ambulanser. Kravene knyttet til utstyr i ambulansetjenesten blir stadig strengere og mer omfattende.

Ambulansetjenesten i Helse Vest har ingen felles utstyrstandard og har ikke felles prosedyrer for kontroll og vedlikehold av utstyr.

Utstyr i ambulansetjenesten:

- I løpet av planperioden skal det utvikles en utstyrstandard for ambulansetjenesten i Helse Vest. Standarden bør være retningsgivende og gi muligheter for lokale tilpassninger.
- Utstyrstandard må være i samsvar med regelverk og standarder som regulerer utstyr i ambulansetjenesten.
- I den enkelte ambulansetjeneste skal det være rutiner som sikrer nøye kontroll og vedlikehold. Det skal videre være rutiner som sikrer god hygiene ved håndtering av utstyr under ambulanseoppdrag og på ambulansestasjonene.

Ambulansetilbud til psykiatriske pasienter

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester klargjør at ambulansetilbud til pasienter med psykiatriske problemstillinger faller inn under "sørge for ansvaret" til helseforetakene. Problemstillinger knyttet til utrykninger og transport av pasienter med akutte psykiatriske problemstillinger får stadig sterkere fokus. Både ut fra hensynet til å minke belastningen på politiet og av hensynet til pasientenes behov er det nødvendig å gjennomgå denne problemstillingen.

I Helse Bergen er det opprettet en egen psykiatriambulans. Denne ambulansen er et samarbeid mellom seksjon for akuttmedisin og psykiatrisk klinikk. Ved behov for akutte utrykninger på grunn av livstruende sykdom og skade hos psykiatriske pasienter rykker nærmeste ambulans ut og blir eventuell supplert av denne spesialressursen. Psykiatriambulansen har hele sykehusområdet til Helse Bergen som sitt dekningsområde og styres operativt av AMK sentralen. Dette er et tiltak som legger til rette for et godt tilbud til pasientene og som gjør det mulig for helsevesenet å oppfylle sitt ansvar for denne pasientgruppen.

Ambulansetilbud til psykiatriske pasienter:

- De prehospitaltjenester i Helse vest skal organiseres og drives slik at de forskriftsfestede krav som stilles til ambulansetilbud for pasienter med psykiatriske problemstillinger blir oppfylt.
- Erfaringene med psykiatriambulansen i Helse Bergen bør legges til grunn for det videre arbeidet med denne problemstillingen.

Legeutrykningstjeneste i Helse Fonna.

Helse Fonna er det eneste helseforetaket i Helse Vest som ikke har utrykningstjeneste med anestesileger fra sykehuset. Dette skyldes i hovedsak at det ikke er legehelikopterbase i Helse Fonna.

Utrykningstjeneste med anestesileger er viktig for å bygge opp et fagmiljø som kan ivareta det medisinskfaglige systemansvar for ambulansetjenesten.

Legeutrykningstjeneste vil også bidra til at pasienter med livstruende sykdom og skader kan få en optimal prehospital behandling.

Utrykningsleder vil kunne veiled i forbindelse med oppdrag, undervise og foreta sertifisering og resertifisering av ambulansepersonell.

Legene vil gjennom deltagelse i en utrykningstjeneste utvikle en verdifull kompetanse som vil kunne bety mye i forhold til videre styrkning av det faglige nivået i ambulansetjenesten i Helse Fonna.

Legeutrykningstjeneste i Helse Fonna

- Det anbefales at det innen 2009 blir etablert en utrykningsbil bemannet med anestesileger og ambulansarbeider ved sykehuset i Haugesund.
- Målet må være at legebilen raskest mulig utvikles til å være et døgnkontinuerlig tilbud.
- Tilbudet må etableres i et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten og må organiseres på en måte som sikrer en fornuftig bruk av ressursene i beredskapstiden hvor det ikke gjennomføres oppdrag.

Problemstillinger knyttet til funksjonsfordeling.

I en økende grad transporteres pasienter med ambulans til spesialisert behandling ved Haukeland Universitetssykehus og Stavanger Universitetssjukehus. For Helse Fonna og Helse Førde innebærer dette transport av pasienter ut av helseforetak og i tillegg ansvar for å hente pasientene når de er klar til å returnere til eget helseforetak. En økning av denne pasientstrømmen vil øke belastningen for ambulansetjenesten i disse helseforetakene. For de pasientene som etter en faglig vurdering har behov for ambulansetransport vil bruk av behandlingstilbud utenfor Helse Vest utløse bruk av ambulanseressurser. Det er knyttet usikkerhet til i hvor stor grad fritt sykehusvalg vil få konsekvenser for ambulanseberedskapen. Endringer i akuttberedskapen ved sykehus vil kunne innebære økte krav til ambulansetjenestens kapasitet og kompetanse. Ambulansetjenestens organisering og drift vil kunne påvirkes vesentlig av strukturendringer i Helsevesenet. Det er viktig at dette blir en faktor som vurderes tidlig i planprosesser.

Utfordringer knyttet til funksjonsfordeling:

- De prehospitale tjenestene i Helse Vest skal organiseres og drives slik at de kan møte utfordringen som følger av en stadig sterkere grad av funksjonsfordeling.

Fokus på riktig bruk av ambulanseressursene.

For å sikre en forsvarlig ambulanseberedskap er det vesentlig at ambulansene brukes på en måte som innebærer at de kan utføre sine primærfunksjoner. Ikke minst er dette viktig for å kunne opprettholde en forsvarlig beredskap i distriktene hvor det ofte er marginale ambulanseressurser og lang vei til sykehus. Følgende forhold er av særlig stor betydning når det gjelder å legge til rette for en riktig disponering av ambulanseressursene:

- Gode rutiner for ressursdisponering i AMK sentralene. Det er viktig at all rekvirering går via AMK og at AMK har operativ styring av alle ambulanseressurser.
- God samordning med syke transporttjenesten. Regelverket som regulerer godkjenning av kjøretøyer er til hinder for at helseforetakene kan nytte fleksible kjøretøyer tilrettelagt for syke transport. Alternativene i dag er i stor grad ordinær taxi og akuttambulans. Noe som medfører at man kjører pasienter i akuttambulanser som det hadde vært forsvarlig å transportere med et mindre kostbart og mer tilrettelagt transportmiddel
Det er behov for at regelverket endres slik at helseforetakene kan nytte alt fra biler som kan ta bærer og rullestoler til spesialinnredede busser for lengre transporter av flere pasienter – såkalte helseekspresser. Skal man kunne utnytte muligheten for samordning og riktig ressursutnyttelse som ligger i at helseforetakene har ansvaret for både ambulansetjenesten og syke transporttjenesten betinger dette en større fleksibilitet og tilrettelegging i regelverket som regulerer kjøretøyer, løyver og andre forhold innen samferdsel.
Helseforetakene skal ivareta den enkelte pasients behov samtidig som de tilgjengelige ressurser brukes på en riktig måte. I Helse Bergen er det vedtatt å bygge opp et prehospitalt kommunikasjons senter hvor både operativ styring av ambulanseressursene og styring av syke transport inngår. Det skal knyttets leger til det prehospitale kommunikasjons senteret som skal sikre at det ligger en medisinsk faglig vurdering til grunn for valget av transport for den enkelte pasient. Erfaringene som gjøres i Bergen med denne modellen må følges opp. Det er viktig at det i alle helseforetak sikres et nært samvirke mellom ambulansetjenesten og syke transporttjenesten.
- Et godt samvirke med kommunehelsetjenesten. Legen har mulighet for å vurdere andre muligheter / tilbud enn sykehusinnleggelse. Det må sikres at legene har oversikt over de tilgjengelige transporttilbud og ikke unødig rekvirerer ambulans når det vil være faglig forsvarlig å bruke annen transport.
- Utprøving av ordninger som innebærer at ambulansetjenesten samarbeider tett med legevakt tjenesten og andre kommunale helsetjenester for å gi pasientene et helsetilbud i lokalsamfunnet som kan forebygge innleggelser på sykehus.
- Oppdatert planverk for organisering og drift av ambulansetjenesten som legger til rette for god ledelse og riktig ressursdisponering.
- Informasjon og positiv dialog med samarbeidspartnere som er rekvirenter / brukere av ambulansetjenester. Det er vesentlig med en omforent forståelse for kriterier for riktig bruk av begrensede ambulanseressurser.

Riktig bruk av ambulanseressursene:

- I planperioden skal det være fokus på å etablere gode strukturer og prosesser som sikrer så riktig disponering av de tilgjengelige ambulanseressurser som mulig.

Forholdet til de frivillige organisasjonene.

De enkelte helseforetakene i Helse Vest har avtale med frivillige organisasjoner (Røde Kors og enkelte steder Norsk Folkehjelp) om støtte i krise / katastrofesituasjoner og om supplering i ulike andre situasjoner. Avtalene varierer i form og innhold. Katastrofeberedskap og suppleringstjeneste fra de frivillige organisasjonene er et verdifullt tilskudd for å opprettholde en god ambulanseberedskap. Kravene som stilles til kompetanse i den nye forskriften for akuttmedisin utenfor sykehus gjelder også for ambulansetjenesten utføres av de frivillige organisasjonene. Videre må man forholde seg til bestemmelsene i helsepersonelloven om autorisasjon for ambulansearbeidere. For å sikre at det ikke skjer en forveksling mellom den profesjonelle ambulansetjenesten og ambulansetjenesten fra de frivillige organisasjonene er det nødvendig at tjenestene klart skiller i forhold til uniformering og merking.

Det kan stilles spørsmål om lov og forskriftskrav vil gjøre det mulig å opprettholde ambulansetjenesten fra de frivillige organisasjonene slik den i dag blir tilbudt helseforetakene. En mulig løsning vil kunne være at myndighetene utviser den nødvendige fleksibilitet og godkjenner en egen type hjelpekorpsbil som kan tilpasses organisasjonenes behov og som også kan fylle en funksjon som katastrofeberedskap for helseforetakene. Det må da være en forutsetning av disse bilene kan kjøpes av organisasjonene med samme avgiftsfritak som dagens ambulanser.

Dersom helseforetakene i fremtiden skal kunne bruke personell og utstyr fra organisasjonene som støtte og supplering til ambulansetjenesten krever dette en avklaring i forhold til kompetansekravene i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og bestemmelsene i helsepersonelloven.

Helse og sosialdirektoratet har i et svar til Helse Vest klargjort at kompetansekravene i forskriften gjelder for alle ambulanser inkl de som tilhører frivillige organisasjoner.

Forholdet til de frivillige organisasjonene:

- Et nært og godt samarbeid med de frivillige organisasjonene skal være en prioritert målsetning i planperioden.
- Samarbeidet skal være regulert i avtaler med organisasjonene.
- Det skal arbeides for en avklaring av de frivillige organisasjonenes rolle sett i forhold til lover og forskrifter.
- Ambulansetjeneste fra frivillige organisasjoner skal ikke kunne forveksles med tjenesten i Helseforetakene.

6.3 Responstidsproblematikk

Innledende merknader

Det har vært økende fokus på responstid som kvalitetsindikator.

En helhetlig tilnærming til responstidsproblematikken innebærer at man ikke bare har fokus på responstid for ambulansene men innbefatter også førsteresponsenheter og andre virkemidler for å minimalisere responstiden. Det kan stilles spørsmål med om det foreligger nødvendig vitenskaplig dokumentasjon om nytten av strenge krav til responstider for ambulansetjenesten.

Krav til responstid må sees i sammenheng med andre kvalitetsindikatorer for de prehospitale tjenester. I forskriften fremkommer at "ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres". I det følgende vil vi vise til momenter som må vektlegges når helseforetakene planlegger organisering og drift av ambulansetjenesten og komme med nødvendige anbefalinger.

Grunnlaget for krav til responstider

I NOU 1998: 9 definerer akuttutvalget responstiden for ambulansetjenesten som " det tidsintervallet som er fra det svares i AMK sentralen til ambulanse er fremme hos pasienten" Vi legger denne definisjonen til grunn. Med fremme hos pasienten mener vi at ambulansen stanser på adressen og man sender fremmestatus til AMK.

Akuttutvalget foreslo spesifikke krav til responstider (NOU 1998: 9):

- Akuttoppdrag: 12 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk,
- Hasteoppdrag: 30 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk.

Departementet vurderte i stortingsmelding 43 at disse responstidene skulle gjøres veiledende. Bakgrunnen for dette var:

- Mange av høringsuttalelsene til akuttutvalget var skeptiske til innføringen av disse responstidene.
- Kravene til responstider vil være vanskelig å overholde i distrikts – Norge, og vil nødvendigvis føre til økte kostnader for tjenestene.
- Den høye ulykkesrisiko som er forbundet med kjøring under utrykning.

Stortinget vedtok at kravet til responstider skulle utredes nærmere. Stortinget ba Regjeringen legge frem for Stortinget en plan for styrking av ambulansetjenesten som bygger på Akuttutvalgets forslag til responstider. *SINTEF har utarbeidet en rapport som viste at en innføring av akuttutvalgets innstilling til responstider i hele Norge ville koste 224 millioner kr.*

Forhold som påvirker responstiden.

I vurderingen av forhold som påvirker responstiden er følgende inndeling valgt:

- Forhold utenfor ambulansetjenesten
- Forhold knyttet til medisinsk nødmeldetjeneste
- Forhold som er direkte påvirket av hvordan ambulansetjenestens organisasjon og drift.

Planen kommer med en rekke anbefalinger som vil ha betydning for å minimalisere responstiden.

Forhold utenfor selve ambulansetjenesten.

De daglige hindringer:

- Dårlig vegstandard
- Vanskelige føreforhold – glatte veier – mye snø.
- Vanskelig fremkommelighet på grunn av tett trafikk.
- Dårlig skilting av veier.
- Manglende nummerering på hus og ulogisk nummerering av hus i boligfelt. Manglende navneskilt og merking av leiligheter.
- Mangelfullt - ikke oppdatert kartverk.
- Sporsluser og sperring av veier med bom.
- Smale veier i boligfelt som lett blir sperret.
- Hus med flere leiligheter hvor det ikke er heis eller at heisen er så liten at det ikke er plass til bære.

Forsinket alarmering av ambulansetjenesten.

Av særlig betydning er det forhold at pasientene venter for lenge før de kontakter helsevesenet om sitt problem. Dette er godt dokumentert hos pasienter med brystsmarter men gjelder også for andre tilstander.

Meldingen kommer til "feil" mottaker i helsevesenet.

Det er også viktig å ha søkelys på den faren som ligger i at melding om et akuttmedisinsk problem blir feil håndtert av helsevesenet. I helsevesenet er det den medisinske nødmeldetjenesten som er bygd opp for og har kompetanse til å håndtere nødmeldinger. Dersom publikum med et akuttmedisinsk problem tar kontakt med andre deler av helsevesenet kan resultatet bli at det går lang tid før pasienten får kvalifisert hjelp.

Forhold innenfor den medisinske nødmeldetjeneste.

Av definisjonen av responstid kommer det frem at samordning mellom den medisinske nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten er av stor betydning for å sikre en kortest mulig responstid.

Krav til medisinsk nødmeldetjeneste.

Akuttutvalgets anbefalte krav legges til grunn:

- Det bør ikke ta mer enn 20 sekunder før AMK sentralen svarer på ett 113 anrop.
- Tidsintervallet fra det svares i AMK sentralen til responderende enhet (Lege / Ambulanse) blir varslet ved akuttoppdrag skal i gjennomsnitt ikke være lengre enn ett minutt, maksimalt skal det ta 3 minutter å varsle enhetene.

Forhold som er avhengig av hvordan ambulansetjenesten organiseres og drives.

Ambulansetjenestens organisering og drift har stor innvirkning på responstiden.

Særlig vil følgende faktorer være av betydning:

- Hvordan ambulansenhetene stasjoneres.
- Tjenestens kapasitet.
- Bemanningsmodeller.
- Ambulansestasjoner innredning og tilrettelegging
- Rutiner på skade / sykdomssted.
- Ambulansepersonellens lokalkunnskaper.
- Ambulansenes tekniske standard.
- Førsteresponsberedskap.

Stasjonering av ambulanser

Stasjonering av ambulanser:

- Ved stasjoneringen av ambulansenheter skal det tas hensyn til den totale beredskapsdekningen av akuttmedisinske ressurser som Legevakt, førsterespons enheter, luftambulansebaser og avstand til andre ambulansenheter.
- For hver ambulanse skal det angis forventet responstid innenfor det primære dekningsområdet.

Tjenestens kapasitet

Det er av vital betydning at tjenesten har tiltrekkelig kapasitet til å løse oppdragene innenfor gitte krav til responstid.

Ambulansetjenestens kapasitet:

- Risikoen for samtidighetskonflikter skal vurderes. Herunder avstanden til sykehus og hvor lang tid det normalt går før man kan få en ledig ambulansenhet i dekningsområdet.
- Det skal føres en løpende dokumentasjon over hvor ofte samtidighetskonflikter oppstår og hva som er konsekvensen av disse.
- Dersom det hyppig oppstår situasjoner hvor det ikke er ledig ambulanse, eller annen akuttmedisinsk beredskap, til gule (haster) og røde (akutt) oppdrag skal det iverksettes kompensierende tiltak.

Ambulansetjenestens rutiner ved alarmering

Ambulansetjenesten i Helse Vest skal tilfredsstillende følgende krav ved alarmering:

Aktiv tilstedevakt:

- Ved rød respons (akuttoppdrag) ha påbegynt oppdraget **senest 1** minutt etter mottatt alarm.
- Ved gul respons (hasteoppdrag) ha påbegynt oppdraget **senest 5** minutter etter mottatt alarm.

Ved hvilende vakt på vaktrom:

- Ved rød respons (akuttoppdrag) ha påbegynt oppdraget **senest 2** minutter etter mottatt alarm.
- Ved gul respons (hasteoppdrag) ha påbegynt oppdraget **senest 5** minutter etter mottatt alarm.

Det må foreligge rutiner som sikrer at ambulansseenhetene som ikke har tilstedevakt tilfredsstiller følgende krav:

- Ved rød respons (akuttoppdrag) ha påbegynt oppdraget **senest 15** minutter etter mottatt alarm
- Ved gul respons (hasteoppdrag) ha påbegynt oppdraget **senest 15** minutter etter mottatt alarm.

Med alarm menes mottak av meldingen om oppdraget er mottatt og forstått av det personellet som skal rykke ut har kvittert for mottatt oppdrag til AMK. Med oppdraget påbegynt menes at ambulansseenheten med full bemanning er på vei til pasienten. Det understrekes at de krav som stilles er minimumskrav.

Bemanningsmodeller

Valg av bemanningsmodell for ambulansetjenesten påvirker responstiden.

Et klart skille går mellom tilstedevakt (kasernerte mannskaper) og hjemmevaktsordninger:

- Tilstedevakt deles igjen inn i aktiv vakt og passiv vakt.
- Hjemmevaktsordninger kan innebære flere ordninger men felles for dem er at to eller flere ambulanspersonell som har hjemmevakt må møtes før utrykning kan foretas

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus fastslår at ambulanser som hovedregel skal være bemannet med tilstedevakt. Dette er den modellen som best sikrer en kort responstid. *Ambulanser med tilstedevakt vil derfor kunne ha et større dekningsområde innenfor samme responstid sammenlignet med en enhet som har hjemmevakt.*

Dersom et helseforetak vurderer hjemmevakt må det nøye vurderes opp mot unntakene for tilstedevakt som fremgår i forskriften for akuttmedisin utenfor sykehus.

Bemanningsmodeller:

- Ved organisering av ambulansetjenesten skal helseforetaket organisere og drive tjenesten på en slik måte at de enkelte ambulansseenheter i størst mulig grad sikres et aktivitetsnivå som legger grunnlaget for tilstedevakt.
- Det må dokumenteres hvordan ulike bemanningsmodeller vil påvirke responstiden.

Ambulansestasjoners innredning og tilrettelegging

Ambulansestasjoner:

- Ambulansestasjonen må være tilrettelagt slik at ambulanspersonellet raskt kan komme seg fra oppholdsrom og soverom / hvilerom til ambulansene.
- Det må sikres god radiodekning på stasjonen slik at alarmene kan mottas uten forsinkelse.
- Ved planlegging av ambulansestasjoner skal det sikres at hensynet til responstid blir ivaretatt.

Rutiner på skade / sykdomssted.

Rutiner på sykdom / skadested:

- Prosedyrer og rutiner skal legges til rette for at tid ikke unødig går tapt.
- Ambulanser må ha en utforming, og utstyret være plassert slik at det legger til rette for gode arbeidsrutiner.

Ambulansepersonellets lokalkunnskaper

Lokalkunnskaper:

- Minimum en av personellet på ambulansen skal være lokalkjent.
- Ambulansepersonellet må kunne bruke tilgjengelig kartverk og annet utstyr for å finne frem og lede andre ressurser til stedet.

Ambulansenes tekniske standard

Ambulanser – teknisk tilstand:

- Ambulanser skal være av en slik teknisk beskaffenhet at muligheten for uventet driftstans under utrykninger minimaliseres.
- Det skal kunne dokumenteres gode rutiner for kontroll og vedlikehold.
- Kjøretøyene skal ha tilstrekkelig akslerasjonsevne og toppfart til å være egnet i tjenesten.
- Merking og varslingsutstyr må være i henhold til gjeldende regelverk og sikre en optimal synbarhet / fremkommelighet under alle forhold.

Førsteresponsberedskap (First responder)

Etablering av en førsteresponstjeneste er et viktig kompensierende tiltak for å sikre en forsvarlig responstid. Førsteresponsberedskapen kan ikke erstatte ambulansetjenesten men vil være et viktig tiltak for å sikre en rask respons til de akuttmedisinske tilstandene hvor tiden er av kritisk betydning.

Førsteresponsberedskap - Følgende momenter skal særlig vektlegges:

- Personellet skal minimum ha førstehjelpskunnskaper tilsvarende norsk grunnkurs i førstehjelp
- Ut over grunnleggende førstehjelpskunnskaper skal personellet være sertifisert av ansvarlig lege til å kunne bruke halvautomatisk defibrillator og til å kunne gi oksygenbehandling.
- Det bør være en standardisert utstyrliste for førsteresponsenheter i det enkelte helseforetakets ansvarsområde. Utstyrlisten bør harmoniseres mellom helseforetakene.
- Beredskapen må være på døgnbasis hele året gjennom.
- Beredskapen må være tilgjengelig i helsetjenestens kommunikasjonsnett.
- Beredskapen må være rask mobiliserbar for alarmering av AMK og skal ha mulighet til å rykke ut med utrykningskjøretøy.
- Samarbeid med lokalt brannvesen vil ofte være en fornuftig måte å organisere beredskapen på.
- Beredskapen må utvikles i nært samarbeid mellom AMK, ambulansetjenesten og den lokale legevaktstjenesten.
- Førsteresponsberedskap skal utvikles som en integrert del av den akuttmedisinske beredskap / lokale akuttmedisinske team og reguleres med avtaler.

Krav om planlegging og registrering i forhold til veiledende krav til responstider

Veiledende krav til responstider – krav til planlegging og registrering:

- De prehospitaltjenester skal løpende dokumentere responstider i forhold til de veiledende krav som anbefales i Stortingsmelding 43. Avvik fra disse skal analyseres.
- Det skal defineres et primært dekningsområde for hver enkelt ambulansenhet.
- Det skal være retningslinjer for disponering av ambulanseressursene
- Det bør vurderes innført responstidskart som verktøy for planlegging og drift av tjenestene
- Responstider skal ikke være dominerende i forhold til andre aktuelle kvalitetsindikatorer.

6.4 Prinsipper for organisering av ambulansetjenesten.

Definerte kompetansenivå

Inndeling av ambulansetjenesten i definerte kompetansenivåer med tydelige krav til personellens kompetanse, utstyr og rutiner er viktig for å sikre faglig kvalitet i ambulansetjenesten. Definerte kompetansenivåer legger til rette for en riktig operativ disponering av ambulanseressursene. AMK sentralene vil etter å ha avklart alvorlighetsgraden i meldingen som er innkommet kunne styre ressursene på en måte som sikrer at kompetansen på de enheter som sendes til pasientene står i forhold til pasientens tilstand og de operative utfordringer som oppdraget stiller. Det vil innebære at enheter med et høyere kompetansenivå kan varsles parallelt med nærmeste enhet (er) som kan være lokal lege, førsteresponsenhet, eller ambulanse. Prinsippet om lavest mulig effektive omsorgsnivå (LEON) skal gjelde også i denne sammenheng. En tydelig definering av faglig nivå på den enkelte ambulansenheten vil legge grunnlag for en god operativ styring av de akuttmedisinske ressurser.

Definerte kompetansenivå:

Tydelige og enhetlige krav til kompetansenivå er en grunnleggende forutsetning for god organisering av ambulansetjenesten.

- I den fremtidige organisering av ambulansetjenesten i Helse Vest skal kompetansenivået til den enkelte ambulansenhet tydelig fremgå av planverket for det enkelte Helseforetak.

Ambulansetjenesten i Helse Vest inndeles i følgende kompetansenivå:

(Førsteresponsberedskap og spesialistnivå er tatt med for oversikten sin del).

- Førsteresponsberedskap - Enheter fra brannvesenet og andre som etter avtale med de prehospitaltjenester er en del av den organiserte akuttmedisinske beredskap og som alarmeres via AMK.
- Nivå 1 – supplerings og beredskapsenheter fra de frivillige organisasjonene med avtale.
- Nivå 2 - ambulansenheter som inngår i helseforetakenes daglige ambulanseberedskap – skal fungere på basalt nivå men med mulighet for delegeringer.
- Nivå 3 - ambulansenheter som inngår i helseforetakenes daglige ambulanseberedskap og skal kunne utføre avanserte akuttmedisinske ferdigheter.
- Spesialistnivå - utrykningsenheter bemannet med spesialisert helsepersonell som for eksempel legespesialist i anesthesiologi.

Kort beskrivelse av de ulike kompetansenivåene:

Førsteresponsberedskap

Enheter fra brannvesenet og andre som etter avtale med de prehospitale tjenester er en del av den organiserte akuttmedisinske beredskap og som alarmeres via AMK. Førsteresponsberedskapen skal være en organisert del av det lokale akuttmedisinske team som rykker ut for å gi livreddende førstehjelp før helsevesenets ressurser ankommer pasienten.

Nivå 1

Nivå 1 er supplerings og beredskapsenheter fra de frivillige organisasjonene som har avtale med helseforetakene. De fyller et behov i forhold til supplerings tjenester for den ordinære ambulansetjenesten, katastrofeberedskap og sanitetsvakter på ulike arrangementer. Kravet til ambulansepersonellens kompetanse i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus gjelder også for denne kategorien ambulanser. Helseforetakenes prehospitale tjenester skal ha oversikt over personellens kompetanse og skal godkjenne personellet. Videre skal helseforetakene stille krav til utstyrstandard. Helseforetakene skal føre tilsyn med at kravene til kompetanse og utstyr blir fulgt.

Det må være tydelige krav til beredskap og responstid. Disse forhold må reguleres i avtalene med de frivillige organisasjonene. Personellet som bemanner enhetene skal ha delegasjon til å kunne bruke automatisert defibrillator. Ut over dette utføres ikke legedelegerte oppgaver på dette kompetansenivået.

(Se vedlegg – ferdigheter på de ulike kompetansenivå)

Nivå 2

Nivå 2 er ambulansenheter som inngår i helseforetakenes daglige ambulansberedskap. Dette er enheter som skal kunne fungere på et grunnleggende nivå. Krav til kompetanse for personellet fremkommer av forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Minimum en person på ambulansen skal ha fagutdanning og autorisasjon som ambulansarbeider. Person nr 2 skal minimum ha kompetanse som beskrevet i forskriftens § 17. Ambulansetjenesten i Helse Vest skal søke å ha to personer med fagutdanning / autorisasjon på hver ambulansenheter. Personellet skal ha en tidsbegrenset sertifisering og inneha delegeringer som kreves for dette kompetansenivået. Krav om lokal sertifisering i forhold til delegeringer på basalt nivå kommer i tillegg til kravet om autorisasjon.

(Se vedlegg – ferdigheter på de ulike kompetansenivå)

Nivå 3

Nivå 3 er ambulansenheter som inngår i helseforetakenes daglige ambulansberedskap og skal kunne utføre avanserte akuttmedisinske ferdigheter.

Nivå 3 ambulanser skal fungere på et avansert kompetansenivå. Personellet skal være autorisert ambulansepersonell med videreutdanning i avansert akuttmedisin. Denne videreutdanningen kan være bedriftsintern.

Videreutdanningen må raskest mulig utvikles som en høyskoleutdanning. På sikt skal det derfor stilles krav om paramedicutdanning i høyskole for dette kompetansenivået. Personellet skal ha tidsbegrenset sertifisering og inneha delegeringer til å kunne fungere på et avansert nivå. Delegering og sertifisering skal være nært knyttet opp mot det medisinske systemansvaret for ambulansetjenesten i Helseforetaket.

(Se vedlegg 9 – ferdigheter på de ulike kompetansenivå)

Spesialistnivå

Spesialistnivå er utrykningsenheter bemannet med spesialisert helsepersonell som for eksempel spesialist i anesthesiologi. Luftambulansetjenesten og eventuelle intensivambulanser for overføring av pasienter kommer inn under denne kategorien.

Krav om forutsigbarhet

Krav om forutsigbarhet:

- Ambulansetjenesten i Helse Vest skal ha forutsigbarhet i tilbudet til brukerne.
- Tjenesten organiseres i definerte kompetansenivåer.
- Forutsigbarheten skal gi grunnlag for samarbeid med andre aktører i den akuttmedisinske behandlingsskjeden.

Responstider

Krav til responstider

- Ambulansetjenesten i Helse Vest skal lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres. (Viser til planens kap. om responstidsproblematikken)

Lokale akuttmedisinske team.

Lokale akuttmedisinske team:

- Ambulansetjenesten organiseres og drives på en måte som legger til rette for et godt samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre aktører i de lokale akuttmedisinske team.

Inndeling i ambulanseområder.

I planverket for de prehospitaltjenester skal det defineres bestemte ambulanseområder. Dette er områder som ut fra geografi, demografi og samferdsel naturlig utgjør et beredskapsområde med en eller flere ambulansestasjoner.

Inndeling i ambulanseområder:

- Ambulansetjenesten skal inndeles i ambulanseområder med en eller flere stasjoner. Inndelingen av ambulanseområder skal være uavhengig av kommunegrenser.
- Den akuttmedisinske beredskapen i et ambulanseområde må sees på som en helhet.
- Rullering av personell mellom flere stasjoner innen området skal vurderes. Rullering av personell i et ambulanseområde vil kunne bidra til å utvikle og vedlikeholde kompetanse, øke forståelsen for helhetlige problemstillinger, og tilrettelegge for operativ samordning og godt arbeidsmiljø.
- Innenfor hvert ambulanseområde skal det tas stilling til hvilket kompetansenivå den enkelte enhet skal ha og sikres at befolkningen får assistanse på avansert nivå når dette er nødvendig.

Størst mulig aktivitet på den enkelte ambulansenhet.

Dersom man velger en organisering med mange enheter hvor flere av disse skal dekke områder med begrenset befolkningsmengde vil dette få betydning for hvilket kompetansenivå enhetene kan ha. Dette fordi oppdragsvolumet på den enkelte ambulansenhet blir lite og ambulansepersonellet får begrenset erfaring.

Størst mulig aktivitet på den enkelte ambulansenhet.

- Ambulansetjenesten skal organiseres på en måte som legger til rette for at den enkelte ambulansenheten får en størst mulig aktivitet.

Færrest mulig av personellet skal dele på de oppdrag som utføres.

Velger man en organisering hvor et relativt stort antall personer inngår i bemanningen vil dette få negative konsekvenser i forhold til tjenestens kompetansenivå.

Færrest mulig av personellet skal dele på de oppdrag som utføres av ambulansene:

- Ambulansetjenesten skal organiseres på en måte som bidrar til at personellet i tjenesten får et antall oppdrag som tilrettelegger for å vedlikeholde kompetanse.
- Modeller som innebærer at større antall personer skal inngå i bemanningen av tjenesten må unngås.

Stabilitet og lav turnover.

Ambulansetjenesten er preget av et begrenset oppdragsgrunnlag. Den kompetanse som personellet bygger opp med grunnlag i erfaring må derfor skje over tid.

Stabilitet og lav turnover:

- Ambulansetjenesten skal ha en organisering som legger til rette for stabilitet og lav turnover av personell over tid..
- Kontinuerlig systematisk oppbygging av realkompetanse skal kunne dokumenteres.

Medisinskfaglig forankring.

Medisinskfaglig forankring.

- Ambulansetjenesten skal ha en organisering som legger til rette for solid medisinskfaglig forankring.
- Tjenesten skal faglig forankres i avdeling med kompetanse på prehospital akuttmedisin.

Kvalitetssystem – kontinuerlig kvalitetsforbedring

Kvalitetssystemer – kontinuerlig kvalitetsforbedring.

- Tjenesten skal ha system for kontinuerlig kvalitetsforbedring. Herunder kontinuerlig tilsyn, registrering, evaluering og forbedring av tjenestens organisering og innhold både på individnivå og for hele organisasjonen.
- Tjenestens måloppnåelse skal løpende evalueres.
- Det skal gjennomføres regelmessige kvalitetsrevisjoner.

Langsiktig utvikling

Langsiktig utvikling:

- Ambulansetjenesten skal ha en organisering som legger til rette for langsiktig utvikling av tjenestetilbudet.
- Organisering som innebærer skifte av ulike utøvere skal unngås.
- Helseforetakene skal selv være utøvere av ambulansetjenesten som en del av sin kjernevirksomhet.

Forholdet mellom volum og kvalitet.

Sammenhengen mellom faktorene volum og kvalitet er en viktig å ta hensyn til ved organisering av ambulansetjenesten.

Særlig viktig blir forholdet mellom volum og kvalitet når det gjelder personellens muligheter for å kunne vedlikeholde ferdigheter i avanserte akuttmedisinske prosedyrer. Skal det være fullt ut faglig forsvarlig å ha en ambulansenhet på et avansert nivå (Nivå 3) betinger dette at personellet gjennom sin tjeneste har muligheter for å vedlikeholde sin kompetanse.

Når ambulansetjenesten skal organiseres er det viktig å ha et realistisk forhold til hvordan det vil være mulig å tilfredsstille de krav som stilles til vedlikehold av ambulansepersonellens kunnskaper og ferdigheter på de definerte kompetansenivåer.

I vurderingen av forholdet mellom volum og kvalitet er viktig å ikke bare konsentrere seg om antall oppdrag. Følgende andre faktorer vil også være av viktighet når en skal vurdere begrepet volum i forhold til kvaliteten på tjenestetilbudet:

- *Varigheten på oppdragene.*
Avstand til sykehus vil her være en viktig faktor. Oppdragsvarighet hvor transporttiden til sykehus er > ca 1 time kan til en viss grad kompensere for at tjenesten ikke har stort oppdragvolum.
- *Kategorien oppdrag som utføres*
Her må det vurderes konkret hvilke elementer i ambulansefaget man får erfaring i. Det må vurderes om oppdragene er preget av at personellet får selvstendig trening i vurdering / undersøkelsesmetodikk, behandling, og overvåking av pasienter eller om oppdragene er preget av at man transporterer stabile pasienter mellom ulike helseinstitusjoner.
- *Hvordan man tar vare på erfaringen fra de enkelte oppdrag*
Tjenesten skal kunne dokumentere at erfaring fra oppdrag blir brukt på en systematisk måte i fagutvikling.
- *Hvilke operative utfordringer møter man på oppdragene*
For å kunne løse de utfordringer som ambulansetjenesten stilles ovenfor vil personellet måtte beherske operative ferdigheter. Det må vurderes hvilke rutiner tjenesten har for å vedlikeholde og utvikle den operative kompetansen.

Kompenserende tiltak:

I tillegg til å forholde seg til de ovenstående punkter, vil følgende momenter være av betydning når man skal søke å kompensere for et begrenset oppdragsvolum:

- *Rullering av personell.*
Det innebærer at personellet ruller fra stasjoner med begrenset antall oppdrag til tjenester med større aktivitet. Rulleringen av personellet må bygge på en analyse av behovet og ha den regelmessigheten / frekvensen som er nødvendig. Skal rulleringen være av betydning i forhold til kompetanseutvikling må det være en planmessig veiledningsordning i forhold til det personellet som ruller. Tjenesten må ha en organisering som innebærer standardisering av materiell og enhetlige prosedyrer og behandlingsprotokoller. Rutiner for rullering av personell til tjeneste på veilederambulanse skal følges opp i planperioden

- *Hospitering på relevante sykehusavdelinger.*
Hospiteringen må være organisert slik at personellet får veiledning i henhold til definerte målsettinger. Måloppnåelse må dokumenteres og regelmessig evalueres. Hospiteringen må ha den regelmessighet som er nødvendig for at personellet skal kunne opparbeide tilstrekkelig erfaring og rutine i de ferdigheter som medisinsk ansvarlige / delegerende lege vurderer at personellet skal beherske. Som hovedregel bør det legges til rette for at den enkelte ambulansesarbeider hospiterer regelmessig. Dette kan være svært ressurskrevende.
- *Veiledere / instruktører på den enkelte ambulansestasjon.*
Det bør veiledere / instruktører på hver ambulansestasjon. Disse må ha god ambulansesfaglig og pedagogisk kompetanse. Instruktørene må medisinskfaglig forankres i hos tjenestens ansvarlige lege. Fagutviklingsaktiviteten på stasjonene må koordineres. Veiledere / instruktører kontinuerlig følges opp av tjenestens ledelse
- *Felles stasjonering med lokal legevakt.*
Felles stasjonering av vakthevende lege og ambulansespersonellet i vakt, vil kunne være en viktig basis for lokale akuttmedisinske team. Deltagelse av ambulansespersonellet i pasientrettet virksomhet på legevakten i ledig beredskapstid legger grunnlag for faglig utvikling. Det er viktig med et element av faglig veiledning og supervisjon fra legevaktlegene. Stasjonering på lokal legevakt kan bare gjennomføres dersom det er mulig å samtidig ivareta hensynet til responstider / beredskapsdekning.
- *Deltagelse i ulike forsknings og utviklingsprosjekter som setter søkelyset på flere sider ved driften.*
Ambulansetjenesten skal aktivt initiere og gjennomføre forsknings, utviklings og evaluerings prosjekter. Resultater fra prosjektene skal nøye følges opp. Det er viktig at tjenesten har positive holdninger til kritisk analyse av egen drift og endringer som bidrar til kvalitetsutvikling.
- *Bruk av simulerte øvingssituasjoner.*
I ambulansetjenesten må det være veiledere / instruktører med god kompetanse på simulering som undervisningsmetode. Det må også være tilgjengelig dukker og annet treningsutstyr. Simulering vil være et viktig virkemiddel for å kompensere for et begrenset oppdragsvolum. Det må tilrettelegges for at den enkelte ansatte regelmessig deltar i simuleringer.

Kompenserende tiltak kan bare til en viss grad kompensere for manglede volum. Skal en tjeneste kunne iverksette kompenserende tiltak fullt ut er det en forutsetning at tjenesten har en ledelse og organisering som er egnet for dette. En organisering med små driftsenheter med ulike ambulanseseiere vil derfor være et hinder for å utvikle en enhetlig kvalitativ ambulansetjeneste i helseforetakene.

Ambulansetjenestene skal være tilbakeholden med å stille krav om avansert kompetansenivå (nivå 3) for ambulanser som utfører færre enn 1000 oppdrag i året. Dersom det stilles krav om avansert nivå (nivå 3) for slike ambulanser må det

iverksettes omfattende kompenserende tiltak. (Det forutsettes at enheten deltar i den daglige ambulanseberedskap og har en normal oppdragsfordeling.)
For alle kompetansenivåer må det iverksettes tiltak for at personellet skal kunne vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse. Denne kontinuerlige kompetanseutvikling skal bygge på den grunnutdanning personellet har i forhold til sitt kompetansenivå og det erfaringsgrunnlag personellet har.

Forholdet mellom volum og kvalitet:

- Forholdet mellom volum og kvalitet skal vektlegges ved organisering og drift av ambulansetjenesten i Helse Vest.

6.5 **Krav til kompetanse i ambulansetjenesten.**

Forskrift for akuttmedisin utenfor sykehus stiller følgende krav til kompetanse i ambulansetjenesten:

”(§17) Ambulansebiler og -båter som utfører oppdrag som nevnt i §§ 3 2. ledd og 15

- skal være betjent av minst to helsepersonell slik at pasienten sikres adekvat behandling og oppfølging under transport.”
- Minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider.
- ”Øvrige helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Dette innebærer som minimumskrav
 - En redningsteknisk del med 55 timer teori og
 - 15 timer praktiske øvelser, samt en medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og
 - 3 ukers praksistjeneste ved mottakelsesavdeling/intensivavdeling (1 uke), operasjons- anestesivdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avdeling (1 uke).”
- Kravet til kompetanse kan fravikes for en periode av inntil fem år fra det tidspunkt forskriften trer i kraft. Denne overgangsordningen vil bare gjelde personell som er ansatt i ambulansetjenesten ved forskriftens ikrafttredelsestidspunkt.
- Minst ett av ambulansepersonellet skal inneha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy.

Krav om autorisasjon

Med innføringen av den nye helsepersonelloven var ambulansearbeidere med fagbrev en av de helsepersonellgruppene som omfattes av lovens bestemmelser om autorisasjon. I sin begrunnelse for å autorisere ambulansearbeidere har lovgiver bl.a. uttalt følgende:

Yrkesutøvelsen kan innebære høy risiko for pasienten, avhengig av den helsefaglige bemanningen i ambulansetjenesten. Hensynet til forutsigbarhet og behovet for at yrkesgruppen innehar nødvendige kvalifikasjoner bør veie tungt. Likeledes annet helsepersonells og allmennhetens behov for tillit til at ambulansearbeidere innehar nødvendig kompetanse.

Helsepersonelloven §74 får betydning for bemanningen av ambulansetjenesten:

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

Ingen må uriktig benytte titler eller annonsere virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Krav om autorisasjon:

- Ambulansetjenesten i Helse Vest skal organiseres og drives slik at det sikres at alle ambulansene er bemannet i samsvar med bestemmelsene i forskrift for akuttmedisin utenfor sykehus.
- I planperioden skal det prioriteres å sikre at ambulansetjenesten har tilstrekkelig antall faglærte personer med autorisasjons som ambulansearbeider.

Modell for kompetansegivende utdanning for ambulansetjenesten i Helse Vest

Modell for kompetansegivende utdanning:

Krav til kompetanse er en viktig del av ambulansetjenestens struktur. Personellet skal tilfredsstillende bestemte krav til kompetanse i forhold til enhetens definerte kompetansenivå. Det skal være krav om kompetanse knyttet til følgende nivåer:

- Førsteresponsberedskap – brannpersonell, andre som deltar i ordningen – grunnleggende nivå
- Kompetansenivå 1 - Kombinert personell, vikarer, medlemmer i org. osv.
- Kompetansenivå 2 - Autorisert ambulanspersonell – grunnleggende nivå med delegeringer
- Kompetansenivå 3 - Autorisert ambulanspersonell med videreutdanning - avansert nivå
- Spesialistnivå - Anestesileger, personell i spesialiserte utrykningsenheter

Krav til utdanning – førsteresponsberedskap.

Det er behov for å etablere en kompetansegivende utdanning for personell i organisert førsteresponsberedskap. Herunder bør det innføres en tidsbegrenset sertifisering. Utdanningens faglige innhold og omfang bør være etter modell av first responder utdanningen i USA og ” i ventan på ambulans” (IVA) fra Sverige med tilpassning til norske forhold. Norsk grunnkurs i førstehjelp og opplæring i bruk av halvautomatisk hjertestarter bør være elementer som inngår i opplæringen. Målgruppen for denne utdanningen vil i første rekke være brannpersonell. Det vil derfor være ønskelig at denne utdanningen inngår som en obligatorisk del av den utdanningen som gis i regi av Norges brannskole.

Krav til utdanning for kompetansenivå 1.

Målgruppe: Vikarer i ambulansetjenesten. Frivillig personell, personell fra forsvaret

Personell som har ambulansetjeneste som fritidsbeskjeftigelse eller som deltidsjobb / personell som utfører ambulansetjeneste i tillegg til en annen hovedfunksjon (Kombinert personell) og vikarer.

Modell: Modellen for gjennomføring må være tilpasset målgruppen. Den opplæringen må kunne samordnes med den utdanning som gis i forsvaret, sivilforsvar og de frivillige organisasjonene. Opplæringen skal være modulbasert og legge til rette for en kombinasjon av selvstudie og samlinger med gjennomgang av fagstoff og ferdighetstrening. Foruten eksamener på hver av modulene må opplæringen avsluttes med en praktisk og teoretisk eksamen.

Faglig innhold:

Opplæringen skal tilfredsstillende kravene i forskrift for akuttmedisin utenfor sykehus § 17.

Varighet: Gjennomføringen må være fleksibel slik at man kan ta enkelte moduler og fordele opplæringen over et tidsrom på maksimalt 2 år. Totalt sett skal opplæringen tilsvare ca 3 mnd. fulltids opplæring.

Kommentarer:

Det er behov for å etablerere en ny utdanning på dette kompetansenivået. Opplæringen vil ikke føre frem til autorisasjon og vil derfor ikke kvalifiserer til å ha utøvelse av ambulansetjeneste som hovedyrke. Opplæringen vil først og fremst være å anse som en vikaropplæring.

Det bør utarbeides instruktørkurs. Godkjenningen som instruktør bør gjøres tidsbegrenset etter modell av det som gjelder for PHTLS instruktører.

Sertifiseringen som utdanningen fører frem bør være tidsbegrenset. Fornyelse av sertifiseringen bør betinge gjennomføring av repetisjonsopplæring og avlegging av eksamen. Sertifiseringsperioden på dette nivået bør være maksimalt 2 år.

Krav til utdanning for kompetansenivå 2.

Målgruppe: Ambulansepersonell som har utøvelse av ambulansetjeneste som yrke. Personell som bemanner ambulansenheter som inngår i helseforetakenes daglige ambulanseberedskap.

Modell: Fagopplæring i henhold til lov om opplæring.

- Opplæring i skole (Helse og sosialfag og ambulansefag) etterfulgt av læretid i ambulansetjenesten.
- Personell med 5 års godkjent praksis i ambulansefaget kan etter å ha bestått teoretiske tverrfaglig eksamen avlegge den praktiske fagprøven som praksiskandidater
- Personell med realkompetanse i ambulansefaget kan bli realkompetansevurdert etter bestemmelser i voksenopplæringsloven.

Teoretisk eksamen og praktisk fagprøve gjennomføres i henhold til gitte retningslinjer for faget. Bestått fagprøve legger grunnlaget for autorisasjon i henhold til lov om helsepersonell.

Personelle på kompetansenivå 2 vil kunne utføre legedelegerte oppgaver som krever sertifisering / utsjekk av medisinsk systemansvarlig før delegasjon kan finne sted.

Faglig innhold:

Fremkommer av følgende læreplaner som regulerer faget:

- Generell læreplan for videregående opplæring
- Læreplan for Vg 1 helse og sosialfag
- Læreplan for Vg 2 ambulansefag
- Læreplan for Vg 3 - opplæring i bedrift (lærling) i ambulansefaget.

Varighet: Fagutdanningen for ambulansesfaget har en varighet på 4 år, To års teoretisk opplæring i skolen etterfulgt at to år som lærling i ambulansetjenesten.

Kommentarer:

Fagutdanning for ambulansepersonell på kompetansenivå 2 er en yrkesutdanning som gir grunnlag for å kunne fungere i yrket som ambulansepersonell / ambulansearbeider samt legge grunnlaget for videre utdanning i ambulansesfaget.

Ambulansesfaget inneholder tre hovedelementer. Dette er akuttmedisin, redningsteknikk og kjøreteknikk med utrykningskjøring.

(For å få til en fullverdig fagutdanning for ambulansepersonell er det behov for å få inn opplæring i utrykningskjøring i henhold til forskrift for førere av utrykningskjøretøy som en del av fagutdanningen for ambulansepersonell).

Følgende tiltak anbefales iverksatt:

- Styrke samarbeidet mellom skolene som har ambulansesfag og ambulansetjenesten. Herunder regelmessig hospitering for lærere i ambulansetjenesten og bruk av ambulansepersonell som undervisere på spesielle emner / prosjekter
- Systematisk kontinuerlig kvalitetsforbedring av utdanningen i ambulansesfaget
- Deltagelse i internasjonale prosjekter for fagopplæring må vurderes i planperioden.
- Legge til rette for at autorisert ambulansepersonell videreutdanner seg til faglærere i ambulansesfaget.
- Forbedre opplæring av veiledere og kvalitets sikre at alle veiledere har veilederopplæring .
- Det skal legges til rette for samordning og faglig utvikling for prøvenemndene i ambulansesfaget i Helse Vest.
- Vurdere å arbeide for å utvikle forsøk med utvidet læretid hvor opplæring i utrykningskjøretøy blir en integrert del av fagopplæringen for ambulansepersonell.
- Arbeide for at det blir stilt krav om at lærlingen har bestått kompetansebeviset i utrykningskjøring før fagprøven eller at eksamen til kompetansebeviset blir en del av fagprøven.
- Innføre standardiserte opptaksprøver for inntak som en del av inntak av lærlinger etter modell av det som brukes for opptak til Politiet og brannvesen.

Krav til utdanning for kompetansenivå 3.

Målgruppe: Ambulansepersonell som har utøvelse av ambulansetjeneste som yrke og som oppfyller følgende betingelser:

- Arbeider i tjenester hvor medisinskfaglig ansvarlig lege vurderer at det er forsvarlig at ambulansepersonellet utfører avanserte akuttmedisinske prosedyrer.
- Det vil over tid være mulig å vedlikeholde de kunnskaper og ferdigheter som tilligger dette kompetansenivået.

Utdanningen på dette nivået er for ambulansepersonell som har autorisasjon som ambulansearbeider og praksis i ambulansesfaget

etter fagbrev som er relevant i forhold til å kvalifisere seg til videreutdanning. For personell under den alder (25 år) som kreves for realkompetansevurdering til høyskoler / universiteter kreves generell studiekompetanse. For å få generell studiekompetanse må den enkelte ta allmennfaglig påbygg til fagbrevutdanningen.

Modell: Med grunnlag i den tiltagende faglige kompleksitet og økende faglige krav i ambulansetjenesten samt det faktum at tilsvarende utdanninger i utlandet i stadig større grad blir lagt til høyskolenivået anbefales at dagens bedriftsinterne videreutdanning i ambulansefaget legges til høyskolenivået. Den fremtidige utdanningen på kompetansenivå 3 i Helse Vest skal derfor være en paramedicutdanning på høyskole med minimum 80 studiepoeng. Utdanningen må være nettbasert og bør bygge på planverk utviklet for nasjonal paramedicutdanning på Høyskolen i Lillehammer. Utdanningen skal være modulbasert og legges til rette for en desentralisert gjennomføring. Utdanningen legges til en eller flere høyskoler i regionen med kompetanse på fjernundervisning. Undervisningen bør være en kombinasjon av lærebøker/fagstoff, nettbasert selvstudie, regionale / lokale samlinger hvor en gjennomgår fagstoff og øver inn ferdigheter, aktiv bruk av simulering, veiledet praksis, teoretiske og praktiske prosjektoppgaver og hospiteringspraksis. Utdanningen skal legges opp slik at den nøye tilpasses målgruppen og at det er mulig å være i arbeid under store deler av studiet. Det skal være eksamen på hver modul. Utdanningen skal avsluttes med en hovedeksamen. Personellet på kompetansenivå 3 vil utføre en rekke legedelegerte oppgaver det er derfor behov for lokal sertifisering av medisinsk systemansvarlig før delegasjon kan finne sted.

Faglig innhold: Skal tilfredsstillende det internasjonale nivået for utdanning av Paramedic i andre land som USA, Storbritania, Australia, Tyskland. Det faglige innholdet vil i stor utstrekning bygge på læreplanen for utdanning av paramedic i USA men tilpasset norske forhold. Basisfagene som vil danne grunnlaget for å forstå avanserte akuttmedisinske problemstillinger vil være sentralt i denne opplæringen men videreutdanningen skal også inneholde operative emner og en begrenset videreutdanning i utrykningskjøring ut over kravene i kompetansebeviset,

Varighet: Minimum tilsvarende 1,5 års heltids opplæring i høyskolen (80 studiepoeng)

Kommentarer: Det er vesentlig at sterke fagmiljøer på prehospital akuttmedisin knyttes opp mot den høyskolen (e) som vil være ansvarlig for å gjennomføre utdanningen. Det er viktig for den faglige styringen og den nødvendige løpende utvikling at det blir en tett knytning mellom fagmiljøet på prehospital akuttmedisin og utdanningsinstitusjonen. Utdanningen på

dette kompetansenivået vil være for det personellet som skal kunne utføre avanserte akuttmedisinske behandlingstiltak og som arbeider under tett oppfølging av medisinsk systemansvarlig lege.

Utdanningen på kompetansenivå 3 (Paramedicnivå) skal være en videreutdanning for de som allerede er i arbeid som faglært ambulanspersonell og som innehar autorisasjon i ambulansefaget. Utdanningen bygger på kompetansen til faglærte ambulansarbeidere. Utdanningen på kompetansenivå 3 i høyskolen vil gradvis erstatte dagens ressurskrevende bedriftsinterne utdanninger i ambulansefaget. Dette vil medføre at de ressursene man har til faglig utvikling i ambulansetjenesten i større grad kan nyttes til vedlikeholdsoplæring / oppdateringer og kvalitetssikring av faglige nivå.

Merknad:

Det bør arbeides for å utvikle videreutdanningen til en 3årig bachelorutdanning med en nasjonal rammeplan finansiert over utdanningsbudsjettet. Ambulansutdanning på avansert kompetansenivå vil da bli et ordinært studietilbud hvor det ikke stilles krav om grunnutdanning i ambulansefaget før opptak i høyskolen. Dette må det tas hensyn til i utformingen av studietilbudet. Det vil også være mulig for personell med grunnutdanning (fagutdanning) i ambulansefaget å søke seg videre på en bachelorutdanning.

Krav til utdanning - Spesialistnivå:

De leger, sykepleiere og ambulanspersonell som deltar i tjenesten på dette kompetansenivået vil ha spesialisert utdanning og praksis fra akuttmedisinsk arbeid. Personellet arbeider i legebemannet luftambulansetjeneste og ambulansenheter som transporter intensivpasienter. Det er viktig at med gode rutiner for opplæring og utsjekk i prehospitalet akuttmedisin og operative emner tilpasset dette kompetansenivået. Personellet har en viktig rolle som veiledere for annet helsepersonell og ambulanspersonellet.

Ambulansetjenesten i Helse Vest skal organiseres og drives slik at:

- Personellet på den enkelte ambulanse tilfredsstiller utdanningskravet som stilles til ambulansenhets definerte kompetansenivå.
- Det legges til rette for rekruttering av kvalifisert personell på de ulike kompetansenivåer.
- Det tilrettelegges for kontinuerlig kvalitetsutvikling på utdanningene til det enkelte kompetansenivå.

Planmessig internopplæring

Det forutsettes at alle ambulansetjenester har en plan for hvordan man skal drive kontinuerlig kvalitetsutvikling. Det skal her fremgå en detaljert beskrivelse for gjennomføring.

Planmessig internopplæring:

- Det skal være en løpende faglig oppdatering av personellet i ambulansetjenesten.
- Fagutviklingen skal være systematisk og bør inneholde alle elementer i læringssirkelen.
- På alle kompetansenivåer skal det være gjennomført sertifiseringer og resertifisering.
- Tverrfaglighet skal tilstrebes.
- I driftsenheten for ambulansetjenesten skal det være tilstrekkelige ressurser til å organisere en forsvarlig fagutvikling.
- I hvert ambulanseområde skal det være opplæringsansvarlige og instruktører / veiledere med dedikerte stillinger og avsatt tid.
- For lærlingene skal det være hovedveiledere og veiledere.
- All fagutvikling skal dokumenteres og det skal foreligge oppdatert oversikt over personellens kompetanse.

Beskrivelse av akuttmedisinske ferdigheter på det enkelte kompetansenivå.

I vedlegg nr 8 til Planen listes opp ferdigheter som ambulansepersonellet kan utføre på det enkelte kompetansenivå. Grunnlaget for disse ferdigheter må ligge i at den enkelte har bestått en kompetansegivende utdanning og innehar en lokal tidsbegrenset sertifisering. Den faglige utviklingen innen området prehospital akuttmedisin er i stadig endring. De ferdigheter som beskrives i forhold til de ulike kompetansenivåer vil endre seg over tid. Dette kan bety at nye ferdigheter må legges til listen og at ferdigheter forflytter seg mellom de ulike kompetansenivåer. Det er den medisinske systemansvarlige for ambulansetjenesten som avgjør hvilke delegasjoner som skal gis til ambulansepersonellet til en hver tid. Videre påligger det den medisinske systemansvarlige å gjennomføre nødvendige kontrolltiltak i forhold til opplæring og oppdrag som utføres.

Kontrolltiltak – sikring av faglig forsvarlighet

Ambulansepersonell utfører i stor grad legedelegert arbeid. I henhold til helsepersonelloven skal det være etablert systemer for oppfølging og kontroll hvis slike ordninger skal anses å være forsvarlige.

Kontrolltiltak – sikring av faglig forsvarlighet:

Ambulansetjenesten i Helse Vest skal ha en organisering og drift hvor følgende blir ivaretatt:

- Den medisinskfaglig ansvarlige lege skal godkjenne de behandlingsprotokoller og prosedyrer som gjelder for den enkelte tjeneste.
- Opplæringen skal være i henhold til plan som er godkjent av ansvarlig lege.
- Sertifisering etter endt opplæring skal utføres i henhold til godkjente retningslinjer. Sertifiseringen skal utføres av ansvarlig lege eller den som dette ansvaret delegeres til.
- Godkjent sertifisering danner grunnlaget for at legen kan gi personellet en tidsbegrenset personlig delegering. Normalt bør disse delegeringene gjelde for to år om gangen.
- Det må være en løpende supervisjon av ambulansepersonellet under utøvelsen av oppdrag. Dette kan gjøres ved at ansvarlig lege deltar på disse oppdragene og/eller at legen delvis delegerer dette til veiledere i ambulansetjenesten.
- Ansvarlig lege skal gjennomgå tjenestens dokumentasjon og forsikre seg om at utøvelsen av oppdragene skjer i henhold til vedtatte retningslinjer.
- Det skal være rutiner for resertifisering. Resertifiseringen skal gjennomføres i henhold til retningslinjer fra tjenestens ansvarlige lege.
- Det skal være et oversiktlig system for avviksrapportering og håndtering av avvik. Rutinene for slik rapportering må være enkle og terskelen for å melde avvik skal være lav. Det skal kunne dokumenteres at de avvik som meldes raskt blir fulgt opp på en systematisk måte

6.6 System for operativ ledelse - ambulansetjenesten.

Ambulansetjenesten i Helse Vest skal:

- Ha de nødvendige organisering, rutiner og kompetanse til å ivareta operativ ledelse av helseressursene både på små og større - kompliserte skadested.
- Kunne dekke funksjonen som leder ambulanse og operativ leder helse.
- Ha en jourhavende / vakthavende leder som kan ivareta overordnet ledelse og oppfølging av personell og materiell i tjenesten.
- I planperioden skal det utvikles kurs som legger til rette for en samordning av de som har ansvar for faglig og operativ ledelse av helseressursene under ulykker og katastrofer i Helse Vest. (Det anerkjente kurset MIMMS (Major Incident Medical Management and Support) som brukes som nasjonale kursopplegg i flere land bør kunne tilpasses norske forhold og bli vurdert i planperioden).
- Ha organisering og drift som legger til rette for samarbeid med andre utrykningsetater, sykehus, primærhelsetjeneste og andre samarbeidspartnere innen redningstjenesten.

I det følgende beskrives krav til system for operativ ledelse for ambulansetjenesten i Helse Vest. Systemet utgjør en helhet hvor den enkelte funksjon er avhengig av hverandre.

AMK sentralens funksjon.

AMK har ansvar for å disponere ambulanseressursene på den til en hver tid beste måte ut fra retningslinjer og prosedyrer gitt av ledelsen for ambulansetjenesten / de prehospitale tjenester. Ved tvil om operativ disponering skal jourhavende prehospital leder kontaktes. Dersom det er medisinskfaglige problemstillinger skal AMK legen kontaktes.

AMK legens funksjon.

AMK legen skal være tilgjengelig for konsultasjoner fra AMK. Ambulansepersonell skal kunne komme i kontakt med AMK legen via AMK for å kunne konsultere i forhold til medisinskfaglige problemstillinger. AMK legen skal ved behov gi nødvendige medisinskfaglige føringer for den operative disponeringen av ambulansetjenesten.

Jourhavende - ambulanseleder / prehospital leders funksjon.

Ambulansetjenesten skal til en hver tid ha en representant for ledelsen tilgjengelig. Det må i planverk være beskrevet hvilke oppgaver og fullmakter den jourhavende ambulanseleder / prehospital leder har. Jourhavende ambulanseleder / prehospital leder må være tilgjengelig for AMK i helseradionettet.

Jourhavende ambulanseleder / prehospital leder skal samarbeide nært med vakthavende AMK lege og er underlagt AMK legen i medisinskfaglige problemstillinger.

Sentrale oppgaver for jourhavende ambulanseleder / prehospital leder vil være:

- Fatte beslutninger vedrørende disponering av personell og materiell.
- Koordinere aksjoner med AMK, deltagere i det akuttmedisinske team, andre deltagere i redningstjenesten og andre myndigheter
- Kunne tiltre sykehusets krisestab ved behov

- Støtte operativ leder helse og om nødvendig kunne fungere som operativ leder helse på et skadested.
- Representere ledelsen utad ovenfor pressen..
- Iverksette oppfølging av personell etter aksjoner.
- Iverksette oppfølging av materiell under og etter aksjoner.

Jourhavende ambulansleder / prehospital leder skal disponere nødvendig kjøretøy, sambandsutstyr, kartverk, prosedyrer og katastrofemateriell til å kunne løse sine oppgaver.

Det må understrekes at en ordning med jourhavende ambulansleder / prehospital leder er ment å dekke hele helseforetakets ansvarsområde og at ordningen er ment å sikre at det alltid er en leder som kan ivareta overordnet ledelse av ambulanseressursene i helseforetaket. Funksjonen som jourhavende ambulansleder / prehospital leder kan til en viss grad sammenlignes med overbefalsvakten i brannvesenet.

Operativ leder Helse sin funksjon.

Operativ leder Helse (OLH) sitt ansvar og arbeidsoppgaver fremkommer av direktiv for redningstjenesten. Det pågår for tiden et arbeid med å utvikle en håndbok for redningstjenesten som vil erstatte direktivet. Operativ leder helse skal ha solid kompetanse i operativ ledelse av helseressursene på større / kompliserte skadested. I beredskapsplanverket til helseforetaket skal det komme klart frem hvem som skal dekke rollen som operativ leder helse. Videre skal det sikres at OLH disponerer utrykningskjøretøy / ambulanse med nødvendig kommunikasjonsmidler kartverk, planverkt, merkemateriell og andre hjelpemidler for operativ ledelse.

Det må stilles kompetansekrav til rollen som OLH og innføres en tidsbegrenset sertifisering av personell som skal dekke denne funksjonen. Ordningene for dette bør være felles i Helse Vest. Operativ leder Helse funksjonen skal forankres i et fagmiljø som sikrer en kontinuerlig kompetanseutvikling hos det personellet som forutsettes å dekke denne rollen.

Leder ambulanse sin funksjon.

Leder ambulanse funksjonen er ikke omhandlet i det gjeldende direktivet for redningstjenesten. Funksjonen har vært i drift i Helse Bergen hvor man har positive erfaringer med funksjonen under reelle krevende ulykker og på øvelser. Derfor anbefales at leder ambulanse innføres som funksjon i Helse Vest. Leder ambulanse vil normalt være den mest kompetente på første ambulansenhet som ankommer skadestedet. Helse Bergen har med støtte av RAKOS (Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter - Helse Vest) utviklet et kurs som kvalifiserer til å kunne fylle rollen som leder ambulanse på skadestedet. Alt personell i ambulansetjenesten skal ha dette kurset. Leder ambulanse funksjonen er i hovedsak rettet mot å ivareta ledelse som sikrer en god oppstart av arbeidet på skadestedet. På mindre / enklere skadested vil - leder ambulanse kunne utføre operativ ledelse uten støtte av OLH. Ved større ulykker / kompliserte skadested skal helseforetaket ha rutiner som sikrer at personell som er utsjekket til å dekke operativ leder helse funksjonen kan støtte leder ambulanse. Leder ambulanse blir underlagt OLH og arbeider i team med OLH og assisterer denne med operativ ledelse av helseressursene på skadestedet.

Forholdet til fagleder helse på skadestedet

Det er fagleder helse som er øverste medisinske leder på skadestedet. Ansvar og oppgaver for fagleder helse fremkommer av direktiv for redningstjenesten. Det er viktig at Leder ambulanse og Operativ leder Helse har et nært og godt samarbeid med fagleder helse.

Andre lederoppgaver for helsetjenesten på skadestedet

Ambulansetjenesten må som en del av beredskapsarbeidet sikre seg at ambulanspersonell kan fylle aktuelle funksjoner som Leder for innbringertjeneste, Leder venteplass for ambulanser, leder for samle plass osv. En del av disse funksjonene vil normalt kunne dekkes av andre enn ambulanspersonell men det er viktig at ambulanspersonellet har kompetanse i forhold til disse oppgavene slik at de om nødvendig kan utføre dem på en god måte.

System for operativ ledelse.

I planperioden skal ambulansetjenesten ha fokus på:

- å tilfredsstille kravene i beredskapsplanen for Helse Vest
- Utvikle planverk for helseforetakets prehospitaltjenester hvor system for operativ ledelse blir innført – slik som beskrevet i denne plan.
- Etablere nødvendige rutiner og bygge opp kompetanse hos personellet i forhold til deres funksjon / rolle.
- Ha planverk, organisering og rutiner som sikrer at ambulansetjenesten har kvalifisert personell og materiell som raskt kan delta i helseteam. Dette gjelder også helseteam som avgis for å tjenestegjøre utenfor helseforetakets område.

7.1 Dagens situasjon – Båtambulansetjenesten.

Dagens driftsmodell.

Det er i dag private rederier som etter avtale utfører båtambulansetjeneste på vegne av helseforetakene. Innhold og varighet på avtalene varierer. Personellet på båtene er underlagt ambulansetjenestens medisinske, operative og tekniske systemansvar. Ambulansebåtene kombinerer ofte ambulansetjeneste med transport av helsepersonell. En del av ambulansebåtene benyttes også til annen virksomhet som skoleskyss osv. Dette er forhold som reguleres i avtalen med det enkelte Helse Foretak.

Oversikt over dagens båtambulanseberedskap i Helse Vest.

I det følgende gis det en oversikt over båtambulanseberedskapen i Helse Vest:

Helse Førde - båtambulanse – stasjonering pr 01.01.06:

Navn på stasjon (inkl. stedsnavn / adresse)	Befolkningsan tall i stasjonens primære deknings - område.	Bemanningsmodell Bemanningen er på:		Beredskap på stasjonen antall ambulanser:			Antall oppdrag i 2005			Antall km i opp - drag 2005
		Vaktrom /Stasjon	Hjemme- vakt	Kun dag	Døgn	Del - døgn	rød	gul	grønn	
01 – Florø		Skyssbåt på dagtid	X		1					
11 – Gulen		Skyssbåt på dagtid	X		1					
12 - Solund		Skyssbåt på dagtid	X		1					
28 - Askvoll			X		1					
16 – Høyanger			X		1					
39 – Vågsøy		Skyssbåt på dagtid	X		1					
SUM:					6					

Helse Bergen - båtambulanse – stasjonering pr 01.01.06:

Navn på stasjon (inkl. stedsnavn / adresse)	Befolkningsan tall i stasjonens primære deknings - område.	Bemanningsmodell Bemanningen er på:		Beredskap på stasjonen antall ambulanser:			Antall oppdrag i 2005			Antall km i opp - drag 2005
		Vaktrom /Stasjon	Hjemme- vakt	Kun dag	Døgn	Del - døgn	rød	gul	grønn	
Austevoll st. Knivhaugane 5392 Storebø	4500	X			1					
Sum	4500				1					

Helse Fonna - båtambulanse – stasjonering pr 01.01.06:

Navn på stasjon (inkl. stedsnavn / adresse)	Befolkningsan tall i stasjonens primære deknings - område.	Bemanningsmodell Bemanningen er på:		Beredskap på stasjonen antall ambulanser:			Antall oppdrag i 2005			Antall km i opp - drag 2005
		Vaktrom /Stasjon	Hjemme- vakt	Kun dag	Døgn	Del - døgn	rød	gul	grønn	
Sunde	15000		X		1		250	350	500	34000
Sum	15000				1					

Helse Stavanger - båtambulanse – stasjonering pr 01.01.06:

Navn på stasjon (inkl. stedsnavn / adresse)	Befolkningsan tall i stasjonens primære deknings - område.	Bemanningsmodell Bemanningen er på:		Beredskap på stasjonen antall ambulanser:			Antall oppdrag i 2005			Antall km i opp -drag 2005
		Vaktrom /Stasjon	Hjemme- vakt	Kun dag	Døgn	Del - døgn	rød	gul	grønn	
Tau	17461 (Strand, Forsand, Hjelmeland, Finnøy, Kvitsøy)	1			1		77	213	46	25903 (samlet på begge båtene)
Judaberg		1			1		77	150	38	
Sum	17461				2					

Kompetanse – Båtambulansetjenesten.

Oversikt over kompetanse i båtambulansetjenesten pr 01.01.06.

Helseforetak	Antall ansatte i båtambulansetjenesten	Kompetanse pr. 01.01.06				Merknad:
		Vikarutdanning etter NOU 1976:2	Fagbrev og autorisasjon	Videreutdanning		
				Bedriftsintern	Paramedic	
Helse Førde	22	3	0	0	0	Tjenesten har stort sett med lege på amb. oppdrag.
Helse Bergen	4	3	1	0	0	
Helse Fonna	4	2	0	0	0	Ny ordning fra 2006, ellers følger amb. Pers. med i båt
Helse Stavanger	10	5	2	0	0	

Merknad til oversikten over dagens kompetansenivå.

Oversikten over kompetanse i dagens ambulansébåttjeneste viser at det vil være en betydelig utfordring å få tjenesten opp på samme utdanningsnivå som bilambulansetjenesten.

Lover og regler som regulerer ambulansébåttjenesten.

Ambulansébåttjenesten omfattes av forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Ved organisering og drift av båtambulansetjenesten må forskriftens føringer i forhold samarbeid med kommunehelsetjenesten vektlegges. Dette er viktig fordi båtene ofte brukes til skyss av legevakt, jordmor, veterinær osv.

Forkriftens krav til ambulansepersonellens kompetanse gjelder fullt ut for båttjenesten. Videre gjelder de samme krav til forsvarlig drift, faglig oppfølging osv. Hovedregelen skal være at ambulanseneheter skal ha kasernert vakt. Det kan gis unntak for dette dersom ambulansébåten har et lavt antall oppdrag. Det er usikkert hvor grensen for dette går i og med at det ikke har vært noen prinsippavgjørelser eller veiledning etter at forskriften ble fastsatt. Foruten helselovgivning som er felles med bilambulansetjenesten er det en rekke forskrifter, lover og regler som omhandler sjøfart som får betydning for båtambulansetjenesten. Særlig er det viktig å være oppmerksom på:

- "Forskrift om kvalifikasjonskrav og sertifikatrettigheter for personell på norske skip, fiske- og fangstfartøy og flyttbare innretninger". Som stiller bestemte krav til mannskapets kompetanse.
- "Regler for passasjer- og laste skip m.v." Styrende dokument som blant annet inneholder "Bygging, utrustning og drift av hurtiggående fartøy"

7.2 Krav til organisering og drift av båtambulansetjenesten i Helse Vest.

Krav til fremtidig organisering.

Forskriften for akuttmedisin utenfor sykehus stiller krav om at også båtambulansetjenesten skal bemannes av minimum to helsepersonell. I henhold til regelverket for sjøfart skal en av mannskapet kunne assistere båtfører ved dårlig vær / vanskelige forhold. Minimum en person skal samtidig kunne overvåke og behandle pasienten under transport. Innføringen av den nye forskriften for akuttmedisin utenfor sykehus innebærer derfor at det blir nødvendig å utvide bemanningen på ambulansebåtene fra 2 til 3 personer. Dette for å sikre at det til en hver tid er en kvalifisert person som kan overvåke og behandle pasienten under transport.

Krav til organisering av båtambulansetjenesten:

- Løsningen som velges for å sikre at bemanningen av ambulansebåttjenesten oppfyller forskriftsfestede krav (3 personer) må tilpasses lokale forhold.
- Ambulansebåttjenesten skal være en integrert del av de prehospitale tjenester i helseforetaket.
- Krav til ambulansefaglig kompetanse, faglige rutiner og oppfølging, utstyr osv skal ha samme nivå som bilambulansetjenesten.
- Avtalene med rederier skal bygge på den modell som brukes i luftambulansetjenesten. Det skal tydelig fremgå av avtalene at rederiene skal stå for transportdelen og at helseforetaket skal stå ansvarlig for den helsefaglige delen av tjenesten. Dette innebærer at minimum en person av de tre personene i bemanningen skal være ansatt i helseforetakets ambulansetjeneste og rullere med bilambulansetjenesten.
- Helseforetaket skal ha ansvar for det medisinske utstyret i ambulansebåtene.
- I avtalene med rederiene skal det forsøkes å få til en samordning som sikrer en forsvarlig utnyttelse av båtene uten at det går ut over beredskapen og det faglige nivået i tjenesten. Her er en kombinasjon med legevakt – skyss av helsepersonell særlig aktuelt.
- Etter en nærmere vurdering / analyse skal det taes stilling til hvilket kompetansenivå som skal kreves for den enkelte ambulansebåt. Dette vil igjen legge premisser for den operative disponering av båtambulansetjenesten.
- Helseforetakene skal som en del av planleggingen av de prehospitale tjenester gjennomgå strukturen på båtambulansetjenesten. Herunder vurdere behovet for antall ambulansebåter.

Krav til kompetanse i båtambulansetjenesten:

- Ambulansebåttjenesten skal tilfredsstillere kravene til kompetanse i forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus og lover og regler som regulerer sjøfart.
- Helseforetakene skal foreta en nøyaktig kompetanse og personell kartlegging i båtambulansetjenesten.
- På bakgrunn i denne kartleggingen og fremtidige krav til tjenesten skal det utarbeides en detaljert tiltaksplan for å sikre kompetanse og rekruttering i båtambulansetjenesten.
- De prehospitale tjenester i Helseforetakene skal ha ansvaret for helsefaglig bemanning i ambulansebåtene. Det skal etableres rotasjonsordning med bilambulansetjenesten.
- Personell fra bilambulansetjenesten som rullerer inn i båtambulansetjenesten skal ha autorisasjon i ambulansefaget og være kvalifisert i henhold til det kompetansenivå som er bestemt for den aktuelle ambulansebåt.
- Minimum en av det resterende mannskapet skal tilfredsstillere kravene til minimumsutdanning i forskrift for akuttmedisin utenfor sykehus §17.
- Ambulansepersonell som skal tjenestegjøre i båtambulansetjenesten må ha nødvendig opplæring og være utsjekket til å kunne fylle denne oppgaven (også i henhold til lover og regler som regulerer sjøfart.)
- Det bør være veileder / instruktør i tilknytning til båtambulansestasjonene.
- Lærlinger i ambulansefaget bør ha en del av sin læretid på ambulansebåt i helseforetaket
- Bemanning av båtambulansetjenesten skal inngå i rekrutteringsplanen for de prehospitale tjenester.
- Helseforetakene skal ha en oppdatert oversikt over kompetansen til alt personell i ambulansebåttjenesten.
- Helseforetaket skal godkjenne personellet for tjeneste i båtambulansetjenesten. Personellet som til en hver tid tjenestegjør på ambulansebåt meldes inn og registreres i vakt / ressurslogg på samme måte som personellet i bilambulansetjenesten.

Krav til fartøy og utstyr i båtambulansetjenesten:

- Fartøyene som brukes som ambulansebåter skal tilfredsstillende til en hver tid gjeldende lover, regler og standarder.
- Båtambulansetjenesten skal følge den samme utstyrsstandard og rutiner vedrørende utstyr som bilambulansetjenesten. Dersom det er behov for utstyr og / eller rutiner i tillegg til dette skal det godkjennes av medisinsk systemansvarlig lege og den operativt systemansvarlig for ambulansetjenesten i helseforetaket.
- Båtene skal være godt egnet til ambulansetjeneste i det området hvor de skal tjenestegjøre.
- Båtene må ha en fart som gjør at de kan dekke et større geografisk område innenfor de anbefalte krav til responstid
- Fartøyene må være slik at tjenesten oppnår stor grad av driftspålitelighet.
- Fartøyene må være av en størrelse og være utformet slik at de legger til rette for en tremannsbetjening uten at det stilles krav om egen maskinist som en del av bemanningen
- Båten skal være utformet på en måte som sikrer at hensynet til ergonomi, godt lys, god hygiene og sikkerhet ivaretas.
- Innfestingen av utstyr bør tilfredsstillende de samme krav som stilles til ambulanserbiler
- Båterommet / sykekupeen skal være utformet på en måte som legger til rette for god overvåkning av pasientene og muliggjør iverksetting av behandlingstiltak under transport samtidig som sikkerheten til pasient og mannskap blir ivaretatt.

8.0 Luftambulansetjenesten.

8.1 Dagens situasjon.

Generelt om luftambulansetjenesten.

Luftambulansetjenesten har vært gjenstand for flere offentlige utredninger. Den er i økende grad blitt definert inn som en del av den offentlige helsetjeneste. Tjenesten skal bidra til å nå overordnede helsepolitiske mål.

Luftambulansetjenesten deles inn i fixed wing (ambulansfly) og rotorwing (helikopter). Det er for tiden ingen fixed wing luftambulanserbaser i Helse Vest.

Luftambulanserbaserne i Helse Vest er:

- Førde
- Bergen
- Stavanger

Et offentlig utvalg ledet av fylkeslege Petter Øgar fremmet forslag om den framtidige luftambulansetjenesten i sin rapport NOU 1998:8 "Luftambulansetjenesten i Norge". Den ble sammen med NOU 1998:9 "Hvis det haster" presentert for Stortinget som Stortingsmelding 43 (1999-2000) "Om akuttmedisinsk beredskap". Her heter det:

- Luftambulansetjenestens primære og prioriterte oppgave skal være å bidra til at befolkningen får nødvendig akuttmedisinsk behandling.

I praksis vil dette være å:

- Bringe medisinsk utstyr og/eller kompetent personell raskt fram til alvorlig syke og skadde pasienter
- Yte kvalifisert prehospital akuttmedisinsk diagnostikk, behandling og overvåkning
- Bringe pasienten til et adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten

- Overføre alvorlig syke/skadde pasienter til et høyere omsorgsnivå for å sikre adekvat behandling
- Være ressurs som kan settes inn i redningsoperasjoner.

Siden 1988 har luftambulansetjenesten i Norge vært organisert under den offentlig finansierte Statens Luftambulansse.

I forbindelse med omorganiseringen til helseforetak har i dag de fem regionale helseforetakene et "sørge for" -ansvar for luftambulansetjenesten.

Selskapet Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS¹ er etablert for å ivareta dette ansvaret og sørger for den flyoperative delen av luftambulansen for hele landet. Selskapet er primær kundekontakt for transportdelen, mens ansvaret for den medisinske tjenesten fortsatt ligger i Helseforetakene.

I den nye forskriften for akuttmedisin utenfor sykehus fremgår det at rednings - helikopter ikke defineres som luftambulansse men i spesielle tilfeller kan rekvireres til ambulansoppdrag.

På luftambulanssebasene i Helse Vest inngår legebil som et viktig supplement til helikopter. Legebilen er en del av beredskapen og benyttes i basens nærområde. Dette i situasjoner der det for eksempel ikke er flyvær eller er andre operative grunner til ikke å bruke helikopter.

Luftambulansetjenesten er et supplement og ikke et alternativ til den ordinære bil- og båtambulansetjenesten. Luftambulansetjenesten er en akuttmedisinsk ressurs som etter Helse- og omsorgsdepartementets retningslinjer skal ivareta beredskap for de mest akutt/kritiske situasjoner. Bruk av luftambulansse vurderes også der transporttid kan være faktor i pasientbehandlingen. Transportmiddel vurderes ut fra operative hensyn som inkluderer alt fra medisinske vurderinger, vær/føreforhold, hva som er optimalt for pasientbehandling og hva som sikrer best gjennomføring.

Tjenesten innebærer høye krav til klarhet i prosedyrer på hvordan en skal operere. For å kunne håndtere mannskapenes behov for tilstrekkelig trening og gi grunnlag for ferdigheter er et nært samarbeid mellom den medisinske tjenesten og operatør (transportdelen) en forutsetning. Et eksempel på dette er at Helseforetaket må legge forhold til rette for at medisinsk personell skal ta del i påkrevd nødtrening. Ansvaret for selve gjennomføringen ligger hos operatøren.

Virksomhetsregistrering

Luftambulanssemiljøet i Helse Vest har de siste årene etter initiativ fra LA-miljøet i Bergen benyttet en felles virksomhetsregistrering: AirDoc. Dette er en database som er utviklet i Bergen og som har en svært sterk og fleksibel søkefunksjon. Det er derfor lett å påvise ulikheter i driftsprofil mellom de ulike tjenestene. Dette er et viktig hjelpemiddel for kvalitetssikring av LA-tjenestene.

Utviklingstrekk ved luftambulansetjenesten

LA basene i Bergen og Stavanger hadde tidligere opptil dobbelt så mange legebiloppdrag som helikopteroppdrag. De siste tre årene har denne trenden snudd slik at begge baser utvikler seg mot rene helikopterbaser. Dette betinger at primærlegene deltar prehospitalt rundt LA basene og at ambulanspersonellet har høy fagkompetanse. Førde har naturlig en helikopterdominert profil på grunn av demografiske forhold i sitt område.

¹ Luftambulansetjenesten ANS – www.luftambulansen.com

Uløste oppdrag

Frekvensen av uløste oppdrag på grunn av samtidighet er lav. Det påligger vakthavende luftambulanselege å foreta medisinsk prioritering dersom slike situasjoner oppstår. Vi har et svært godt samarbeid mellom nabobaser i vår region i slike situasjoner, slik at raskeste ressurs blir benyttet. Vakthavende luftambulanselege er øverste myndighet i slike avgjørelser.

Samarbeide med Redningstjenesten (330 skv)

Sea King redningshelikopter inngår som fullverdig ressurs i statens luftambulansetjeneste både når det gjelder primær og sekundær oppdrag. Etter at tilstedevakt ble innført ved Sola basen 01.06.2004 har Sea King utviklet seg til et verdifullt supplement til den ordinære luftambulansetjeneste ved akuttoppdrag og samtidighetskonflikter. I tillegg brukes Sea King som en backup ved dårlig vær på sekundæroppdrag når ordinær luftambulanse ikke kan ta oppdraget, eller ved samtidighetskonflikter. Sea King inngår også fast i beredskap for kuvøseoppdrag i søndre del av Helse Vest. Sea King rommer da et kuvøse team fra Stavanger Universitetssykehus. I 2005 utførte Sea King 240 oppdrag totalt, herav omlag halvparten ambulanse. Etter innføring av tilstedevakt har oppdragsmengden økt med 30%.

Redningshelikopterbase i Florø

Det blir opprettet redningshelikopterbase i Florø med døgkontinuerlig tilstedevakt med lege innen 2009. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at basen fra samme tidspunkt vil inngå som en del av luftambulansetjenesten.

Det følger av den oppgavefordelingen som tidligere er etablert, at legene som skal arbeide på redningshelikopterbasene skal være faglig og administrativt tilknyttet helseforetakene.

Både for integrasjon i anestesi fagmiljøet og nødvendig samarbeid med luftambulansen i Førde er det naturlig at anesthesiavdelingen ved Førde Sentralsykehus får ansvar for den medisinske tjenesten på redningshelikopteret.

Bemanning – Luftambulanse.

Når det gjelder bemanning av luftambulanshelikopter har vi i regionen 25 års erfaring. I dag benyttes utelukkende tre crew konfigurasjon med en flyger, redningsmann og en lege. Helikoptrene som benyttes er EC 135. Det gir en mulighet til fleksibilitet all den tid ett ledsager sete blir tilgjengelig dersom en har behov for andre ressurser i gitte situasjoner. Dette kan være f.eks, enten jordmor, gynekolog, pediater, relevant operativt personell, transport av lavinehund m/ fører eller dykkere.

Leger

For å sikre medisinsk faglig forankring innen helseregionen oppfordres det til at det opprettes prehospitale seksjoner ved aktuelle sykehus. Legene som bemanner luftambulanshelikopterene er organisert inn under disse seksjoner.

Det er prehospital seksjon sitt ansvar å etablere system for vedlikehold av luftambulanselegens kunnskaper og ferdigheter.

Redningsmenn

Luftambulansetjenesten i Norge har nærmere 30 års erfaring med denne funksjonen. Innen systemet Statens Luftambulansetjeneste har redningsmannen tredelt arbeidsområde. Redningsmannen har en medisinsk, redningsteknisk og flyoperativ assistent oppgave. Medisinskfaglige grunnleggende forutsetninger er gitt gjennom autorisasjon som helsepersonell. Redningsmannen er en del av et integrert prehospitalt anestesiteam. Nasjonal standard for redningsmenn gir redningsteknisk og medisinsk ramme for funksjonen. Redningsmannen representerer bindeleddet mellom medisinsk og flyoperativt arbeidsområde. Når det gjelder redningsmannens flyoperative oppgaver (HEMS crew funksjon) er dette operatørens anliggende. Tjenesten innebærer høye krav til klarhet i prosedyrer på hvordan en skal operere. For å kunne håndtere tilstrekkelig opplæring, kunnskap og trening er det derfor riktig at pilot og HEMS crew member er ansatt hos helikopteroperatør. Helikopteroperatør er ansvarlig for system for oppfølging. Det er basens medisinske ledelse sitt ansvar å bidra til å legge forhold til rette for at redningsmennene får tilgang og kjennskap til lokale behandlingsprosedyrer. Det er naturlig at redningsmennene har en faglig og organisatorisk tilknytning til ambulansetjenesten.

Piloter

Det stilles store krav til pilotene som skal tjenestegjøre i luftambulansen. Minstekravet til ansettelse er 2000 timer som fartøysjef, erfaring fra mørkeflyging og instrumentbevis. Piloten må også kunne delta i det pasientrettede arbeidet. De må derfor kunne utføre basal HLR og ha et visst kjennskap til enklere medisinske behandlingsprosedyrer som for eksempel. koble opp intravenøs - sett, finne fram medisinsk utstyr etc.

Flytekniker

Operatøren må ha flytekniker i vakt. Flytekniker er viktig for sikkerheten og for å sikre at tjenesten har den påkrevde driftspålitelighet.

8.2 *Utfordringer og fremtidige løsninger - luftambulansetjenesten.*

Samarbeid - luftambulansetjeneste

Det tette og nødvendige samarbeid innen prehospitale tjenester forutsetter at innsatsgruppene har kjennskap til ressurser, begrensninger og operative forhold. AMK personell, ambulansetjenesten, Politi, Brann og LV må ha kjennskap til forhold som har betydning for samarbeid med luftambulansetjenesten.

Luftambulansetjenesten:

- Luftambulansetjenesten skal være en integrert del av de prehospitale tjenestene i Helseforetaket.
- Personellet på luftambulansen skal ha kjennskap til system for prehospitale tjenester i basenes ansvarsområde samt i Helse Vest. Basenes medisinske ledelse skal legge forholdene til rette for dette.
- For å ivareta sikkerhet utarbeider Luftambulansetjenesteoperatør, i samarbeid med AMK sentralene, rutiner for flight following (AMK sentralen overvåker luftambulansetjenesteoppdrag).
- AMK system for oppdragsregistrering skal være tilgjengelig på luftambulansetjenestebasen
- I forbindelse med alarmutkall skal det være rutiner for elektronisk formidling av aktuell posisjon og informasjon til luftambulansetjenestecrew.
- LA-miljøene i Helse Vest skal samarbeide for å kvalitetssikre sin felles virksomhetsregistrering, for på den måte kunne overvåke tjenestene og identifisere områder for utvikling og forbedring.

Vakthavende AMK lege.

De leger som bemanner luftambulansen vil, dersom de er forankret i den lokale ambulansetjenesten og AMK, ha gode forutsetninger for å kunne fylle rollen som vakthavende AMK lege.

Vakthavende AMK lege:

- Leger som skal tjenestegjøre som vakthavende AMK lege skal ha nødvendig opplæring / utsjekk for denne oppgaven.
- Det skal til en hver tid være en vakthavende AMK lege.
- Prosedyrer og rutiner skal sikre at det er vakthavende AMK lege også ved samtidighetskonflikter med pågående luftambulanseoppdrag og når luftambulansen er "fløyet ut på tid"
- AMK legen skal i umiddelbar nærhet ha tilgang på datagrunnlaget i AMK samt nødvendige prosedyrer og behandlingsprotokoller for den prehospitaltjenesten i ansvarsområdet.
- Vakthavende AMK lege skal ha et nært samarbeid med vakthavende ambulansesjef.

Legens rolle i fagutvikling og medisinsk faglig forankring.

Regelmessig veiledning og undervisning fra luftambulansen under og etter utførelse av oppdrag vil være et viktig bidrag til kompetanseheving.

Slik veiledning vil være et viktig bidrag til kompetanseheving hos personell som arbeider med prehospital akuttmedisin.

Legens rolle i fagutvikling og medisinsk faglig forankring av prehospitaltjenester:

- Leger som deltar i bemanningen av ambulansetjenesten skal involveres i fagutvikling i ambulansetjenesten og AMK.
- Legen skal observere ambulansepersonellets håndtering av pasienten og veilede personellet under og etter oppdrag.

Forholdet mellom luftambulansetjenesten og bilambulansetjenesten

Ambulansepersonellet skal ha kunnskaper om luftambulansetjenestens muligheter og begrensninger. Herunder kunne melde om værforhold, kunne etablere landingsplass og kunne samarbeide med personellet på luftambulansen ved landing og avgang. Det er viktig at ambulansetjenesten er orientert om luftambulansens operative og medisinske rutiner og kan samarbeide som et team under utførelsen av oppdrag.

Ved oppdrag bør det være fast innarbeidet rutine at den ordinære ambulansetjenesten rykker ut parallelt med luftambulansen når meldingen gir grunnlag for dette.

Legen på luftambulansen vil også utgjøre en ressurs som kan avlaste lokal lege i forhold til rollen som fagleder helse dersom dette er nødvendig. Fagleder Helse er leder det medisinske arbeidet på skadestedet og arbeider nært sammen med leder ambulans / operativ leder helse fra ambulansetjenesten.

Forholdet mellom luftambulansetjenesten og bilambulansetjenesten:

- De prehospitalt medisinske tjenester skal organiseres og drives slik at det er et nært faglig og operativt samarbeid mellom luftambulansetjenesten, bil / båtambulansetjenesten, AMK, legevaktjenesten og førsteresponsteam under utførelse av oppdrag.

Funksjonsendringer i sykehusstrukturen

Det følger obligatorisk transportmessige utfordringer ved endring av funksjoner ved sykehusene i Helse Vest og innføring av sentraliserte behandlingstilbud. Dette vil etter vårt syn føre til økning i aktivitet både på primær og sekundær oppdrag. Luftambulansetjenesten må også forholde seg til økende forventninger til rask behandling på høyt nivå i befolkningen.

funksjonsendringer i sykehusstrukturen:

- Luftambulansetjenesten skal organiseres og drives slik at det legges tilrette for å kunne møte utfordringer som følge av endringer i helsevesenets struktur og funksjonsfordeling.

Landingsplasser

Manglende landingsplass ved Haukeland sykehus er det største problemet i dagens situasjon. Dette rammer alle tre baser i Helse Vest. Per 01.01.06 er det kun Stavanger og til dels Førde som har tilfredsstillende plassering av landingsplassen.

Landingsplasser:

- Alle sykehus som avleverer til eller mottar pasienter fra luftambulanshelikopter må ha landingsplass etablert i gangavstand fra akuttmottak. I den grad det er mulig bør instrumentinnflyging (PRNAV) etableres på disse landingsplassene.

Hente og bringe tjeneste ved FW oppdrag

Bruk av Fixed Wing er økende i hele landet. FW rettes mer og mer mot sekundær og tilbakeføringsoppdrag. Tilbakeføring skal ikke være en prioritert oppgave for RW tjenesten. Bruk av FW innebærer at pasient må ha kompetent transport til og fra flyplass. Praksis i dag har vært at vakthavende LA lege ved RW basene har hentet og bringet en stor del av FW pasientene. Dette gjelder særlig i Stavanger og Førde. Disse oppdragene kan være en belastning og generere samtidighetskonflikter. FW tjenesten er avhengig av effektiv levering og henting, og ønsker å bestille disse tjenestene på gitte tidspunkt. Dette er umulig å imøtekomme for RW basene der primær akutt beredskap er hovedoppgaven.

Hente og bringetjeneste ved FW oppdrag:

- Alle sykehus som henter og leverer pasienter til FW (ambulansfly) skal ha rutiner, personell og utstyr som sikrer at pasienttransporter mellom FW og sykehus blir ivaretatt. Slike pasienttransporter skal primært ikke ivaretas av personell på RW (luftambulanshelikopter).

Samarbeid mellom luftambulansebasene i Helse Vest.

I regi av RAKOS er det utviklet et nødvendig og godt samarbeid mellom RW basene i Helse Vest.

Samarbeid mellom luftambulansebasene i Helse Vest:

- Samarbeidet mellom luftambulansebasene i regi av RAKOS må videreutvikles.
- Det etableres rutiner for felles årlig analyse og gjennomgang av virksomhetsdata på de enkelte baser
- Som en del av samarbeidet må det regelmessig avholdes samlinger for medisinsk og operativt personell i regi av det regionale helseforetaket.

Luftambulansetjenester i Helse Fonna

Helse Fonna dekkes innen 10-25 min flytid fra RW Bergen, RW Stavanger og 330 Sola. Det vurderes ikke å foreligge behov for egen luftambulansbase i Helse Fonna pr. i dag. Hvis det ikke er helikopter flyvær fra noen av de tre basene ville det heller

ikke vært flyvær for et lokalt helikopter. (Det vises til punktet om legebil i Helse Fonna under kapitelet om bilambulansetjenesten).

Luftambulansetjenester i Helse Fonna.

- Det vurderes ikke å foreligge behov for egen LA base i Helse Fonna per i dag.
- Det etableres en legebil tilknyttet anestesivdelingen ved sykehuset i Haugesund. Denne legebilen bør utstyres som legebilene ved RW basene. Denne vil kunne ivareta lokal akuttmedisinsk beredskap, veilede bilambulansetjenesten og være backup for helikopter når det ikke er flyvær.

Legebil ved RW baser

Legebil ved RW baser:

- Det må etableres en standard for medisinsk utstyr i legebilene tilsvarende det som finnes i helikoptrene. (Per i dag finnes ingen slik standard og oppsettet er noe ulikt mellom basene).

Fagutvikling.

I regi av RAKOS er det påbegynt et arbeid med kompetanseutvikling / kurspakke for leger tilknyttet tjenesten. Dette må utvikles videre. Det kommer overordnede signaler fra ANSet, men nasjonal standard er ikke endelig etablert. På grunn av krevende arbeidssituasjon både faglig og operativt er det, og vil fortsatt være, kostbart å vedlikeholde kompetanse til å være LA lege. Legen er en del av et integrert team og det er derfor påkrevd at legene, som andre besetningsmedlemmer, tar del i foreskrevet nødtrening. Nasjonal standard for redningsmenn er implementert.

Fagutvikling – luftambulansetjenesten:

- De prehospitaltjenestene i Helse Vest skal organiseres og drives slik at det legges til rette for systematisk fagutvikling i luftambulansetjenesten.
- I samarbeid med luftambulansetjenesten ANS og operatør skal det sikres at personell i luftambulansetjenesten har nødvendige rutiner for fagutvikling.
- Det skal legges til rette for at redningsmennenes medisinskfaglige funksjon blir ivarettatt.
- Redningsmennenes organisatoriske og faglige tilknytning til ambulansetjenesten bør vurderes og styrkes.

Bemanning – luftambulansetjenesten:

- LA vakter har et oversiktig forbruk av arbeidstid. Hver LA base må ha at antall legestillinger som tilsvarer forbruket av årsverk på vaktene.
- På hver luftambulansbase skal det være ressurser avsatt til systemutviklingsarbeid og kvalitetssikring. Dette kan utgjøre inntil et årsverk pr. base.
- Statens Luftambulans bør ha felles *duty time* registrering for operativt personell – også leger.

Medisinsk utvikling

Nye medisinske behandlingstilbud vil påvirke oppdragsmengde og fordeling. Det forventes en fortsatt økning av PCI transporter, transporter av akutt hjerneslag med tanke på tidlig trombolyse. Nye medisinske behandlingstilbud vil sannsynligvis påvirke LAT innenfor gjeldende og neste kontraktperiode.

Medisinsk utvikling:

- De prehospitalt akuttmedisinske tjenester i Helse Vest skal organiseres og drives slik at luftambulansetjenesten blir i stand til å møte nåværende og fremtidige utfordringer som følge av den medisinske utvikling.

9.0 Økonomi

Generelt:

Det har vært vanskelig å få inn tallgrunnlag fra enkelte foretak. Det er problematisk at driftsutgiftene er innrapportert på ulik måte i kartleggingen. Eksempelvis regnskapsfører noen helseforetak avskrivninger og husleie på det enkelte ansvarssted, mens andre helseforetak regnskapsfører dette sentralt. Vi har derfor gått en ny runde for å hente inn nye og mest mulig oppdaterte tall for siste 3 års periode, og fokusert mest på totale driftsutgifter.

Syke transport / pasientreiser:

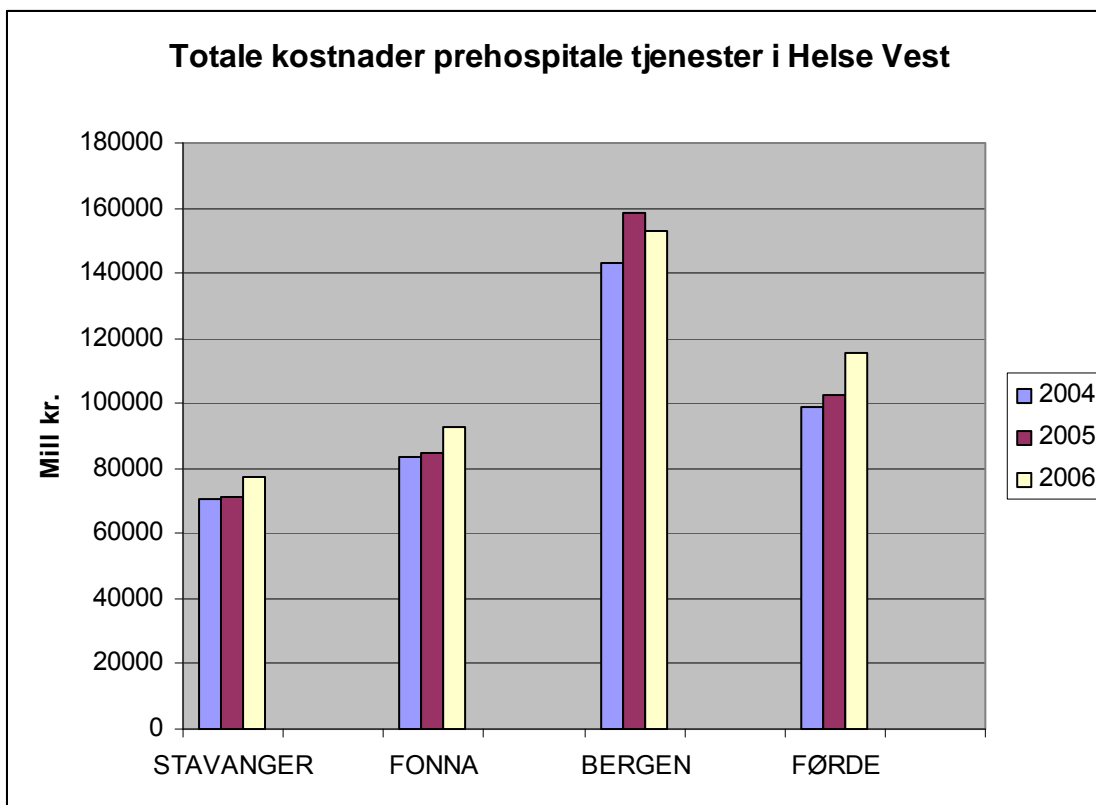
Syke transportordningen / pasientreiser er holdt utenfor oversikten for de prehospitale tjenester. Det er noe vanskelig å si hvor pålitelige tallmaterialet er, da vi har noe forskjellige data fra de enkelte foretakene. Dette skyldes hovedsakelig at noen oppgir kostnader inkludert trygdens andel, mens andre oppgir tall som bygger på utgifter minus inntekt.

Presentasjon av data:

Vi har valgt å fokusere på enkelte konkrete forhold for å belyse kostnadene ved å drive prehospitale tjenester. Det viktigste vil være de totale driftsutgifter innenfor bestemte områder i de enkelte foretakene.

Driftsutgifter Helse Vest totalt 2004, 2005 og 2006

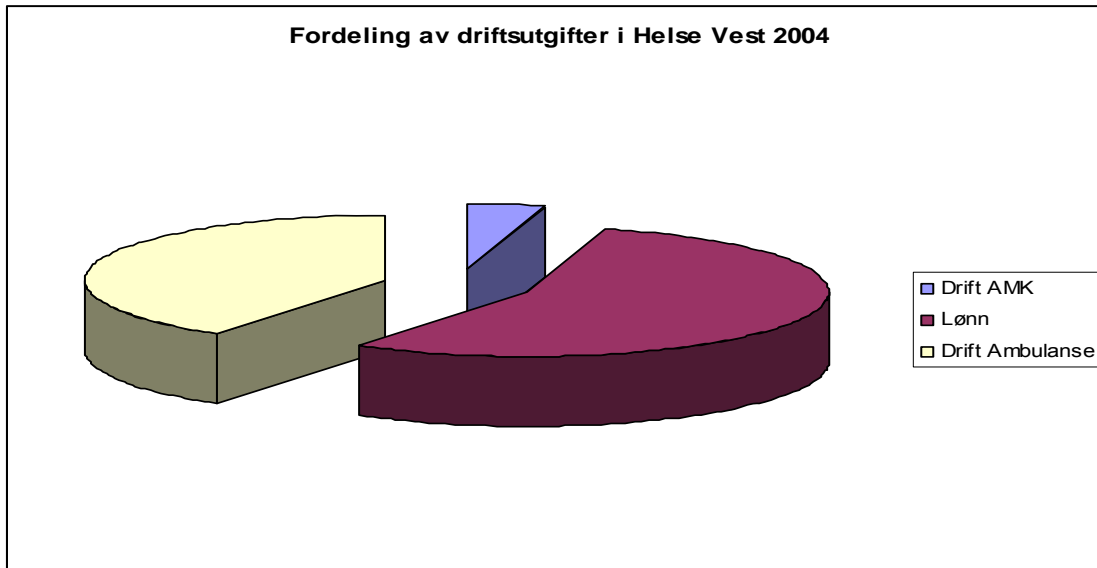
Vi ønsker å synliggjøre fordelingen av driftskostnadene mellom de enkelte foretak. Det må tas hensyn til at helseforetakene har noe ulik geografi og organisasjon. Videre må det tas hensyn til at Helse Bergen og Helse Stavanger har markant større befolkningsemngde som skal dekkes enn i Helse Førde og Helse Fonna. Helse Stavanger dekker totalt sett nesten like mange innbyggere som Helse Bergen, men har halvparten så store driftsutgifter. Helse Bergen dekker et større geografisk område og har en struktur hvor de kjøper tjenester av eksterne ambulansetøvere. (Det at de kjøper tjenester fra eksterne leverandører betyr at de har høyere andre driftskostnader ekskl. lønn sammenlignet med de andre helseforetakene). Helse Førde har et stort geografisk område med en spredt befolkning og samferdselsmessige utfordringer som skal dekkes. De er også avhengig av flere båtambulanser enn de andre foretakene. Helse Fonna er ikke så helt ulikt Helse Førde i antall innbyggere, samt at også her er en vanskelig geografi. Helse Fonna har ikke luftambulansetjeneste, dermed utgår driftsutgifter på legebemanning i helikopter og bil. En kan ut ifra tall på de andre foretakene anslå at dette ville utgjort ca 8 mill.



(Helse Fonna har ikke Luftambulansetjeneste)

Hvor ligger kostnadene?

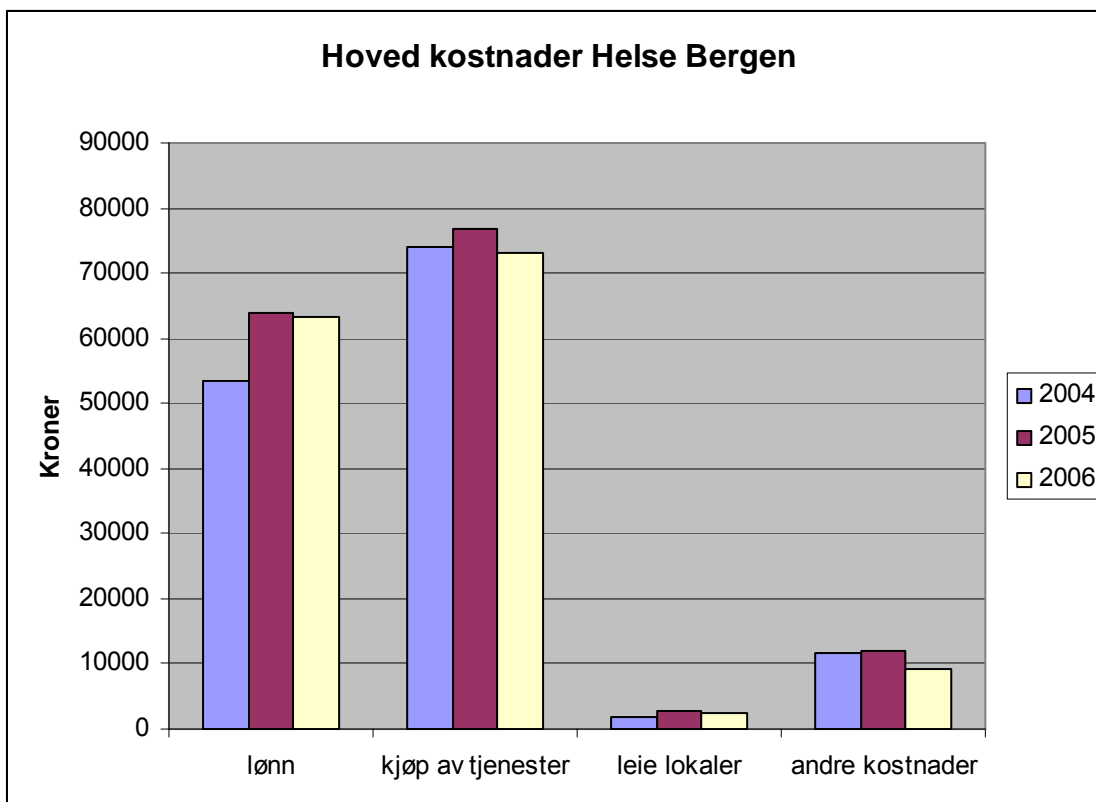
Tallmaterialet gir oss en indikasjon på fordelingen av driftsutgiftene. Lønnsutgifter er helt klart den største posten, og derfor kan vi med all sannsynlighet påstå at alt som går på personellutvikling og omorganisering vil ha innvirkninger på driftsutgiftene.



HELSE BERGEN:

Helse Bergen er det foretaket i Helse Vest som dekker flest innbyggere (ca 360000 innbyggere). Det dekker også et stort geografisk område som innebærer til dels lange ambulansetransporter. Helse Bergen skiller seg noe ut fra de andre foretakene på økonomisiden, da en kan se at de har lavere lønnskostnad og høyere andre driftskostnader da de kjøper mer fra eksterne leverandører enn de andre helseforetakene.

Når det gjelder kjøp av eksterne tjenester, kan dette konkretiseres nærmere i forhold til de tjenester som kjøpes av Bergen brannvesen. HF Bergen har overtatt en del tjenester som ble drevet av private ambulansetøvere. Dette medfører en overføring fra kjøp av tjenester til lønnsutgifter.



(Avskrivninger og andre leiekostnader er ikke med i tabellen. Dette vil utgjør ca 5 mill for 2006)

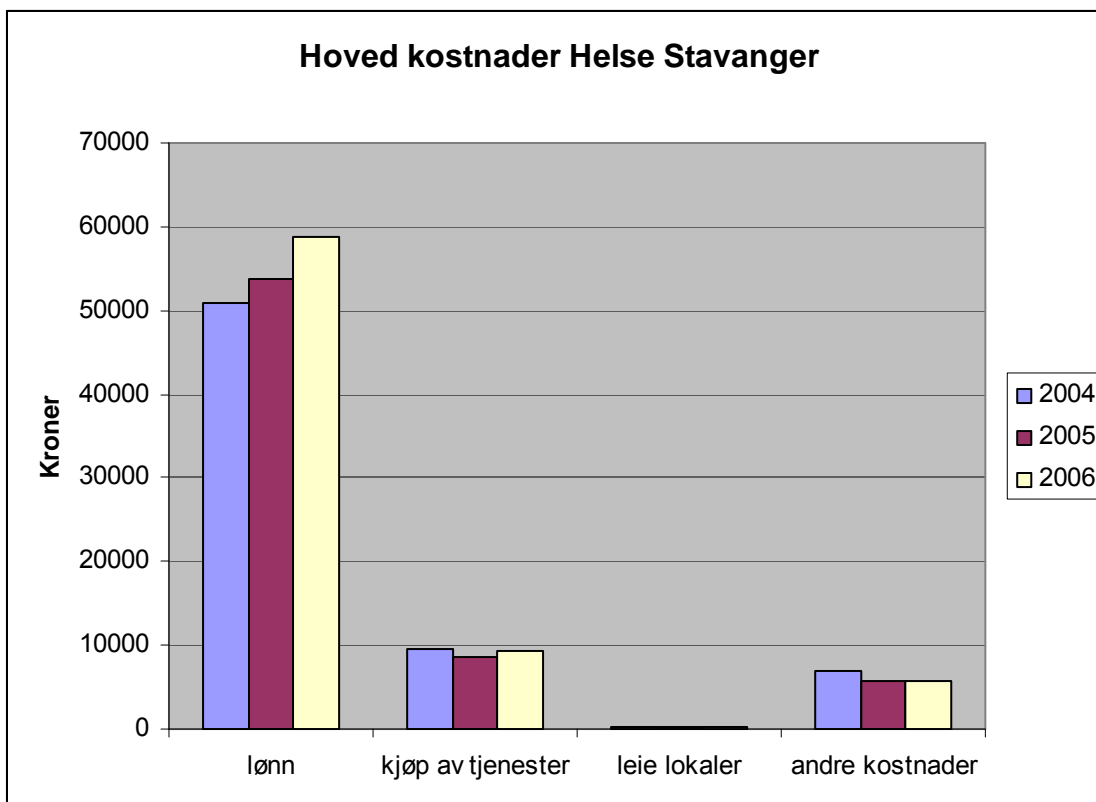
Videre er øvrige merknader vedlagt fra Helse Bergen: Utvikling i total kostnader må sees i sammenheng med tilførsel av nye oppgaver, herunder finansieringsansvar Bergen legevakt (16 – 18 mill/år). Ansvar for intern transporttjeneste på "Haukeland (ca 6 mill/år) Etablering av egen psykiatrisk transporttjeneste (1,3 mill/år) Samt etablering av ordning med ambulanseskoordinatorer i AMK (ca 2 mill/år)

Økning i utgifter til ambulansesbåt med overgang til 2 mannsbetjent båt og kasernert bemanning

HELSE STAVANGER:

Helse Stavanger har et noe mindre geografisk dekningsområde enn de andre helseforetakene, men har et stort befolkningsgrunnlag (ca 300 000 innbyggere). Helseforetaket har overtatt nesten alle ambulansetjenester i Sør Rogaland, og det er kun noen få stasjoner som drives av andre.

HF Stavanger har driftsutgifter som ligger godt under de andre foretakene. Dette er et forhold som bør utredes nærmere.



(Avskrivninger og andre leiekostnader er ikke med i tabellen. Dette vil utgjør ca 3 mill for 2006)

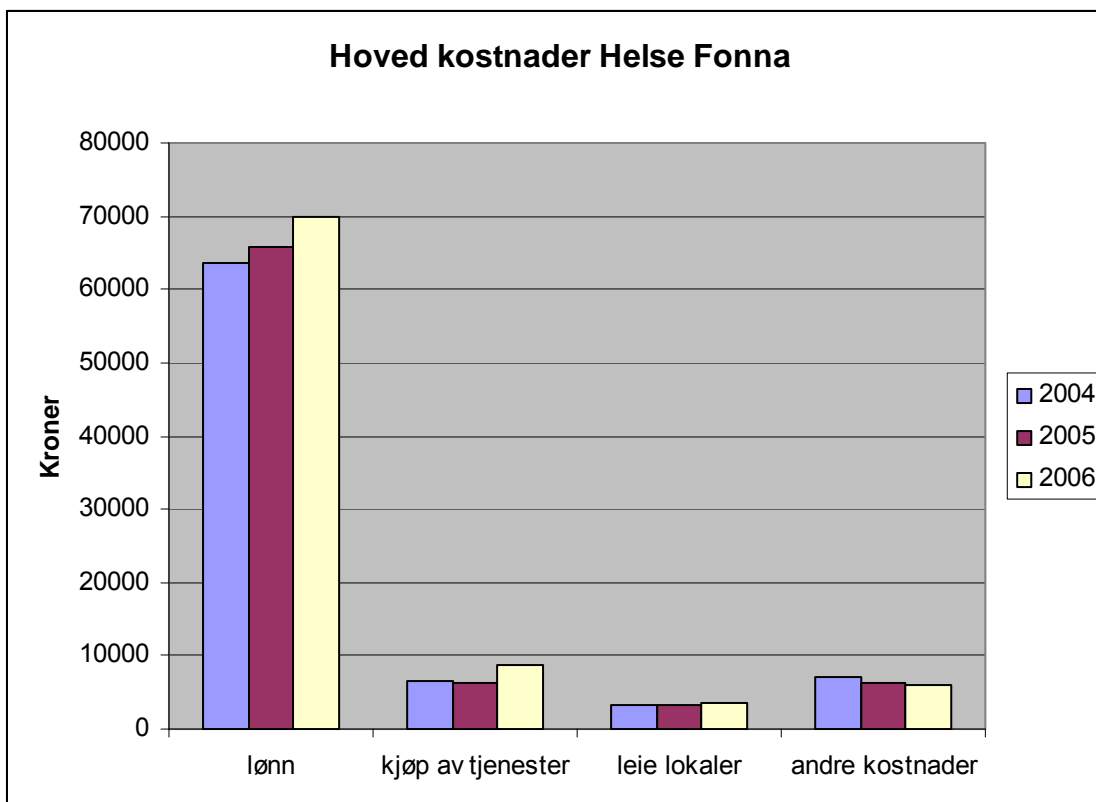
Av de totale driftsutgifter for prehospitaltjenester i Helse Stavanger HF, representerer de totale utgiftene representert lønn bortimot 80 - 85 prosent. Resten av utgiftene kan fordeles på driften av de enkelte ambulansetjenester og drift av AMK sentral i Stavanger.

HELSE FONNA:

Helse Fonna dekker nordre del av Rogaland fylke og søndre del av Hordaland Fylke med ca 160 000 innbyggere. Helse Fonna har også en vanskelig geografi. Dette innebærer lange avstander med ambulanseoppdrag som er både ressurs og tidkrevende.

Helse Fonna ligger mellom to større sykehus henholdsvis i Bergen og Stavanger, og dette innebærer et økende antall ambulanseoppdrag mellom disse to byene med pasienter som skal overflyttes.

Helse Fonna har ikke luftambulansetjeneste, og har dermed heller ikke utgifter på bemanning av lege på Helikopter og legebil.



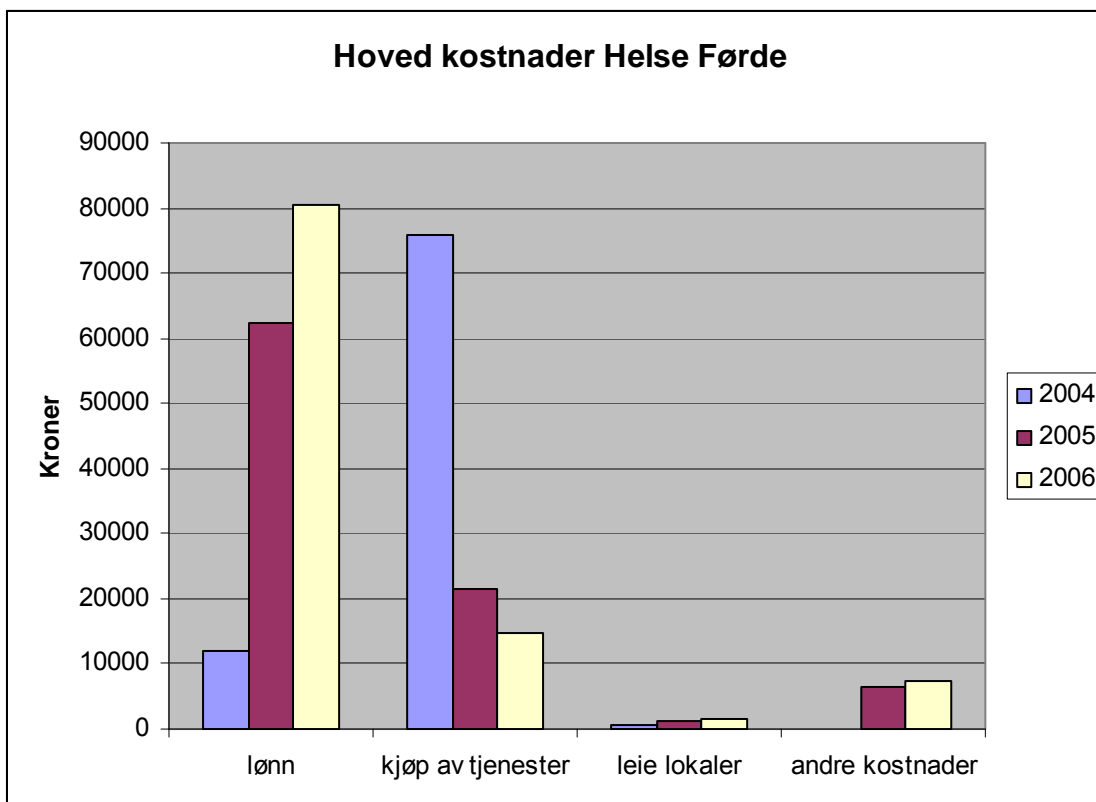
Avskrivninger og andre leiekostnader er ikke med i tabellen. Dette vil utgjør ca 4 mill for 2006)

Helse Fonna har en noenlunde lik fordeling på utgiftene som Helse Stavanger. Mellom 80 – 85 prosent av de totale utgiftene går til lønn, resten går til drift av ambulansetjenester og AMK sentral.

HELSE FØRDE :

Helse Førde dekker et stort geografisk område som i tillegg innebærer mye vanskelig geografi i form av fjorder og øyer. Dette medfører lange og krevende transporter av pasienter både til og fra sykehus. Helse Førde har luftambulansbase.

Innbyggertallet er ca 107 000. Dette er minst av helseforetakene, og ser vi på driftsutgiftene og kroner som blir brukt pr. innbygger på prehospitale tjenester, kommer det klart fram at geografiske forhold gir store utslag. Som for Helse Fonna har Helse Førde ambulansoppdrag som følge av transport til og henting fra spesialiserte funksjoner som er lagt til sykehus utenfor eget foretak.



(Avskrivninger og andre leiekostnader er ikke med i tabellen. Dette vil utgjør ca 2,9 mill for 2006. Det er ellers spesifisert et beløp på fordelte overheadkostnader i 2006 på ca 8,7 mill, som heller ikke er tatt med i tabellen)

Syke transport / pasientreiser:

Syke transport / pasientreiser er overtatt av Helseforetakene . Dette er transport av pasienter med rekvisisjon som ikke har behov for ambulanse eller medisinsk tilsyn under transporten. Hovedsakelig transporteres de fleste med taxi biler eller buss.

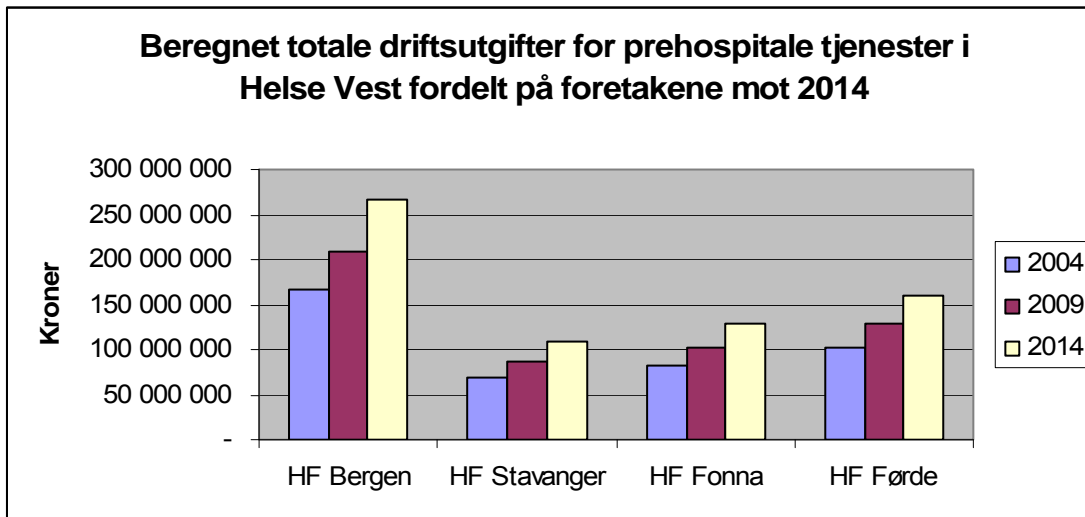
Trygdeverket refunderte 50 % av utgiftene i 2004 og 25 % i 2005. ***Fra 2006 er det ikke lenger refusjon fra trygdeverket.***

Hvordan økonomien vil utvikle seg innenfor syke transport krever en egen utredning. Det vil ha mye å bety hvis en definerer mer spesifikt hvem som egentlig skal transporteres i denne kategorien. Flere av pasientene som i dag transporteres i ambulanse kunne kanskje vært transportert med syke transport. Dette betinger at helseforetakene får anledning til å utvikle et mer fleksibelt tilbud.

Fremtidig kostnadsutvikling:

Det må tas hensyn til at det er sentrale lønnsoppgjør annet hvert år som kan gi utslag. Det vil i praksis medføre noe større økning i driftsutgifter annet hvert år. I tillegg vil de generelle føringer på mellomoppgjørene øke de årlige driftsutgifter. Det er vanskelig å si noe konkret om hva dette vil innebære av utgifter i kommende år, men hvis vi estimerer en snitt økning på ca 5 % av totale driftsutgifter pr. år og at en forutsetter at utgiftene fordeler seg som i dag, uten endringer i overføringer og lignende vil resultatet bli som i tabell som vist nedenfor.

(En av konklusjonene i denne plan er at det er behov for å gjennomgå overføringen mellom helseforetakene).



I denne beregningen vektlegges først og fremst utgifter som en må forvente en konstant økning på fra år til år som f. eks lønnsutgifter.

Endringer i organisering og drift av de prehospitale tjenester vil kunne ha stor påvirkning på disse beregningene Statistisk fremskrivning viser opp mot 20 % befolkningsvekst i områdene til Helse Bergen og Helse Stavanger mot år 2025. Dette kan gi store utslag med tanke på behov for ressurser. Antall oppdrag vil øke i takt med at befolkningen øker. Statistikken (Se eget kapittel om befolkningsutvikling) viser at det blir vesentlig flere eldre mennesker i framtiden. Dette vil påvirke virksomheten i årene som kommer. Økt grad av funksjonsfordeling i helsevesenet kan også medføre endringer.

Tjenester må oppgraderes og utvides for å kunne tilby befolkningen et forsvarlig prehospital tjenestetilbud.

En annen faktor er stigende krav til faglighet. Økte krav til fagutvikling og utdanning av personell vil ha innvirkning på framtidige driftsutgifter. I denne planen fremkommer at dagens ressurser til organisering og ledelse av de prehospitale tjenester er utilstrekkelige for å møte fremtidens krav. Det er derfor behov for en styrking av disse ressursene. Anslagsvis vil det være behov for inntil 10 stillinger.

Det må utredes nærmere hva dette vil innebære av økte behov for overføringer.

Ved Helse Fonna er det ikke etablert legebil som luftambulanse tjenesten kan tilby ved de andre foretakene. Etablering av legebil i Helse Fonna er viktig for å sikre likest mulig tilbud til hele befolkningen i Helse Vest. Vi anslår at vil dette øke driftsutgifter med inntil 8 mill. pr. år. Dette avhenger selvsagt av organisering og andre faktorer, men utgangspunktet har vi tatt ved å se på kostnadene pr. dato med legebemannning på helikopter og bil i de andre foretakene.

I de enkelte helseforetak er det utfordringer knyttet til turnusordninger, personalutvikling, standarden på stasjoner og materiell.

På grunn av endringer i forskrift / regelverk er det nødvendig å styrke bemanningen på ambulansébåtene. Dette må detaljplanlegges i det enkelte helseforetak.

Den nye forskriften for krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus gir klare føringer for samvirke mellom de prehospitale tjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten / legevakt. Dette vil medføre økte kostnader i form av organisering og gjennomføring av felles opplæring og andre tiltak for å styrke de lokale akuttmedisinske team.

Dette medfører at det kan bli behov for en større årlig økning enn 5%, men det er usikkert hvor mye. Dette er et punkt som må utredes videre. Det vil videre være nødvendig å utrede fordelingen av de midler som overføres til helseforetakene for å sørge for prehospitale tjenester. Som vist i tabellen er det en betydelig skjevfordeling. En vesentlig faktor for å sikre pålitelige sammenlignbare tall fra helseforetakene er enhetlige definisjoner og dokumentasjonsrutiner. Først med bakgrunn i dette kan en beregne riktig fordeling mellom helseforetakene for å nå målene i denne plan.

Oversikt over beregnede kostnader som følge av konkrete krav i denne plan:

Konkrete tiltak ut over beregnet vekst på 5 % økning	Beregnet kostnad pr år.	Merknad: (5% dekker inn økning i lønn og annen kostnadsøkning som følge av oppdragsøkning osv – her taes med særlige tiltak som anbefales iverksatt i planen)
Legebil Helse Fonna	8 mil kr.	Drift av legebilen inkl. lønn.
Styrkning av ressurser til organisering og ledelse	6,5 mil kr.	Beregnet til ca 10 stillinger totalt i regionen.
Styrket bemanning ambulansébåter	8 mil kr	Det knytter seg stor usikkerhet til dette beløpet. Måten dette organiseres på i det enkelte foretak vil være avgjørende for kostnadene.
Kompetanseheving -	10 mil kr	Økte krav til kompetanse. - Paramedicutdanning - Utdanning av operatører i nødmeldetjenesten - Annen fagutvikling
Samvirke med kommunehelsetjenesten	5 mil kr.	Prosjekter for å styrke lokale akuttmedisinske team.

Kostnader – investeringer:

Det er svært vanskelig å beregne fremtidige kostnader til investering. Disse vil fremkomme tydeligere når hvert foretak legger detaljerte planer med grunnlag i denne planen. Det er først og fremst forbedringer av tjenestenes systemer for dokumentasjon og analyser samt IT – basert fagutvikling som vil medføre ekstraordinære investeringskostnader.

I planperioden må det investeres i system for elektroniske ambulansjournaler. I arbeidet med denne planen er det fremkommet at AMIS ikke er egnet som et helhetlig og fremtidsrettet system for dokumentasjon og analyser for driften av de prehospitale tjenester. Det må derfor beregnes investeringer i IT - støtteverktøy som kan fungere samlet for ambulansetjenesten (bil, båt luft) og nødmeldetjenesten. Innføring av nytt nødnett vil også medføre investeringskostnader.

Planen stiller krav til utskiftning av ambulans ebiler. Det må settes av nødvendige midler til investeringer i ambulanser slik at man ikke kommer på etterskudd, noe som vil kunne ha en svært negativ effekt på sikkerheten og driftspålitelighet i tjenesten. Det er også nødvendig at foretakene sikrer at det foretas nødvendige investeringer i bygg slik at man har moderne lokaler som tilrettelegger for god drift av de prehospitale tjenestene.

Oppsummering og konklusjon for økonomi i prehospitale tjenester:

Forskjeller som må utredes nærmere:

Dersom vi legger til grunn nøkkeltall fra 2005 kommer det frem store forskjeller for utgifter til ambulansetjenesten.

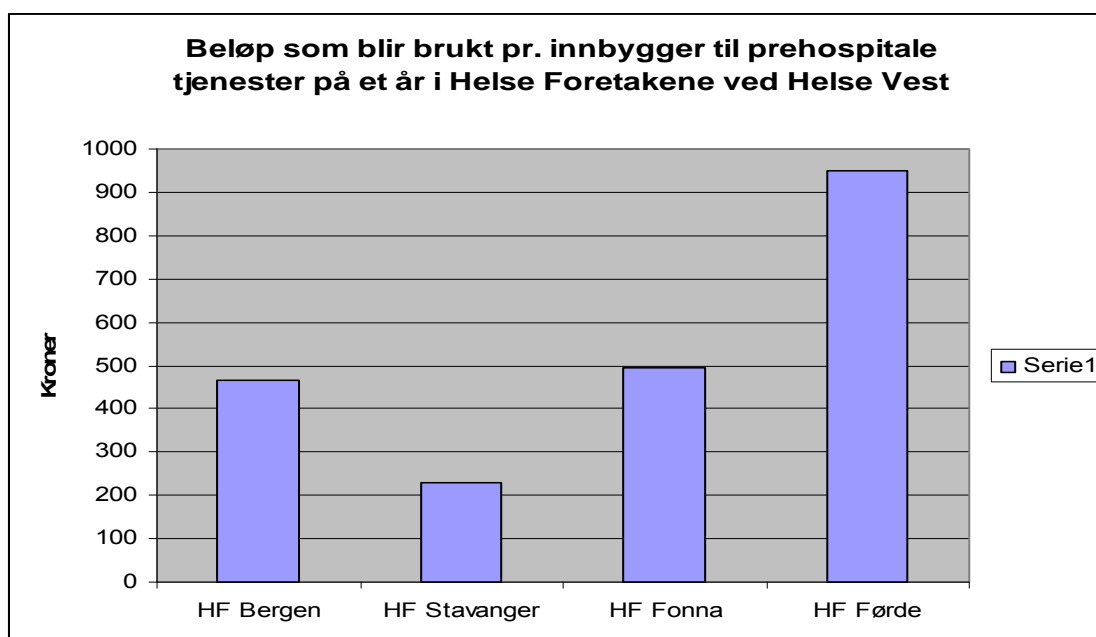
I Helse Bergen ble det beregnet at kostnadene pr. pasient vil ligge på **kr. 102,71 pr. kjørte kilometer**, eller et snitt på **kr. 3431,14 pr. oppdrag**.

I Helse Førde

I Helse Fonna

Hvis vi ser på Helse Stavanger, er det gjort tilsvarende beregninger som viser **kr. 60,66 pr. kjørte kilometer**, eller et snitt på **kr. 1986,92 pr. oppdrag**.

I tabellen under er driftsutgifter pr. helseforetak og delt på innbyggerantallet som foretaket dekker. Dette gir indikasjon på hvor mye hvert helseforetak bruker på prehospitale tjenester pr. innbygger.



(beregningene i tabellen er gjort på grunnlag av nøkkeltall fra 2005)

Geografiske forhold og tettheten i befolkningen forklarer bare en del av disse forskjellene. Organiseringen og drift av de prehospitale tjenester er noe forskjellig ved de enkelte helseforetakene. Befolkningsutviklingen totalt i regionen og innenfor det enkelte helseforetaket må også vektlegges.

Hvordan prehospitale tjenester ved Helse Vest er finansiert i forhold til andre Regionale Helseforetak er også av interesse. Det er en overordnet målsetting å sikre forsvarlige prehospitale akuttmedisinske tjenester uansett bosted. Helse Vest er en region som innebærer betydelige utfordringer i forhold til organisering og drift av de prehospitale tjenester.

Det er i dag ingen enhetlige retningslinjer og rutiner for budsjettering og regnskap for de prehospitale tjenester i Helse Vest. Dette er en alvorlig svakhet som må rettes opp. Det er viktig å sikre en felles forståelse av sentrale definisjoner som ligger til grunn for dette. Videre må det utvikles et felles verktøy som sikrer enhetlig budsjettering og regnskapsføring. Dette verktøyet må være nøye tilpasset de prehospitale tjenesters behov og sikre at det er enkelt å ta ut oversikter som viser sammenhengen mellom aktivitet og økonomi.

Kartleggingen som ble satt i gang forut for denne planen viser helt klart at dagens ordninger ikke er fremtidsrettet og tilpasset behovet til de prehospitale tjenester.

En økning på 5 % pr. år er beregnet ut fra situasjonen pr. dato med de driftsutgifter og lønnsutgifter som forventes. Dette er et gjennomsnittstall, og en regner med at noen år vil driftsutgiftene forandre seg lite, mens noen år vil det være markant høyere utgifter. Det er usikkert om de tiltak som foreslås i denne planen vil innebære en økning ut over 5 %. Dette må utredes nærmere.

Et pålitelig/tilgjengelig og godt utbygd prehospitalt tjenestetilbud forutsetter langsiktig planlegging og tilstrekkelig med ressurser. Mange oppgaver ligger foran oss. Det er hevet over tvil at fremtidig utvikling representerer økt krav til årvåkenhet når det gjelder planlegging og fordeling av ressurser. Dette gjelder alle nivå i systemet som har ansvar for de prehospitale tjenester.

Oppsummering økonomi - noen viktige momenter:

- Det er dokumentert forskjeller på størrelsen i de økonomiske midler som de enkelte helseforetak bruker på prehospitale tjenester.
- Forskjellene kan ikke fullt ut forklares med grunnlag i aktivitet og driftsmessige forhold som f.eks befolkningssammensetting, samferdsel og demografi.
- Fordelingen av økonomiske midler til de prehospitale tjenester bør gjennomgås
- Det må etableres en felles form for rapportering av økonomi, slik at tallmaterialet tolkes likt i alle foretak.
- Behovet for overføringer til helseforetakene for å nå målene i denne plan må utredes nærmere.