



MØTEINNKALLING

Utval: Tenestutval for helse og omsorg
Møtestad: Dalsfjorden, Volda Rådhus
Dato: 16.05.2018
Tid: 13:00

Oppmøte denne gong blir på Volda omsorgssenter, der vi starta med synfaringane, før vi går ned til rådhuset.

OS 27/18 er unntatt offentlegheit, jamfør §13 i offentleglova og §13 i forvaltningslova. Møtet vil bli lukka under handsaming av denne saka.

Forfall skal snarast meldast til servicekontoret/utvalsekretær på telefon 70 05 87 00 eller postmottak@volda.kommune.no, som kallar inn vara. Varamedlemer møter difor berre etter eiga innkalling.

Folkevalde, både medlemer og varamedlemer, plikter å møte jf. kommunelova § 40 nr. 1, med mindre det ligg føre gyldig forfall.

Den som ønskjer å stille spørsmål om sin habilitet i ei sak, jf. forvaltningslova § 6 og kommunelova § 40 nr. 3, skal melde dette til utvalsekretær i god tid før møtet. Dette også grunna eventuell innkalling av varamedlem, jf. forvaltningslova § 8, 3. ledd.

Møtet er ope for publikum, men kan verte lukka ved handsaming av saker som inneheld informasjon som er unnateke offentlegheit.

Saksdokumenta er lagt ut til offentlig ettersyn på Volda kommune si heimeside <https://innsyn.ssikt.no/volda/dmb> og på servicekontoret.

Saksnr	Sak	Arkivkode
PS 15/18	Godkjenning av innkalling og saksliste	
OS 20/18	Synfaring på sentralkjøkkenet på Volda omsorgssetner	
OS 21/18	Synfaring i avlastingstenesta/barnebustadar	
PS 16/18	Godkjenning av møteprotokoll frå forrige møte	
OS 22/18	Forebygging, rehabilitering og legeteneste v/Mona Kile	
OS 23/18	Planlagt og faktisk bemanning, ufrivillig deltid v/ Norsk Sjukepleiarforbund	
OS 24/18	Nye bustadar på Rotset, bemanning	
PS 17/18	VIDARE UTGREIING OM FRAMTIDIG LEGEVAKT- OG AMBULANSESAMARBEIDE. LOKALISERING AV AMBULANSESTASJON	G21
OS 25/18	Møre og Romsdal 110-Sentral KF - vedrørende økt brukerbetaling for nødmeldetjenesten 110	023
OS 26/18	Referat frå eigarmøte Barnevernstenetsta	033
OS 27/18	Avvik i helse og omsorg 2017	033

PS 15/18 Godkjenning av innkalling og saksliste

OS 20/18 Synfaring på sentralkjøkkenet på Volda omsorgssetner

OS 21/18 Synfaring i avlastingstenesta/barnebustadar

PS 16/18 Godkjenning av møteprotokoll frå forrige møte

OS 22/18 Forebygging, rehabilitering og legeteneste v/Mona Kile

OS 23/18 Planlagt og faktisk bemanning, ufrivillig deltid v/ Norsk Sjukepleiarforbund

OS 24/18 Nye bustadar på Rotset, bemanning

SAKSDOKUMENT

Sakshandsamar: Arne Gotteberg

Arkivsak nr.: 2016/217

Arkivkode: G21

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
17/18	Tenesteutval for helse og omsorg Formannskapet Kommunestyret	16.05.2018

VIDARE UTGREIING OM FRAMTIDIG LEGEVAKT- OG AMBULANSESAMARBEID. LOKALISERING AV AMBULANSESTASJON

Administrasjonen si tilråding:

1. Volda kommunestyre meiner at vidareutgreiing av sak om framtidig lokalisering og struktur på ambulanse-, legevakt- og helsesamarbeid på Søre Sunnmøre er særskild viktig. Saka har klare helse- og beredskapskonsekvensar for innbyggjarane, for den totale akuttberedskapen, for kommunane/det kommunale helsetenestetilbodet og for akuttilbodet i Helse Møre og Romsdal HF/Volda sjukehus. I saka må bringast inn konsekvensar av nye tunnellar og vegløyningar, under dette at Volda-tunnelen mellom sjukehusområdet og Furene vil redusere utrykningstida mellom Volda og Ørsta betydeleg. Ein må også sjå på effektene av kommunesamanslåing (ar) og mulegheiter for nye nye kommunesamarbeid (Stranda) Det er ei sak vi må ha nødvendig tid på.
2. HMR sin konklusjon om å flytte ut ambulansenesta frå sjukehuset, og at ein ikkje lenger (som no) kan integrere interkommunal legevakt i sjukehuset sitt akuttmottak representere ei stor endring i den gode ordning og samhandlande tenking og praksis vi i kommunane har hatt saman med Volda sjukehus i ca. 15 år. Dette har vore i tråd med tidlegare tilrådingar frå helsemyndighetene og Samhandlingsreforma sine mål.
3. HMR bør ha eit meir heilskapleg perspektiv på utvikling av helsetenestene i krysningpunktet mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta og ikkje la eit lenge kjent og isolert pålegg frå Arbeidstilsynet til ambulansestasjonslokalet føre til kortsiktig grep som hindrar ei fullgod beredsskapsordning. Det er nettopp dette som vil skje ved å trekke ambulansenesta ut av ei integrert ordning i akuttmottaket og samstundes med ein månads frist for kommunane til å gi innspel på plassering av ambulansestasjonen ein heilt annan stad og med ønske om framtidig samlokalisering med interkommunal legevakt der. Med dei krav som kommunane har til forsavarleg sakshandsaming er dette ikkje mogleg.
4. Volda kommunestyre tilrår difor å ta dette i to steg (a og b):
 - a. **Først** forholde seg til avvik og pålegg frå Arbeidstilsynet.

- I. Vurdere å søkje ny dispensasjon. Det kan visast til denne saka og HMR sin utbyggingsplan for Volda sjukehus - heunder mulegheit å samarbeide med kommunene med tanke på snarleg realisering. Viss dette ikkje er ein farbar veg kan
 - II. HMR aleine eller i samarbeid med Volda kommune inngå midlertidig leigeavtale for ambulansestasjon i lokaler nært sjukehuset. Det er kjente lokaler (mellom anna i internatdelen av tidlegare Hjelpepleieskule) som kan vere aktuelle.
- b. **Deretter** ta nødvendig tid å utgreie den totale saka i punkt 1 vidare.
- I. Konsekvens-utgreie det som er nødvendig. Under dette rapporten «Beredskapsanalyse ambulansetjenesten i Midt-Norge» og konsekvensar av denne for framtidig legevaktlokalisering. Anna å utgreie er konsekvensar for drift av akuttmottaket ved Volda sjukehus når samhandlinga med kommunane om interkommunal nattlegevakt og legevaktsentral for Nødnett Helse/nasjonalt legevaktnummer 116 117 med 5 sjukepleieårsverk og kommunal legeressurs skal trekkast ut.
 - II. Ta politisk prinsippavgjerd når det gjeld modell for framtidig lokalisering og struktur på ambulanse- og legevaktstasjonar og på den totale helseberedskapen på Søre Sunnmøre.
- 5. Volda kommunestyre ber om at ein opprettheld ein integrert og/eller nærlokalisert ambulansesestasjon ved Volda sjukehus inntil punkt 4 b er avgjort.**
6. Volda kommunestyre gjer framlegg om å sett ned ei felles tverrfagleg/administrativ arbeidsgruppe/prosjektgruppe mellom Helse Møre og Romsdal HF/Volda sjukehus, «Sjustjerna helse og omsorg» og med særleg representasjon frå dei kommunane som forslaget om flytting av ambulansesestasjon har konsekvensar for.
- Grappa skal mellom anna
- a. arbeide med dei spørsmålsstillingane på kort og på lang sikt, som ligg i saka.
 - b. ha eit mandat og ein tidsfrist
 - c. levere forslag/innstilling til kommunane ved rådmennene via «Sjustjerna Helse og Omsorg» og til Helse Møre og Romsdal HF ved direktøren.
- Involvering/innspeil frå ulike faggrupper og dei mest relevante verksemder både innanfor HMR/Volda sjukehus og kommunane og høyring frå brukarane er obligatorisk del av arbeidet.
7. Volda kommunestyre ser særst positivt på utbyggingsplanane for Volda sjukehus, og at det i allereie i 2019 er planlagt prosjektering. Dette er avgjerande viktig for utvikling av sjukehuset, og kommunestyret vil samtidig peike på at HMR har ei omrømingstid med mellombels plassering av ambulansesestasjon fram til det er gjort vedtak om byggestart for ny sjukehusfløy. Da bør ein etter nærare utgreiing mellom partane kunne ha på plass ei felles løysing for legevakt (kveld/helg/natt) og ambulansesestasjon nær Volda sjukehus.

Vedleggsliste:

Brev 09.05.2018 frå Helse Møre og Romsdal: Samarbeid mellom interkommunal legevakt og HMR på Søre Sunnmøre

Geodata/Helse Midt-Norge: Beredskapsanalyse: Ambulansetjenesten i Midt-Norge

Brev 08.05.2018 frå ordførar Jørgen Amdam til Helse Møre og Romsdal HF: Kommenterar til lokalisering av ambulansestasjon i Volda/Ørsta

Brev 10.05.2018 frå legane i Ørsta kommune.

Uprenta saksvedlegg:

«Sjustjerna helse- og omsorg»: Prosjektrapport – Framtidig legevakt på Søre Sunnmøre

Samandrag av saka:

Med bakgrunn i «Legevaktprosjektet» og vidare oppfølging av dette tok ordførar Jørgen Amdam på vegne av «Sjustjerna helse og omsorg» før jul initiativ til møte med Helse Møre og Romsdal HF ved direktøren. Møtet blei først halde i Ålesund 04.05.2018. Det var der drøfta kommunane sine ønsker om å sjå på mulegheitene til å vidareutvikle det mangeårige og gode legevakt- og ambulansesamarbeid vi har hatt med base i akuttmottaket ved Volda sjukehus. Som eit første steg er det sendt inn førespurnad frå kommuneoverlegen om å legge ei felles kvelds- og helgelegevakt for Volda og Ørsta til eller nær til Volda sjukehus? Seinare kan det vere eit mål å realisere intensjonar i «Sjustjerna helse og omsorg» sin Prosjektrapport - «Framtidig legevakt på Søre Sunnmøre» - altså ei stor fellesordning.

Det blei i møtet gitt positive tilbakemeldingar og skryt frå kommunane på dei utbyggingsplanane for Volda sjukehus, som er under utvikling. Det blei spurd om desse kunne omfatte ein nærløkalisert felles legevakt og ambulansestasjon og påpeika eventuell kommunal økonomisk medverknad for rask realisering av dette. Tilbakemeldingane (sjå brev datert 09.05.2018) var at kommunane ikkje kan rekne med å planlegge ei integrert interkommunal legevakt i sjukehuset sitt akuttmottak. Spørsmålet om nærløkalisering er ikkje besvart. Grunna pålegg frå Arbeidstilsynet vedkomande arbeidsmiljøfaktorar ved noverande ambulansestasjon - tek HMR sikte på å gå ut med eit anbod for å finne nye og eigna lokalar til ambulansestasjon i rimeleg nærløik til eit geografiske området – «målepunktet» - over berekna utrykningstid slik det kjem fram gjennom Geodata sin «Beredskapsanalyse for ambulansetjenesten i Midt-Norge» Dette er ei strategisk tilvising (allokeringsanalyse) med bakgrunn i her og no situasjonen og må ikkje forvekslast med ei «risiko og sårbarheitsanalyse» Den seier heller ikkje noko om eksterne konsekvensar, framskrivning av nye vegsamband/tunellar og kommunikasjonar, om fjellovergangar og stengte vegar osb. Rapporten er ikkje konsekvensutgreidd og kvalitetssikra til dømes med tanke på andre samarbeids- og samhandlingsfaktorar i den totale helseberedskapen (slik som er det viktigaste innhaldet i denne saksutgreinga)

Tilrådinga frå HMR – ut frå berekningane frå Geodata – er at noverande ambulansestasjon bør flyttast til eit område nærare Ørsta og at det er ein stor fordel å med samlokaliserte ambulans- og legevaktstasjonar. Det er gitt ein frist til kommunane på ein månad (10. juni) å uttale seg til lokaliseringsspørsmålet. Så dette handlar ikkje berre om utflytting av ambulansetjenestene frå den samlokaliserte modell med legevaktene i akuttmottaket. Det kan ha stor betydning for noverande og framtidig lokalisering av interkommunale legevaktordningar, spesielt for Volda og Ørsta

Å splitte opp etablert og mangeårig vel utprøvd samarbeid mellom Volda sjukehus og kommunane i «Sjustjerna helse og omsorg» vil kunna ha mange konsekvensar – også for akuttmottaket og akuttberedskapen ved Volda sjukehus slik publikum og vi innanfor helsefaga har vendt oss til det i innpå 5 år. Ørsta og Volda kommunar har i alle år har hatt eit nært og godt helsesamarbeid og stått skulder ved skulder når det gjelder helseberedskap og

akuttfunksjonane ved Volda sjukehus. Ein må unngå, under slikt tidspress og denne vinkling, å bli spelt ut mot kvarandre. Det bør forventast at det vert ivra for å finne midlertidige løysingar for ambulansen i eller nær sjukehuset som Arbeidstilsynet kan godkjenne, slik at vi får betre tid på dei store og prinsipielle spørsmåla.

Det er difor særst viktig at Volda og Ørsta kommunar er samde om at denne saka må takast i to steg: først ei midlertidig løysing for ambulansesestasjonen i eller nær sjukehuset og så – i neste omgang – den beste totalløysinga for akutt helseberedskap i distrikta våre, herunder legevaktstasjon (ar) og omsynet til å ta i vare eit vel fungerande lokalsjukehus med gode akuttfunksjonar. Vi må unngå i hastverk å rive ned det som er vel utprøve og bygd opp over mange år. Det er støtte for at dette ikkje er i hastesak i ein uttale frå legane i Ørsta 10.05.2018 (vedlagt) der det mellom anna heiter: « Det har ikkje vore opplevingar der ambulansen har kome for seint fram til pasienten grunna lokalisasjon i Volda slik vi har sett det.»

Volda kommune sin viktigaste konklusjon er difor: å oppretthale ein integrert eller nærlokalisert ambulansesestasjon ved Volda sjukehus inntil framtidig legevakt, ambulansestructur og total helseberedskap i distrikta er avgjort

Saksopplysningar/fakta:

Bakgrunn

Samarbeidet mellom Volda sjukehus og omliggande kommunar/Sjustjerna helse og omsorg vedkomande legevakt, ambulanse og akuttmedisinske tenester/akuttmottak har i mange år vore eit føredøme på god samhandling. Det starta alt på 1990-talet med felles vaksentral for Volda og Ørsta kommune lokalisert til sjukehuset. Dei 7 kommunane på Søre Sunnmøre har sidan 2003 hatt avtale om legevaktformidling og legevaktsentral ved akuttmottaket, der ambulansesestasjonen har vore lokalisert. I 2014 blei legevaktsavtalen utvida til å omfatte Nødnett helse og henvendingar på nasjonalt legevaktnummer 116 117. Avtale om felles nattlegevaktordning for 6 av dei 7 kommunane i «Sjustjerna helse og omsorg» ved akuttmottaket blei inngått 2008/2009.

Gjennom praktisk arbeidsdeling og bruk av felles ressursar i akuttmottaket har dette – etter kommunane si erfaring og vurdering - vore ein vinn-vinn situasjon for alle partar. Kommunane betalar for 5 årsverk sjukepleiar i akuttmottaket og tilfører legeressursar kvar natt (kl 22-08). Dette har gjort det muleg å oppnå gode og trygge akutt-tenester for innbyggjarane og for kommunane. Og Helse MR har kunne drifte eit vel fungerande og fagleg sterkt akuttmottak i Volda sjukehus, av stor betydning for helseberedskapen på Søre Sunnmøre. Det er stor tryggleik for befolkninga når dei er antatt alvorleg sjuke at dei beveger i rett retning mot ein tryggleiksbase som eit vel fungareande sjukehus er.

Når legevakta er på eller nær ved sjukehuset kan vaktlegen få utført røntgen og laborietestar og få felles vurdering med sjukehusspesialist. Ein slepp ekstratransport til sjukehuset for dette. Ting kan avgjeast mykje tryggare der og då, og innlegging i sjukehus kan reduserast eller unngåast når sjukehuset sitt apparat blir brukt på rett måte. Dette er av stor betydning for pasientane og for pasienttryggleik.

Det er også ei kjennsgjerning at ved akutte problem vender mange pasientar seg direkte til sjukehuset. Så det er av stor verdi at personell i sjukehuset sitt akuttmottak då kan samhandle med den kommunale legevakta for vurdering av tilfellet og at dei også kan samhandle med ambulansepersonell både innanfor akuttmottaket og i samband med utrykning. Ambulansepersonell blir ein viktig personellressurs i dette fellesskapet og unngår fagleg einsemd.

Spørsmål frå kommunene om vidare utvikling av samarbeidet

Sjustjerna helse og omsorg har i 2017 utgreidd prosjektrapporten «Framtidig legevakt på Søre Sunnmøre» og det blei nedsett ei arbeidsgruppe. Det var lagt opp til at (sitat)

«Arbeidsgruppa skal gjennomføre samtaler/forhandlingar med Møre og Romsdal HF for å avklare kva for syn HF har på eit samarbeid med ei interkommunal legevakt. Samarbeidet kan omfatte ambulansetenesta og andre støttefunksjonar rundt legevaktordninga.

Arbeidsgruppa oppfattar seg som ei forhandlingsgruppe for å få brakt klarheit i om HMR vil ha ei samlokalisering/nærlokalisering mellom den interkommunale legevakta og sjukehuset i Volda. Når dette er brakt i klarheit vert sjølve legevaktsaka, prosjektrapport «Framtidig legevakt på Søre Sunnmøre» handtert vidare av 7-stjerna helse og omsorg. Ordførar og rådmannsgruppa kan då ta innhaldet i prosjektrapporten opp igjen til drøfting»

Dette blei diskutert i møte med HMR den 03.11.2017 der det kom fram eit ønske om å få eit partssamansett utval for å arbeide vidare med samarbeidsmodellar for framtidige tenester.

Ordføraren i Volda etterlyste før jul 2017 på vegne av kommunane på Søre Sunnmøre den vidare framdrift og ba om eit møte med HMR. I februar 2018 ba kommuneoverlegen i Volda og Ørsta om sonderingar med HMR med tanke på ei mindre, felles legevakt for Volda og Ørsta på ettermiddagar og kveld/helg fram til nattlegevakta tek over ved eller i nærleiken av akuttmottaket. Dette for å imøtekomme nye og utvida krav heimla i «Akuttmedisinforakriften» og andre kvalitetskrav til legevaktene.

I mellomtida har HMR lagt fram og vedteke ei stor Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal. I denne er det ei optimistisk Utbyggingsplan som også omfattar Volda sjukehus. For Volda sjukehus er der ulike utbyggingsalternativ med hovudvekt på nytt areal til sengepost (ar) og poliklinikk (ar) og ombygging/utviding av akuttmottaket. Vi i kommunane set stor pris på desse planane då dei gir positiv optimisme for Volda sjukehus. I samband med dette har vi sett muligheiter til å forsterke optimisme ved å vidareutvikle det gode samarbeidet, som er omtala ovanfor, gjennom å nærlokalisere fleire tenester. Herunder meiner vi det er høgst aktuelt å drøfte kommunal økonomisk medverkad i realisering av nye lokaler for legevakt- og ambulansetasjon, som både stettar kommunane og HMR sine behov og krav, både faglege og juridiske. Her kan ein vurdere ulike modellar, m.a ei muligheit der ein utgreier nærare om Volda kommune, som vertskommune skal stå som utbygger i nært samarbeid med andre Sjustjernekommunane og HMR viss ein ønsker leigeavtale for ambulansetasjonen.

Tilbakemeldingar, rapportar og samanfattande oppsummering frå HMR

Det etterspurde møtet (sjå ovanfor) blei først halde hos HMR den 04. mai 2018 – les vedlagte brev. Direktøren beklaga at det, grunna tunge prosessar med utviklingsplanen, hadde teke så lang tid, og at dei vesentlege spørsmål kommunane har hatt, ikkje er blitt besvart før. Direktøren understreka også særst tydeleg at Arbeidstilsynet meiner at det ikkje er forsvarleg å drive ambulansetasjonen i noverande lokaler, som på kort varsel kunne bli stengde.

Før møtet var vi gjort kjent med at Helse Midt-Norge (HMN) gjennom Geodata har utarbeidd ein Beredskapsanalyse «Ambulansetjenesten i Midt- Norge» for å analysere dagens ambulansestructur, responstid og tilgjengelegheit opp mot antatt behov i 2030.

Geodata sitt oppdrag (kortversjon):

*«Plassér ambulansetasjonene innenfor responstidanbefalingene slik at de samlet sett vil rekke ut til **flest mulig** hendelser med hastegrad «akutt» basert på antatt behov i 2030»*

Dette er ei strategisk tilvising (allokeringsanalyse) over her og no situasjonen og må ikkje forvekslast med ei «risiko og sårbarheitsanalyse» Den seier ikkje noko om eksterne konsekvensar, framskriving av nye vegsamband og kommunikasjonar, om fjellovergangar og stengte vegar, tunnellar osv.) Den er ikkje konsekvensutgreidd og kvalitetssikra til dømes med tanke på samarbeids- og samhandlingsfaktorar av største betydning for den totale helseberedskapen (sjå ovanfor). Korleis den skal brukast og fortolkast har ikkje vore sendt ut på høyring.

Geodata anbefaler ovanfor HMN at ambulansestasjonen i Volda blir flytta til Ørsta

Samanfattande oppsummering frå møtet 04.05.2018 i brevet frå HMR:

- Arbeidsmiljøforholda ved Volda ambulansestasjon er ikkje tilfredsstillande (arbeidstilsynet) – dette medfører at ein må gå ut for å skaffe nye lokaler som etterkjem arbeidsmiljø og funksjonskrav til ambulansestasjonar
- Ein vil så snart som mogeleg gå ut med eit anbod for å finne nye og eigna lokalar for dette, så nær målepunktet for mest likeverdig lokalisering for befolkninga (jfr. Beredskapsanalyse) - med opsjon (viss kommunane vil det) på framtidig samlokalisering av felles legevakt- og ambulansestasjon
- HMR kan ikkje på fagleg grunnlag planlegge ei integrert interkommunal legevakt og akuttmottak med dei nasjonale føringar som er gitt, og med dei erfaringar ein har gjort seg i eige føretak over tid.
- Bygningsmessig utviklingsplan som skal sikre Volda sjukehus sin funksjon og kapasitet i tida framover, opnar ikkje for investeringsmidlar eller areal vert nytta til legevakt og ambulansestasjon
- HMR vil be kommunane på Søre Sunnmøre, med utgangspunkt i Sjustjerna Helse og Omsorg, om innspel på plassering av ambulansestasjon, med ønske om framtidig samlokalisering med interkommunal legevakt, i eit område så nær det geografiske området (Målepunktet) som «Beredskapsanalyse for ambulansetjenesten i Midt-Norge» tilrår
- Frist for tilbakmelding frå kommunane/Sjustjerna helse og omsorg er 10. juni 2018

Vurdering og viktige punkt:

- Konsekvensane av saka gjeld innbyggjarane og det akuttmedisinsk samarbeid på Søre Sunnmøre i vid forstand samt verdien av god samhandling med eit vel fungerande akuttmottak i Volda sjukehus. Dette er tenester som vi synest har fungert godt, og som er bygde opp over mange rår
- Ambulansetenesta og samlokalisering av denne med kommunal legevakt er viktig og integrert del av dette - utgreidd mellom anna i prosjektrapport «Framtidig legevakt på Søre Sunnmøre»
- Med utgangspunkt i denne prosjektrapporten og med nye signal frå HMR er vi enno usikre på kva slags legevaktstruktur vi vil få på Søre Sunnmøre. Dette haster det å utgreie.
- Vi meiner det blir feil av HMR å bruke pålegg frå Arbeidstilsynet vedkomande arbeidsmiljøforhold på noverande ambulansestasjon (som HMR har vore kjend med lenge) som hastesak og krav til kommunane med ein månads frist å utpeike ny lokaliseringsstad for ambulansestasjon og framtidig legevaktbase. Både ambulanspersonell- og personell i akuttmottak og i legevaktordninga ønskjer sterkt å bygge vidare på noverande modell med å endre og forbetre det som er nødvendig.

- Det er muleg i rimeleg nærleik av sjukehuset å finne lokalar til ambulastasjon som skal oppfylle krav i samarbeid med Arbeidstilsynet – og som gir oss den nødvendige omrømingstid til å få gjort gjennomarbeidde saksframlegg og gode vedtak i «Sjustjerna helse- og omsorg» og dei nærliggande kommunane på dei meir overordna spørsmål
- Kvalitetssikringa, ROS analyser og høyringar/innspele både internt i HMR og i dei berørte kommunar og den vidare prosessen må ta opp i seg innspel frå Volda kommune ved ordførar til HMR 09.05.2018 (vedlagt) og følgjande moment:
 - Nye tunellar og vegløyningar – reduserte utrykningstider
 - Kommunesamanslåing (ar) og mulegheiter for nye kommunesamarbeid. Mellom anna har Stranda kommune sondert ovanfor Volda kommune om legevakt- og anna helsesamarbeid.
 - Brev frå legane i Ørsta om erfaringar og kva dei meiner er viktig å føre vidare i dette helsesamarbeidet og deira praktiske erfaringar med utrykningstid for ambulanse til Ørsta frå Volda sjukehus
 - Betydninga av å kunne få med ut i ambulansen jordmor, anestesilege og/eller –sjukepleiar frå sjukehuset ved kritiske tilstandar
 - Kan fagleg einsemd og fragmentering bli ein konsekvens for ambulasepersonell som flyttar ut?
 - Må få klarheit i om dei nye signal frå HMR er eintydige? Betyr dei at vi også må flytte ut den interkommunale legevaktordninga frå sjukehuset sitt akuttmottak? Konsekvensane av det vil då kunne bli svært alvorlege. Tross prosjektrapporten veit vi framleis ingen ting sikkert om kva legevaktstruktur vi vil få på Søre Sunnmøre framover. Eit stalltips frå u.t. er at vi som før få kommunale legevakter i alminneleg opningstid for legesentra i kvar kommune (08-16). Vi vil lenge få to felles kvelds- og helgevakt (kl. 16-22): ei for kommunane på ytre strok og ei for kommunane på indre strok - samlokalisert med ein ambulansetasjon. Med endra kommunestruktur (Hornindal) og eventulet samarbeid mot deler av Stranda, vil nærlokalisering av den indre legevaktordninga til sjukehuset og det opplegget vi har for interkommunal nattlegevaktordning der være svært aktuell og fagleg sterk. Men dette blir å avgjere i prosessen.
 - ROS og konsekvensanalyse for akuttmottaket ved Volda sjukehus og sjukehuset sin akuttfunksjon i vidare forstand må gjerast før ambulanse og eventuelt legevakt blir flytta ut og dermed det kommunale personell som no vesentleg styrkar akuttmottaket. Kommunene betalar no for 5 årsverk sjukepleiar i akuttmottak og legevaktsentral og mellom kl 22-08 er det kommunal lege i akuttmottaket. Skal dette erstattast av nytt personell av eit Hf som skal spare pengar og stillingar? Viss ikkje vil det vel føre til ei svekking av Volda sjukehus som akuttsjukehus? Er dette poenget oppfatta av HMR?
 - Vi gjer merksam på den rolla Volda sjukehus må ha i samband med eventuelle utrasingar av fjell i Storfjorden og som vil bryte alt samband til Ålesund. Politiet har teke spesielt omsyn til dette i si omorganisering og Stranda/Sykkylven er no ein del av Ørsta/Volda lensmannsdistrikt.
 - Vil eit av dei viktigaste fundamenta under det god praktiske helsesamarbeidet mellom Volda sjukehus og «Sjustjernekommunane» kunne bli svekka? Sjustjernesamarbeidet har vore ei merkevarerbygging både for HMR/Volda sjukehus og for kommunane.
 - Samhandlingsreforma legg opp til aukande samarbeid mellom kommunehelsetenesata og HF. «Sømløse» overgangar og fagleg gode og trygge tenester for pasientane.

- Kan desse eksterne konsekvensar for den totale helseberedskapen vege tyngre enn små og skiftande forskjellar i utrykningstid for ambulansen (jfr. Geodata)? Slike forskjellar er det jo mange andre stadar i landet. Mennesker flyttar seg frå grøn til rød sone mange gonger kvar dag. Ut frå geografi, busetjing og andre forhold vil nokre måtte bu i raud sone. Ambulansehelikopter gjer at mange fleire no enn før kan få rask helsehjelp. Så det handlar om mykje meir enn bilambulansar.
- Vil ikkje dei moment som her er framførde tilseie at ein tek den nødvendige tida til ein god prosess og å fatte gode og gjennomarbeidde vedtak?

Konklusjon:

Volda kommune sin viktigaste konklusjon: å oppretthale ein integrert eller nærlokalisert ambulansesestasjon ved Volda sjukehus inntil framtidig legevakt, ambulansestructur og total helse- og akuttberedskap i distrikta er avgjort

Det blir feil å bruke pålegg frå Arbeidstilsynet som ei hastesak og eit fragment der ein taper heilskapen og den meir totale legevakt-, ambulanse- og akuttberedskapen i distrikta her av syne. Det må settast ned felles tverrfagleg/administrativ arbeidsgruppe/prosjektgruppe mellom Helse Møre og Romsdal HF/Volda sjukehus, «Sjustjerna helse og omsorg» med særleg representasjon frå dei kommunane som forslaget om flytting av ambulansesestasjon har konsekvensar for og det må gjevast eit mandat og frist for arbeidet deira

Helse og miljøkonsekvensar. Folkehelsekonsekvensar

Svært store slik det er utgreidd ovanfor

Økonomiske konsekvensar:

Det har heile tida vore ei oppfatning av gjensidig bruk av felles personell var økonomisk gunstig for begge partar. Styrking av legevaktene vil bli eit økonomisk løft for kommunane uansett Myndigheitene på sentralt hald har laga kravsspesifikasjonar og kompetansekrav. Mykje at dette er kostnadskrevjande men også slik at små kommunar aleine ikkje klarer å løyse utfordringane. Difor blir samarbeid viktig, også samarbeid om utnytting av felles ressursar og økonomi.

Beredskapsmessige konsekvensar:

Denne saka handlar om den totale helseberedskapen i distriktet. Gode avgjerder, gode system og fagleg steke tilbod i god samhandling mellom dei ulike helsenivå er overlag viktig for befolkninga sin totale tryggleik og at dei opplever gode og samanhengande trenester

Rune Sjurgard
Rådmann

Arne Gotteberg
Kommuneoverlege i Volda og Ørsta/fagsjef

Utskrift av endeleg vedtak:

Helse Møre og Romsdal HF postmottak@helse-mr.no Org.nr. 997005562

Sjustjerna Helse og omsorg Søre Sunnmøre

Gro-Anette Frøystad Voldsund
gro-anette.froystad.voldsund@heroy.kommune.no
Koordinator Sjustjerna
Helse og omsorg

Dykkar ref:

Vår ref: 2017/1386

Dato: 9. mai 2018

Samarbeid mellom interkommunal legevakt og HMR på søre Sunnmøre.

Viser til møtet 4. mai 2018 mellom representantar frå kommunane på søre Sunnmøre og leiinga i Helse Møre og Romsdal HF (HMR), i HMR sine lokale på Åse.

Frå kommunane på søre Sunnmøre deltok:

Volda kommune; ordførar Jørgen Amdam, rådmann Rune Sjugard, kommuneoverlege Arne Gotteberg. Ørsta kommune; rådmann Wenche Solheim. Herøy kommune; avdelingsleiar Inger Marie Tofthagen.

Frå Helse Møre og Romsdal HF deltok:

Adm. dir. Espen Remme, ass. dir. Helge Ristesund, konst. fagdirektør Mariann H. Gammelsæther, klinikkisjef Kjersti Bergjord, klinikkisjef Mona Aagaard-Nilsen, Klinikkisjef Torstein Hole, avdelingssjef Lars Erik Sjømæling.

Tema for møtet:

Jørgen Amdam hadde på vegne av kommunane på søre Sunnmøre bedt om eit møte i samband med vidareføring av arbeidet med utgreiing av samarbeidet om interkommunale legevakt og samarbeidet med helseføretaket.

Tidlegare møte og overlevering av rapport 3. november 2017:

I møtet 3. november 2017 med same partsamansetning, orienterte Inger Lise Kaldhol om utgreiing om legevaktordninga på Søre Sunnmøre. I «*Prosjektrapport Framtidig legevakt på Søre Sunnmøre*» som Sjustjerna helse og omsorg har nedsett står det:

Arbeidsgruppa var einige om at mandatet for gruppa var slik å forstå:

Arbeidsgruppa skal gjennomføre samtaler /forhandlingar med Møre og Romsdal HF for å avklare kva for syn helseføretaket har på eit samarbeid med ei interkommunal legevakt. Samarbeidet kan omfatte ambulansetenesta og andre støttefunksjonar rundt legevaksordninga.

Arbeidsgruppa oppfattar seg som ei forhandlingsgruppe for å få brakt klarheit i om helseføretaket vil ha ei samlokalisering/nærlokalisering mellom den interkommunale legevakta og sjukehuset i Volda. Når dette er brakt i klarheit vert sjølve legevaksaka, prosjektrapport Framtidig legevakt på Søre Sunnmøre, handtera vidare av 7-stjerna helse og omsorg. Ordførar og rådmannsgruppa kan då også ta innhaldet i prosjektrapporten opp igjen til drøfting.

I dette møtet diskuterte ein ei rekkje forhold knytt til rapporten og det vidare samarbeidet. Det var mellom anna eit ønskje om å få til eit partssamansett arbeid for å arbeide vidare med samarbeidsmodellar for framtidige tenester.

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
Ålesund: 70 10 50 00
Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562

HMR orienterte om utfordringane knytt til areal, økonomi, og ulike faglege vurderingar knytt til samlokalisering. I tillegg orienterte ein munnleg om at det var under utarbeiding ei beredskapsanalyse i regi av Helse Midt-Norge RHF, som ville gje innspel til framtidig ambulansstruktur.

Oppsummering møtet 4. mai 2018:

Adm. dir. Espen Remme viste til og orsaka frå føretaket si side manglande tilbakemelding/ dialog sidan møtet 3. november 2017. Sidan det møtet har helse Møre og Romsdal vedteke utviklingsplanen for føretaket, og «*Beredskapsanalyse for ambulansetjenesten i Midt-Norge*» er publisert av HMN. Remme bad så om å få presentere ein tematisk gjennomgang i forhold til dei saksforholda som helseføretaket ønskja å gå inn på, som er av både fagleg, prinsipielle, bygningsmessige og økonomiske. Det var støtte for ein slik gjennomgang.

HMR trekte opp følgjande relevant saksforhold:

Rapporten «*Beredskapsanalyse ambulansetjenesten i Midt-Norge*» utført av selskapet Geodata er publisert av Helse Midt Norge 4. april 2018.

<https://helse-midt.no/nyheter/2018/analyseverktøy-for-ambulansetjenesten>

Denne analysa har teke opp i seg befolkninga i «nye» Volda kommune med Hornindal og Ørsta kommune, og viser området for plassering av ambulansetasjon (Sjå illustrasjon til slutt i brevet) som gir mest likeverdig dekning for befolkninga i opptaksområdet for ambulansen.

HMR gjekk også gjennom den krevjande driftssituasjonen ved Volda ambulansetasjon i forhold til fysisk arbeidsmiljø, noko som er påpeika i fleire tilsyn og korrespondanse med Arbeidstilsynet. HMR har valt å utsette å sende ut førespurnad etter nye lokalar i 2017 i på vente av det interkommunale arbeidet med legevakt, og det er noe ein reell fare for at stasjonen kan bli stengt. Basert på tilbakemeldingar frå Arbeidstilsynet og våre tilsette/leiarar, vurderer Adm. dir. at det ikkje er forsvarleg å halde fram utan å etablere ambulansetasjonen i nye lokalar. (Dette er på overtid allereie).

Helse Møre og Romsdal viste også til utfordringane med å integrere legevakt og akuttmottak fysisk samlokalisert, og dei gråsonene dette kan skape. Viser i den samanheng og til Helsedirektoratet si nasjonale faglege retningsline «*IS-2236: Faglege og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak (kap. 12.2)*».

HMR sin utviklingsplanen – fagleg og bygningsmessige er viktige planar for helseføretaket. I høyringssvara til den faglege delen av utviklingsplanen, vert det frå mange instansar trekt fram den viktige samarbeidet og faglege synergiane som er mellom legevakt og ambulans, ved fysisk samlokalisering. HMR sine erfaringar er at desse effektane blir sterkast dersom ein faktisk er fysisk samlokalisert.

I samband med den bygningsmessige utviklingsplanen, presenterte HMR planane som er vedteke for å styrke og prioritere bygningsutvikling som sikrar Volda sjukehus som lokalsjukehus med akuttfunksjonar. Ein viste til planar for arealutvikling av akuttmottak, auke i poliklinisk, auke i dagkirurgi og den generelle arealmangelen som pregar dagens driftssituasjon – og det er uttrykt stort behov for dette av våre tilsette i Volda.

Basert på HMR sin gjennomgang løfta dei kommunale representantane fram følgjande kommentarar/spørsmål i møtet:

I forhold til beredskapsanalyse så er slike analyser forbunde med noko svakheiter, der val av prinsipp vil påverke resultatet.

Det vart uttrykt ønskje om at ein måtte forsøke å finne areal til alle funksjonar i tett tilknytning til Volda sjukehus.

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
Ålesund: 70 10 50 00
Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562

Det er eit sterkt ønskje om å sjå samlokalisering av legevakt og ambulanseteneste saman . Det var også poengtert at eit samarbeid med kommunale KAD/ ØHD senger var noko som ein på sikt burde forsøke å få til.

Når helseføretaket stressa tidspunkt for å skaffe areal til ny ambulansestasjon grunna Arbeidstilsynets pålegg, vart det bedt om at ein måtte sette ned eit prosjekt mellom kommunane og helseføretaket for å utgreie aktuelle alternativ.

Det vart også trekt fram frå fleire kommunale representantar at ein ønskja å legge interkommunal legevakta til eit sentrum for å underbygge konsentrasjon og unngå ytterlegare spreing.

Oppsummering frå HMR:

- Arbeidsmiljøforholda ved Volda ambulansestasjon er ikkje tilfredsstillande (arbeidstilsynet) – dette medfører at ein må gå ut for å skaffe nye lokalar som etterkjem arbeidsmiljø og funksjonskrava til ambulansestasjonar.
- HMR kan ikkje på fagleg grunnlag planlegge ei integrert interkommunal legevakt og akuttmottak med dei nasjonale føringar som er gitt, og med dei erfaringane ein har gjort seg i eige føretak over tid.
- Byggningsmessig utviklingsplan som skal sikre Volda sjukehus sin funksjon og kapasitet i tida framover, opnar ikkje for investeringsmidlar eller areal vert nytta til legevakt og ambulansestasjon.
- HMR ønskjer svært sterkt å samlokalisere ny ambulansestasjon saman med legevakt, gitt denne legevakta vert lagt i rimeleg nærleik til det geografiske området «*Beredskapsanalyse for ambulansetjenesten i Midt-Norge*» opnar for.

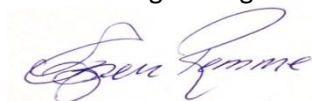
Konklusjon frå møtet:

HMR kan ikkje halde fram å drive ambulansestasjonen ved Volda sjukehus i dei lokalar som er der i dag. Ein vil derfor så snart som mogeleg gå ut med eit anbod for å finne nye og eigna lokalar til dette, så nær målpunktet for mest likeverdig lokalisering for befolkninga (Jf. Beredskapsanalyse og illustrasjon under). Helseføretaket ønskjer å samlokalisere seg med den interkommunale legevakta på Søre, og vil legge inn ein opsjon i anbodspapira som sikrar dette, dersom kommunane ønskjer det. HMR er også positiv til å gå inn i eit prosjektsamarbeid for å utgreie vidare samarbeid mellom partane, men ein må unngå å la dette utsette anskaffing av nye ambulansestasjon.

HMR vil be kommunane på søre Sunnmøre, med utgangspunkt i Sjustjerna helse og omsorg, om innspel på plassering av ambulansestasjon, med ønskje om framtidig samlokalisering med interkommunal legevakt, i eit område så nær det geografiske området (Målpunktet) «*Beredskapsanalyse for ambulansetjenesten i Midt-Norge*». Anbudsførespurnaden om ambulansereal vil innehalde opsjon på etablering av kommunal legevakt. Kommunar/ kommunane står også fritt til å tilby helseføretaket lokalar for ambulansestasjon i tråd med kravsspesifikasjonen som ligg i anbodsdokumenta.

På grunn av dei tidskritiske forholda knytt til ambulansestasjon, ber vi om tilbakemelding frå kommunane/ Sjustjerna helse og omsorg innan 10. juni 2018.

Med vennleg helsing



Espen Remme
Adm. dir.

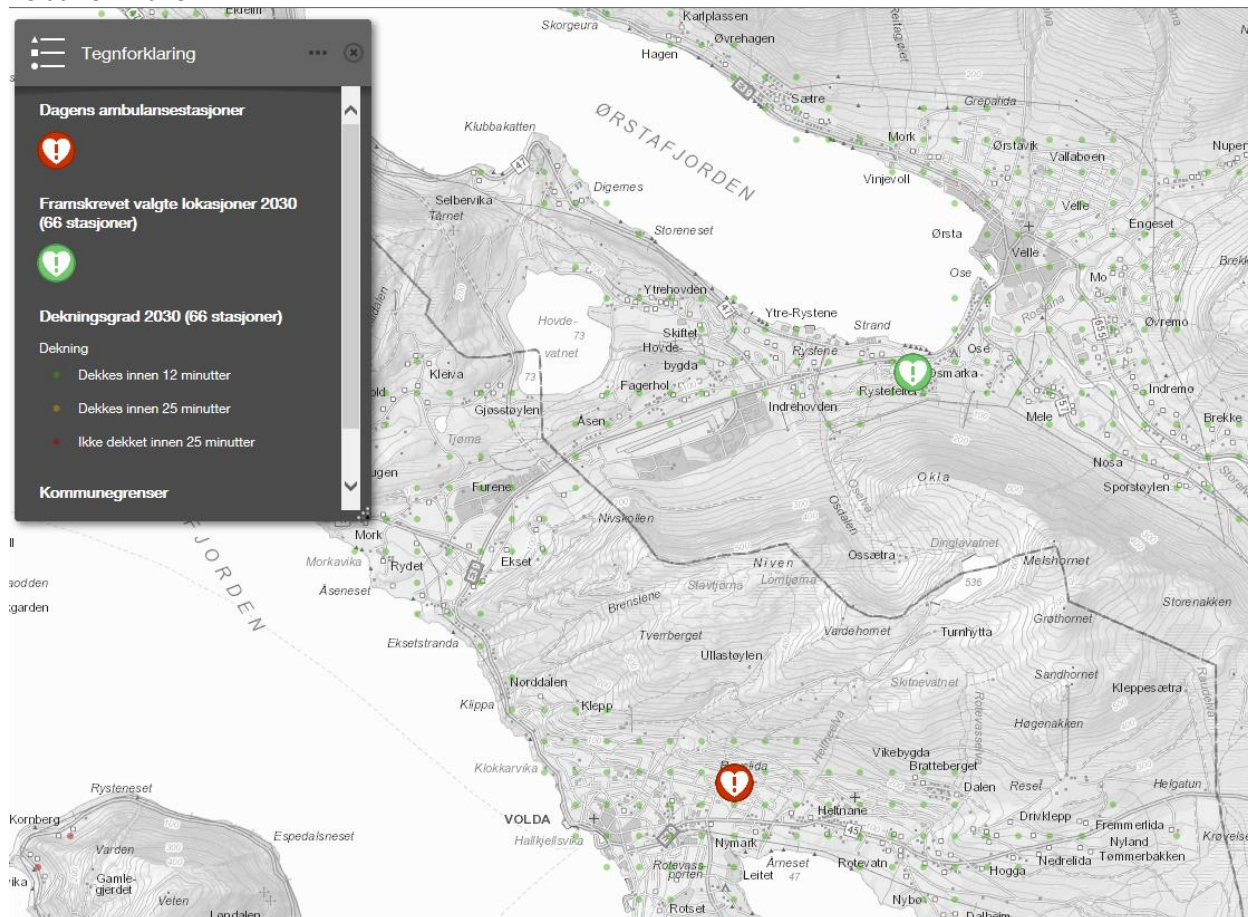
Vedlegg: Beredskapsanalyse ambulansetjenesten i Midt-Norge (HMR RHF)

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
Ålesund: 70 10 50 00
Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562

Kopi:
 Hareid kommune
 Herøy kommune
 Sande kommune
 Ulstein kommune
 Vanylven kommune
 Ørsta Kommune
 Volda kommune



Illustrasjon (meir detaljert kart frå Beredskapsanalyse ambulansetjenesten i Midt-Norge).

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
 Ålesund: 70 10 50 00
 Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
 6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562



VOLDA KOMMUNE

Ordfører

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF
Åsehaugen 1

6026 ÅLESUND

<i>Arkivsak nr.</i>	<i>Løpenr.</i>	<i>Arkivkode</i>	<i>Avd/Sakshandsamar</i>	<i>Dato</i>
2018/975	6464/2018	H06	ORDF/ JORAMD	08.05.2018

KOMMENTARAR TIL LOKALISERING AV AMBULANSESTASJON I VOLDA/ØRSTA

Eg vil vise til møtet med Helse Møre og Romsdal fredag 6. mai og rapporten «Beredskapsanalyse Ambulansetenesten i Midt-Norge» og har nokre kommentarar til denne som vi meiner det må tillegast vekt i den vidare prosessen.

- Over 25 % av Nye Volda vil vere utanom 25 min. responstid med ambulansetastasjon i Ørsta.** Det vedlagde kartet med 66 ambulansetastasjonar og med framskriving til 2030 viser at heile skulekrinsane Ulvestad (630 innb. I 2018), Folkestad (740 innb.) store delar av Austefjord (over 100 innb.) og heile Hornindal (1200 innb.) til saman over 2600 innbyggjarar vil vere utanom 25. min. responstid. Dette utgjer om lag 25% av det samla folketal på om lag 10.500 fastbuande i nye Volda vil ha dårlegare sponstid enn 25. min. Volda kommune vil då vere mellom dei dårlegaste kommunane i Midt-Norge.
- Studentar.** Av rapporten kan vi ikkje sjå at studentar er tekne med i vurderingane. Høgskulen i Volda har om lag 4000 studentar og av desse bur om lag 2000 i Volda sentrum i minst 10 mnd. I året utan å vere registrert som innbyggjarar. Dette betyr at Volda sentrum til vanleg har om lag 8.500 innbyggjarar.
- Voldatunnelen.** I samsvar med samferdselsplanen vil tunnelen mellom Volda sentrum og Furene vere ferdig i 2027, dvs. før 2030. Truleg kan den bli ferdig før fordi reguleringsplan m.m. er vedteken. Tunnelen vil korte inn reisetida mellom Volda og Ørsta sentrum med om lag 4 minutt og med ambulansetrykking vil det vere maksimum 5 minutt i reisetid mellom dei to sentera.
- Utkantane i Ørsta.** Med lokalisering i Ørsta er det under 25. min. utrykkingstid til stordelen av Bondalen og Vartdal – det aller meste av innbyggjarane vil vere innan 25. min. responstid unnateke Bjørke, Øye og Urke. Med lokalisering i Volda og utrykking over Krøvelseidet vil responstid til Bondalen/Sæbø vere om lag lik som frå Ørsta/Hovdebygda. Til Nordre Vartdal m.m. (ca. 300 innbyggjarar) kan responstida frå Volda bli over 25. min med dagens samferdselssystem, men truleg innanfor etter at Voldatunnelen er bygd. Med lokalisering i Volda vil truleg Bjørke kome inn under 25. min. responstid.

Postadresse:
Stormyra 2
6100 Volda

postmottak@volda.kommune.no
Telefon:
954 63 942

www.volda.kommune.no
Org. nr: 939 760 946
Bankgiro: 3991.07.81727

Vi har lest rapporten og kjenner godt til metodikken som er brukt i desse utrekningane. Det er fleire forhold som kan kommenterast, men vi vil peike på nokre forhold:

1. **Alternativ-vurdering og usikkerheit.** I rapporten er vurdering av alternativ knytt til talet ambulansestasjonar og så forsøk på å finne fram til «optimal» lokalisering. Slike vurderingar er det knytt store usikkerheiter med omsyn til data (folketalsprognosar som kan vere svært usikre fram mot 2030), kommunikasjonsendringar m.m. Dette er til dels vurdert, men det som ikkje er vurdert er at faktisk folkesetnad ein kvardag kan vere heilt annsleis enn offisiell bustad. Vi har alt peika på at det i Volda er om lag 2000 studentar som ikkje er registrert som busette og dermed ikkje er med i analysen.
2. **Konsekvensvurdering av alternativ.** Modellen forsøker m.a. å optimalisere reisetid og minimere område utanfor 25. min. responstid. I slike vurderingar kan det vere marginale forskjellar mellom lokale lokaliseringalternativ og der tettstadbefolkning som regel tel tungt. Til dømes kva er forskjellen mellom Ørsta og Volda sentrum utan og med 2000 studentar?
3. **Beredskap.** Vi kan ikkje sjå at beredskap i indre fjordstrøk er vurdert grundig nok der ein i sommarmånadene har rundt 500.000 overnattingar av turistar. Forslaga om ambulanseendring i Geiranger verkar tvilsam i denne samanhengen. Politiet har teke konsekvensen av dette i si politireform der Stranda inngår i politidistriktet Volda/Ørsta. Politiet har også utvikla stor fleksibilitet med omsyn til bruk av ressursar uavhengig av fylkesgrense, noko vi ikkje kan sjå at denne rapporten har teke omsyn til.

Fagrapportar av denne typen må alltid kvalitetssikrast der ein tek i bruk kunnskap som det er vanskeleg å inkludere i slike modellar. Vi kan ikkje sjå at dette er gjort her og ber derfor om at rapporten blir grundig kvalitetssikra og supplert med relevant tilleggskunnskap.

Fagrapporten er ikkje åleine det avgjerande for avgjerdsgrunnlaget, men det er uansett viktig at eit slikt grunnlag er kvalitetssikra og endeleg før kommunane vert utfordra på sine synspunkt, og før Helseforetaket gjer sine strategiske val. Det vil også vere naturleg at kommunane får rapporten til uttale.

Med helsing

Jørgen Amdam
ordfører

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur.

Beredskapsanalyse



AMBULANSETJENESTEN I MIDT-NORGE

1

Innhold

Innledning.....	4
Kommunenes beredskap.....	6
Problemstilling.....	7
Tilrettelegging av grunnlagsdata.....	8
Tettstedsflater.....	8
Veinett.....	9
Hendelseslogg.....	11
Befolkningstyngdepunkt i grunnkretser.....	12
Ambulansestasjoner.....	12
Befolkningsdata.....	13
Metode.....	14
Vekting av parameter.....	16
Tilrettelegging for potensielle hendelser i 2030.....	17
Hvilket volum forventes i 2030?.....	21
Levealder.....	24
Resultat.....	26
Antall oppdrag i 2030.....	26
Anbefalt stasjonsallokering.....	27
Analyse 1. Beste plassering av 66 ambulansestasjoner basert på antatt behov i 2030.....	28
Analyse 2. Beste plassering av 63 ambulansestasjoner basert på antatt behov i 2030.....	30
Analyse 3. Beste plassering av 60 ambulansestasjoner basert på antatt behov i 2030.....	31
Fordeling av ambulansestasjoner basert på de ulike analysene.....	33
Valg av modell.....	33
Beregning av antall ambulanser i 2030.....	35
Økonomi.....	36
Vurdering og tilrådning.....	37
Dynamisk allokering.....	38
Tjenesteplanlegging.....	39
Differensiering av tjenestetilbudet.....	39
AMK.....	44
Virtuelle kommunikasjonsløsninger.....	46
Oppsummering.....	47

Forord

Helse-Midt Norge (HMN) har behov for å analysere dagens ambulansestructur. Analysen skal gi et grunnlag for optimering av responstid og ressurstilgjengelighet i perioden fram mot 2030. Analysen vil også kartlegge hvilke utfordringer som vil påvirke ressurstilgjengeligheten i samme tidsrom. Ved tidlig kartlegging kan en rekke å påvirke tjenestens utvikling i ønsket retning.

Beredskapsanalysen legger identiske prinsipper til grunn for beregning av beredskapskapasitet i hele Midt-Norge. Dette bryter med tidligere tradisjon, der utvikling av tjenesten har vært gjort på lokale premisser som ikke nødvendigvis har bidratt til et likeverdig tilbud i regionen.

Preliminære analyser peker mot en betydelig oppdragsvekst fram mot 2030. Veksten medfører en redusert beredskap, gitt at dagens ressurstilgjengelighet og bruksmønster holdes uendret.

En kompenserende økning av antall utrykningsressurser alene innebærer en betydelig kostnadsvekst. Bruk av logistiske styringsverktøy (dynamisk posisjonering) og allokeringanalyser vil derfor være nødvendig for å kunne utnytte ressursene på en rasjonell måte og samtidig dekke fremtidens behov for ambulansetjeneste.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) skal koordinere bruk av ambulanseressursene etter tre overordnede prinsipper: 1. Pasientens behov (i stor grad styrt av nasjonal medisinsk indeks), 2. Opprettholde beredskap etter vedtatte prinsipper, 3. Optimal ressursbruk - herunder hensynet til økonomi. AMK er «oppdragsgiver» for ambulansetjenesten, og begge parter må forpliktes, dele situasjonsforståelsen og utfordres i utforming av strategiske tiltak for leveranse av forsvarlige tjenester og forsvarlig ressursbruk.

Ambulanseoppdrag i Midt-Norge utføres i hovedsak med en og samme ressurstype; en akuttambulansetype. Fram mot 2030 vil det være nødvendig med en større differensiering av ambulansetjenesten og tjenestens tilbud.

Denne rapporten er en strategisk allokeringanalyse og må derfor ikke forveksles med en 'risiko og sårbarhetsanalyse'. I arbeidet med rapporten er det ikke evaluert eksterne konsekvenser av foreslåtte plasseringer (fjelloverganger, stengte veiforbindelser o.l.). Analysen er tenkt som et verktøy for helseforetakene i Midt-Norge som har driftsansvaret for ambulansetjenesten i sine respektive områder. Helseforetakene har også ansvar for å tilrettelegge en ambulansestructur som gir best mulig beredskap og god utnyttelse av tilgjengelige ressurser, fortrinnsvis med utgangspunkt i felles krav til struktur, dimensjonering og tjenester.

Følgende personell har deltatt i arbeidet:

Rolle	Ressurs	Kommentar
Prosjekteier	HMN RHF v/ fagdirektør	Bestiller og eier av oppdraget.
Styringsgruppe	Steinar Bjørås, RHF Sindre Mellesmo, St. Olav Kjersti Bergjord, HMR Øystein Sende, HNT	Styringsgruppen er ansvarlig for prosjektets gjennomføring og resultat.
Prosjektleder	Jon-Ola Wattø, HMN	Prosjektleder og hovedforfatter av rapporten
Arbeidsgruppe	Morten Dragsnes, HMN Erlend Sundland, St. Olav Sturla Hammer, HNT Lars Erik Sjømæling, HMR Per Christian Juvkam, HMN	Metode, kvalitetssikring, og rapportskrivning.
Konsulent/ekstern aktør	Geir Atle Tømmerås, Geodata Olav Kavli, Geodata	Ansvarlig for selve analysen, validering av resultat, og tekster som er brukt, «delvis editerte», i denne rapporten.

Innledning

De regionale helseforetakene har ansvar for at bil-, båt- og luftambulansetjenesten i nødvendig grad er samordnet nasjonalt. Ambulansetjenesten er spesialisthelsetjenestens mest omfattende akuttberedskap i lokalsamfunnet, og fungerer sammen med nødmeldetjenesten som et bindeledd mellom befolkningen, øvrige nødetater, primærhelsetjenesten og sykehusene ('prehospitalet').

Ambulanseoppdrag starter typisk når pasienter eller deres pårørende ringer medisinsk nødtelefon 1-1-3 eller via anrop fra helsepersonell i behandlingsskjeden. Ambulansepersonell intervenserer tidlig i pasientforløpet, ofte som eneste helseressurs, med foreløpige undersøkelser og behandling allerede hjemme/på hendelsesstedet eller under transport.

Ambulansetjenesten utgjør ofte den første fysiske kontakten mellom spesialisthelsetjenesten og pasient, og utgjør en trygghetsfaktor for befolkningen. Ved oppstått skade eller sykdom, er det viktig for befolkningen å ha trygghet for at det finnes en tilgjengelig og kompetent helsetjeneste som i samspill med helsetjenesten for øvrig ivaretar grunnleggende behov.

De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatter:

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

To faktorer er sentrale for kvaliteten på ambulansetjenesten: Tid til hjelp er framme, og kompetanse hos de som kommer. I akuttsituasjoner står ofte ambulanspersonell i fremste linje, og ofte uten stedlig støtte av legevaksleger. I by og bynære strøk gir større driftsgrunnlag og en nærhet til fagmiljø ambulanspersonellet økte muligheter for utvikling og vedlikehold av kompetanse. Stedlig ambulanseberedskap i distrikt med få innbyggere og lavt oppdragsgrunnlag er i den sammenheng under press, som følge av lav oppdragsrelatert aktivitet, liten grad av deltagelse i andre helserelaterte oppgaver og rekrutteringsutfordringer. Det utløser et behov for beregninger og vurderinger knyttet til om ambulansen på nærmeste stasjon kan dekke opp behovet, eller om akuttmedisinsk beredskap delvis kan ivaretas av andre innsatsressurser.

De siste årene har det skjedd vesentlige endringer i behovet for ambulansetjenester. I Midt-Norge er det en økning på 68 % i antall oppdrag på 10 år. Bakgrunnen for dette er ikke systematisk kartlagt, men vesentlige faktorer er sannsynliggjort:

- ∞ Spesialisering av sykehus og funksjonsfordeling – flere overføringer mellom ulike behandlingsnivåer
- ∞ Flere eldre, som lever lenger med sammensatte kroniske sykdomsbilder
- ∞ Endringer i samhandlingsmønstrene mellom nivåene i helsetjenesten
- ∞ Tidligere utskriving til kommunal omsorg
- ∞ Sentralisering av legevakter
- ∞ Færre hjemmebesøk av legevaksleger og redusert mobilitet for legevaksleger
- ∞ Lengre kjørevei (sentralisering av legevakt og funksjonsfordeling mellom sykehus)
- ∞ Befolkningens holdninger og forventninger
- ∞ Mangel av alternative tilbud for transport

Ambulansetjenesten tjener flere formål:

1. Primær akutt helseberedskap i eget område
2. Transport med overvåking og foreløpig behandling til nærmeste egnede sykehus (f.eks. traumatologi, kardiologi, barn, somatikk og psykiatri)
3. Transport til (og fra) legevakt, med eller uten observasjon og tiltak
4. Transport mellom sykehus (akutt eller planlagt, hele transporten, eller etappe f.eks. til og fra flyplass)
5. Transport fra hjem eller kommunal institusjon til sykehus/poliklinikk eller planlagt sykehusopphold for pasienter som har behov for overvåkning eller behandling under transport
6. Transport fra hjem eller kommunal institusjon til sykehus/poliklinikk eller planlagt sykehusopphold for pasienter som ikke har behov for overvåkning eller behandling under transport, men som har behov for tilpasset sitte-/liggestilling, og/eller behov for bistand inn/ut av kjøretøy
7. Bistand til andre etater
8. Andre formål, som øving (helse og tverretattlig), forebyggende arbeid, opplæring, sykehusinterne oppgaver som f.eks. pasientledsagelse i forbindelse med «fast track FCF»

Kommunenes beredskap

Kommunene har beredskap for å kunne yte helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen.

Plikten er hjemlet i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (se spesielt § 3-2.3).

Beredskapen er komplementær til helseforetakets prehospital beredskap, og inkluderer, men er ikke begrenset til, legevakt. Den lovmessige avgrensning mellom de beredskapspliktene rammelovene (jf. også Lov om spesialisthelsetjenesten) gir er uklar. Et særskilt vedlegg til samhandlingsavtaler mellom den enkelte kommune og helseforetak omhandler planlegging av akuttmedisinsk beredskap og samarbeid i den akuttmedisinske kjede.

Problemstilling

Et av helseforetakenes overordnede mål er å sikre tilgang på forsvarlig akuttmedisinsk hjelp. For å nå dette målet er det nødvendig med en analyse av dagens ambulansestasjonsstruktur med sikte på å ivareta en forsvarlig responstid, tilgjengelighet og optimal utnyttelse av ressursene.

Som offentlig virksomhet blir også ambulansetjenesten utfordret på å rasjonalisere driften. Beredskap må veies opp mot de tilgjengelige økonomiske ressursene og hva ressursene benyttes til. Ledelsesansvaret innebærer å gjøre en avveining mellom rammene for drift og plikten til å yte nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Lokalisering har også en rent helsefaglig side, i den forstand at akuttmedisinsk personell må sikres tilhørighet i et helsefaglig miljø og et tilstrekkelig omfang av relevant pasientrettet arbeid. Beslutninger om endring i ambulansetjenesten må fattes på et best mulig og helhetlig grunnlag, som minimerer utilsiktede konsekvenser.

Situasjonen er at et gitt antall ambulansenheter skal sikre forsvarlig akuttberedskap og samtidig utføre en økende oppdragsmengde. Dette gjør det nødvendig å vurdere om ressursene er hensiktsmessig plasserte, eller om strukturelle endringer kan bidra til å redusere eller opprettholde responstidene og til å øke kapasiteten samlet sett.

Analysemål:

- ∞ Framskrivning av antall ambulanseoppdrag for alle kommuner (ned til grunnkrets nivå) i Midt-Norge fram til 2030
- ∞ Beskrive hvor ambulansestasjonene bør være plasserte for å få en kortest mulig responstid og samtidig innfri responstidsanbefalingene (se Grunnlagsdata, s. 11)
- ∞ Estimere framtidig behov for ambulanser i Midt-Norge i 2030
- ∞ Kartlegge hvilke faktorer som kan påvirke ressurstilgjengeligheten i analyseperioden

Tilrettelegging av grunnlagsdata

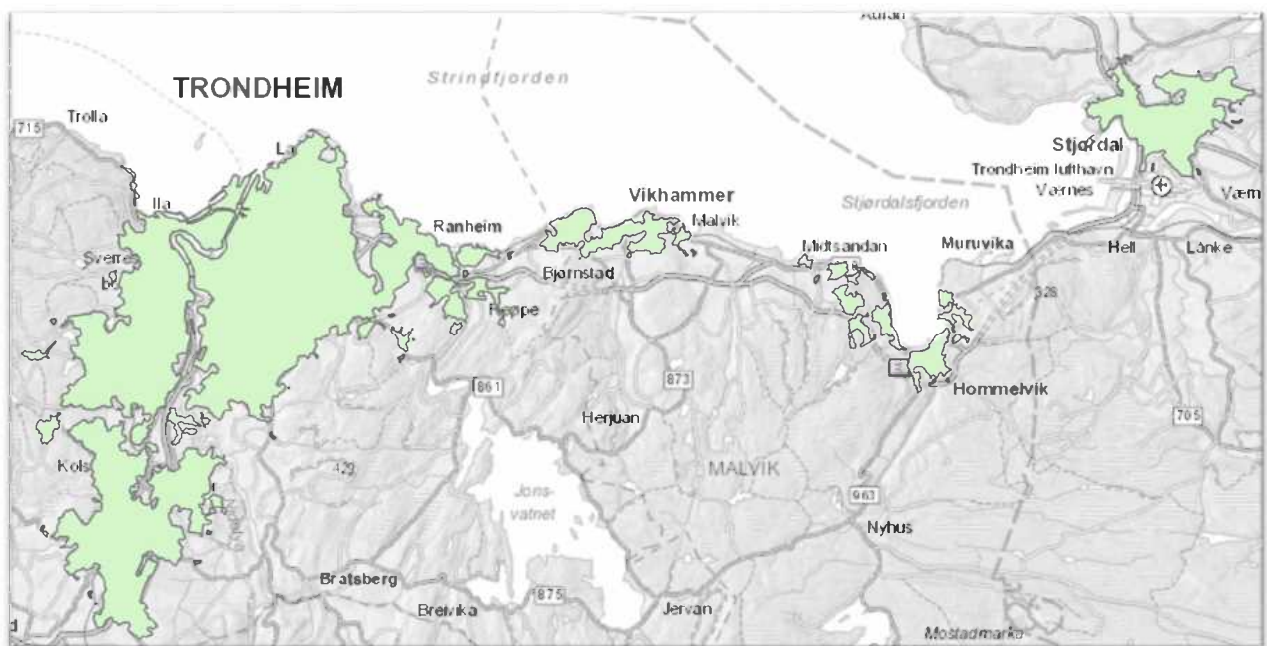
I det følgende kapittelet gis en oversikt over hvordan grunnlagsdata er tilrettelagt.

Tettstedsflater

Beskrivelse

GeoData har brukt tettstedsflater fra SSB for å beregne kjøretidskrav. SSB definerer et tettsted som en hussamling der det bor minst 200 personer og avstanden mellom husene ikke overstiger 50 meter. Anbefalinger om responstid ved akuttoppdrag (NOU 1998:9 og 2015:17) er lagt til grunn.

- ∞ I byer og tettsteder med over >10.000 innbyggere er anbefalingen at ambulansen bør være fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 % av de akutte hendelsene
- ∞ I grisgrendte strøk er tilsvarende anbefaling innen 25 minutter for samme antall hendelser

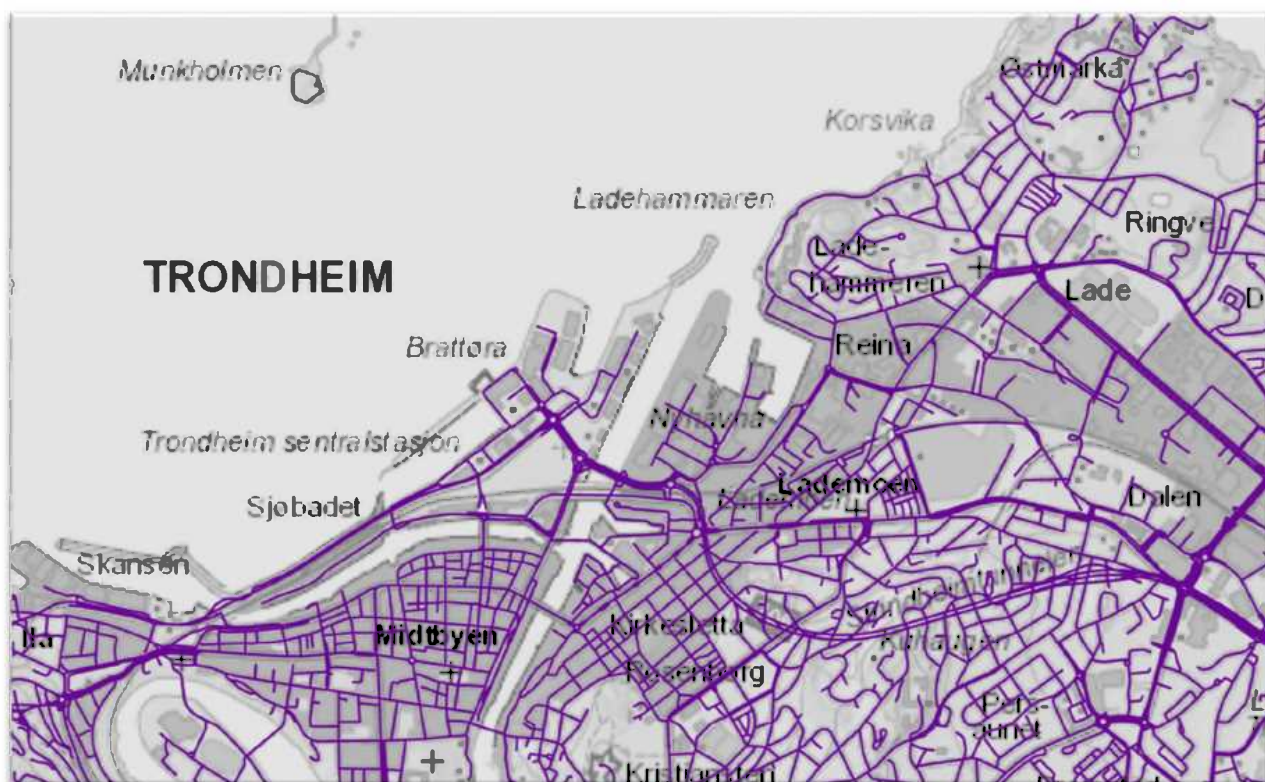


Figur 1. Tettstedsflater.

Veinett

Beskrivelse

Et kjørbart veinettverk er nødvendig for å beregne kjøretider ut til et åsted eller hentested. Geodata lager standard produkter med veinett basert på Elveg. Veinettet som ble brukt i oppdraget er oppdatert pr juni 2017 og omfatter alle kjørbare veier i Norge som er lengre enn 50 meter, fergestrekninger, gang- og sykkelveinett, fartsgrenser, trafikkreguleringer og veirestriksjoner.



Figur 2. Veinett i fiolett.

GATENAVN	vegnr	oneway	drivetime	meter_org	timezoneid	hierarchy	ikkeferge	fergelengde	ikkegangveg
Volleveien		B	0,618	514,548	1	2	0	0	0
Tjørveneset		B	0,267	222,279	1	2	0	0	0
Høgeleide		B	0,216	180,243	1	2	0	0	0
Tjørveneset		B	0,079	65,988	1	2	0	0	0

Figur 3. Noen av attributtene i veinett.

Tilrettelegging

Følgende tilrettelegging av veinettet er gjort spesifikt for dette prosjektet:

- 1) Helseforetakene har avtaler om beredskap ved enkelte fergesamband hvor frekvensen mellom anløpene er lav, eller hvor de ikke er andre kjørbare alternativer. For å simulere ventetid på ferge hvor det ikke foreligger beredskapsavtaler, ble kjøretid for fergestrekninger økt med 30 minutter. Dette ble gjort på alle fergestrekninger unntatt følgende strekninger hvor det er satt opp eller foreligger en opsjon på beredskapsferge:

Volda - Lauvstad

Hareid - Sulesund

Sølsnes - Åfarnes

Koparnes - Støylane

Sykkylven - Magerholm

Solholmen - Mordalsvågen

Eidsdal - Linge

Brekstad - Valset

Flakk - Rørvik

Levanger-Ytterøy

Seivika - Tømmervåg (opsjon)

Edøy - Sandvika (opsjon)

- 2) Ny bru over Beitstadfjorden nord for Steinkjer er lagt inn i veinettet
- 3) Veilenker på norsk og svensk side av riksgrensa er koblet sammen
- 4) Restriksjoner er satt slik at det er lov å kjøre på gang/sykkelveg (med litt motstand), det er lov å kjøre mot enveiskjøring (mye motstand) og det er lov å passere alle bommer
- 5) For å få realistiske kjøretider er det gjort kalibreringer mot virkelig kjøretid ved stikkprøver i hendelsesloggen

Hendelseslogg

Beskrivelse

Hendelsesloggen inneholder 319.000 ambulanseoppdrag gjennomført i perioden 01.01.14-17.07.17. Datafilene som inngår i analysen, inneholder ingen personidentifiserbare detaljer. GPS koordinatene vil være AMK sentralens plassering av oppdraget i kartet, og ikke nødvendigvis det reelle hendelsesstedet. Koordinatene vil allikevel i mange tilfeller muliggjør en kobling til den adressen hvor hendelsen har funnet sted. For å unngå denne koblingen er det benyttet et rutenett i kartet hvor alle oppdrag innenfor 300x300 meter er summert og vist som et punktobjekt i senter av ruta. Ingen rute har færre enn 5 punkt, og en unngår dermed eksponering av enkelthendelser.

Hver linje i regnearket inneholder loggen for et ambulanseoppdrag fra start til slutt. I senere analyser er følgende informasjon i regnearket brukt:

- ∞ Dato for transport
- ∞ Hvilken ambulanse som er brukt
- ∞ Hastegrad (akutt, haster, vanlig)
- ∞ Alder pasient
- ∞ Tidspunkt for alarmering og utrykning
- ∞ Tidspunkt for frammøte på hentested
- ∞ Tidspunkt for ankomst på leveringssted
- ∞ Tidspunkt for når oppdraget er avsluttet
- ∞ GPS-koordinater for hentested

Tilrettelegging

Følgende tilrettelegging er gjort med utgangspunkt i regnearket med hendelseslogg:

- 1) Regnearket ble lest inn i en Sql-serverbase
- 2) Det ble laget et view i Sql-serverbasen som bare viser de 247.967 oppdragene som har GPS-koordinat for hentested. Koordinatene er spredt over flere UTM-soner
- 3) Disse 247.967 oppdragene ble så importert som punktobjekter til en Esri fil-geodatabase
- 4) Punktobjekter ble splittet opp i soner og projisert til UTM33 med standard verktøy i ArcGIS Desktop
- 5) I et nett av 300x300 meter kvadratiske ruter ble det opprettet ett punktobjekt i senter av ruta. Antall oppdrag pr hastegrad for alle punktobjektene som representerte hentested innenfor ruta ble summert og lagt som egenskaper på det nye senterpunktet
- 6) Senterpunktene ble deretter knyttet til veinettverk med standard verktøy i ArcGIS Pro

- 7) Deretter ble det for hver hastegrad laget et nytt datasett i fil-geodatabasen med punktobjekter for hastegraden. Antall oppdrag for hastegraden var fremdeles med som egenskap for hvert punktobjekt
- 8) På hvert punktobjekt med hastegrad akutt og som ligger innenfor tettstedsflater med mer enn 10.000 innbyggere ble det lagt inn 12 minutters hentefrist. For resten av punktobjektene i datasettet ble det lagt inn 25 minutters hentefrist

Befolkningstyngdepunkt i grunnkretser

Beskrivelse

Geodata har et datasett med befolkningstyngdepunktet i hver grunnkrets i Norge. Dette datasettet oppdateres årlig, og er basert på data fra SSB og andre offisielle kilder.

I analysene er punktene i grunnkretser med flere enn 200 innbyggere brukt som kandidater for ny plassering av ambulansestasjoner.

Ambulansestasjoner

Beskrivelse

HMN har levert opplysninger om eksisterende ambulansestasjoner til Geodata som et Excel regneark. Regnearket inneholdt bl.a. geografiske koordinater i grader, minutter og sekunder for hver stasjon. I analysene er stasjonene brukt som kandidater sammen med befolkningstyngdepunktet i grunnkretsene for kalkulering av en optimert lokasjon for en stasjon.

Tilrettelegging

De geografiske koordinatene ble omformet til desimalgrader i Excel, og importert som punktobjekter til en Esri fil-geodatabase. Til slutt ble disse punktene knyttet til veinettverk med standard verktøy i ArcGIS Pro.

Befolkningsdata

Beskrivelse

GeoData har brukt befolkningsdata fra SSB i analysene som omfatter relevante problemstillinger rundt framtidig behov. Datasettet inneholder antall mennesker med offisiell bostedsadresse innenfor hver kommune, fordelt på aldersklasser i 2016 (reelle data) og i 2030 (framskrevne data).

kommID	navn	p16_ald_u_5	p30_ald_u_5	p16_ald_6_12	p30_ald_6_12	p16_ald_13_15	p30_ald_13_15	p16_ald_16_18	p30_ald_16_18	p16_ald_19_23	p30_ald_19_23
1632	Roan	46	46	61	69	32	25	35	31	69	44
1517	Hareid	394	384	468	499	174	221	236	228	331	338
1718	Leksvik	224	220	327	279	142	125	130	126	195	224
1662	Klæbu	491	563	689	695	270	291	290	280	401	454
1531	Sula	826	768	875	919	349	417	353	458	524	715
1648	Midtre Gaulda	445	562	457	720	237	266	273	258	397	340
1548	Fræna	686	722	886	882	396	380	371	378	619	611
1638	Orkdal	832	842	1087	1055	437	461	435	480	685	835
1634	Oppdal	472	467	540	600	270	261	272	265	411	394
1532	Giske	675	755	845	887	334	401	348	382	502	651
1576	Aure	181	187	278	231	118	97	158	109	191	186
1664	Selbu	236	278	370	352	160	147	155	137	246	233
1751	Nærøy	373	342	379	444	190	203	227	195	347	278
1543	Nesset	163	167	205	203	120	81	114	86	196	136
1516	Ulstein	606	738	834	870	382	365	369	373	499	589
1551	Eide	243	224	350	277	153	120	131	125	217	239
1738	Lierne	68	72	97	88	70	39	60	38	69	67

Figur 4. Utsnitt fra regneark med befolkningsdata.

Tilrettelegging

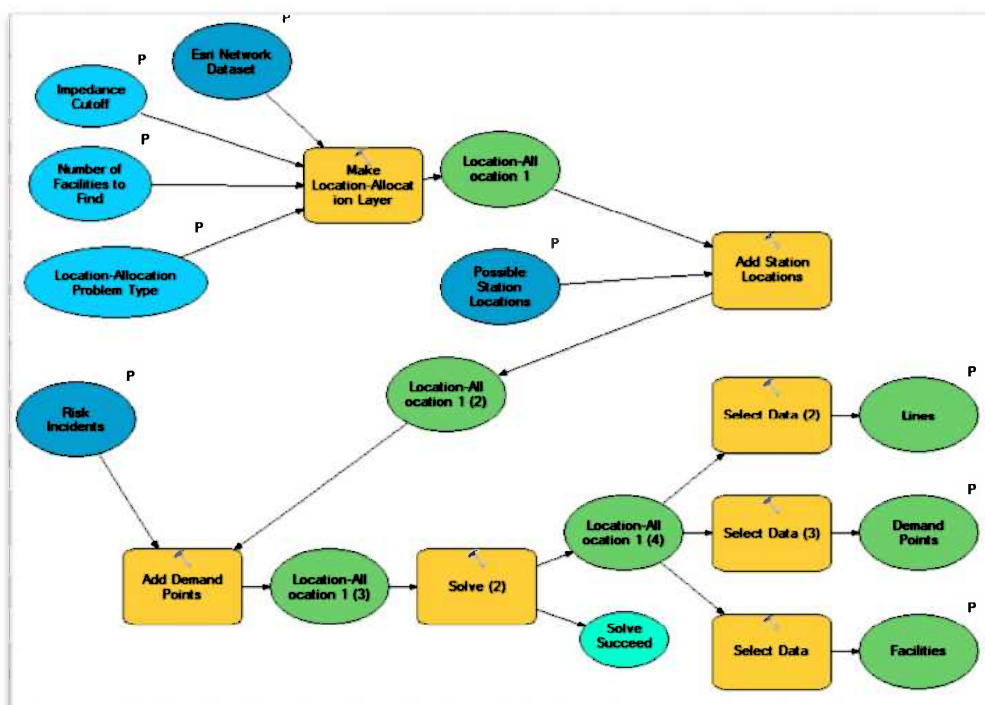
Bruk av befolkningsdata er beskrevet senere i rapporten.

Metode

Beskrivelse

I det følgende kapittelet gis en oversikt over hvilke matematiske metoder analysen bygger på.

Analysen er gjort med standard verktøy for lokaliseringsanalyse i ArcGIS Pro. Verktøyet bruker en metode for lokaliseringsanalyse (Location-Allocation problem) som plasserer ambulansestasjoner slik at det kan rykkes ut til så mange akutte hendelser som mulig innenfor tidsanbefalingene. Dette er en velkjent metode innenfor «Facility Location» i fagfeltene matematisk programmering, operations research og geografiske informasjonssystemer (GIS).



Figur 5. Konseptuell skisse av en typisk Location-Allocation analyse.

I korte trekk løser Location-Allocation følgende problemstilling: Gitt N antall kandidater for plassering av en ressurs og M etterspørselspunkter som er vektet på analysekriteriene (f.eks. befolkningstall eller antall historiske hendelser), velg et spesifisert antall kandidater, K , slik at sum vektet avstand fra hvert punkt M til den nærmeste kandidat K er minimert. Denne problemtypen, «N Choose K», er kompleks og kan fort generere et stort antall mulige løsninger.

For eksempel vil et problem hvor hensikten er å velge 10 lokasjoner blant 100 mulige kandidater uten å bruke andre analysekriterier, ha over 17 billioner løsninger, uten å ta høyde for andre analysekriteria som vektning av etterspørselspunkter eller motstand gjennom nettverket. For å takle denne kompleksiteten bruker Location-Allocation teknikken optimaliseringsheuristikker («optimerings-snarveier»).

En Location-Allocation analyse starter ved å automatisk lage en Origin-Destination (OD)-matrise ved hjelp av et rutbart veinettverk. Denne OD-matrisen inneholder alle ruter mellom alle kandidater og etterspørselspunkter med laveste kostnad gjennom nettverket (f.eks. kjøretid eller kjøreavstand).

Location-Allocation analyser skiller seg markant ut fra andre analysetilnærminger som benytter en statisk OD-matrise med kjente reisetider mellom kommuner eller grunnkretser som datagrunnlag. Istedenfor å bruke en statisk reisetidstabell, vil reisetidsinformasjonen i en Location-Allocation analyse bli generert dynamisk ut fra det underliggende verket av veier. Endringer i datagrunnlag, f.eks. nye veier, endrede fartsgrenser, midlertidige sperringer og andre trafikkhendelser tas automatisk hensyn til i analysen. I tillegg er det også mulig å beregne nøyaktig rute og reisetid mellom to hvilke som helst punkter i nettverket. Det er derfor ikke behov for å beregne en reisetidsfaktor for by- eller landeveiskjøring eller annen statistisk fordeling av kjørehastighet.

Dette gir et mer nøyaktig og virkelighetsnært analyseresultat som tilpasser seg til veinettverkets faktiske tilstand og som er mindre avhengig av antakelser i modellen (noe som vi tror er viktig i en beredskapskontekst).

Etter at reisetider mellom alle punkter i nettverket er dynamisk generert, produserer analysen en optimalisert versjon av OD-matrisen ved bruk av en heuristikk kjent som «Hillsman editing». Denne optimaliseringsprosessen gjør det mulig for analysen å utføre et stort antall løsningsforsøk med en mer effektiv bruk av prosesseringskraft.

Ved bruk av den optimaliserte matrisen, genererer Location-Allocation analysen et sett med semi-randomiserte løsninger til problemet. Disse randomiserte løsningene er rangert ved bruk av en verteks substitusjon heuristikk slik at en gruppe med «gode» løsninger blir identifisert. Denne rangeringen av løsningsalternativene kjøres gjentakende på utvalgte «gode» løsninger frem til det ikke gjøres forbedringer lenger og den beste løsningen dermed er valgt.

I dette prosjektet har vi brukt Location-Allocation metoden [Maximize Coverage](#).

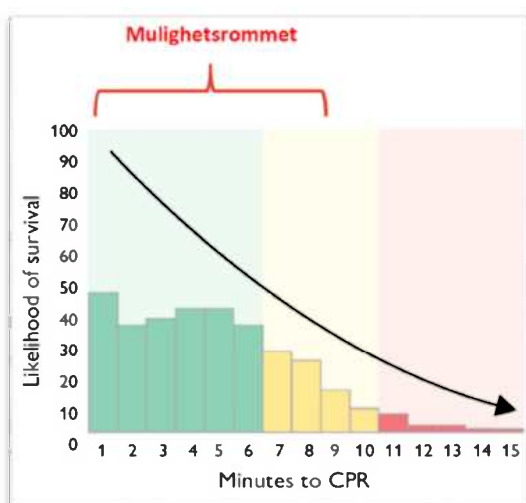
Vekting av parameter

Hos pasienter med hjertestans, alvorlig pustebesvær, brystmerter, slagsymptomer, alvorlig traume eller annen åpenbar svikt i livsviktige funksjoner som sepsis og fødselskomplikasjoner (jf. «first hour quintet»), vil tidsfaktoren for kompetent og nødvendig helsehjelp være helt avgjørende.

Stasjonsallokering (gitt prinsippet om statisk posisjonering) spiller en sentral rolle for hvor mange mennesker en har mulighet til å nå fram til mens tidsvinduet for mulig behandling står åpent.

I Norge dør hvert år mer enn 6.000 personer plutselig og uventet utenfor sykehus. Omlag 80 prosent av disse dødsfallene antas å være forårsaket av akutt alvorlig hjertesykdom. Overlevelse er avhengig av flere faktorer, der en av disse er tid til forsøk på defibrillering. Dette er knyttet til tidsfaktoren som en signifikant enkeltfaktor for overlevelse i slike tilfeller (NOU 1998:9, 3.7.1). Mulighet for overlevelse ved hjertestans eller dyp asfyksi faller med 10-15 % pr minutt, og mest initialt (jf. fig. 6).

Et dilemma foreligger når det gjelder allokering av ambulanseressurser; Plasseres ambulansen midt i mellom to tettsted for å minimalisere responstidene til samtlige, vil vi ende opp med en situasjon hvor der en kommer for sent fram til de fleste.



Figur 6. Overlevelse ved hjertestans, hentet fra Årsrapport 2015, Norsk hjertestansregister.

For å unngå en stasjonsallokering midt mellom to tettsted, er det tilordnet en vekting som trekker ambulanseressursen nærmere tettsteder med >2.000 innbyggere. Responstidsanbefalingene opprettholdes fortsatt i modellen uavhengig av vektningen mot tettsteder.

Modellen legger følgende prioriteringer til grunn i prioritert rekkefølge:

1. Innfri responstidsanbefalingene
2. Tilordner vekt etter innbyggerantall i tettsteder

Tilrettelegging for potensielle hendelser i 2030

Overordnet metode

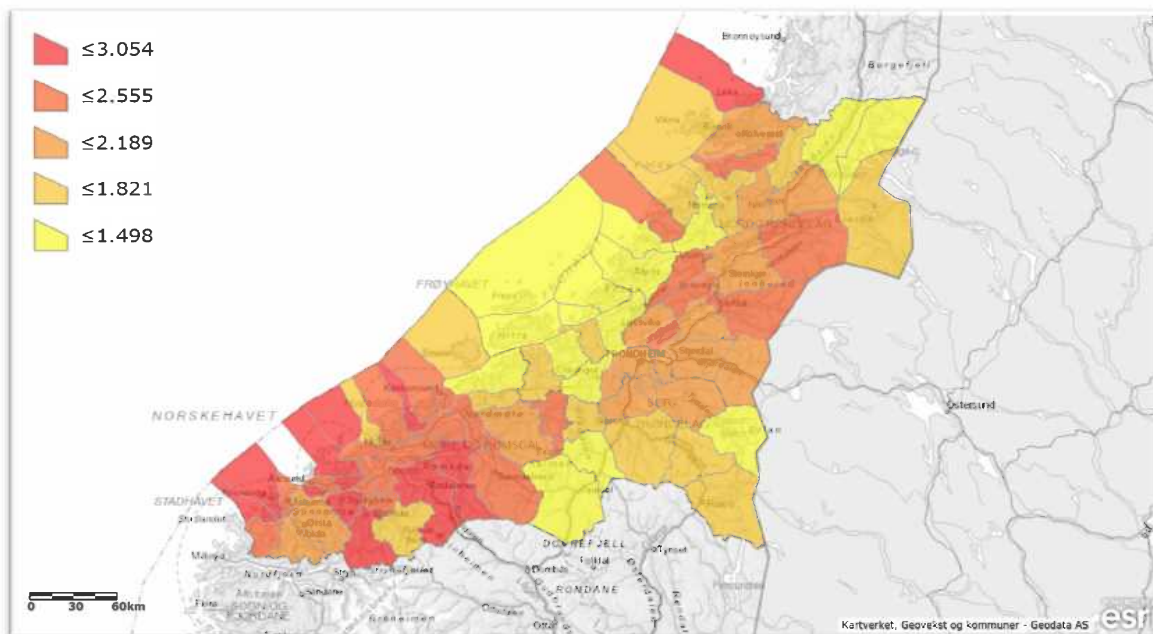
Vi har gjort følgende for å lage et datasett med potensielle hendelser i 2030:

- 1) Laget etterspørselsindeks for akutt- og hasteoppdrag pr aldersklasse fra hendelsesloggen med ambulanseoppdragene som er utført de siste årene
- 2) Framskrevet endring i totalt antall transportoppdrag fra trenden over tidsrommet 2005-2017
- 3) Brukt framskrivningstall for befolkning pr kommune og aldersklasse
- 4) Laget etterspørselspunkt med framskrevne antall oppdrag

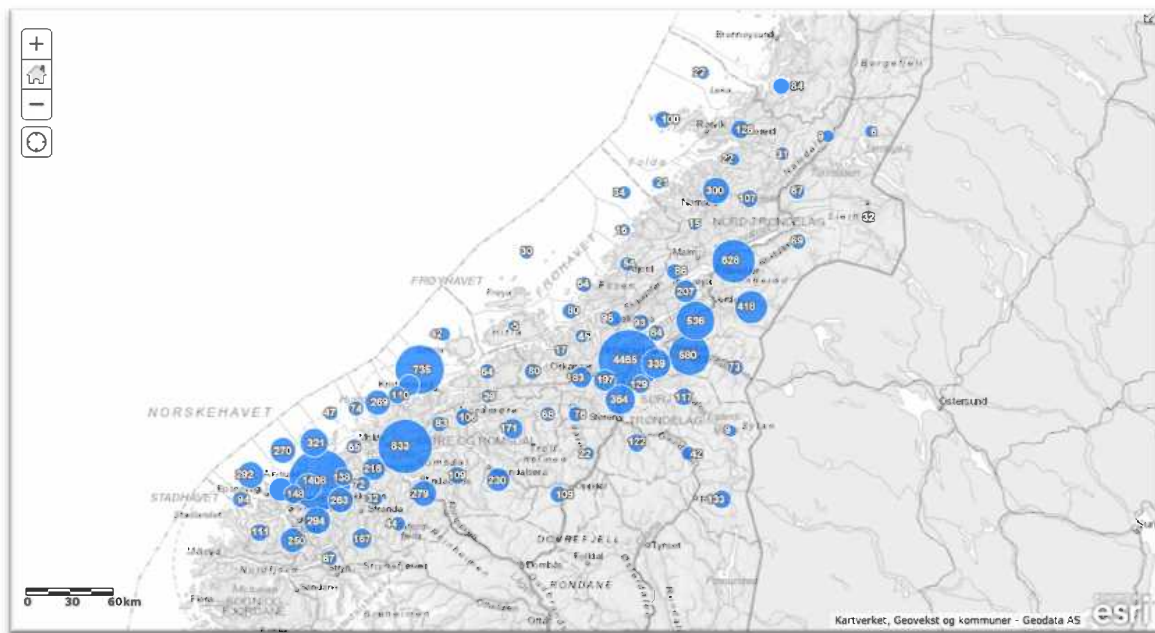
Hvert punkt beskrives i det følgende.

1. Etterspørselsindeks

Ved å bruke verdiene for hastegrad og alder på pasient i [hendelsesloggen](#) er det kalkulert en separat etterspørselsindeks for hver av hastegradene akutt og haster. Indeksen angir gjennomsnittlig oppdrag pr hastegrad pr 1.000 innbyggere pr aldersklasse pr år. Det er ikke gjort noen geografisk inndeling i kalkuleringen, d.v.s. samme indekser ble brukt over hele regionen. Denne indeksen beskriver den aldersavhengige etterspørselen for de alvorlige oppdragene.



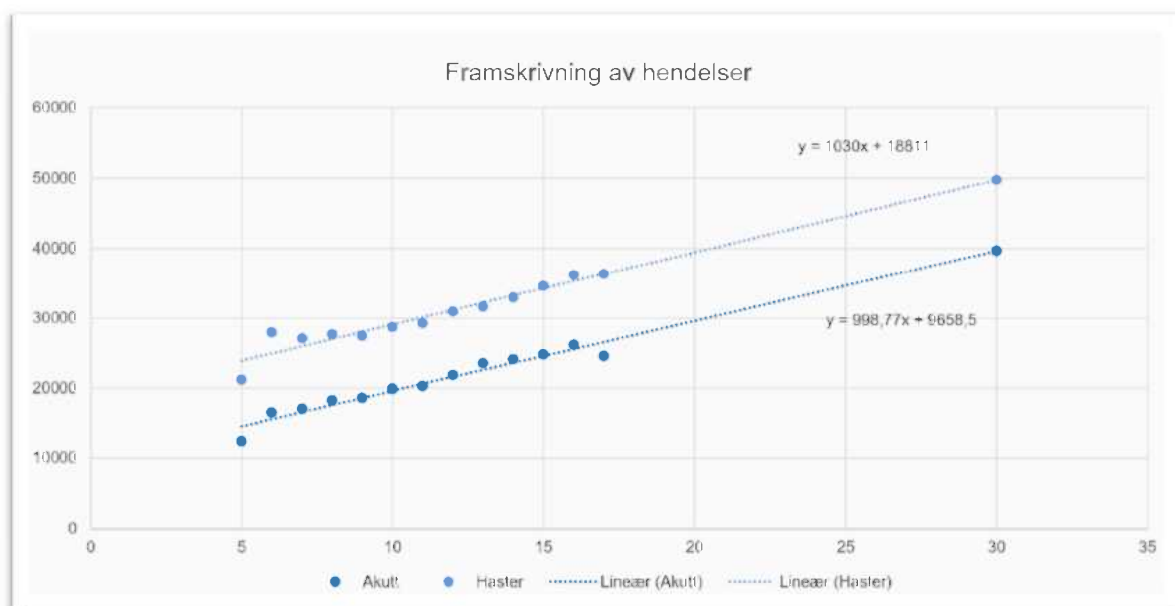
Figur 7. Relativ økning i antall akutte oppdrag for alle aldersklasser pr kommune fra 2016 til 2030.



Figur 8. Absolutt økning i antall akutte oppdrag for alle aldersklasser pr kommune fra 2016 til 2030.

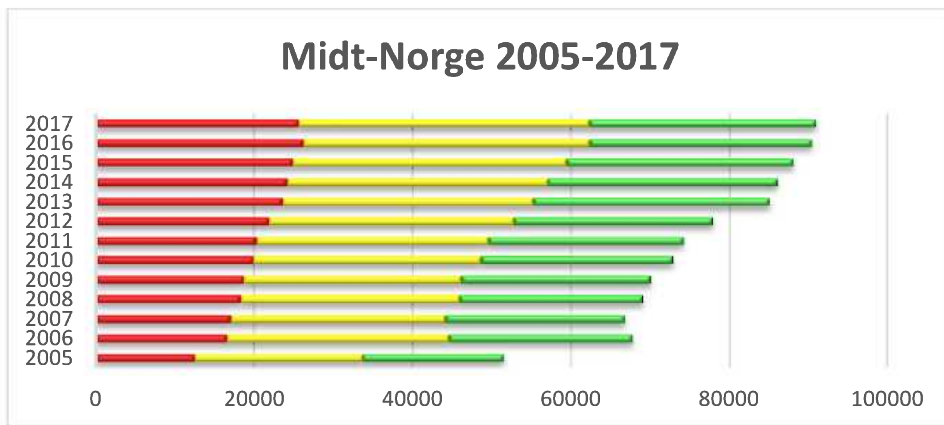
2. Framskrevet endring i ambulansoppdrag

Ved å summere antall oppdrag pr år i [hendelsesloggen](#) er det kjørt en regresjonsanalyse i Excel som beregnet trendlinje for hver av hastegradene akutt og haster. Den viser at dersom vi antar en lineær økning i antall transportoppdrag vil antall akutte oppdrag øke med 51 % fra 2016 til 2030 og antall



hasteoppdrag med 38 % i samme tidsrom.

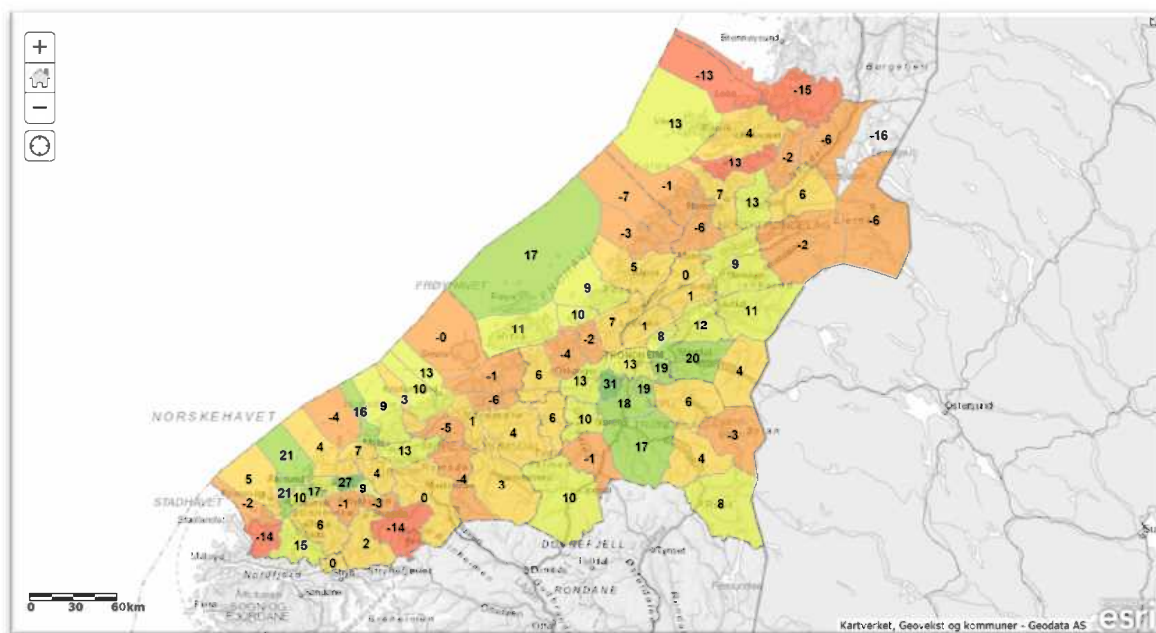
Figur 9. Trendlinjer for antall hendelser pr år fra 2005 til 2030.



Figur 10. Utvikling i antall oppdrag fordelt på hastegrad 2005-2017.

3. Framskrivningstall for befolkning

Framskrivningstall fra SSB for befolkning pr kommune og aldersklasse er brukt uten videre bearbeiding.



Figur 11. Befolkningsvekst fra 2016 til 2030 i prosent pr kommune.

4. Etterspørselspunkt

I Geodatas datavarehus er det etablert et rutenett på 300x300 meter for alle befolkede områder i Norge. Variablene i rutenettet er hentet fra statistikk på grunnkrets nivå fra diverse kilder som blant annet Statistisk Sentralbyrå, Matrikkelen og Skattedirektoratet. Verdiene for variablene er beregnet ut fra faktisk plassering av boenheter innenfor hver grunnkrets.

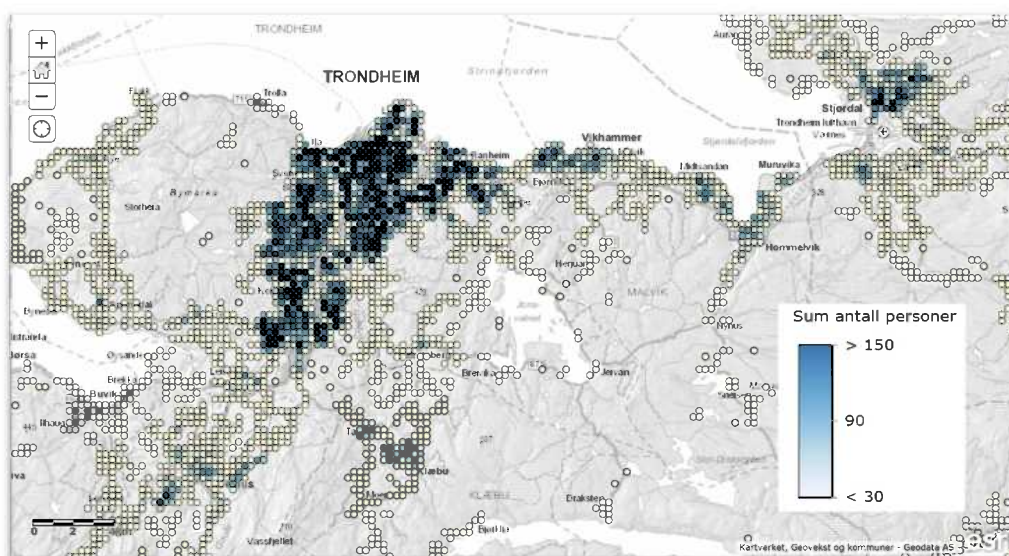
Boenheter hentes fra bygningsinformasjonen i Matrikkelen. Rutenettet består av 300x300 meters ruter og inneholder data for alle ruter som inneholder næringsbygg eller bygninger med boenheter fra Matrikkelen.

For alle grunnkretser som en rute overlapper, berikes ruta med sin andel av en demografivariabel fra grunnkretsen. Andelen er antall boenheter i grunnkretsen som ligger plassert innenfor ruta delt på antall boenheter som ligger plassert innenfor hele grunnkretsen. Antakelsen som ligger til grunn er at de fleste demografiske variabler best fordeles proporsjonalt med befolkningsmønsteret, som igjen er proporsjonalt med fordelingen av boenheter. Noen variabler knyttet til næringsvirksomhet fordeles ut fra rutas andel av grunnkretsens totale næringsareal (som er hentet fra Matrikkelen). Ruter som overlapper flere grunnkretser mottar data fra alle grunnkretser som overlappes.

Relevante data i for hver rute i rutenettet er:

- ∞ Antall personer som bor innenfor ruta fordelt på kjønn og alder
- ∞ Andel befolkning over 60 år sammenliknet med landsgjennomsnittet
- ∞ Andel befolkning fordelt på alder og en tilsvarende indeksverdi som viser andelen sammenliknet med landsgjennomsnittet
- ∞ Antall personer som har arbeidsplassen innenfor ruta
- ∞ Antall personer som oppholder seg på dagtid innenfor ruta beregnet fra differansen mellom utpendlere og innpendlere til ruta, og hvilken tettstedskategori den befinner seg i (jf. SSB's definisjoner av tettsteder)
- ∞ Antall personer fordelt på type boenhet, inntekt, formue, og utdanningsnivå

I dette prosjektet ble det for hver rute generert et senterpunkt med alle egenskapsverdiene som ruta hadde. For hvert punkt brukte vi [etterspørselsindeksen](#) for å beregne den aldersavhengige etterspørselen i punktet og multipliserte deretter med den [antatte økningen i oppdrag](#).



Figur 12. Etterspørselspunkt i området rundt Trondheim symbolisert etter befolkning i 2030.

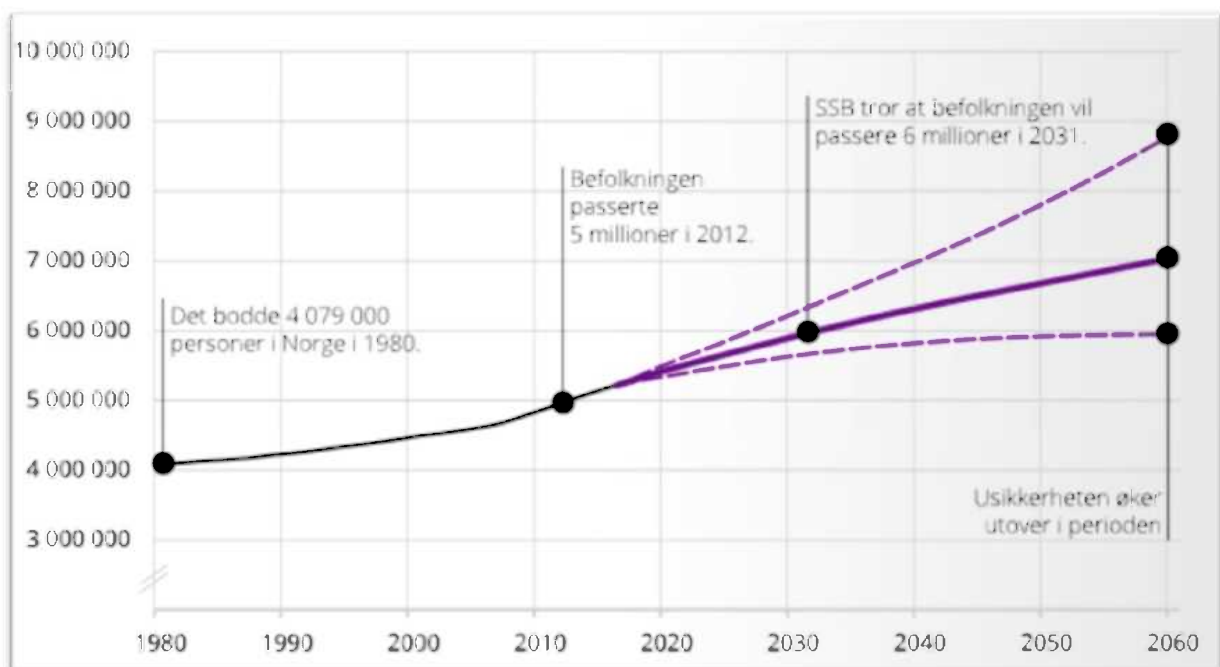
Hvilket volum forventes i 2030?

For å kunne estimere antall oppdrag i 2030, må en kunne si noe om hvilke faktorer som spiller inn, og hvilken effekt faktorene vil kunne få. Bildet er komplekst, sammensatt og det er vanskelig å klart skille faktorene fra hverandre.

Befolkningsvekst

Statistisk sentralbyrå (SSB) har utarbeidet en prognose som er gjengitt i figur 13.

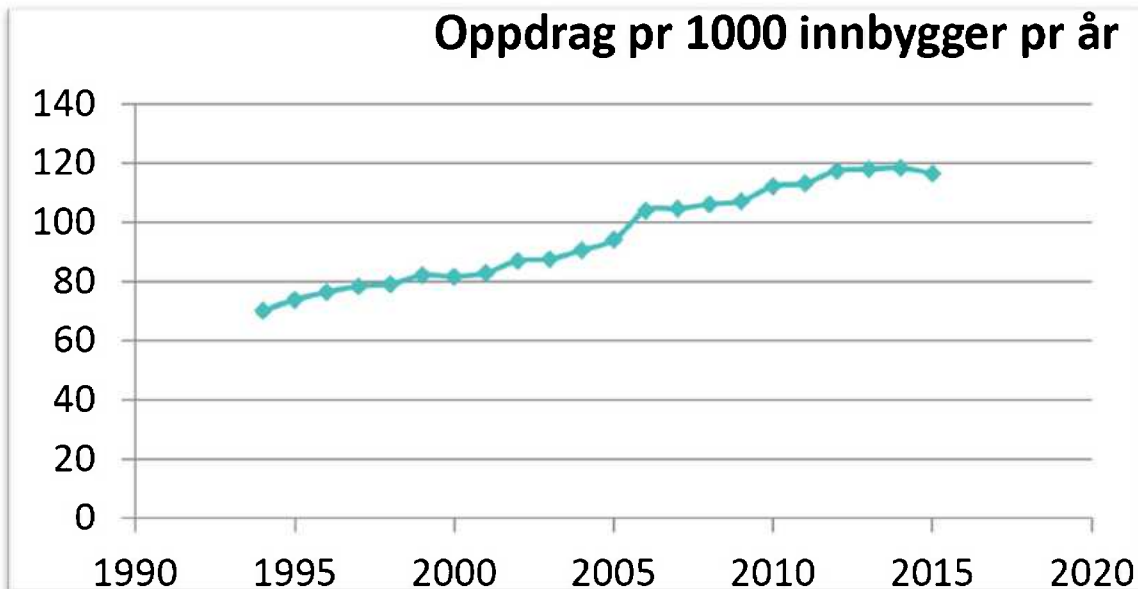
I tidsperioden 1980 til 2012 steg antall innbyggere i Norge med en million over 32 år. Folketallet vil i tidsperioden 2012-2031 stige med ytterligere en million, men nå i løpet av 19 år. Hastigheten på befolkningsveksten er økende, med et forventet tall på 6 millioner innbyggere i Norge i 2031.



Figur 13. Befolkningsvekst i Norge fra 1980 – 2060 utarbeidet av SSB

Oppdrag pr 1.000 innbyggere

Ved å anta at antall oppdrag pr 1.000 innbyggere i 2017 vil være representativt i 2030, vil en kunne predikere antall oppdrag. Utfordringen er dessverre mer sammensatt når en betrakter



historiske data for ambulansetjenesten.

Figur 14. Utviklingen i ambulanseoppdrag i Norge fra 1990 – 2016 utarbeidet av SSB

Antall oppdrag pr 1.000 innbygger viser en økende trend. Årsakene antas å være komplekse. Sentralisering av legevakter er en enkeltfaktor som kan forklare noe av utviklingen. Ambulansetjenesten har i økende grad overtatt legens første avklarende rolle i distriktene.

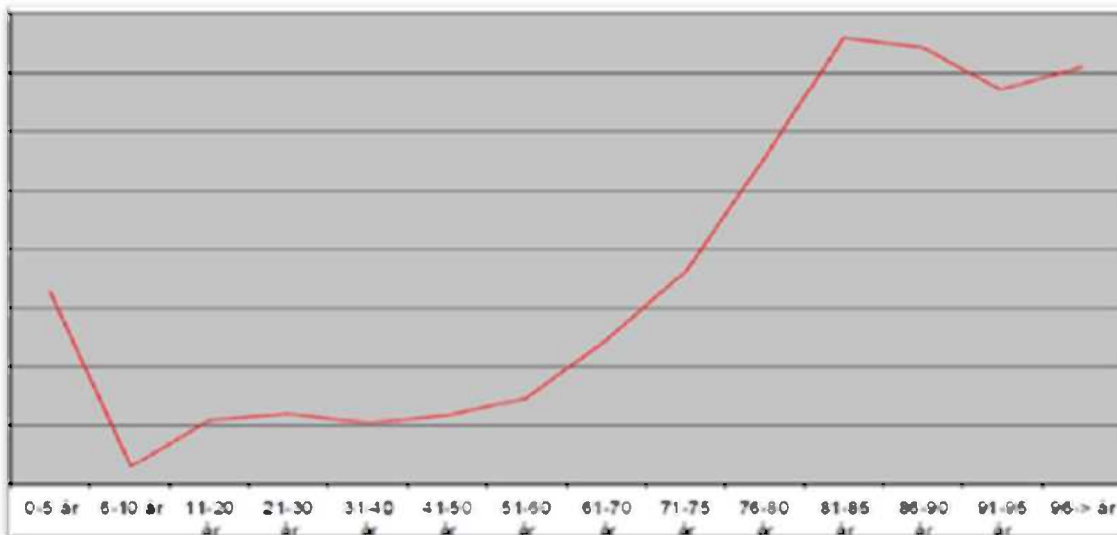
I 1995 ble det utført ca. 700.000 sykebesøk av legevakt.

I løpet av 20 år var dette tallet redusert til ca. 60.000 sykebesøk i 2015.

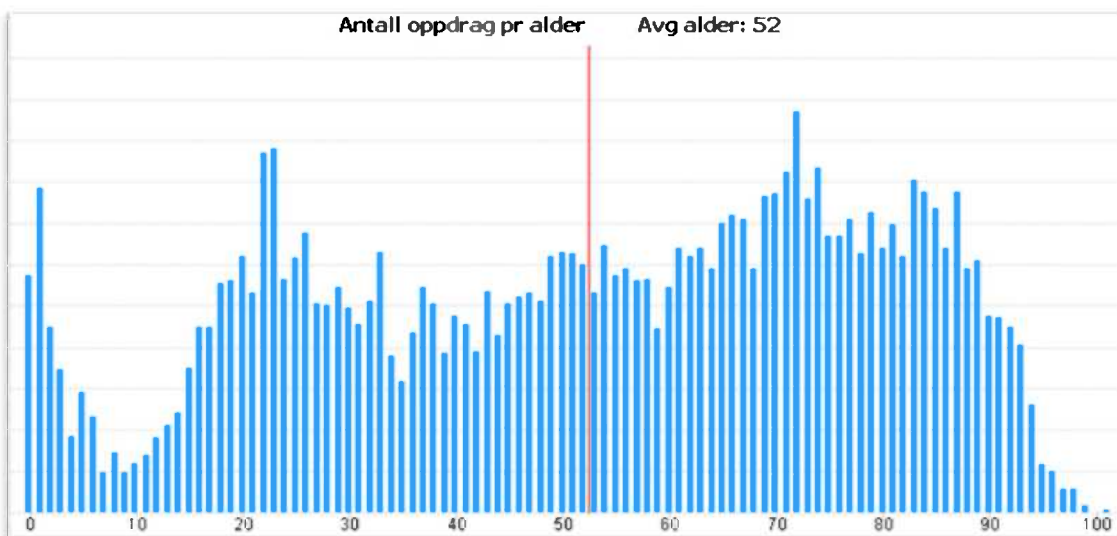
Sentraliseringen har også ført til langt flere og lengre transportoppdrag. Tidligere var legen i lokalsamfunnet, mens dagens utvikling går i retning av større og sentraliserte legevaktområder. Utviklingen utfordrer lokalberedskapen som følge av at ambulansen må forlate lokalsamfunnet når pasienten trenger transport til legetilsyn.

Yngre brukergrupper

Ved å sammenholde omfanget av akutte oppdrag i Trondheim i 2002 (figur 15), kontra 2017 (figur 16), ses en tydelig endring for akutte hendelser for aldersgruppen 15-32 år. Dette kan skyldes økte forventninger til hva samfunnet skal bidra med, og at nye tilstander defineres som reelt akutte (f.eks. hjerneslag). Spesialisthelsetjenesten påvirker også antall oppdrag pr 1.000 innbyggere, ved at antall interntransporter mellom sykehusene øker, som følge av et sentralisert behandlingstilbud.



Figur 15. Akuttoppdrag i Trondheim i 2002.



Figur 16. Akuttoppdrag i Trondheim i perioden 2016.

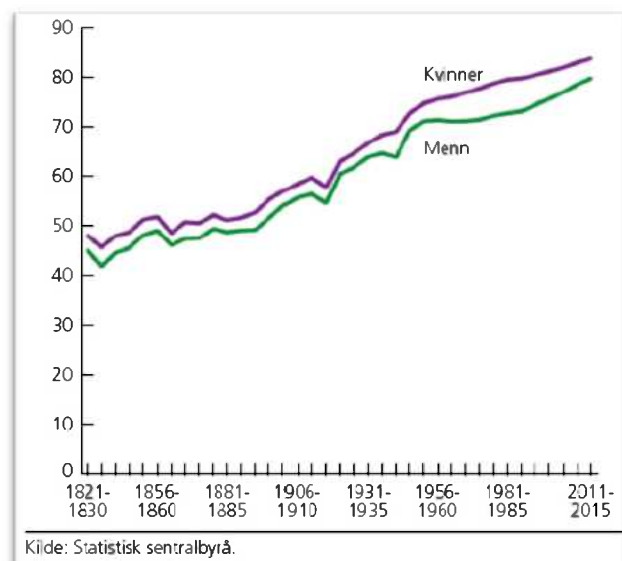
AMK-sentralene er utsatt for detaljert innsyn fra offentligheten. I noen enkeltsaker er det stor oppmerksomhet (jfr. f.eks. Sofienbergsaken, Sebastiansaken). Slikt innsyn kan utløse en "føre var"-adferd, særlig fordi AMK har ansvar i en fase av pasientforløpet som er beheftet med usikkerhet, eventuelt i kombinasjon med tidspress og begrenset beslutningsstøtte. Operatørens arbeid er mye basert på manuelle arbeidsoperasjoner støttet av Medisinsk Indeks, gode kartløsninger og innslag av skjønn. Det antas at utviklingen kan påvirkes i ønsket retning dersom en prioriterer arbeid med faglig programvare og utnytter tilgjengelig teknologi. Dette er det planer om å realisere i Helse Midt-Norge sammen med de andre regionene.

Levealder

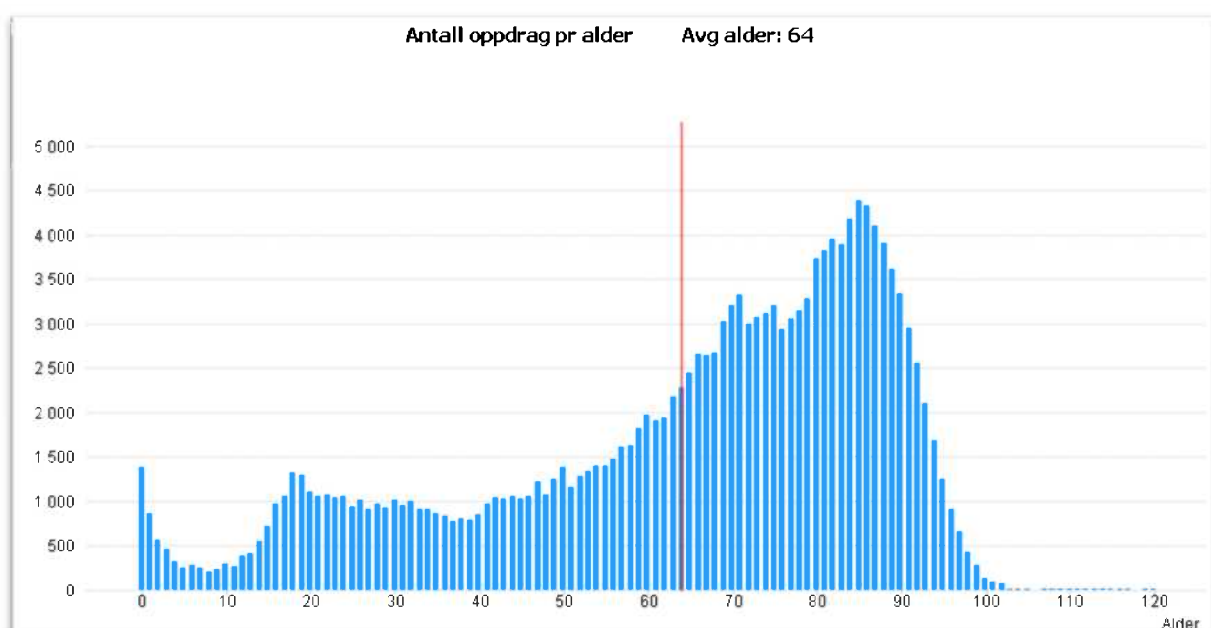
Økt levealder er en av faktorene som slår kraftig ut i prognosen frem mot 2030. Flere eldre lever lenger, med sammensatte og/eller kroniske sykdomsbilder, noe som bidrar til at helseforetakene vil få langt flere ambulanseoppdrag i framtiden.

Figur 18 viser at gjennomsnittlig alder for en ambulanspasient i Midt-Norge i tidsperioden 2014-2017 er 64 år, og at det er denne aldergruppen som er blant de største

forbrukerne av tjenesten.

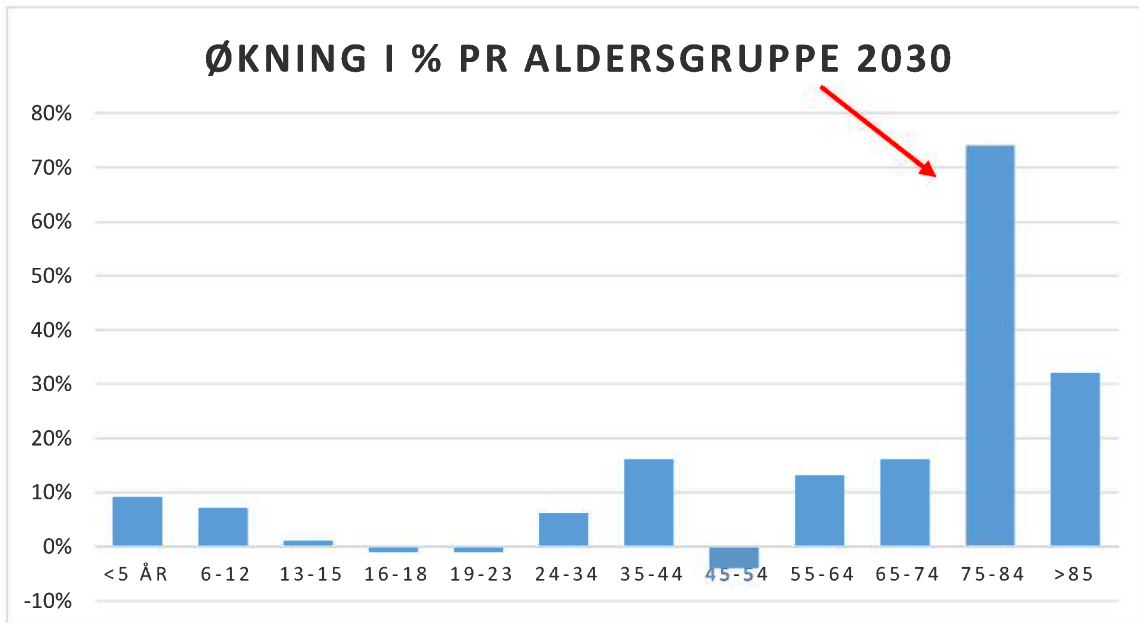


Figur 17. Gjennomsnittlig levealder fra 1821-2015. SSB.



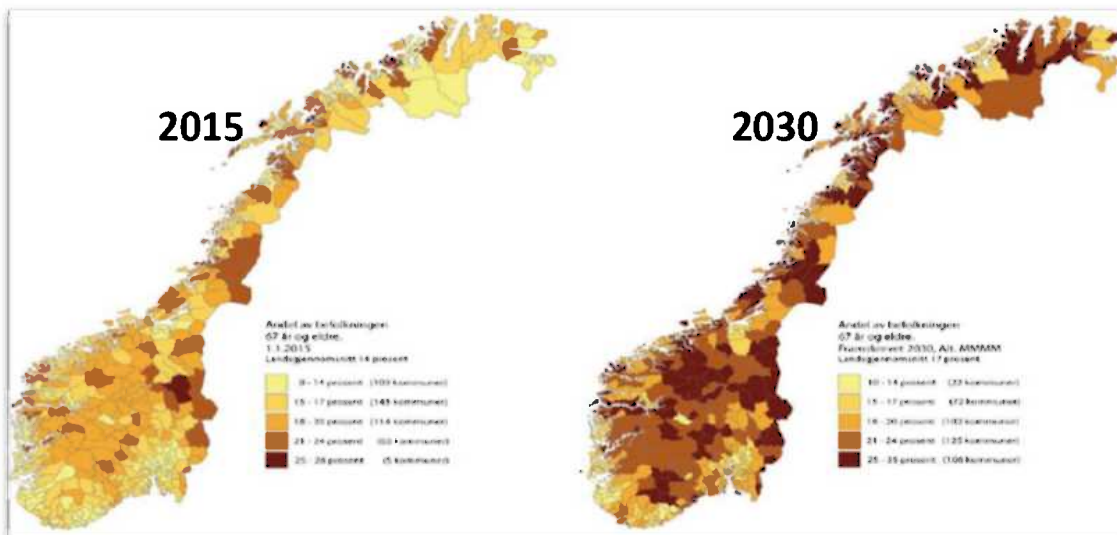
Figur 18. Aldersfordelingen til ambulanspasientene i Midt-Norge i tidsperioden 2014-2017

Utfordringen for ambulansetjenesten aktualiseres når en sammenstiller antall oppdrag pr alder, med SSBs endring i antall leveår. Andelen av befolkningen i Midt-Norge i aldersgruppen 75-84 år vil stige med hele 74 %.



Figur 19. Forventet økning i % pr aldersgruppe i 2030. SSB.

Utfordringen i Midt-Norge, er lik utfordringen i resten av Norge. Figur 19 viser %-vis endring i aldersgruppen > 67 år.



Figur 20. Andel av befolkningen > 67 år pr 2015 og 2030. SSB.

Resultat

Antall oppdrag i 2030

Ser en isolert sett på økningen i antall oppdrag som følge av en aldrende befolkning, vil antall oppdrag i 2030 passere 116.000. Dette er en økning på 26.000 oppdrag i Helse Midt-Norge.

Aldersgruppe	2016	Endring	2030
Under 5 år	1894	9 %	2064
Alder 6-12	992	7 %	1061
Alder 13-15	871	1 %	880
Alder 16-18	1577	-1 %	1561
Alder 19-23	3174	-1 %	3142
Alder 24-34	5874	6 %	6226
Alder 35-44	4674	16 %	5422
Alder 45-54	6310	-4 %	6058
Alder 55-64	8622	13 %	9743
Alder 65-74	13875	16 %	16095
Alder 75-84	15742	74 %	27391
Alder over 85	16381	32 %	21623
Antall oppdrag	90384	29 %	116725

Figur 21. Oppdragsøkning som følge av aldrende befolkning. Basert på virksomhetsdata fra Helse Midt-Norge og SSB.

Utfordringen er å kunne gi et presist tall på hvilken effekt de ulike bidragene vil kunne gi.

For å avgrense prosjektrapporten er det kjørt en regresjonsanalyse basert på historiske hendelser for Helse Midt-Norge fra 2005-2016, og tallet er framskrevet frem til 2030. Framskrivning av historiske hendelser i kombinasjon med økt levealder vil gi et godt nok estimat for hva en kan forvente i 2030.

Prognose 2030	Vanlig	Haster	Akutt	Totalsum
Totalsum	70587	51427	42356	164370

Figur 22. Estimert oppdragsmengde i 2030.

Anbefalt stasjonsallokering

Er dagens ambulansestasjoner hensiktsmessig plassert for å møte fremtidens oppdragsmengde og krav til tidsriktig respons?

For å kunne svare på spørsmålet, redegjør dette kapitlet for en rekke analyser basert på de momentene som er omtalt under metode. Faktorer som endret bosetningsmønster, sentralisering, nye veiforbindelser, endring i aldergrupper (demografi) og økning i oppdragsmengde, bidrar alle til å påvirke valg av stasjonsplassering. Analysen legger identiske prinsipper til grunn for beregning av beredskapskapasitet og plassering i hele helseregionen.

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

Dette utfordrer tidligere tradisjon, der utvikling av tjenesten har vært gjort på lokale premisser. Med lik modell for analyse og vurdering av ambulanseberedskap benyttes det samme kunnskapsgrunnlaget for å sikre det samme tilbudet i helseregionen.

Det er gjennomført **tre analyser** av stasjonsplassering hvor kun antallet «som skal fordeles» er forskjellig, resultatet blir også sammenlignet med dagens stasjonsplassering. Resultatet tar utgangspunkt i uendret forbruksmønster og urealisert differensiering av transporttilbudet.

Analyse 1. Fordele 66 stasjoner i Midt-Norge.

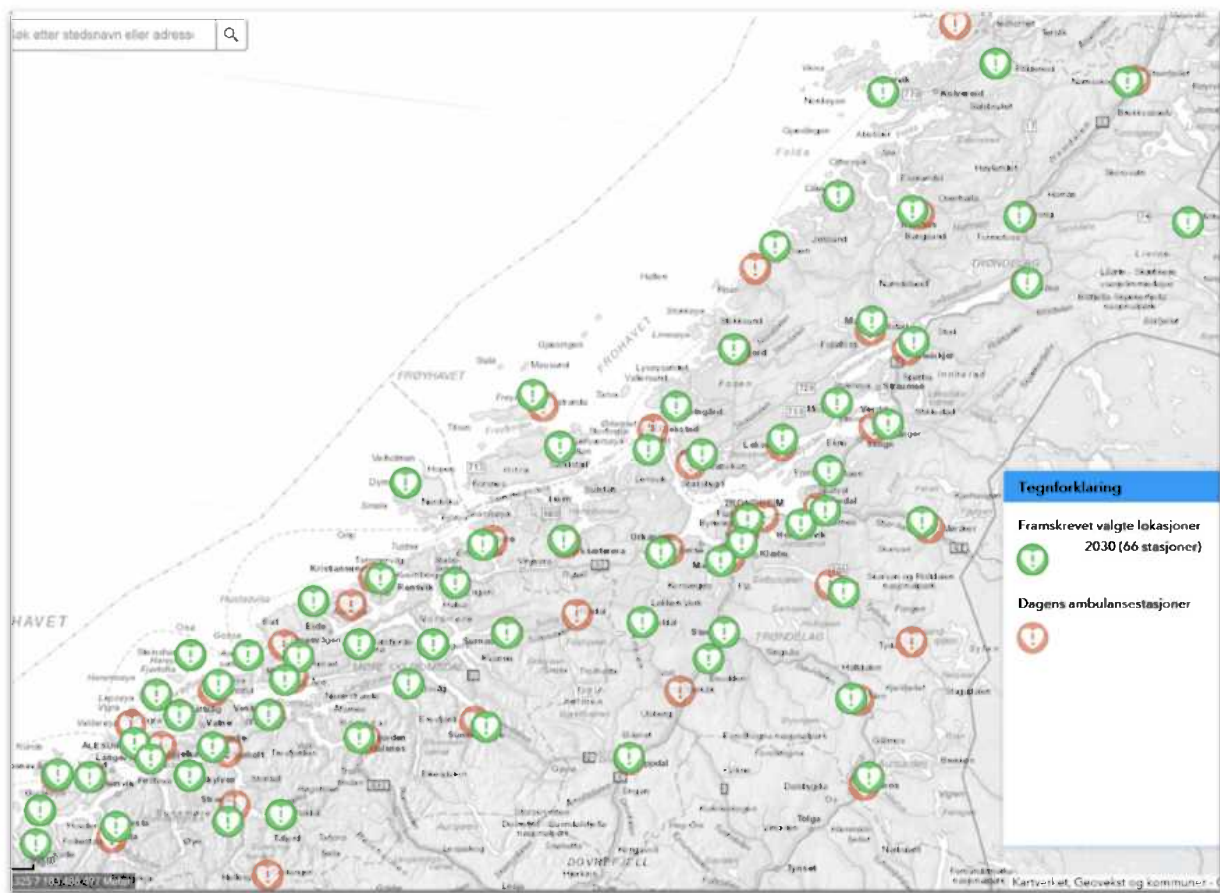
Analyse 2. Fordele 63 stasjoner i Midt-Norge.

Analyse 3. Fordele 60 stasjoner i Midt-Norge.

I denne rapporten er resultatene presentert som statiske kartutsnitt og tabeller (se vedlegg 1 for mer detaljert kart). For å utforske resultatene i større detalj, må en bruke de dynamiske presentasjonsløsningene som er laget i prosjektet:

Historiekart på ArcGIS Online: <https://arcg.is/H9X1v>

Analyse 1. Beste plassering av 66 ambulansestasjoner basert på antatt behov i 2030.



Figur 23. Beste plassering av 66 stasjoner basert på framskrevne data i 2030.

Forskjellene i plassering av dagens 66 ambulansestasjoner og plassering av 66 stasjoner basert på antatt behov i 2030 kan oppsummeres slik:

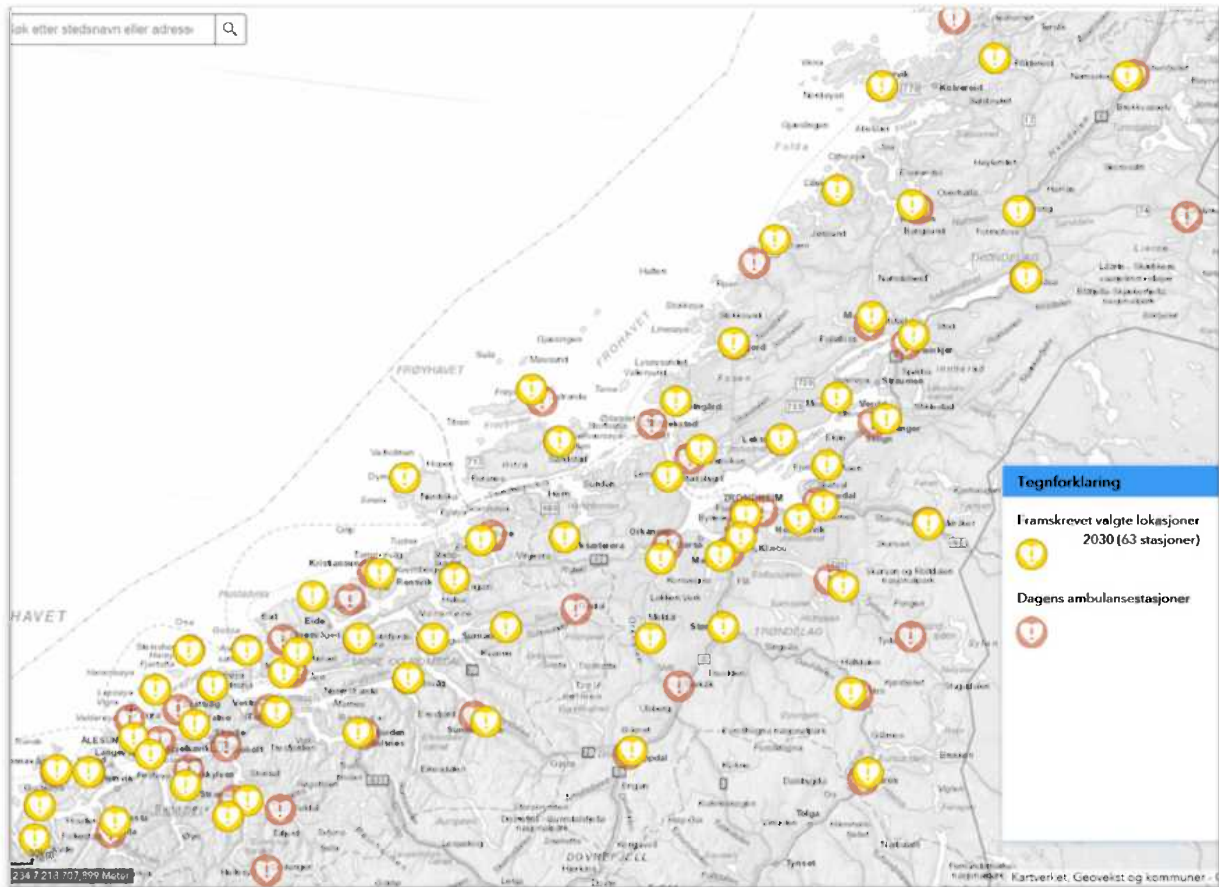
- ∞ Ambulansestasjonen i Volda flyttes til Ørsta
- ∞ Geiranger fjernes, erstattes av f.eks. «community paramedics» (se eget avsnitt)
- ∞ Stasjonen på Stranda flyttes lenger opp i Strandadalen for å korte ned reisetid til Hellesylt og Hornindal
- ∞ Stasjon Ørskog flyttes nærmere Skodje
- ∞ I Ålesundsområdet erstatter stasjon ved Mauseidvågen og stasjon i Ålesund sentrum dagens stasjoner på Lerstad, Fiskarstranda og Valderøy

- ∞ I området Molde-Kristiansund faller stasjonen Vebeenstad bort. Stasjonen i Kristiansund trekkes litt ut av sentrum. Stasjonen på Elnesvågen flyttes nærmere Molde. Stasjonen i Aure flyttes nærmere Tustna (Giset). Ny stasjon ved Klipa på Atlanterhavsvegen.
- ∞ I området rundt ytre Trondheimsfjord erstattes stasjonen på Brekstad med stasjon på Botngård i tillegg plasseres en stasjon ved Vassbygda i Agdenes.
- ∞ Stasjon Rindal flyttes til Meldal
- ∞ Stasjon Berkåk flyttes nordover mot Støren
- ∞ Stasjon Tydal fjernes
- ∞ I Trondheim erstattes de tre stasjonene med en stasjon i nærheten av Klett og en ved Lerkendal. I tillegg plasseres en stasjon i Hommelvik.
- ∞ Ny stasjon ved Åsen mellom Stjørdal og Levanger
- ∞ Ny stasjon i Mosvik
- ∞ Stasjonen i Bessaker flyttes til Sandviksberget
- ∞ Stasjon Leka fjernes, ny stasjon i Foldereid

Se URL for detaljere kartløsninger:

<http://ambulanse.xyz/>

Analyse 2. Beste plassering av 63 ambulansestasjoner basert på antatt behov i 2030



Figur 24. Beste plassering av 63 stasjoner basert på framskrevne data i 2030.

Dersom antall stasjoner reduseres fra dagens 66 til 63 er resultatet:

- ∞ Ambulansestasjonen i Volda flyttes til Ørsta
- ∞ Geiranger fjernes, erstattes av f.eks. «community paramedics» (se eget avsnitt)
- ∞ Stasjonen på Stranda flyttes lenger opp i Strandadalen for å korte ned reisetid til Hellesylt og Hornindal
- ∞ Stasjonen i Valldal flyttes til området Liabygda - Stordal
- ∞ Stasjonene på Ørskog og Brattvåg erstattes av ny stasjon i Tennfjord
- ∞ I Ålesundsområdet erstatter stasjon ved Mauseidvågen og stasjon i Ålesund sentrum dagens stasjoner på Lerstad, Fiskarstranda og Valderøy
- ∞ I området Molde-Kristiansund faller stasjonen Veбенstad bort. Stasjonen i Kristiansund trekkes litt ut av sentrum. Stasjonen på Elnesvågen flyttes nærmere Molde. Stasjonen i Aure flyttes nærmere Tustna (Giset). Ny stasjon ved Klipa på Atlanterhavsvegen.

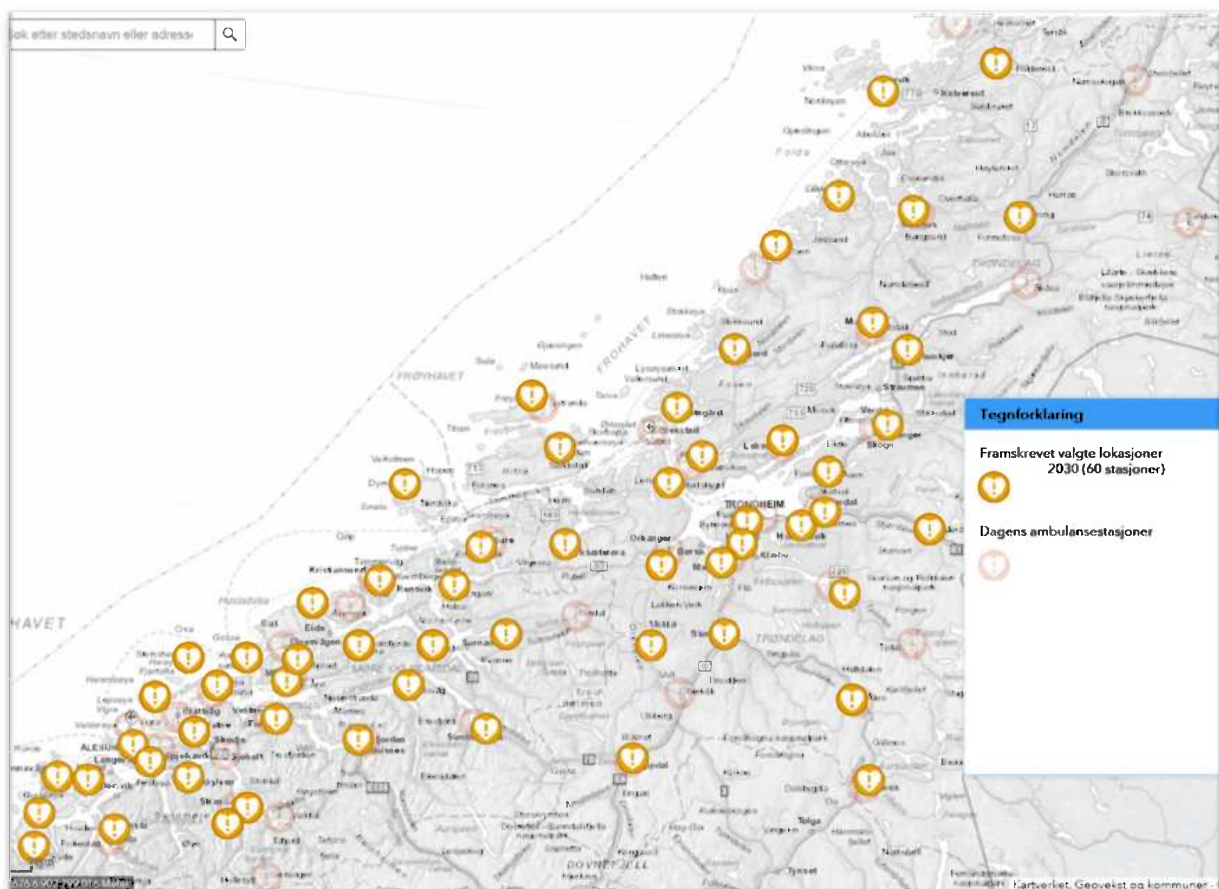
30

- ∞ I området rundt ytre Trondheimsfjord erstattes stasjonen på Brekstad med stasjon på Botngård
- ∞ Stasjonen ved Vassbygda i Agdenes flyttes til Lensvik
- ∞ Stasjon Rindal flyttes nærmere Berkåk (Meldal)
- ∞ Stasjon Levanger flyttes nærmere Verdal
- ∞ Ny stasjon opprettes i Åsen
- ∞ Stasjon Leka og Lierne fjernes, ny stasjon i Foldereid
- ∞ Stasjon ved Roan flyttes til Osen

Se vedlegg 1, eller URL for detaljere kartløsninger.

<http://ambulanse.xyz/>

Analyse 3. Beste plassering av 60 ambulansestasjoner basert på antatt behov i 2030



Figur 25. Beste plassering av 60 stasjoner basert på framskrevne data i 2030.

Dersom antall stasjoner reduseres fra dagens 66 til 60 skjer følgende:

- ∞ Ambulansestasjonen i Volda flyttes til Ørsta
- ∞ Stasjonen på Stranda flyttes lenger opp i Strandadalen for å korte ned reisetid til Hellesylt og Hornindal
- ∞ Geiranger fjernes, erstattes av f.eks. «community paramedics» (se eget avsnitt)
- ∞ Stasjonen i Valldal flyttes til området Liabygda - Stordal
- ∞ Stasjonene på Ørskog og Brattvåg erstattes av ny stasjon i Tennfjord
- ∞ I Ålesundsområdet erstatter stasjon ved Mauseidvågen og stasjon i Ålesund sentrum dagens stasjoner på Lerstad, Fiskarstranda og Valderøy
- ∞ I området Molde-Kristiansund faller stasjonen Vebeustad bort. Stasjonen i Kristiansund trekkes litt ut av sentrum. Stasjonen på Elnesvågen flyttes nærmere Molde. Stasjonen i Aure flyttes nærmere Tustna (Giset). Ny stasjon ved Klipa på Atlanterhavsvegen.
- ∞ I området rundt ytre Trondheimsfjord erstattes stasjonen på Brekstad med stasjon på Botngård. Ny stasjon ved Lensvik. Stasjon Rindal flyttes nærmere Berkåk (Meldal)
- ∞ Stasjon Levanger flyttes nærmere Verdal
- ∞ Ny stasjon opprettes i Åsen
- ∞ Stasjonene i Lierne, Namsskogan, Snåsa fjernes
- ∞ Stasjon ved Roan flyttes til Osen

Se vedlegg 1, eller URL for detaljere kartløsninger.

<http://ambulanse.xyz/>

Fordeling av ambulansestasjoner basert på de ulike analysene

Stasjonsfordeling i 2030	Dagens antall	Fordeling av 66 stasjoner i 2030 (Analyse 1)	Fordeling av 63 stasjoner i 2030 (Analyse 2)	Fordeling av 60 stasjoner i 2030 (Analyse 3)
Helse Møre og Romsdal	32	30	29	29
Helse Nord-Trøndelag	15	16	16	13
St Olavs Hospital	19	20	18	18
Sum	66	66	63	60

Figur 26. Fordelingen av ambulansestasjoner etter kjøring av analyse 1, 2 og 3.

Valg av modell.

Arbeidsgruppens mandat er begrenset til kartlegging av fremtidig behov, og er ikke en beslutning om plassering. Helseforetakene må selv velge hvilken analytisk tilnærming de ønsker å gjøre innenfor sitt område. Modellen med sikte på plassering tar heller ikke hensyn til økte behov for anskaffelse av ambulanser til å dekke forventet etterspørsel.

Analysemodell 1, gir isolert sett best måloppnåelse. Ved ytterligere reduksjon i antall stasjoner er det i all hovedsak små stasjoner på distriktet som blir berørt. Besparelsen mellom analyse 1 og 2 er estimert til ca. 15-20 millioner, basert på 2015 tall. Forskjellene i måloppnåelse for responstid for dagens 66 ambulansestasjoner, og optimalisert plassering av 66 stasjoner basert på antatt behov i 2030 kan oppsummeres slik:

- ∞ Teoretisk måloppnåelse ved akutte oppdrag innenfor responstidsanbefalingene for dagens 66 stasjoner er 95 %
- ∞ Teoretisk måloppnåelse ved akutte oppdrag innenfor responstidsanbefalingene etter ny plassering av 66 stasjoner er 98 % (analyse 1, 2030)
- ∞ Teoretisk måloppnåelse ved akutte oppdrag innenfor responstidsanbefalingene etter ny plassering av 63 stasjoner er 94 % (analyse 2, 2030)
- ∞ Teoretisk måloppnåelse ved akutte oppdrag innenfor responstidsanbefalingene etter ny plassering av 60 stasjoner er 92 % (analyse 3, 2030)

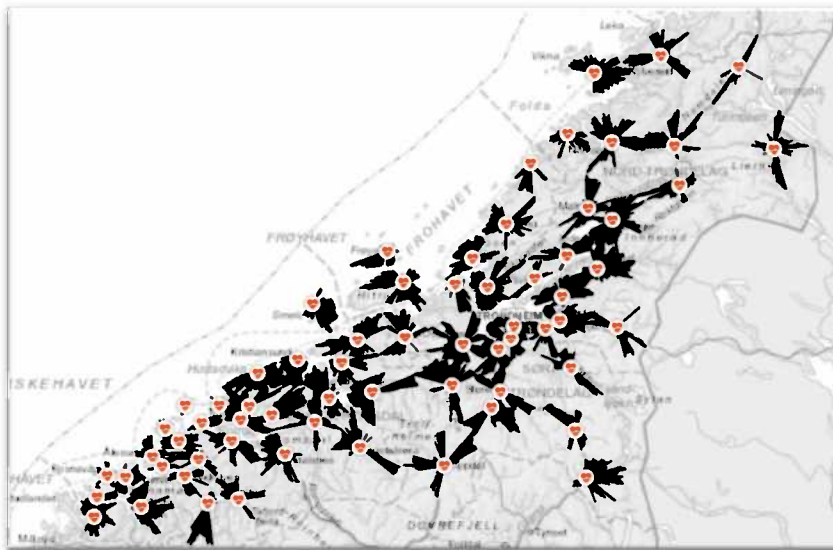
Måloppnåelse beregnes ut ifra stasjonens lokalisering, forutsatt ubegrenset ressurskapasitet.

I praksis vil måloppnåelsen bli lavere, da enhetene vil være opptatt med andre oppdrag når en samtidighetskonflikt inntreffer.

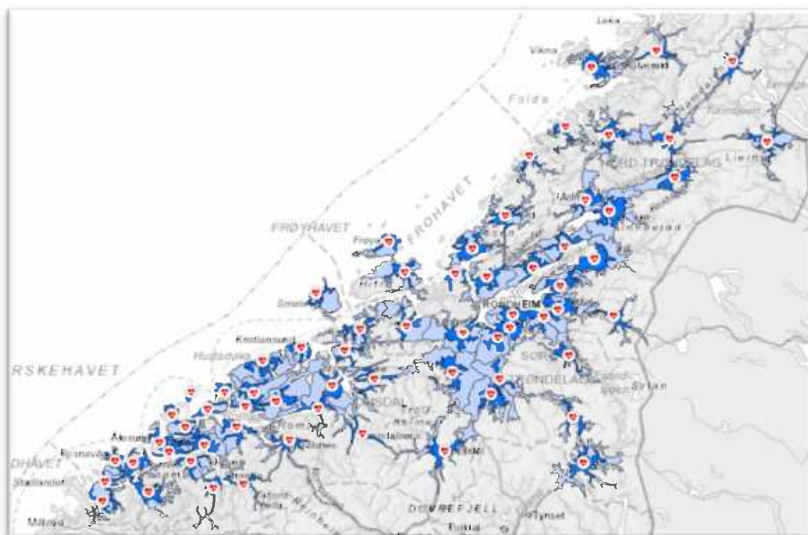
Analysen har ikke innkalkulert prosesseringstiden til AMK operatørene. Dette som følge av dokumentert ulike gjennomsnitt i regionen. Responstidsanbefalingene teller fra innringer ringer 1-1-3, til ambulansen er hos pasient. Tid til utrykning vil derfor i praksis være lavere enn oppgitt i rapporten.

Prosesseringstiden før alarmering av ambulanse er ett av flere punkt hvor resultatene bør monitoreres i sann tid og med direkte visualisering til involvert personell. En lavere gjennomsnittstid er til det beste for pasientene. En utilsiktet konsekvens av raskere prosesseringstid kan utløse flere tilfeller av 'overtriage'. Dette krever en sammenstilling av resultatene fra AMK med resultatene i ambulansetjenesten knyttet til vurdering av oppdrag og ressursbruk i selekterte tilfeller. Dette er i liten grad benyttet i dag.

Figur 27 viser ambulansedekningen i Midt-Norge. Ambulansetjenesten vil med analyse 1, dekke 98 % av befolkningen innenfor responstidsanbefalingene ved en akutt hendelse.



Figur 27. Linjene viser hvilke etterspørselspunkt som hver av de 66 stasjonene i 2030 kan betjene.



Figur 28. Servicearealer som viser hvilke områder som dekkes innenfor 12 minutters (mørk blå) og 25 minutters (lys blå) kjøring fra ny plassering av 66 stasjoner i 2030.

Beregning av antall ambulanser i 2030

Problemstillingen var å gi en indikasjon på hvor mange ambulanser det vil bli behov for i 2030, gitt uendret forbruksmønster og urealisert differensiering av transporttilbudet.

Kommune	Estimert antall oppdrag i 2030	Gjennomsnittlig tidsbruk i minutter pr oppdrag	Gjennomsnittlig samlet tidsbruk for alle oppdrag i minutter pr. døgn	Antall ambulanser som behoves for å utføre oppdragene
Trondheim	57276	77	13238	18
Stjørdal	12341	122	4525	5
Levanger	6881	110	2274	5
Ålesund	6190	82	1519	4
Molde	5462	89	1456	3
Kristiansund	5317	83	1330	3
Steinkjer	4697	117	1646	4
Sula	4695	106	1497	3
Ørsta	3346	93	934	2
Melhus	2889	91	791	2
Ulstein	2822	133	1126	3
Namsos	2816	142	1198	3
Haram	2776	119	994	2
Orkdal	2478	97	724	2
Midtre Gauldal	2198	140	923	2
Malvik	1935	120	697	2
Bjugn	1865	186	1041	3
Rauma	1711	182	934	2
Eide	1642	185	911	2
Oppdal	1631	182	891	2
Vestnes	1499	158	713	2
Rissa	1486	164	732	2
Vikna	1455	226	988	2
Herøy	1435	133	573	2
Surnadal	1425	195	835	2
Sykkylven	1401	131	549	2
Sunndal	1361	175	714	2
Fræna	1305	123	480	1
Røros	1262	172	651	2
Meldal	1215	140	510	2
Grong	1116	194	648	2
Verran	1051	155	489	1
Stranda	983	151	446	1
Molde	916	89	244	1
Hemne	900	158	426	1
Hitra	889	170	454	1
Frøya	873	197	515	2
Inderøy	864	110	285	1
Selbu	793	153	365	1
Meråker	763	163	372	1
Vanylven	753	197	446	1
Aure	721	182	395	1
Neset	707	165	349	1
Åfjord	704	214	451	1
Tingvoll	700	158	331	1
Stranda	565	151	257	1
Aukra	528	109	173	1
Leksvik	525	187	294	1
Sande	491	146	215	1
Smøla	474	136	193	1
Holtålen	466	206	288	1
Halsa	465	194	271	1
Snåsa	464	171	238	1
Midsund	441	135	178	1
Agdenes	410	110	135	1
Sandøy	383	120	137	1
Nærøy	320	226	217	1
Osen	293	240	211	1
Tydal	280	220	185	1
Flatanger	261	176	138	1
Haram	253	119	90	1
Namsskogan	206	210	130	1
Totalt	164370			126

Figur 29. Behov for ambulanser i 2030

Figur 29 indikerer et behov for 126 ambulanser i 2030. Dette er en økning på 21 fra de 105 som driftes i 2017. Det er svakheter og forenklinger i metoden, som gjør at det antall ambulanser i 2030 må anses som en indikasjon på et økt behov og ikke et absolutt tall.

Følgende forenklinger er gjort:

- ∞ Beregning av terskelverdi for hvor mange minutter pr døgn en ambulanse kan utføre oppdrag tar ikke hensyn til påvirkningen ved ulike vaktordninger og bemanning av bilene
- ∞ Endrede kjøretider på grunn av nye plasseringer av stasjoner er ikke brukt i utregningen. Vi ser imidlertid at kjøretiden ut fra stasjon utgjør en såpass liten del av total tidsbruk at den ikke har avgjørende betydning for resultatet
- ∞ Det har ikke tatt høyde for eventuell endring av krav til tjenesten fra befolkningen
- ∞ Det har ikke tatt høyde for eventuell endring av helsetilstand i befolkningen
- ∞ Det er ikke tatt hensyn til differensiering av tjenestens virkemidler

Økonomi

Basert på kostnadene for ambulansetjenesten i Midt-Norge i 2015, er det laget en grov beregning (basert på 2015 tall) av hvilke kostnader ambulansetjenesten vil påføre Helseforetakene i 2030.

Resultatet er beheftet med **stor** usikkerhet, men gir en kvalifisert indikasjon.

Basert på kostnader fra 2015	Kostnad bemanning	Kostnad lokaler	Kostnad biler	Kostnad drivstoff	Netto kostnad båter	Andre drifts-kostnader	Kostnad regional funksjon	Sum kostnader	Estimert behov 2030 Analyse 1	Estimert behov 2030 Analyse 2	Estimert behov 2030 Analyse 3
Helse Møre og Romsdal	248 427	15 360	17 056	3 390	28 908	7 268		320 409	365117	358117	358117
Helse Nord-Trøndelag	119 249	9 957	11 207	2 799	-	6 890		150 102	186126	186126	165126
St Olavs Hospital	160 582	13 882	13 580	2 806	-	10 840	13 445	215 135	341249	327249	327249
Sum	528 258	39 199	41 843	8 995	28 908	24 998	13 445	685 646	892492	871492	850492

Figur 30. Estimerte kostnader i 2030, basert på kroneverdi og kostnadsbilde i 2015.

Vurdering og tilrådning

Prognosene mot 2030 viser en betydelig vekst i ambulanseoppdrag fra 2017 nivå. En optimal plassering av ambulansestasjonene er av vesentlig betydning for å kunne levere forsvarlig akuttmedisinsk hjelp innenfor responstidsanbefalingene. Ambulanseressursene vil sannsynligvis over samme planperiode kunne øke langt mindre, noe som vil tvinge frem behovet for en mer avansert ressurs- og flåtestyring i AMK sentralene. Logistiske optimeringsverktøy vil være et av de viktigste satsningsområdene for å effektivisere koordineringen av ambulanseressursene.

I byer og tettsteder vil kapasiteten bli så pass utfordret i 2030, at det enkelte steder vil gå utover responstiden ved akutt og haste-oppdrag. I mer gravgrendte strøk vil det i noen områder være så lav oppdragsmengde, at det gir utfordring for å opprettholde kompetansenivået blant personellet. En sekundær konsekvens blir at kvaliteten i tjenestetilbudet kan forringes.

Arbeidsgruppen vil trekke frem fem viktige satsningsområder for perioden frem mot 2030.

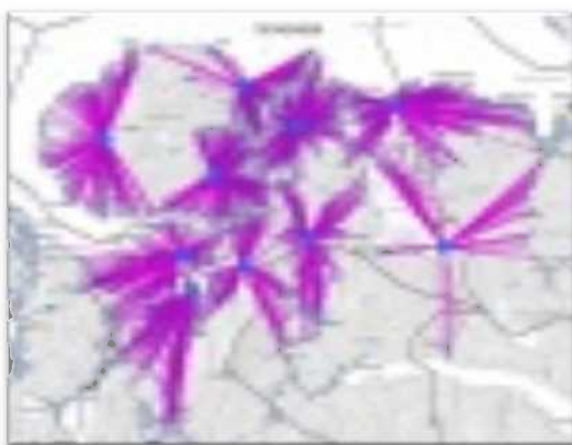
Momentene som nevnes vil bidra til å sikre forsvarlig akuttmedisinsk hjelp som del av en samlet lokal helseberedskap til befolkningen i Midt-Norge. Responstider og ressurstilgjengelighet er vektlagte vilkår.

1. Dynamisk allokering basert på prediksjon (forutsigbarhet med aktiv bruk av historiske data og prosessering i sann tid)
2. Tjenesteplanlegging med sikte på styrket ressursutnyttelse og redusert innslag av pålagt hviletid
3. Differensiering av tjenestetilbudet, og spesielt transportsegmentet
4. AMK sin funksjonalitet opp mot stram ressursstyring og tydelig prioritering
5. Virtuelle kommunikasjonsløsninger

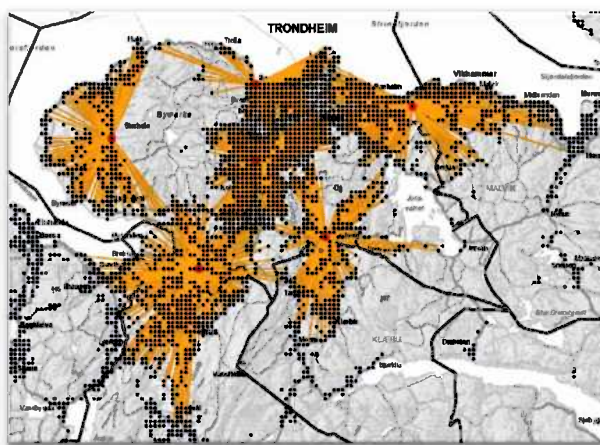
Dynamisk allokering

Et tiltak for å redusere reaksjons-, og utrykningstidene er å opprette midlertidige lokaliseringer for ambulansene (dynamisk allokering). I områder hvor AMK-sentralene disponerer flere ressurser (storby/større tettsteder), vil det kunne forhåndsdefineres faste midlertidige plasseringer hvor ambulansene plasseres i påvente av oppdrag basert på aktiv bruk av prediksjon. I områder med høy aktivitet og relativt korte avstander, vil en slik metode tentativt kunne påvirke antallet stasjoner.

Dynamisk posisjonering er prediksjon anvendt i praksis, hvor en kan utplassere ressursene basert på aggregerte historiske data. Disse data er grunnlag for analyser med sannsynlighet for behov, basert på ukedag, tidspunkt på døgnet o.l.



Figur 31. 10 strategiske allokeringpunkter for Trondheim i 2030.



Figur 32. 6 strategiske allokeringpunkter for Trondheim i 2030.

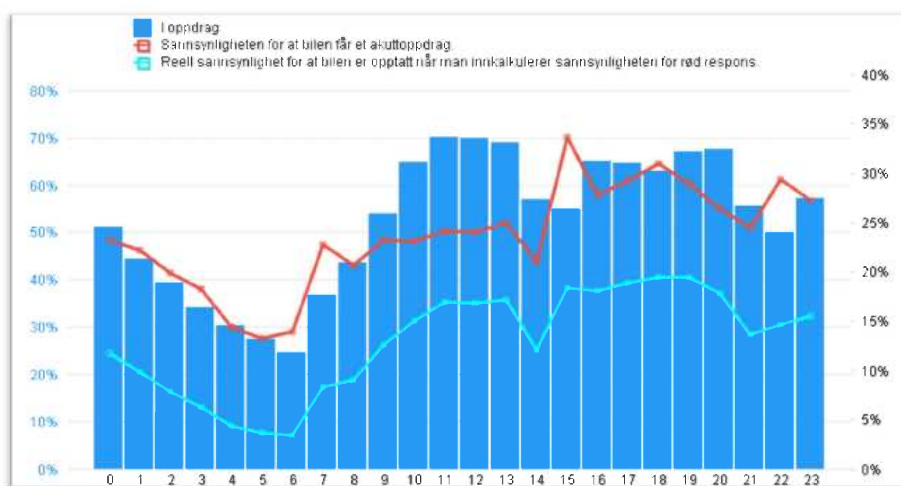


Figur 33. Behov for ambulanse i Trondheim lørdager kl. 23, basert på tre års driftsdata.

Ved seks ledige ambulanseressurser i Trondheim, vil dynamisk posisjonering kunne gi en halvering av reaksjons-, og utrykningstid målt mot statiske plasseringer. En forutsetning for å kunne etablere de midlertidige plasseringene, er flerdelt turnus og ledige ressurser.

Tjenesteplanlegging

For ambulansetjenesten i Midt-Norge pr 2017, er det i all hovedsak døgnturnus som praktiseres. Unntaket er Trondheim, hvor aktiviteten er for høy. I pressområder frem mot 2030, vil det være nødvendig å vurdere hvilken turnus som er best egnet. Ved flerdelt turnus kan en utnytte ressursene langt mer effektivt, ved at skiftet gir rom for en større belastning. Kjøre og hviletider, samt sovende vakt, reduserer kapasitet hos alle tjenester med døgnressurser. Endring av turnus er derfor et tiltak som må evalueres grundig før en velger å øke antall ambulanseressurser i et spesifikt område.



Figur 34. Effektiv ressursutnyttelse for St Olavs sin enhet 511.

Differensiering av tjenestetilbudet

Beredskapsanalysen sammen med andre framskrivninger, gir sterke signaler om økende krav og aktivitet i den samlede helsesektoren i årene som kommer. Samtidig er realiteten for ambulansetjenesten i Midt-Norge at flere ambulansestasjoner har et stort innslag av lønnede beredskapstimer uten oppdragsaktivitet. Dette utfordrer tjenesten med tanke på å opprettholde god kompetanse og rekruttere personell i områder med lav aktivitet (< 200-300 oppdrag/år). Fram mot 2030 vil det derfor være hensiktsmessig med en målstyrt differensiering av ambulansetjenesten. Parallelt ser vi at tjenesten i økende grad får oppdrag som ikke samsvarer med definisjonen som ligger i [Akutforskriften](#) (« Ambulansetjenesten skal transportere pasienter som har behov for behandling og/ eller overvåkning under transport»).

Utfordringene er blant annet:

- ∞ Flere oppdrag på vegne av legevakt som befinner seg langt unna pasienten
- ∞ Flere transportoppdrag til lavere omsorgsnivå uten behov for behandling eller overvåkning
- ∞ Flere hjemkjøringer fra sykehus og andre omsorgsinstitusjoner
- ∞ Flere oppdrag for å avklare hva problemet til pasienten består av (blir i mange tilfeller oppmøte uten behov for transport)
- ∞ Flere overflyttinger av pasienter til høyere omsorgsnivå på grunn av spesialisering av funksjoner (intensivtransporter og/eller transportert med behov for styrket ledsagerkompetanse)
- ∞ Flere oppdrag til helseinstitusjoner for å bistå med enkle behandlingstiltak (f.eks. legge venekanyler)
- ∞ Økende antall eldre med sammensatte lidelser sammen med økt fokus på behandling i hjemmet
- ∞ Tidligere utskrivning hvor komplikasjoner tidligere oppstod på sykehus, oppstår nå i hjemmet
- ∞ «Frequent users» er enkeltpasienter som kan utgjøre betydelig ambulans bruk i enkelte områder, og der det er grunnlag for tvil om reelt behov, og ofte en mangel av koordinerende planverk blant alle involverte helseaktører

Det er spesielt følgende differensiering som vil være aktuelt:

Syke transport (transportambulanser)



Figur 35. Syke transport under oppdrag i Trondheim.

En differensiering av tjenesten kan i større grad sikre at riktig ressurs brukes mer korrekt. De tyngste ressursene (gule akuttambulanser) må forbeholdes pasienter som har behov for åstedsvurdering med oppfølgende overvåkning og behandling under transport. Pasienter som er ferdigbehandlet på spesialisert behandlingsnivå og skal tilbake til lokale sykehus eller til primærhelsetjenesten, må transporteres med en enklere ressurs enn akuttambulanse.

40

Dette gjelder også de pasientene som etter åstedsvurdering kun trenger transport til oppfølgende tilsyn eller vurdering hos fastlege, legevakt eller sykehus.

En tilpasning av helsetjenestens kjøretøytyper og utrustninger er ett av flere viktige og nødvendige tiltak for å understøtte en faglig forsvarlig og kostnadseffektiv behandling og transport av pasienter med ulike behov, og vil i større grad sikre at akuttambulansen ikke brukes til transport av pasienter uten behov for akuttambulansens kapabiliteter.

20.000 pasienter uten behov for behandling eller overvåking ble i 2017 fraktet av akuttambulanser i Midt-Norge. Dette begrunner en større grad av differensiering frem mot 2030. Særlig aktuelt er rene «transportambulanser», som vil avlaste akuttambulansene i stor grad. Slike transportambulanser kan være enklere utformet med lavere kvalifikasjonskrav til ansatte. Transportambulansene kan også være enmannsbemannede, da mange av transportene er mellom institusjoner. Dette er tilfelle i land som det er naturlig å sammenligne oss med.

Syke transportkonseptet testes ut i Trondheim og anses som vellykket. 1.230 pasienter ble fraktet med en slik ressurs fra februar og ut desember 2017. Dette til tross for begrenset åpningstid (mandag- fredag 09-18) og ikke drift på helligdager. Utfordringen er nødvendig endring av rekvirentenes holdninger og rutiner med sikte på bedre kapasitetsutnyttelse.

First responders

I områder med svært lav aktivitet og akseptabel distanse til nærmeste ambulanse, vil det kunne være aktuelt å erstatte ambulanse med en 'first responder' for å tilfredsstillere responstidsanbefalingene.

Det er personell med noe akuttmedisinsk opplæring som kan rykke ut i påvente av ambulanse, avgrenset til definerte tilstander. Aktuelle tiltak er å kunne gi oksygen ved pustevansker, starte DHLR, stanse ytre pågående blødninger, sikre luftveier til bevisstløse pasienter gjennom stabilt sideleie med mer. Dette vil være en stedlig og påregnelig ressurs i området, og utøves i dag flere steder av personell knyttet til brann- og redningstjenesten.

Intensivtransporter

Bakkebasert intensivtransport vil kunne ta noe av transporten som i dag går med fly og helikopter og bidra til å ta unna det økende behovet for slike oppdrag i årene som kommer. Det eksisterer ikke et enhetlig system for slike transport i Midt-Norge per i dag. Det bør etableres en løsning med tanke på lik kompetanse og likt oppsett av utstyr i regionen. Tilbudet må være nøye tilpasset behovet.

Avklaringsenheter

I 2017 var det 7.571 oppdrag hvor det ikke var behov for videre transport. Pga. underregistrering er tallet lavere enn forekomsten. Antagelsen er basert på at det i mange tilfeller hvor man er nære sykehus/ legevakt resulterer i at pasienten tas med uten å søke andre løsninger. Gitt ressursoverskudd, kan dette være hensiktsmessig, men ikke på bekostning av andre kvalitative formål. Det er å anta at slike avklaringsenheter vil ha størst potensiale i by med mange oppdrag. En slik enhet vil kunne rykke ut på uavklarte problemstillinger for å ta rede på pasientens behov for videre oppfølging i samråd med den kommunale helsetjenesten, og i enkelte tilfeller med sykehus. Den kan også avklare transportbehovet til pasienten. Göteborg med omland har testet ut konseptet i ca. 2 år. I løpet av en 8 måneders periode ble 2.000 pasienter omdirigert til sittende/ liggende syke transport i stedet for transport i en akuttambulans. Dette frigjorde 1.000 driftstimer til en høyt presset ambulansetjeneste i samme periode. De ser også at en slik enhet avlaster akutt mottak gjennom å konferere med sykehus slik at mange pasienter kan mottas direkte til fagspesifikk avdeling.

Community paramedics

Community paramedics (CP) er et begrep som brukes om en jobbrolle som inneholder tradisjonell ambulansearbeider/paramedisiner-rolle, i kombinasjon med arbeidsoppgaver knyttet til andre deler av lokal helsetjeneste, som bistand til legevakt, forebyggende arbeid, eller kurativt arbeid for faste brukere i lokalsamfunnet. Personellet vil vanligvis være ansatt i helseforetaket, men kan også være ansatt i kommunen. Modellen krever medvirkning fra både helseforetak og kommune, og skiller seg fra «single paramedic» ved at den bygger en funksjonell bro mellom forvaltningsnivåene.

I USA er ordningen utbredt, men med store ulikheter i utgangspunkt og organisering. Elementer som inngår er oppfølging etter utskrivning, triage for å hindre unødvendig innleggelse, tilbud til hyppige brukere, framskutt «legetjeneste», oppfølging av kronisk syke (f.eks. hjertesvikt, antikoagulerte), hjemmebasert omsorg og palliative team, rus og psykiatri mv.

CP er i hovedsak basert på høy mobilitet med akuttutstyr, med personell med lang erfaring fra ambulansetjeneste, men uten kapabilitet for liggende pasienttransport. CP brukes både i byer og grøntområde strøk. Ordninger med CP er ikke prøvd ut i Norge, men det er startet et prøveprosjekt på Røros i samarbeid med kommunen og Helsedirektoratet. Nevnte prosjekt utløser allerede stor interesse fra tilliggende Helseforetak og andre helsemyndigheter. Modellen kan være et virkemiddel for å opprettholde en forutsigbar lokal akuttmedisinsk beredskap. Dette kan oppnås gjennom bedre mobil tjeneste til frekvente brukere, som framskutt ledd for legevakt, og med styrket evne til triagegjennom bredere vurderingskompetanse og alternative strategier. Modellen må kombineres med oppfølgende god triage i AMK (113) og legevaktsentral (116117), utvikling av alternative responsmønstre, og alternative destinasjoner (som 'treat and release', utvikling av lokale ressurser og virtuell samhandling).



Figur 36. Community paramedics under oppdrag i Røros.

AMK

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) er en del av *Medisinsk nødmeldetjeneste*.

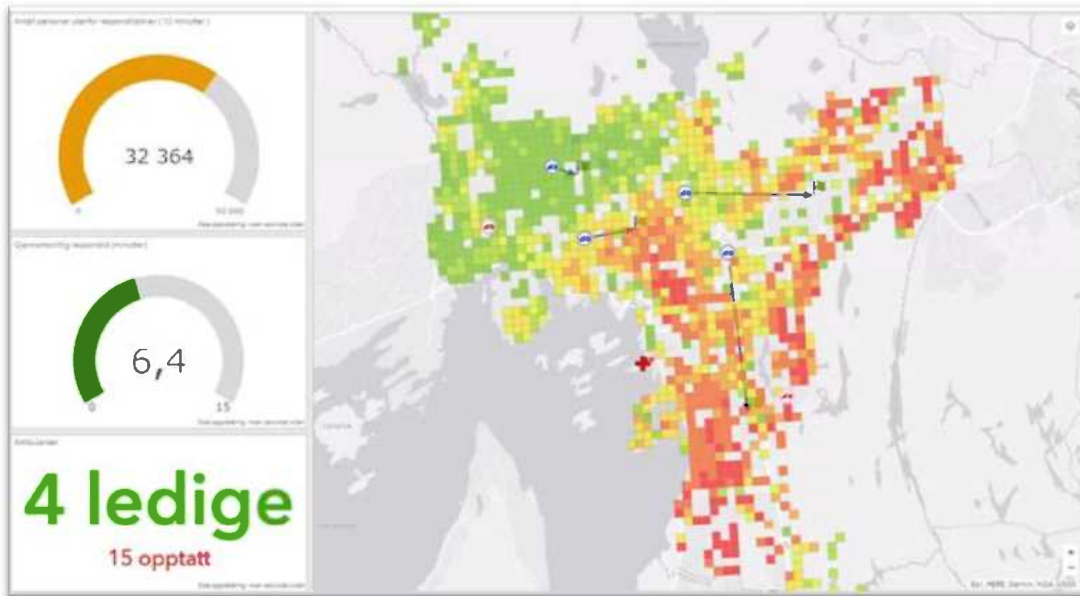
Hovedoppgaven er å besvare medisinsk nødtelefon 113, alarmere og koordinere ressurser i medisinske nødsituasjoner, og gi råd eller instruks i påvente av at hjelp kommer fram. AMK tar imot anmodninger om og planlegger ambulansetransport.

De grunnleggende faglige kjørereglene for nødmeldetjenesten er nedfelte i den nasjonale veilederen «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp». Denne er nylig oppdatert til papirversjon 4.0. Videre revisjonsarbeid bør være kontinuerlig. Veilederen må bygges inn som beslutningsstøtte integrert i sentralenes verktøy for hendelseshåndtering.

Dynamisk beslutningsstøtte for kliniske og logistiske beslutninger skal bygge på kunnskapsstøtte (kunnskapsdatabase) og kunnskap om pasient, situasjon, organisasjon og klinisk kompetanse. Gjennom innplassering av regelsett i en regelmotor, kan bestemte "verdier" trigge anbefaling eller automatisert handling.

På bakgrunn av den virksomhetsdokumentasjon og analyse som er gjort fortløpende etter 1.1.2014 i Midt-Norge, har regionen et omfattende materiale for sammenheng mellom telefontriage og triage i RETTS gjort av ambulanspersonell. Det er mulig å styrke verdien av disse dataene ved å kople mot senere punkter i pasientforløp, slik at data representerer en forløpsanalyse. Ved å utnytte data til revisjon av kriterier for respons vil en kunne øke treffsikkerhet, og øke sannsynlighet for riktig ressursbruk.

For at AMK-sentralene skal kunne håndtere sin oppdragsportefølje effektivt, er tilgang på digitalt flåtestyringsverktøy en forutsetning. Med flåtestyringsverktøy menes i denne sammenhengen sanntids prediksjon og ressursoptimalisering. Prediksjon omfatter et system som regner ut hvor "neste hendelse" vil forekomme, og kan støtte ressursvalget til AMK koordinator. Ambulanseoppdrag er ikke stokastisk fordelt, men ved mange nok historiske oppdrag i en database, vil systemet kunne lage en sannsynlighet for ambulansebehov i et område («beredskapsindeks»).

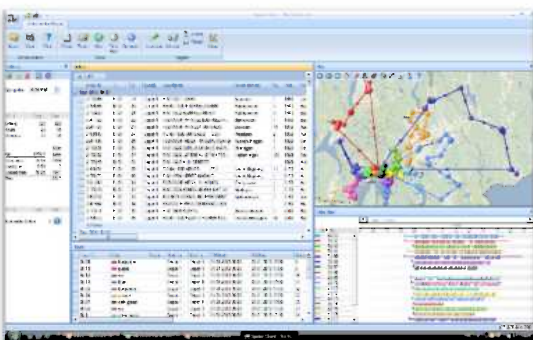


Figur 37. Illustrasjon av et flåtestyringsverktøy

Datasystemet vil holde oversikt over ressurser, populasjon, historiske hendelser og kan støtte AMK-personell med regnekraft. Systemet beregner et stort antall ulike alternativer for kjøretider og egnethet ut fra relevant informasjon om hendelsen, tilgjengelige ressurser, deres aktuelle posisjon, faglig kapabilitet, og ideelt sett også det samlede ressurs- og beredskapsbildet.

Flåtestyringsverktøyet skal også kunne anvendes til planlagte transportoppdrag. Ruteplanlegging brukes for å hjelpe AMK-kordinator med å foreta en optimal beslutning i uoversiktlige problemstillinger. Kompleksiteten for en AMK-kordinator kan illustreres ved et typisk flervalgs-spørsmål: Gitt 10 pasienter som skal fraktes fra A-B, kan dette gjøres på hele 3.628.800 ulike måter (10 fakultet). Menneskets evne til å bearbeide store mengder data er opplagt begrenset.

Det er alt nå en stor oppdragsportefølje som skal planlegges daglig og som skal utføres uten å redusere beredskapen unødige. Kjøreplanen som AMK legger, skal være så nært opp til den optimale løsningen som mulig. Målet er å redusere sjansen for feil, og heve kvaliteten på beslutningene som fattes.



Figur 38. Illustrasjon av ruteplanlegging av planlagt aktivitet

Virtuelle kommunikasjonsløsninger

Prehospitaltjenester er en fullt integrert og ansvarlig part i vurdering og behandling av store pasientgrupper. Tjenesten representerer i svært mange tilfeller det første møtet mellom en pasient og helsetjenesten. En stor utfordring er derfor å sikre nødvendig beslutningsstøtte – både for å styrke kvaliteten på klinisk vurdering og oppfølgende behandling, men også for å bidra til riktig ressursbruk til rett situasjon.

Det er en viss erfaring for at et volum av pasienter blir unødig transportert og til dels til for avanserte nivåer i helsetjenesten. I løsningsbildet legges til rette for at aktørene i behandlingsskjeden kan oppnå felles situasjonsforståelse, og på den bakgrunn treffe korrekte og rasjonelle løsninger på tiltak, valg av ressurser, transportbehov og destinasjon. Før slike løsninger blir gjort tilgjengelige, er det vanskelig å estimere en gevinst. Dette berører både tjenestens ressurser, men også brukerperspektivet.

I denne sammenheng er et virtuelt eksaminasjonsrom (VER) en sannsynlig nyttig løsning. Løsningen brukes i dag i samvirke mellom landbasert helsetjeneste og helsepersonell på oljeinstallasjoner til sjøs, men ikke mellom de samme personellgruppene i den landbaserte helsetjenesten. Løsningen benytter eksisterende teknologi, og tillater oppkobling av medisinsk teknisk utstyr, utveksling av pasientrettet informasjon, lyd, bilde og muligheter til et samtalerom. Løsningen er klar til å tas i bruk under forutsetning av at en implementering blir vedtatt.

Den sannsynlige gevinstrealiseringen omfatter

- ∞ Et redusert omfang (og vekst) av unødig transport og fysisk fremmøte
- ∞ En styrket ressursutnyttelse av ledd i behandlingsskjeden
- ∞ En styrket helsegevinst ved tidligere foretatte beslutninger
- ∞ Et grunnlag for styrket samvirke og beredskap
- ∞ En kommunikasjonsplattform for formålet ved Helseplattformen

Oppsummering

En optimal plassering av ambulansestasjoner med utgangspunkt i responstidsanbefalingene er av stor betydning for å kunne levere forsvarlig akuttmedisinsk hjelp i tidskritiske situasjoner. Dette vil kreve en justering av dagens stasjonsstruktur. De framtidige utfordringene løses derimot **ikke** med optimert plassering av ambulansestasjoner alene.

Dagens struktur, innhold og dimensjonering av ambulansetjenesten er heller **ikke utformet** til å dekke behovet frem mot 2030. Det haster derfor med å starte et målrettet arbeid for nødvendig tjenesteutvikling. Fem satsningsområder er nevnt som eksempler på en ønsket retning, og med sikte på bedre kontroll med økningen av ambulanseoppdrag samtidig som tjenesten breddes i innhold og påregnelighet overfor brukere og rekvirenter. Dette vil være avgjørende for å sikre en forsvarlig akuttmedisinsk hjelp til befolkningen i Midt-Norge i 2030.

Ørsta, 10.05.2018

**Brev på vegne av legane i Ørsta kommune etter drøftingar i legemøte
08.05.2018 frå tillitsvalgt lege Nancy-Ann Eide Brattli**

Ambulansetenesta bør vere stasjonert ilag med legevakta for å styrke fellesskapet, utveksle erfaringar og auke fagleg trygghet. Det gjer det også enkelt for legen kunne rykke ut ilag med ambulanse ved større, akutte hendingar. Vi foreslår legevaktslokale ettermiddag/kveld/helg plasserast i nærleiken av sjukehuset av praktiske årsaker for pas. (vidarehenvising til innlegging, røntgen, nattlegevakt mm). Kan det vere aktuelt bruke lokale i den gamle hjelpepleieskulen f eks? Når den nye Voldatunnelen er ferdigstilt vil dette vere ypperleg framtidretta plassering. Vi foreslår nattlegevakt kan fortsette i same lokale som idag for å dra veksel mellom hjelpepersonell på nattlegevakt og mottak. Denne ordninga fungerer optimalt slik vi ser det. Men det ville kreve betydeleg ombygging om ein skulle ha same lokala på ettermiddag/kveld grunna for stor mengde henvendelsar om vi har forstått det rett.

Dersom ein ikkje får til samlokalisering med ambulansestasjon no grunna praktiske utfordringar må ambulansestasjonen fortsette vere nærlokalisert med sjukehuset. Dette er viktig for at personell frå sjukehuset (f.eks anestesi) har mulighet for å rykke ut og bistå legevakt/ambulanse i enkelte akutte situasjonar som f eks hjertestans, akutte hendingar barn. Vi har svært gode erfaringar med denne praksisen. Det har ikkje vore opplevingar der ambulansen har kome for seint fram til pasienten grunna lokalisasjon i Volda slik vi har sett det.

Med helsing,

Nancy-Ann Eide Brattli
(sign)

Fastlege/tillitsvalgd lege i Ørsta kommune.



MØRE OG ROMSDAL 110-SENTRAL KF

Volda kommune

Saksbehandler:
Kjetil Vikås
Tlf. 70 16 32 22

Deres referanse:

Vår referanse:
16/630-28 18/31441

Arkivkode:
037 M8

Dato:
17.04.2018

Til alle kommuner i Møre og Romsdal v/rådmann, vedrørende økt brukerbetaling for nødmeldetjenesten 110

Møre og Romsdal 110-sentral KF har mottatt forhåndsvarsel om oppsigelse av et større antall trygghetsalarmer tilknyttet sentralen som følge av velferdsteknologi satsingen i flere kommuner.

Med bakgrunn i at driftsgrunnlaget for 110 sentralen er basert på brukerbetaling fra kommunene i fylket vil tap av disse inntektene gi økt brukerbetaling for alle kommunene i Møre og Romsdal.

Forventet økning fra og med 2019 vil være inntil 8 kroner pr. innbygger avhengig av hvor stor del av kundemassen som blir tatt ut.

Med hilsen
Kjetil Vikås
avdelingsleder

Geir Thorsen
virksomhetsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur.

REFERAT: EIGARMØTE

Dato	Møtetid - til/frå	Stad
16.03.18	09:00 – 11:30	Rådhuset i Volda, barneverntenesta

Møteleiar	Referent
Ordførar Jørgen Amdam Barnevernsjef Aina Opsvik Øyehaug	Anette Hauger, Fagteamleiar EM

Til stades	Ikkje til stades
Rune Sjurgard, rådmann Volda Jørgen Amdam, ordførar Volda Wenche Solheim, rådmann Ørsta Stein Aam, ordførar Ørsta Ragnhild Velsvik Berge, rådmann Hareid Anders Riise, ordførar Hareid Einar Vik Aarset, rådmann Ulstein Knut Erik Engh, Stig Olav Lødemel, ordførar Hornindal Brita Sollid Aina Øyehaug Opsvik, barnevernsjef Mette Kjalnes Sørvik, fagteamleiar melding- og undersøking Torill Osborg Vinjevoll, fagteamleiar tiltak Anette Hauger, fagteamleiar EM	Ann Reidun Vik, fagteamleiar omsorg

	Sak
1	<p>Status i barnevernstenesta ved årsskiftet, og per i dag.</p> <p>Presentasjon av barnevernsjef.</p> <p>Informasjon om gangen i ein barnevernssak. Bufdirektoratet gir god informasjon om kommunane, både som eit fagbibliotek og i forhold til statistikk.</p> <p>Gjennomgang av status på dei ulike teama.</p> <p>Barneverntenesta har høgt fokus på brukarmedverknad i praksis, der ein har rutine på å snakke med barn i alle saker, evaluering av arbeidet som vert gjort gjennom «Kva synes du?»- skjema, nettverksmøter og familieråd. Barneverntenesta er også «Mitt Liv»-</p>

	<p>barnevernteneste, der ein samarbeidar med Forandringsfabrillen. Dei organiserar barnevernsbarn som er med på å gi råd om korleis ein bør arbeide med saker i barnevernstenesta.</p>
2	<p>Endringsarbeid i familiane</p> <p>Presentasjon av Familieteamet. Dette teamet består av tiltakskonsulentar med ulik kompetanse som gir rettleiing til foreldre og barn. Dei er eit viktig bidrag for at barnevernstenesta skal kunne oppfylle lovkravet om å gi rett hjelp til rett tid. Når barnevernet avdekker manglar i eit barn sin omsorgssituasjon er det vesentleg å ha tiltak for å kunne endre denne situasjonen slik at barnet får ein tilfredstillande omsorgssituasjon.</p>
3	<p>Barnevernvakt / Søknad om skjønsmidlar</p> <p>Barneverntenesta har søkt om skjønsmidlar frå Fylkesmannen for å kunne starte opp arbeidet om ei barnevernvaksordning. Det er søkt på vegne av Sande, Vanylven og Herøy også.</p> <p>Det må gjerast ein del kartlegging i forkant, i høve kva ordning som skal opprettast. Barneverntenesta må ta stilling til kva ordning ein skal ha, om ein skal ha ei eiga vakt i tenesta, eller kjøpe seg inn hjå større kommunar. Det er ulike erfaringar knytt til dette.</p>
4	<p>Tilsynsførarordninga. Korleis fungerer den i dag, og kva løysningar kan vere aktuelle for våre kommunar.</p> <p>Orientering frå barnevernssjefen om kva tilsynsordninga er, og kva som er forskjellen på oppfølginga som vert gitt av våre eigne sakshandsamarar i barnevernsaka. Tilsyn vert utført av oppdragstakarar og er hovudsakeleg retta mot barn som er fosterheimplassert av andre kommunar i våre kommunar.</p> <p>Barnevernstenesta har øymerka 50 % stillingsressurs til dette arbeidet. Det har lenge vore utfordrande å få dette til, då det er vanskelig å rekruttere folk til å ta desse oppdraga, og sikre at dei held over tid. Det har medført at barn ikkje har fått den oppfølginga dei har krav på i høve lovverket.</p> <p>Tilsynsførarordninga må utreiast, det må lagast eit problemstillingsnotat i høve kartlegging og utgreiing av dette. Kommunane kan velje å legge tilsynsførarordninga til ein annan etat. Ansvaret burde ikkje ligge hjå Volda i høve uavhengighetserklæringa opp mot tenesta. Det kom forslag om at dette ansvaret kan leggast i Ulsteinvik hjå PPT. Dette må opplysast opp i mot kontrollutvalet i dei einskilde kommunane, og inn mot rådmennene. Barnevernssjefen vil kome med eit notat på dette.</p>
5	<p>Ny organisering av barnevernet.</p> <p>Det har kome eit forslag på høyring om at oppgåvene som Bufetat/det statlige barnevernset har skal over på fylkeskommunalt nivå. Bufetat byggast ned, og fylkeskommunen overtek ansvaret som Bufetat no har.</p>

	<p>På same tid er det sagt frå Bufdir at det same ansvaret skal i stor grad leggst på den einskilde kommune. Det som allereie har skjedd er at Bufetat har trappa ned tilbod om tiltak retta mot barn som bur heime. Dette ansvaret ligg no i stor grad på kommunane. Vår teneste kjenner oss godt rusta i høve dette då vi har Familieteamet som har spisskometanse i høve det å arbeide med endringstiltak i heimane.</p> <p>At det vert ei nedtrapping i høve Bufetat sitt ansvar er sikkert, men det er altså ei usikkerheit i høve kvar dette ansvaret vert lagt.</p>
6	<p>Orientering om Arbeidstilsynet sitt tilsyn vedkomande vald og truslar 22.02.18.</p> <p>Arbeidstilsynet hadde tilsyn med barnevernstenesta den 22.02. Dei snakka med barnevernssjef, fagteamleiarane, verneombod og tillitsvalt samt personalsjef i første delen, og eit utval av dei tilsette i høve kjønn, alder og fartstid i tenesta på del to. Ut i frå dette kom dei med ein oppsummering til leiinga, og som vert utforma i ein rapport. Tenesta fekk fire pålegg, og det er krav om at barnevernstenesta rettar opp desse før utgangen av juni.</p>
7	<p>Evt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekneskap 2017: Rekneskapet er ikkje klart enno, det vil snarast sendast til eigarkommunene. • Tverrfaglig samarbeid mellom ulike sektorar: Barneverntenesta har hatt to personar i 50% stilling kvar som sidan vi vart interkommunale har arbeidd særleg med å bygge opp gode løysningar for tverrfagleg samarbeid mellom barnevernstenesta og dei andre tenestene som arbeidar med barn og unge i kommunene. Vi reknar no dette som fullført og vidarefører dei gode ordningane som dei har bidrege til å bygge opp. Dei har mellom anna utarbeidd det elektroniske verktøyet Sjå Meg, som er å finne på kommunane sine heimesider. • Valdskoordinator: Det vart orientert om dette. Det vart søkt om og innvilga prosjektmidlar i fjor på 750.000 kr. Det var tenkt at denne oppgåva skulle ligge i barneverntenesta. Etter ei drøfting er ein kome fram til at barnevernstenesta ikkje er riktig instans for dette. Rådmannsgruppa vil vurdere vidare om dette skal løysast interkommunalt og då gjerne leggst til ei anna kommune enn Volda, elller om det det skal løysast av kvar kommune for seg. • Oppretting av nye stillingar: Hareid, Volda og Ørsta har i samband med budsjetthandsaminga for 2018 løyvd midlar til oppretting av nye stillingar for å sikre framhald av Familieteamet. Det vart ei kort drøfting av korleis ein skal forhalde seg til at Ulstein kommune ikkje har løyvd midlar til dette.

