

Helse Møre og Romsdal HF
Postboks 1600
6026 ÅLESUND

Vår ref.
2011/332 -
6291/2013

Deres ref.

Saksbehandler
Steinar Bjørås,

Dato
03.09.2013

Forslag til ny AMK-struktur i Helse Midt-Norge

1. Innledning

Dagens AMK-struktur ble fastlagt som del av prehospital plan i 2011. Etter denne tid har det skjedd en del endringer både i struktur og beredskap som gjør at Helse Midt-Norge RHF nå tar AMK-strukturen opp til ny vurdering. Ikke minst har det innenfor fagområdet prehospitale tjenester etter 22. juli 2011 blitt gjennomført analyser som peker på store utfordringer relatert til utvikling, samordning og robusthet i nødmeldesentralene.

Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) styrer ambulanseressursene i nedslagsfeltet, betjener akuttmedisinsk nødtelefon og er et knutepunkt for kommunikasjon innad i sykehus, mellom sykehus, med nødtjenester fra andre aktører og ikke minst mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten. AMK sentralene er viktige for spesialisthelsetjenestens kontakt mot befolkningen og samarbeidspartnere. Det som her vurderes er endringer i selve AMK-funksjonen, ikke annen aktivitet som legevaktsentral eller kommunikasjonsknutepunkt for sykehusene. Det er viktig for Helse Midt-Norge å sikre at regionen også framover har et robust og kvalitetsmessig god AMK-struktur.

Helse Midt Norge RHF vurderer det mest aktuelle alternativet til ny AMK-struktur i regionen til å være;

- Opprettholdelse av AMK- Nord-Trøndelag (Namsos)
- Opprettholdelse av AMK- Sør-Trøndelag (St. Olavs Hospital)
- En AMK-sentral i Helse Møre- og Romsdal (Ålesund)

Helse Midt-Norge RHF ber om helseforetakenes innspill knyttet til overnevnte alternativ. Det bes om at innspillene behandles i de lokale hf-styrene før oversendelse til HMN. Det ble i 2011 gjort et omfattende arbeid i regionen med prehospital plan, og planen var også gjenstand for en bred høringsprosess. Helse Midt-Norge RHF ber i denne saken helseforetakene sikre en god involvering av kommuner, tillitsvalgte og brukerrepresentanter forut for styrebehandlingen. Her kan de etablerte samarbeidsforaene mellom de enkelte helseforetakene og kommunene som Politisk Samarbeidsutvalg (PSU) og Administrativt

Samarbeidsutvalg være egnede drøftingsarenaer. I tillegg forutsettes at helseforetakene sikrer en god involvering av lokalt tillitsvalgte og brukerutvalg.

Vi ber om at styrebehandlede innspill er HMN RHF i hende innen 24. oktober 2013. Helse Midt-Norge planlegger styrebehandling av saken i styremøte 6. november 2013.

Vi beklager de korte fristene i denne saken, men dette er mye styrt av omkringliggende faktorer.

2. Bakgrunn

Dagens struktur mht. antall AMK-sentraler og deres ansvarsområder ble bestemt i styrets behandling av prehospital plan i mai 2011, sak 50/2011(jf. <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/Sak%2050-11%20Prehospital%20plan.pdf>)

Styrets vedtak ang AMK struktur lyder:

"6. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at AMK-sentralene i Helse Nord-Trøndelag HF (Namsos), i St. Olavs Hospital HF (Trondheim), i Helse Nordmøre og Romsdal HF (Molde) og Helse-Sunnmøre HF (Ålesund) videreføres."

I dag har Helse Midt-Norge 4 AMK sentraler fordelt på 3 helseforetak:

- Helse Møre og Romsdal HF - AMK Nordmøre og Romsdal ved sykehuset i Molde og AMK Sunnmøre ved sykehuset i Ålesund
- St. Olavs Hospital HF – AMK Sør-Trøndelag ved St. Olavs Hospital i Trondheim
- Helse Nord-Trøndelag – AMK Nord-Trøndelag ved sykehuset i Namsos

Hva er nytt siden vedtaket i mai 2011?

Etter styrets vedtak i mai 2011 er det skjedd en god del rundt struktur, beredskap og nødmeldesentraler:

- 1) Daværende Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF er sammenslått til ett helseforetak, Helse Møre- og Romsdal HF.
Dette er altså i dag ett foretak med 2 AMK-sentraler.
- 2) Hendelsene i Oslo og på Utøya 22/7-2011.
Disse hendelsene har gjort at det har blitt et større fokus på beredskap og samhandling i krisesituasjoner. Noe av det viktigste en har sett etter de evalueringene som ble foretatt etter 22/7 er viktigheten av god kommunikasjon mellom involverte enheter og spesielt deres styringssentraler. Videre er det slått fast at det er viktig å ha robuste sentraler med god kompetanse og gode støttefunksjoner.
- 3) Etablering av regionalt traumesystem i Helse Midt-Norge, vedtatt av styret i Helse Midt-Norge i sak 25/12 (jf.: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2025-12%20Regionalt%20traumesystem.pdf>).
- 4) Tidsplan for innføring av nytt nødnett.
Nytt nødnett er planlagt utbygd i Helse Midt-Norges område i 2014 for idriftsettelse i 2015. Tidsplan for utbygging av nytt Nødnett er gitt av sentrale myndigheter. Dette er utenfor HMN sin kontroll og er et ledd i en nasjonal utbygging. Utbyggingen medfører større endringer i teknologi og investeringer knyttet til dette. Helsedirektoratet har bedt

Helse Midt-Norge å vurdere sin struktur rundt sentralene før utbyggingen av nødnett starter i Midt-Norge; jf. brev fra Helsedirektoratet:

”I forbindelse med prosjektoppstart, er det nødvendig at den enkelte enhet, herunder Helse Midt RHF, vurderer egen organisering og behovet for nødvendige tilpasninger til den nye teknologien. Det er viktig at dette arbeidet startes tidlig, slik at alle forutsetninger er på plass før selve utrullingsprosjektet starter i 2014.”

På denne bakgrunn finner vi det naturlig å vurdere AMK strukturen i Midt-Norge på nytt.

3. Vurderinger

AMK sentralenes innsats omkring akuttberedskapen og spesielt samordning av helsevesenets innsats i både store og små hendelser er meget viktig. De siste års hendelser bekrefter dette til fulle. Det er viktig for Helse Midt-Norge å ha et robust og kompetent AMK system som også kan fungere ved interne hendelser/utfall.

Det skal vurderes hvilken AMK-struktur som i fremtiden vil gi et kvalitetsmessig godt og robust tilbud til befolkningen i regionen. Med basis i de ovennevnte endringselementene drøftes konsekvenser for regionens AMK-struktur ut fra bl.a. kriteriene medisinsk faglig kvalitet, kompetanse, pasientsikkerhet, beredskap og økonomi.

3.1 ROS-analyse og faglig vurdering fra Ambulanse Midt-Norge HF

Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)

I forbindelse med forberedelse av denne saken ble det våren 2013 nedsatt en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å gjennomføre en ROS-analyse av dagens AMK sentraler (jf. vedlegg 1). Arbeidsgruppa hadde medlemmer fra alle somatiske HF i Midt-Norge inkl. Ambulanse Midt-Norge og fra HMN RHF.

ROS analysen identifiserte en stor sårbarhet i mangelen på back-up sentral for AMK Sør-Trøndelag. Videre ble det avdekket en del utfordringer på teknisk side og en del utfordringer mht. bemanning og støttefunksjoner. Følgende hendelser kom i rød sone med tilhørende foreslåtte tiltak:

- Vanskelig å nå AMK-sentral utenom ved 113 tale
- Backup-AMK Ålesund ikke dimensjonert
- IKT-bortfall
- Strømstans
- Naturhendelse
- Samtidighetskonflikt

Helse Midt-Norge RHF har gjennomført et tillegg til selve ROS-analysen for å inkludere et scenario med en hendelse som medførte feilvurdering ved gjennomføring av et oppdrag.

Scenarioet baserer seg på en hendelse som involverer to eller flere AMK-sentraler der tidsbruk og ressursbruk blir kritisk.

Årsakssammenhengen som tas opp er komplekse hendelser med flere AMK-sentraler involvert, helikopter som ikke er tilgjengelig og manglende kompetanse/erfaring hos AMK-operatør i en slik setting. Denne delen av analysen er erfaringsbasert. Tiltakene som vi kom fram til er reduksjon av antallet AMK-sentraler, dvs. større og mer robuste sentraler og tilnærming til at alle sentraler bør være LA-sentraler.

Faglig vurdering fra Ambulanse Midt-Norge HF

Som et supplement til den gjennomførte ROS-analysen er Ambulanse Midt-Norge (AMN) bedt om en vurdering av følgende faglige forhold opp mot dagens AMK-struktur:

- Koordinering og operativ styring/utnyttelse av ambulanseflåten i Midt-Norge
- Effektiv utnyttelse av ambulanse ressursene spesielt i grenseområdene mellom sentralene
- Medisinsk støtte til det operative personellet

Ambulanse Midt-Norge gir i sin uttalelse (jf. vedlegg 2) ikke konkrete råd om antall eller plassering av AMK-sentraler men framhever enkelte forhold som bør tillegges vekt i den videre vurderingen. De peker bl.a. på følgende momenter knyttet til de spørsmål som ble stilt;

Samarbeidet mellom sykehusforetakene og AMN er regulert i en egen avtale på direktørnivå i regionen. Avtalen med sykehusforetakene gir et godt grunnlag for samarbeid om de ovenfor nevnte problemstillingene, men det ligger utfordringer knyttet til å gjennomføre endringer gjennom 4 ulike AMK-sentraler i tre ulike sykehusforetak.

For å støtte gode, integrerte og mest mulig sømløse pasientforløp, spesielt i – men ikke begrenset til - akutsituasjoner, bør det vurderes om det kan være hensiktsmessig at medisinsk nødmeldetjeneste er organisert som én enhet, med én ledelse, med en eller flere lokasjoner for AMK-sentraler.

Kommunikasjonsbarrierer

Dette kan trolig løses eller betydelig forbedres gjennom grep som virtuell samlokalisering, organisatorisk samordning og/eller reduksjon i antall koordinerende punkter (les AMK-sentraler).

Operatør i medisinsk nødmeldetjeneste – seleksjon, utdanning

Erfaring gir indikasjoner på at det kan være uønsket stor variasjon i kvaliteten for operatørene i våre sentraler. Det er ressurskrevende å utdanne gode operatører. Rekrutterings- og utvelgelsesprogram bør standardiseres for hele regionen.

Robuste fagmiljø

Det betyr også at sentralene i framtiden må være lokalisert slik at man er sikret et godt utvalg av ulike personellkategorier å rekruttere fra.

Effektiv utnyttelse av ambulanseressursene

Som et foretak som dekker hele regionen, ser AMN grenser mellom AMK-områder som potensielle og i noen grad reelle barrierer for effektiv ressursutnyttelse. Det er særlige utfordringer knyttet til planlagt og planleggbare virksomhet

Nærhet til annen helsetjeneste

Det er ikke uproblematisk med for stor avstand til det helsevesenet og den befolkning en AMK-sentral skal betjene. Det er for eksempel ikke uten videre gitt at én sentral for hele regionen vil være i stand til å yte en god tjeneste for hele regionen før det er gått en tid.

Medisinsk støtte til det operative personellet

Argumentasjonen vedrørende robuste fagmiljøer gjelder også på medisinsk side. Et tilstrekkelig robust medisinsk fagmiljø vil først og fremst finnes der det er luftambulansebase med tilstrekkelig bemanning. Det er en forutsetning at det er tilgang på realkompetanse med tilstrekkelig kapasitet. Dette gjelder i system/rutineutvikling på medisinsk side, og i døgnkontinuerlig vakt som AMK-lege.

3.2 Konsekvensen av endringer i antall helseforetak

Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF er slått sammen til ett helseforetak, Helse Møre- og Romsdal. Dette er altså i dag ett foretak med 2 AMK-sentraler.

En godt fungerende ledelse og støtteapparat er viktig for den faglige standarden ved AMK-sentralene. God grunnopplæring for alle operatører er spesielt viktig før operatørene settes i operativt arbeid. Videre må operatørene følges opp av ledelse/kvalitetsapparatet.

En AMK-sentral må være knyttet til robuste fagmiljøer for å kunne fungere godt. Et robust fagmiljø vil være karakterisert ved at det er sammensatt av fagpersonell som dekker et bredt spekter av akuttmedisinsk praksis og relevante støttefag innen f.eks. medisinsk teknikk, IKT og kommunikasjon/samband.

Robuste fagmiljøer betyr i denne sammenheng også at sentralen/enheten/den enkelte operatør har et tilstrekkelig volum av hendelser, og er organisert slik at det er nok personell på vakt til enhver tid til å være flere til å håndtere eller «tenke sammen» i spesielt vanskelige eller komplekse situasjoner. Dette er spesielt viktig når det gjelder ressurskoordinering. Det er vesentlig at disse ressursene er fysisk samlokaliserte.

Det betyr også at sentralene i framtiden må være lokalisert slik at man er sikret et godt utvalg av ulike personellkategorier å rekruttere fra.

AMK-sentralene kan videreutvikles til å bli en enda viktigere koordinerende instans i det å styre pasientstrømmen til riktig enhet/nivå og for å unngå unødvendige innleggelser i sykehus. AMK og LV-sentral vil i framtiden kunne spille en enda større nøkkelrolle i samhandling om styring av pasientstrøm mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Begge dagens AMK sentraler i Møre og Romsdal er også legevaktssentraler for de omliggende kommuner (ikke alle kommuner). Ved en evt. overgang til en sentral er det ventet at funksjonen som legevaktssentral og kommunikasjonsknutepunkt for sykehuset vil fortsette som før. Det er kun AMK funksjonene av sentralene som her vurderes.

Økonomisk forventes en viss innsparing spesielt opp mot støtteapparat/ledelse, men dette antas å være marginalt i forhold til at disse funksjonene ønskes forsterka.

Når det gjelder lokalkjennskap i forhold til evt. sammenslåing av sentraler i Møre og Romsdal må dette kompenseres ved bl.a. bruk av geografiske informasjonssystemer. Dagens digitale

kartsystemer for AMK sentraler er blitt meget gode og vil være et meget godt verktøy for å avhjelpe evt. manglende lokalkunnskap.

Situasjonen i andre RHF:

Kun ett helseforetak har flere enn en AMK-sentral. Dette er Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) som etter sammenslåing med Hålogalandssykehuset i januar 2007 har beholdt AMK-sentralen i Harstad.

Helse Nord gjennomfører en gjennomgang av AMK-strukturen i Helse Nord i disse dager. Arbeidet er ikke ferdig pr. dags dato.

Oppsummert

For å kunne opprettholde og utvikle videre et godt og robust fagmiljø og sikre et robust ledelsesapparat synes det som at antall AMK-sentraler i hvert helseforetak bør begrenses til en.

Helse Møre- og Romsdal HF bes spesielt vurdere fordeler og ulemper ved ovennevnte forslag.

3.3 Konsekvenser av hendelsene i Oslo og på Utøya 22/7-2011

Disse hendelsene har gjort at det har blitt et større fokus på beredskap og samhandling i krisesituasjoner. Evalueringsrapportene etter disse hendelsene har slått fast at det er viktig å ha robuste sentraler med god kompetanse og gode støttefunksjoner.

Videre vises til tillegget til ROS-analysen som omhandler feilvurdering ved gjennomføring av oppdrag. Nærmere beskrevet som en hendelse som involverer to eller flere AMK-sentraler der tidsbruk og ressursbruk blir kritisk

For å møte disse kravene til beredskap og redusere risikoen for alvorlige hendelser er det etter HMN RHF sin vurdering rett å redusere antall sentraler til en i hvert helseforetak..

3.4 Konsekvenser av regionalt traumesystem

Koordinering av traumebehandlingen mellom aktuelle sykehus i Midt-Norge er en viktig del av AMK-sentralenes arbeid. Tidsaspektet spiller en stor rolle ved traumebehandling slik at en god koordinering for å vinne tid kan være avgjørende for et godt resultat for pasienten.

Samhandling mellom sentralene i krisesituasjoner er spesielt viktig og flere hendelser i den senere tid har vist at dette ikke alltid har fungert tilfredsstillende.

Helse Midt-Norge RHF vurderer at det er riktig å redusere antall involverte sentraler/instanser i slike hendelser. Dette vil bidra til å forenkle kommunikasjonen og gjøre det mindre sannsynlig at missforståelser oppstår slik at pasientsikkerheten økes.

3.5 Konsekvenser av innføring av nødnett

Ved installasjon av nytt Nødnett vil en få større kostnader jo flere AMK-sentraler en har. Dette dreier seg om bl.a. tilpasninger av teknisk rom i forhold til plass, kjøling, nødstrøm og kabling. Installasjon på en legevaktssentral er betydelig enklere da kun selve betjeningsutstyret installeres lokalt. Erfaringer så langt med utbygging av Nødnett i Helse Sør-Øst viser at kostnadene for tilpasninger varierer sterkt i forhold til nødvendige tilpasninger. Kostnader i Helse Sør-Østs område varierer mellom 2-7 mill. Dette er gjennomsnittspriser basert på erfaringer så lang og inkluderer ikke større investeringer som for eksempel nødstrømsaggregater etc.

Selve betjeningsutstyret for Nødnett er dekt av innføringsprosjektet mens drift av utstyret dekkes av en abonnementsavtale med Direktoratet for Nødkommunikasjon (DNK).

3.6 Konsekvenser for AMK-sentralene i Møre- og Romsdal HF

Dersom konklusjonen blir en AMK-sentral i hvert helseforetak vurderer Helse Midt-Norge det slik at det er klare føringer for at AMK-sentralen i Møre- og Romsdal skal ligge ved Sjukehuset i Ålesund. Dette ut fra følgende momenter:

- Regionalt traumesystem legger opp til at det skal være akutttsykehus med utvidet traumefunksjon ved Ålesund Sjukehus, og traumesenter ved St. Olavs Hospital. De øvrige sykehus skal bidra med stabiliseringskompetanse etter planer utarbeidet i det enkelte HF. Det er naturlig at et akutttsykehus med utvidet traumefunksjon som Ålesund Sjukehus skal være, har en velfungerende AMK sentral knyttet til seg. Ålesund Sjukehus er det sykehuset i regionen etter St. Olavs som innehar den største kompetansen på traumebehandling og har det største fagmiljøet rundt dette utenom Trondheim.
- Ålesund sjukehus har base med tilhørende stort prehospitalt miljø for luftambulansetjeneste både for helikopter og fly.
- AMK Sunnmøre er luftambulanse AMK sentral (LA-AMK) for luftambulanseressursene i området. En slik sentral bør i størst mulig grad ligge nært luftambulansemiljøet da den har mange oppgaver som omhandler flyoperative forhold og sikkerhet.
- I tillegg er AMK Sunnmøre definert som reservesentral for AMK Sør-Trøndelag ved behov for evakuering eller teknisk feil ved sentralen i Trondheim (jf. styresak 64/13).

Konsekvenser for de ansatte

Eventuelle konsekvenser for ansatte i HMR forutsettes håndtert av Helse Møre- og Romsdal HF i hht rammeverk for omstilling i foretaksgruppen.

4. Oppsummering

Helse Midt Norge RHF mener at det er viktig med robuste AMK-sentraler med en viss størrelse for at disse skal fungere best mulig i beredskapssammenheng. For å kunne opprettholde og videreutvikle et robust fagmiljø og sikre et robust ledelsesapparat bør antall sentraler i hvert helseforetak begrenses til en. I tillegg er det en vurdering at integrering av nytt nødnett blir rimeligere for HMN om dette skal innføres ved færre sentraler enn i dag. Helse Midt Norge RHF vurderer det mest aktuelle alternativet til ny AMK-struktur i regionen til å være;

- Opprettholdelse av AMK- Nord-Trøndelag (Namsos)
- Opprettholdelse av AMK- Sør-Trøndelag (St. Olavs Hospital)
- En AMK – sentral i Helse Møre- og Romsdal HF (Sjukehuset Ålesund)

Realisering av endring i strukturen må sees i sammenheng med;

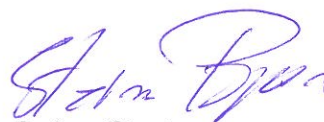
- a. Innføring av nytt nødnett
- b. Utbygging av AMK Sunnmøre
- c. Sikker overføring av funksjoner

Med vennlig hilsen



Trond Michael Andersen

Administrerende direktør



Steinar Bjørås

Rådgiver

Vedlegg

ROS analyse AMK Midt-Norge

Tillegg til ROS analyse

Faglige vurderinger Ambulanse Midt-Norge