

# Regional utviklingsplan for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst

2018-2025



Godkjent av prosjektets styringsgruppe 30.01.18

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1. Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Bakgrunn for arbeidet</b> .....	<b>5</b>
2.1. Prosjektmandat.....	5
2.2. Prosjektorganisering.....	6
2.3. Gjennomført arbeid knyttet til prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst.....	7
2.4. Sammenheng med Helse Sør-Østs virksomhetsstrategi og utarbeidelsen av lokale utviklingsplaner for helseforetakene.....	10
<b>3. Nasjonale føringer og utviklingstrekk i prehospitaltjenester</b> .....	<b>11</b>
3.1. Lover, forskrifter, overordnede retningslinjer og utredninger som legger føringer for drift og utvikling.....	11
3.2. Om aktørene i prehospitaltjenester.....	12
3.3. Nasjonale utviklingstrekk som vil få konsekvenser for prehospitaltjenester.....	13
<b>4. Dagens situasjon, utviklingstrekk og identifiserte utfordringer for prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst</b> .....	<b>17</b>
4.1. Dagens struktur av prehospitaltjenester.....	17
4.2. Aktivitet, ressursutnyttelse og beredskap.....	18
4.3. Kvalitet.....	21
4.4. Opplæring og kompetanse.....	22
4.5. Finansiering.....	23
4.6. Samhandling med kommunehelsetjenesten.....	24
4.7. Organisering.....	27
4.8. IKT-løsninger.....	29
<b>5. Strategiplan for prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst</b> .....	<b>31</b>
5.1. Om strategiplanen.....	31
5.2. Overordnet målbilde.....	32
5.3. Anbefalte delmål og tiltak per mål.....	32
5.4. Forslag til nye regionale aktiviteter og delprosjekter på kort sikt.....	35
<b>6. Vedlegg</b> .....	<b>36</b>

## Figurliste

Figur 1: Prosjektorganisasjon.....	7
Figur 2: Tidligere ferdigstilte sluttrapporter.....	8
Figur 3: Delprosjekter gjennomført 2013-2016 .....	9
Figur 4: Delprosjekter gjennomført og planlagt 2017-2020.....	10
Figur 5: Bilder av aktørene i prehospitale tjenester.....	12
Figur 6: Akuttmedisinsk kjede (fra STHF).....	13
Figur 7: Prosentvis fordeling av folketall (alder) og oppdrag i Norge i 2014.....	14
Figur 8: Andel av befolkningen som er 67 år og eldre i henholdsvis 2015 og 2030 (jo mørkere farge, dess høyere andel).....	15
Figur 9: Organisering av prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst.....	17
Figur 10: Antall iverksatte oppdrag med luftambulanse fra 2007-2016 (Luftambulansetjenesten HF).....	19
Figur 11: Antall oppdrag med bilambulanse i Helse Sør-Øst fra 2010 og framskriving frem mot 2035 med lav, middels og høy vekst (etter modell fra SiV).....	19
Figur 12: Antall henvendelser AMK i Helse Sør-Øst fra 2010 og framskriving frem mot 2035 med lav, middels og høy vekst (etter modell fra SiV) .....	20
Figur 13: Antall turer med Pasientreiser i Helse Sør-Øst fra 2010 og framskriving frem mot 2035 med lav, middels og høy vekst (etter modell fra SiV) .....	20
Figur 14: Tjenesteperspektivet i den akuttmedisinske kjede (fra SiV) .....	25
Figur 15: Medisinsk strategisk område akuttkjeden (fra STHF).....	26

## Tabell-liste

Tabell 1: Resultatmål.....	5
Tabell 2: Kostnadsutvikling innen ambulanse og luftambulanse i perioden 2006-2016 (Helsedirektoratet) .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>

# 1. Sammendrag

Denne utviklingsplanen er utarbeidet som en del av prosjektet «Videreutvikling av prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst». Prosjektet har som formål å redusere variasjonen i det akuttmedisinske tilbudet i helseregionen og bidra til gode og likeverdige prehospitaltjenester av høy kvalitet. Utviklingsplanen peker på ønsket utviklingsretning for prehospitaltjenester i regionen. Utviklingsplanen inkluderer en strategiplan for perioden 2018-2025.

Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å lage utviklingsplaner for alle helseforetakene, og prehospitaltjenester er et av de prioriterte områdene. Den overordnede målsetningen for prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst er: *Det skal sikres effektive og trygge prehospitaltjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som understøtter den funksjonsdeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområdet og i regionen som helhet* (jf. styresak 108/2008). Utviklingsplanen er tuftet på denne overordnede målsetningen.

Prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst står overfor en rekke muligheter og utfordringer i nær fremtid. I utviklingsplanen er det sett spesielt på muligheter og utfordringer innen områdene aktivitet, ressursutnyttelse og beredskap, kvalitet, opplæring og kompetanse, finansiering, samhandling, organisering og IKT-løsninger. Dagens tjenester er velfungerende, og pasientene mottar langt på vei likeverdige prehospitaltjenester, men prosjektet har på tross av dette identifisert utfordringer som bør håndteres for å møte forventet fremtidig utvikling og videreutvikle prehospitaltjenester ytterligere. Dette utdypes i utviklingsplanen.

Strategiplanen er gjeldende for alle fire områdene innen prehospitaltjenester, herunder AMK (Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral), ambulansetjenesten, Luftambulansetjenesten HF og Pasientreiser HF. Strategiplanen gjelder for perioden 2018-2025, og gir føringer for utviklingen frem mot 2035. Planen skisserer den ønskede retningen for hvordan prehospitaltjenester skal utvikle seg i årene fremover og definerer i den forbindelse fem strategiske mål. De strategiske målene konkretiseres i ulike delmål, og det foreslås gjennomføring av konkrete aktiviteter og delprosjekter for å bidra til å realisere overordnet målsetning.

De fem strategiske målene for prehospitaltjenester i perioden 2018-2025 i Helse Sør-Øst er:

1. Pasientene mottar rask og riktig helsehjelp
2. Helsepersonellet innehar nødvendig kompetanse
3. Det sikres riktig og kostnadseffektiv ressursbruk
4. Den akuttmedisinske kjeden er standardisert, sammenhengende og velfungerende
5. Tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger

Basert på gjennomført arbeid de senere årene er det i forbindelse med utarbeidelsen av utviklingsplanen gjennomført spesifikke delprosjekter: «Samhandling primær- og spesialisthelsetjenesten i den akuttmedisinske kjede», «Optimal ressursutnyttelse ved transport av pasienter» og «Kvalitetsindikatorer og virksomhetsstyring». Det er utarbeidet egne sluttrapporter fra delprosjektene samtidig som sentrale momenter identifisert i arbeidene er inkludert i utviklingsplanen. Disse ligger vedlagt dette dokumentet.

## 2. Bakgrunn for arbeidet

### 2.1. Prosjektmandat

En utviklingsplan i Helse Sør-Øst skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens behov og utfordringer for helsetjenester. Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr. Ut ifra planen skal en peke på mål og tiltak for å sikre god pasientbehandling i framtiden.

#### **Fra mandat (jf. styringsgruppemøte i prosjektet 22.09.16): Beskrivelse av delprosjektet «Regional utviklingsplan (inkl. strategiplan) for prehospitaler tjenester i Helse Sør-Øst»**

- Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å lage utviklingsplaner for alle helseforetakene. Prehospitaler tjenester er et av de prioriterte områdene. I mandatet til regional utviklingsplan er det blant annet nevnt konkretisering av samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Forslag på konkrete forbedringstiltak og delprosjekter som kan gi helsegevinst skal foreslås.
- Delprosjektet skal utarbeide felles strategiplan for prehospitaler tjenester i Helse Sør-Øst basert på Nasjonal helse- og sykehusplan. Strategiplanen vil inneholde beskrivelse av dagens situasjon, siste års organisatoriske endringer, utviklingstrekk, samt målbilde og strategiske føringer.
- Utviklingsplanen og strategiplanen skal utarbeides for perioden 2018-2025, og i tillegg skal en mer langsiktig regional utviklingsplan utarbeides med en tidshorisont frem mot 2035 (jf. protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 10.01.17). Innholdet skal i stor grad baseres på arbeidet som er gjort i allerede gjennomførte delprosjekter.

**Arbeidet med regional utviklingsplan for prehospitaler tjenester har følgende resultatmål:**

#	Resultatmål
1.1	Definere overordnede regionale føringer for den samlede utviklingen av prehospitaler tjenester i helseregionen
1.2	Beskrive dagens situasjon ved å oppsummere gjennomførte kartlegginger og analyser, og supplere med flere analyser ved behov
1.3	Beskrive utviklingstrekk og framskriving, og trekk veksler på erfaringer fra andre aktører nasjonalt og internasjonalt
1.4	Konkretisere strategiske fokusområder, og ferdigstille felles målbilde for PHT i HSØ, inkl. forslag til konkrete forbedringstiltak og delprosjekter som kan gi helsegevinst

Tabell 1: Resultatmål

## 2.2. Prosjektorganisering

Ansvarsområder og prosjektorganisering for prosjektet «Standardisering og utvikling av prehospitaltjenester» følger under.

### Prosjekteier

- Linjeorganisasjonens eier av prosjektet
- Ansvarlig for realisering av prosjektets målsetninger og gevinster
- Ansvarlig for å sikre forankring

### Styringsgruppe

- Overordnet ansvarlig for styringen av prosjektet
- Ansvarlig for realisering av prosjektets resultatmål innenfor prosjektmandatets rammer
- Godkjenner leveransedokumenter som blant annet mandat og sluttrapport i de ulike prosjektfasene

### Referansegruppe

- Referansegruppen har ikke besluttsende myndighet, kun rådgivende
- Benyttes for faglige vurderinger, råd og veiledning

### Prosjektleder

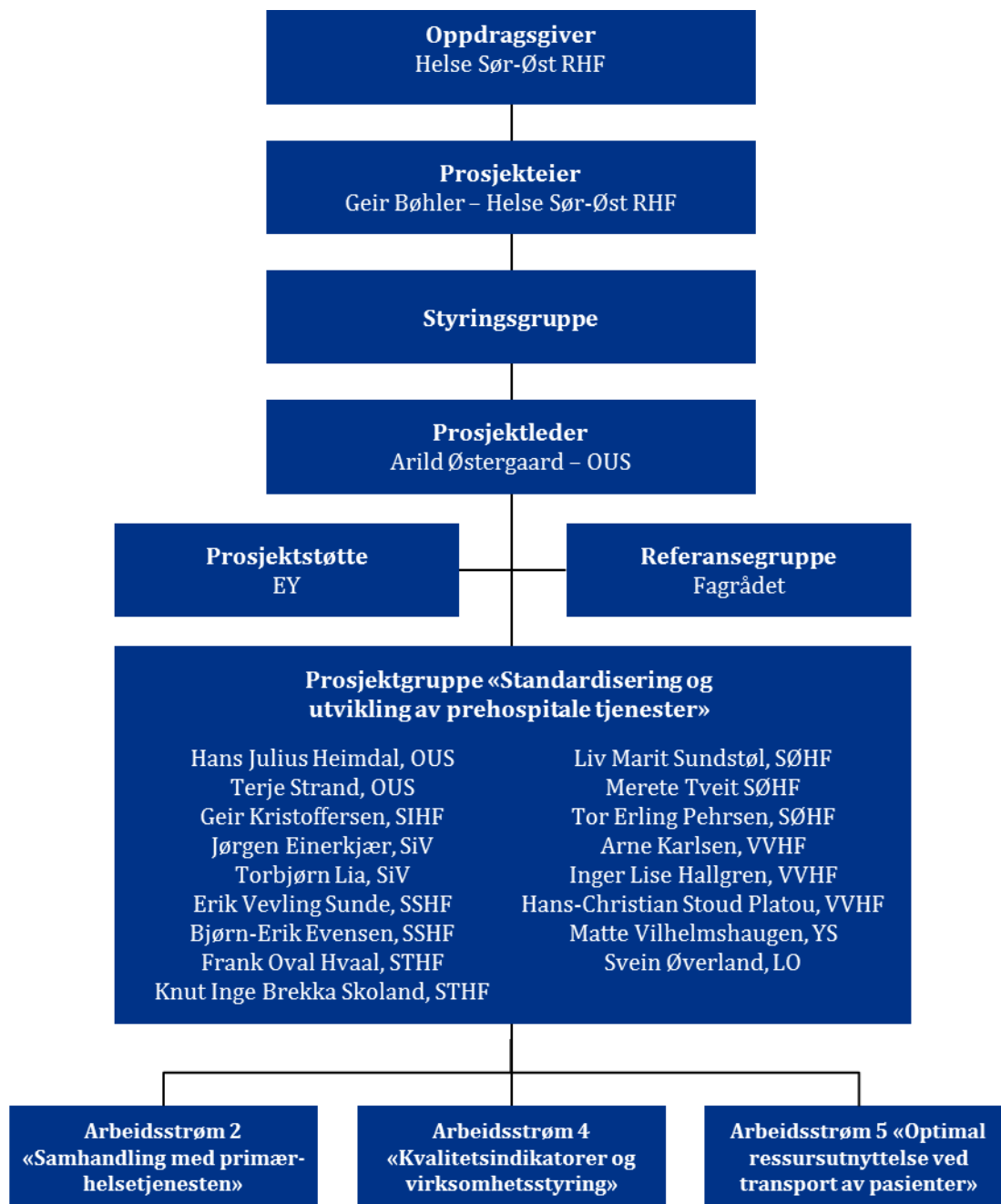
- Utøver den daglige ledelsen av prosjektet med prosjektstøtte fra EY
- Prosjektlederen er ansvarlig for å styre prosjektet slik at det når sine mål innenfor godkjent prosjektmandat (tid, kost, omfang og kvalitet)

### Prosjektgruppe

- Ansvarlig for å utføre tildelte arbeidsoppgaver knyttet til prosjektet

### Arbeidsstrøm

- Består av fagressurser fra alle helseforetakene
- Ansvarlig for å utføre tildelte arbeidsoppgaver knyttet til arbeidsstrømmen



Figur 1: Prosjektorganisasjon

### 2.3. Gjennomført arbeid knyttet til prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst

Ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF vedtok i februar 2012 å gjennomføre en foranalyse innen IKT-området i de prehospitaltjenestene. Helse Sør-Øst RHF ville med dette forberede et helhetlig program for å løfte det prehospitaltjenesteområdet til å levere en enhetlig, regional tjeneste basert på felles systemer og standardiserte arbeidsprosesser. Bakgrunnen var blant annet Helseledningsdirektoratets og Gjørsvikkomisjonens rapporter etter 22. juli 2011, samt Fagrådets innspill til regional plan for prehospitaltjenester fra 2010.

Basert på målbilder og anbefalte tiltak fra dette forprosjektet vedtok Helse Sør-Øst RHF i mars 2014 å igangsette prosjektet «Videreutvikling av prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst», som har

pågått i ulike faser frem til 2017 (se figur 3 og 4). Prosjektet har som formål å sikre en samlet standardisert utvikling og koordinert gjennomføring av nødvendige forbedringstiltak og initiativ innen det prehospitalt område. Prosjektet planlegges videreført i 2018.

Det har vært sikret bred involvering med en rekke prosjektdeltakere fra ulike helseforetak i region Helse Sør-Øst i løpet av prosjektperioden, og det har vært bred deltagelse av fagressurser for å sikre kunnskap og erfaring fra spesifikke miljøer.

Det er gjennomført følgende delprosjekter:

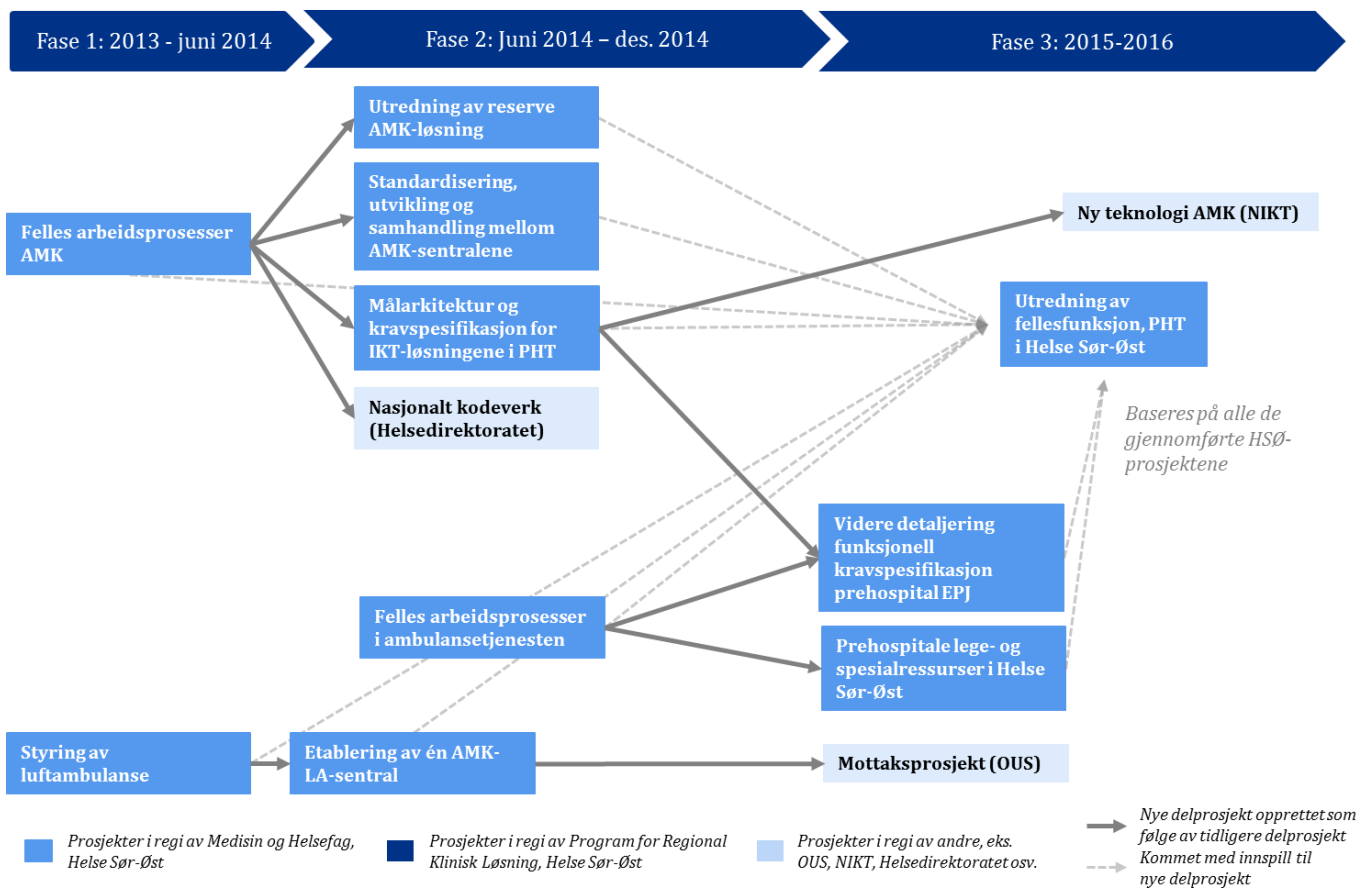
- «Prehospitalt IKT-systemer», sluttrapport levert 05.09.12
- «Felles arbeidsprosesser i prehospitalt tjenester med fokus på nødmeldetjenesten», sluttrapport levert 06.02.14
- «Styring av luftambulans», sluttrapport levert 06.02.14
- «Utredning av reserve AMK-løsning», sluttrapport levert 19.06.14
- «Etablering av én AMK-LA-sentral», sluttrapport levert 26.09.14
- «Felles arbeidsprosesser i ambulansetjenesten», sluttrapport levert 19.12.14
- «Målarkitektur og kravspesifikasjon for IKT-løsningene i prehospitalt tjenester», sluttrapport levert 19.12.14
- «Standardisering, utvikling og samhandling mellom AMK-sentralene (utvalgte områder)», sluttrapport levert 13.02.15
- «Utredning av fellesfunksjon for å sikre standardisering og ensartet utvikling av prehospitalt tjenester», sluttrapport levert 22.09.15
- «Prehospitalt lege- og spesialressurser i Helse Sør-Øst», sluttrapport levert 15.10.15
- «Videre detaljering av funksjonell kravspesifikasjon prehospital EPJ», sluttrapport levert 16.03.16
- Deltakelse inn i arbeidet med å anskaffe IKT til AMK-sentralene i regi av Nasjonal IKT (NIKT) (dette prosjektet ble stoppet i mai 2017)
- «Standardiserte arbeidsprosesser og prosedyrer i AMK», sluttrapport levert 18.09.17
- «Samhandling primær og spesialisthelsetjenesten», sluttrapport levert 18.09.17
- «Optimal ressursutnyttelse ved transport av pasienter», sluttrapport levert 04.12.17
- «Kvalitetsindikatorer og virksomhetsstyring», sluttrapport leveres 30.01.18
- «Regional utviklingsplan (inkl. strategiplan) for prehospitalt tjenester i Helse Sør-Øst», 2016 – 2017 (dette dokumentet), leveres 30.01.18



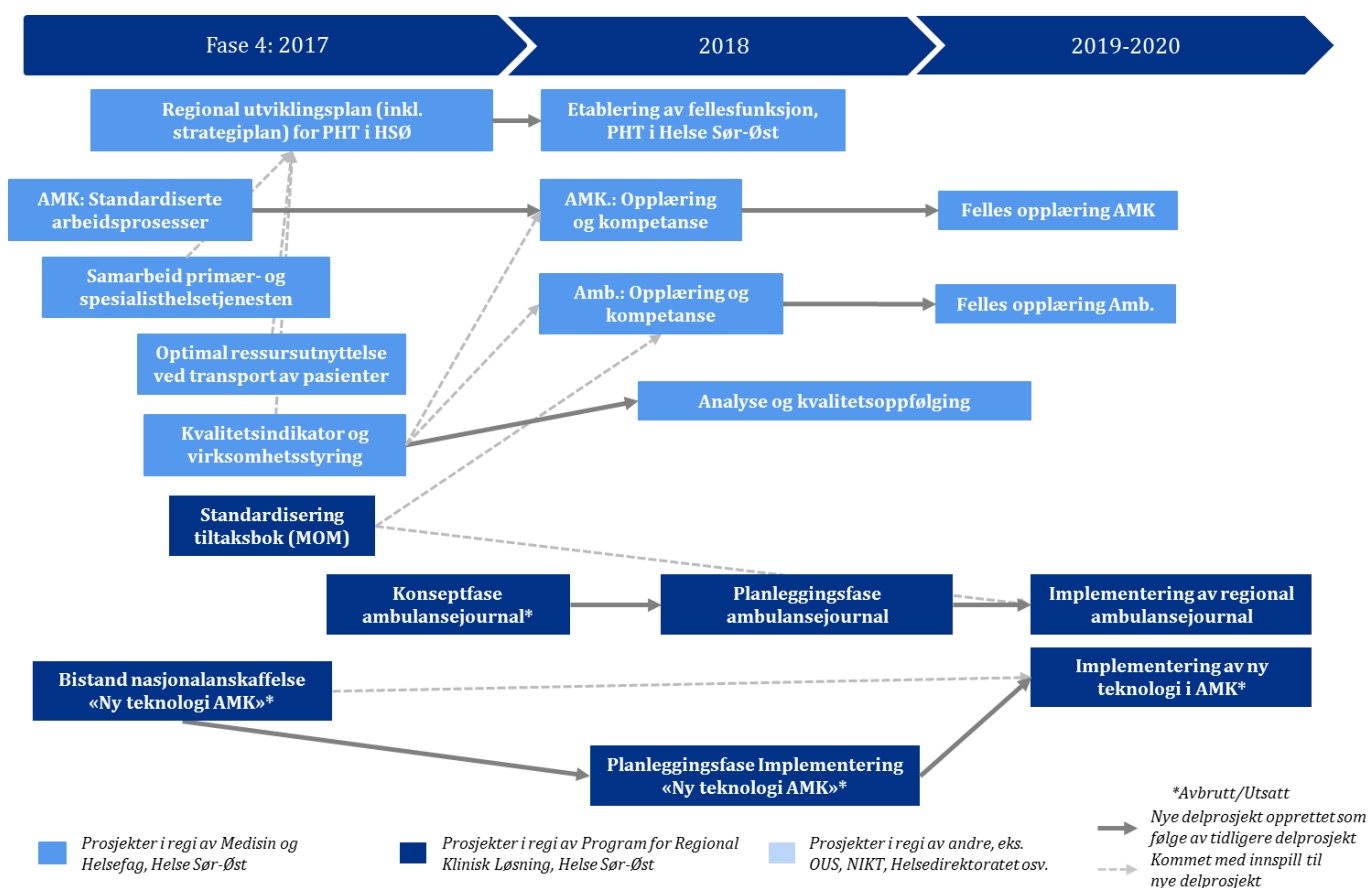
Figur 2: Tidligere ferdigstilte sluttrapporter

Figuren under viser sammenhengen mellom de ulike fasene i prosjektet med gjennomførte delprosjekter fra 2013 til 2017, samt tentative delprosjekter som planlegges gjennomført i 2018, 2019 og 2020.





Figur 3: Delprosjekter gjennomført 2013-2016



Figur 4: Delprosjekter gjennomført og planlagt 2017-2020

## 2.4. Sammenheng med Helse Sør-Østs virksomhetsstrategi og utarbeidelsen av lokale utviklingsplaner for helseforetakene

«Plan for strategisk utvikling 2013-2020» ble vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF i november 2012. Hovedfokus i perioden er «Kvalitet og pasientsikkerhet» og «Standardisering og fornying av IKT».

Helse- og Omsorgsdepartementet ga i foretaksmøtet 04.05.16 Helse Sør-Øst RHF oppdrag om å lage utviklingsplaner for alle helseforetakene, samt en overordnet regional utviklingsplan:

«Foretaksmøtet viste til at det nå foreligger en første versjon av veileder for helseforetakenes utviklingsplan. Veilederen inneholder anbefalinger om prosess i forhold til ulike interessenter og om risiko-, sårbarhets- og mulighetsanalyse som skal legges til grunn. Foretaksmøtet la til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen.»

Helse Sør-Øst RHF har valgt å prioritere enkelte fagområder og prosjekter, herunder inngår prehospitaltjenester. Den regionale utviklingsplanen skal «fange opp samlet demografisk utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og samlet kapasitetsbehov» (Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019). Utvalgt informasjon fra denne utviklingsplanen for prehospitaltjenester i regionen skal inngå i den overordnede regionale utviklingsplanen for Helse Sør-Øst RHF.

Formålet med å lage utviklingsplaner er å ramme inn utviklingen av helseforetakets kjernevirksomhet. I et planperspektiv betyr det å definere det virksomhetsmessige grunnlaget for videreutvikling av helseforetaket, herunder økonomisk langtidsplan.

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 10.01.17:

- «Alle regioner skal innen 31. desember 2018 utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen for utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035».

### **3. Nasjonale føringer og utviklingstrekk i prehospitaltjenester**

#### **3.1. Lover, forskrifter, overordnede retningslinjer og utredninger som legger føringer for drift og utvikling**

Nedenfor følger et utvalg av lover, forskrifter og utredninger som legger føringer for utviklingen av prehospitaltjenester i perioden 2018-2025, og frem mot 2035:

- NOU 2015:17 Først og fremst
- NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
- St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- St. meld. nr. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- Akuttmedisinforskriften (Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.)
- Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Definisjonskatalogen for den akuttmedisinske kjede
- Meld. St. 13 (2016–2017) Kvalitet og pasientsikkerhet 2015
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

I de ulike utredningene og publikasjonene er det gjennomgående at nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene skal vektlegges for å bidra til større likhet i tjenestetilbudet, øke samhandlingen og forbedre total ressursutnyttelse i prehospitaltjenester. Drift og utvikling av prehospitaltjenester skal skje innenfor rammen av medisinsk utvikling og behandlingslinjer, ulike lover og forskrifter, samt tilgjengelig finansiering. Videre påpekes det at det at tjenesten er desentralisert med god samordning, og at det legges vekt på samhandling og utnyttelse av ressurser samlet i primær- og spesialisthelsetjenesten.

### 3.2. Om aktørene i prehospitaltjenester

**Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)** spiller en sentral rolle i den akuttmedisinske kjeden. Ansvar for å etablere og drive AMK-sentralene og medisinsk nødnummer 113 er en del av de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar.

AMK mottar nødmeldinger, gir veiledning og iverksetter tiltak basert på «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp»<sup>1</sup>. AMK koordinerer ambulanseressurser og er «navet» i samhandlingen i den akuttmedisinske kjede.

**Bilambulansetjenesten** har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste med enkle førstehjelpsmuligheter til å bli en viktig del av den akuttmedisinske kjeden. Utvikling av ambulansesfaget og ny teknologi gir økte muligheter for avansert diagnostikk og behandling utenfor sykehus.

Det er i de senere årene i økende grad arbeidet med å differensiere transport av pasienter ved eksempelvis å introdusere syketransportbiler (hvite biler) og etablere et tettere samarbeid med Pasientreiser. Ambulansetjenesten vil i framtiden ha en enda større rolle i å sikre pasienten rett behandling til rett tid og på rett nivå.

**Luftambulansetjenesten** er en viktig del av en helhetlig akuttmedisinsk kjede. Norges geografi og befolkningens bosettingsmønster gjør at luftambulansetjenesten er sentral for effektiv behandling, transport og beredskap ved akutt sykdom eller skade. Tjenesten bidrar til et mer likeverdig helsetilbud i hele landet, og bidrar til at pasientene kan dra nytte av moderne behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander, og når avstand til aktuelt sykehus er lang.

Luftambulansetjenesten HF har det overordnede driftsansvaret for luftambulansen i Norge, og helseforetakene har det medisinske ansvaret for tjenesten, herunder ansvaret for medisinsk faglig bemanning. Luftambulansetjenesten er et supplement til, og ikke en erstatning for, den øvrige akuttmedisinske beredskapen.

**Pasientreisekontorene** i helseforetakene har ansvaret for planlagte reiser til og fra medisinsk behandling. Dersom det foreligger medisinske eller trafikale grunner for dekt reise kan behandler eller pasientreisekontorene gi pasienten rekvisisjon for dette. Pasientreisekontorene står for planlegging og bestilling av reiser med rekvisisjon, og har sammen med Pasientreiser HF ansvar for saksbehandling og refusjon av Pasientreiser uten rekvisisjon.

Pasientreiser HF er et nasjonalt helseforetak som administrerer reiser uten rekvisisjon, og som yter juridisk bistand og opplæring, gjennomfører nasjonale prosjekter, og bidrar til harmonisering av regelverk og praksis i forvaltningen av Pasientreiser på nasjonalt nivå.



Figur 5: Bilder av aktørene i prehospitaltjenester

<sup>1</sup> <http://traumeplan.no/wp-content/uploads/2015/03/Norsk-indeks-for-medisinsk-n%C3%B8dhjelp.pdf>

### 3.3. Nasjonale utviklingstrekk som vil få konsekvenser for prehospitaler tjenester

#### Beredskap, samhandling og kvalitet

«Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften)»<sup>2</sup> skal bidra til at befolkningen mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp. Dette betyr at tjenestene må være tilgjengelige ved behov, det vil si i beredskap og i rimelig nærhet til hendelsessted, og de må imøtekomme de medisinske behovene pasientene har.

Ansvar for akuttmedisinske tjenester er organisert på to ulike forvaltningsnivå, primær- og spesialisthelsetjenesten, hvor begge nivåene har et «sørge for»-ansvar. Dette kan skape utfordrende grenseflater, noe som krever god samhandling og samarbeid mellom tjenestene. Det er essensielt å ivareta befolkningens behov for akuttmedisinske tjenester på en god måte, og forskriften forutsetter at alle aktørene samarbeider om felles planlegging av ressursbruk og dimensjonering. Videre er det nødvendig at de prehospitaler tjenestene samarbeider godt med de andre nødetatene, politi og brann, som også har en sentral rolle i akutte utrykninger, særlig når det gjelder ulykker, branner og situasjoner hvor personellet er truet. Det er utviklet prosedyrer for å håndtere dette, og samlokalisert nødsentral i Drammen (SAMLOK) har vært sentral i dette arbeidet.

Det er gjennomført flere utredninger de senere årene som har kommet med tilrådninger knyttet til kvalitetsparameter og responstider i prehospitaler tjenester. Tidsanbefalinger for akutte bilambulanseoppdrag ble først foreslått i «Hvis det haster.....»<sup>3</sup>, en Norsk offentlig utredning (NOU) om prehospital akuttmedisin fra 1998. Det ble fremmet forslag til prehospitaler responstidsmål for akutte oppdrag, samt hasteoppdrag, og det ble differensiert mellom tettbygde og griskrendte strøk. Intensjonen var at målene etter hvert skulle bli til krav, men det har ikke vært politisk vilje til å ta de økonomiske konsekvensene av slike krav. NOU-en «Først og fremst»<sup>4</sup> fra 2015 opprettholder de anbefalte responstidene fra 1998, men foreslår at dette skal være kvalitetsindikatorer som grunnlag for måling, fremfor krav for ambulansetjenesten. Det blir imidlertid foreslått spesifikke krav for aksestid i AMK og legevaktsentraler, og disse føringene ligger til grunn for Akuttmedisinforskriften.

Utvalget som gjennomførte utredningen «Først og fremst» hevder at datagrunnlaget for styring og utvikling av de prehospitaler tjenester er begrenset, og at kvalitetsindikatorer som måler kvaliteten på pasientbehandlingen og pasientforløpet mangler. De påpeker behovet for et nasjonalt kvalitetsløft som omfatter offentlig finansiert forskning, utvikling av data, kodeverk og kvalitetsindikatorer, samt utarbeidelse av nasjonale veiledere og faglige retningslinjer.

Anskaffelse av prehospital EPJ fremstår som nødvendig og etterspurt. «Først og Fremst», NOU 2015:17, identifiserer problemstillingen og konkluderer med at «...det er et påtregende behov



Figur 6: Akuttmedisinsk kjede (fra STHF)

<sup>2</sup> Akuttmedisinforskriften: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

<sup>3</sup> «Hvis det haster.....»: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-9/id141301/>

<sup>4</sup> «Først og fremst»: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>

for en nasjonal elektronisk pasientjournal i alle ledd av den akuttmedisinske kjeden, herunder ambulansetjenesten».

Utredningen påpeker videre at det er nødvendig å differensiere transportmidler i fremtiden, slik at pasienten mottar transport som er tilpasset behov og er i henhold til gjeldende forskrifter (BEON\*). Dette vil føre til at totale ressurser utnyttes best mulig.

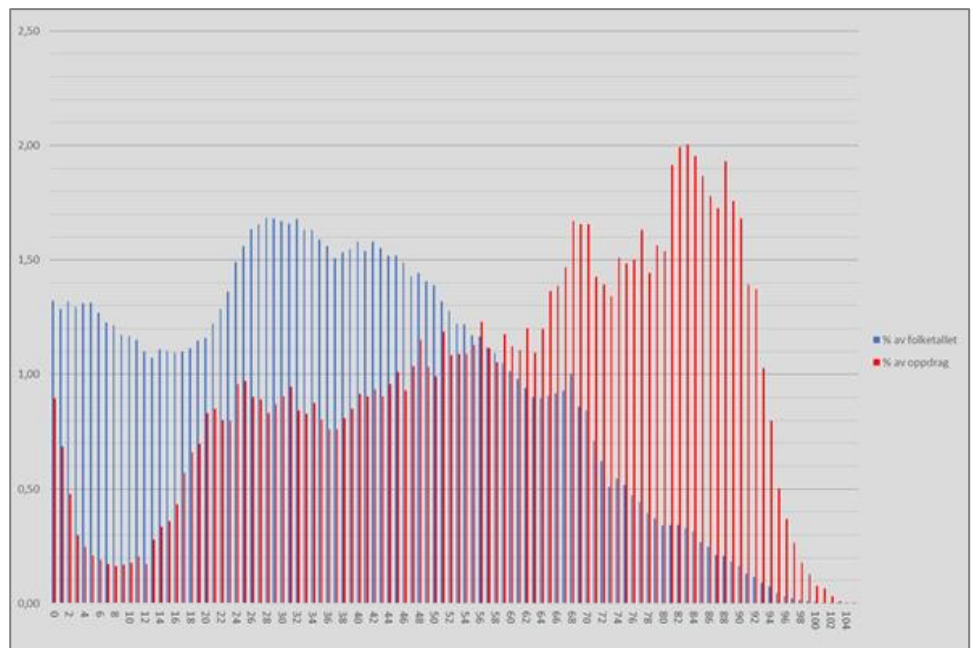
«Først og fremst» beskriver også behovet for at den akuttmedisinske kjede i økt grad samarbeider med frivillige organisasjoner for å sikre at pasienten får hjelp i rett tid, spesielt i områder hvor det er langt til nærmeste sykehus. Utredningen påpeker at forventede endringer i sykehusstruktur kan innebære flere oppgaver og økt ressursbruk i prehospitale tjenester, særlig for ambulansetjenesten. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i ambulansetjenesten er en forutsetning for å kunne sikre riktig medisinsk beredskap i fremtiden.

Det gjennomføres for tiden flere nasjonale prosjekter som vil påvirke det prehospitale området. Herunder kan vi nevne «Transport av psykisk ustabile personer», som jobber med å forbedre transporten av psykiatripasienter, og «Sammen redder vi liv», i regi av Norsk Førstehjelpsråd, som fokuserer på å redusere dødelighet ved hjertestans utenfor sykehus.

### Demografi og sykdomsutvikling

Folketallet i Norge øker, og Statistisk sentralbyrå (SSB) estimerer at befolkningen overstiger 6 mill. innbyggere i 2031. Det antas at befolkningen vil vokse med mer enn 50 000 personer årlig frem til og med år 2025, for deretter å bli noe lavere.

Videre ser vi en endring i befolknings sammensetningen da det fødes færre barn enn tidligere og gjennomsnittlig levealder øker. Av forventet befolkningsøkning på 1 million innen 25 år, ventes det at 600 000 er 67 år eller eldre. Sentraliseringen antas å fortsette, og SSB estimerer at det er særlig utkantkommunene som vil få den høyeste andelen eldre. Denne aldersgruppen har omtrent fem ganger høyere forbruk av sykehustjenester enn yngre aldersgrupper<sup>5</sup> og de har et vesentlig høyere forbruk av ambulanse (jf. figur 7<sup>6</sup>).



Figur 7: Prosentvis fordeling av folketall (alder) og oppdrag i Norge i 2014

Det antas at stadig flere kommer til å leve mange år med kroniske sykdommer. Sykdomsbildet endres særlig på grunn av flere eldre som i større grad rammes av hjerte- og karlidelser og kreft<sup>7</sup>. Folk i yrkesaktiv alder rammes oftere av muskel- og skjelettlidelser, og yngre

<sup>5</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/sec5>

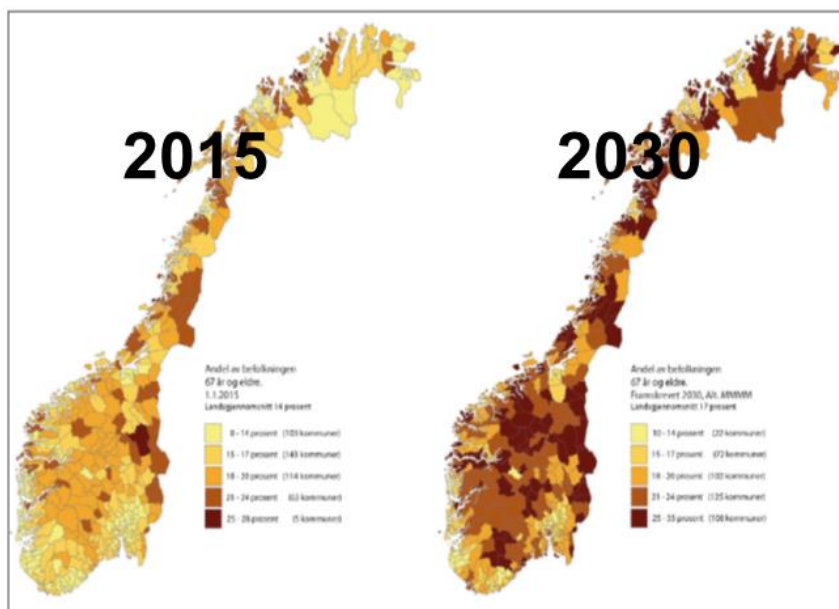
<sup>6</sup> <http://www.nsh.no/getfile.php/4025207.2445.jqttq7asin7a77/Steinar+Olsen.pdf>

<sup>7</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

aldersgrupper vil ha økning i behov for rusbehandling og psykisk helsehjelp. Det er et økt politisk fokus på de sistnevnte pasientgruppene, og de prehospitalt miljøene i de fire regionale helseforetakene fikk i 2014 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet<sup>8</sup> å gjennomføre prosjekter i sin respektive region med hensikt å sikre psykisk ustabile personer en trygg og god transport. Dette arbeidet forventes ferdigstilt i Helse Sør-Øst i løpet av 2018.

### Aktivitet

Aktivitetsnivået i prehospitalt tjenester har hatt en gjennomsnittlig økning på 3 - 4 % for de ulike aktørene de siste 20 årene. Noen utviklingstrekk går i retning av lavere forbruk av prehospitalt tjenester i fremtiden, herunder nye transportformer, økt grad av behandling og oppfølging av kommunehelsetjenesten og utvikling av ny teknologi. Andre utviklingstrekk går i retning av høyere forbruk, herunder eldre befolkning, lengre transportavstander og økt spesialisering av tjenester. Aktiviteten i de prehospitalt tjenestene forventes totalt å øke, som i helsevesenet generelt, som følge av et stadig utvidet helsetilbud til befolkningen og større grad av spesialisering i spesialisthelsetjenesten.



Figur 8: Andel av befolkningen som er 67 år og eldre i henholdsvis 2015 og 2030 (jo mørkere farge, dess høyere andel)

Den prehospitalt aktiviteten påvirkes også av utviklingen innen kommunehelsetjenesten. Det er observert at sentraliseringen av et stort antall legevakter blant annet har medført færre og større legevakt-distrikter, noe som leder til flere transportoppdrag og lengre kjøreavstander. Det er for øvrig noe usikkerhet knyttet til utviklingen i aktiviteten i distriktene. Urbaniseringen vil fortsette, samtidig som andelen eldre vil øke i distriktene (jf. figur 8<sup>5</sup>).

Helsedirektoratet gjennomførte i 2017 en utredning<sup>9</sup> for å vurdere et pilotprosjekt på legevaktfeltet i form av et helsevaktsystem som kan sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i fremtiden. Utredningen resulterte i en foreslått tretrinns-modell for hvordan det akuttmedisinske tilbudet i kommunen kan organiseres, og modellen foreslås tilpasset befolkningsgrunnlag og geografi. En slik endring i legevaktstrukturen vil kunne gi konsekvenser for aktivitetsnivået til de prehospitalt tjenestene, og dette er det viktig å ta hensyn til i planperioden.

\*BEON – Beste effektive omsorgsnivå

<sup>8</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Oppdragsdokument 2014 – Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014)*

<sup>9</sup> Helsedirektoratet (2017). *Modell for organisering av legevakt i små og mellomstore kommuner*

## Økonomi

Historisk kostnadsutvikling for ambulanse og luftambulanse<sup>10</sup> (jf. tabell 2) viser en kostnadsøkning på i overkant av 50 % fra 2010-2016. Aktivitetsøkning kan ikke alene begrunne denne kostnadsøkningen, men prosjektet har ikke gått nærmere inn på hva som er bakenforliggende for økningen. Nye kontrakter for luftambulansen som trer i kraft i 2018 og 2019 vil medføre ytterligere økning i kostnadene til de prehospitaltjenestene.

## Teknologi

Teknologi åpner for mange nye muligheter innen prehospitaltjenester, og det vil påvirke tjenestene, samhandlingen og aktivitetsnivået i stor grad i planperioden frem mot 2035. Den teknologiske endringen vil kunne drive utviklingen i retning av sentralisering av spesialisthelsetjenester, som gir lengre transportveier, samtidig som enklere og mer mobilt utstyr flytter tjenestene nærmere innbyggerne, til små sykehus, lokalmedisinske sentre eller hjem til pasienten. Det er vanskelig å se for seg hvordan dette kan slå ut for de prehospitaltjenestene, og dette er ikke videre utredet. Imidlertid ble det formidlet bred politisk enighet om at vi skal ha både store og små sykehus med akuttfunksjoner i Norge da sykehuskartet ble tegnet i 2017<sup>11</sup>.

Medisinsk og teknologisk forskning vil gi mer evidensbasert kunnskap og får betydning for utviklingen av de prehospitaltjenestene i fremtiden. Bruk av fremtidig tilgjengelig teknologi kan bidra til at pasienten i økt grad får rett behandling til rett tid, og bidra til raskere diagnostikk og behandling, herunder ved bruk av hurtiganalyser, ultralyd, CT, telekommunikasjon, droner m.m.

Noen eksempler som vi ser allerede nå kan nevnes: En tverrfaglig arbeidsgruppe ved NTNU i Gjøvik jobber med et forprosjekt hvor målet er å utvikle en ambulansedrone som kan transportere pasienter. Droner kan benyttes i oppdrag hvor ambulanser eller helikoptre ikke kommer fram og hvor det er behov for rask transport til sykehus. I første fase vil gruppen studere «state of the art»-teknologier innenfor droneteknologi. Nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere er invitert til å delta i prosjektet.

Et annet eksempel som kan trekkes frem, er prosjekter de siste årene hvor aktører i både Sverige og Danmark har testet ut droner med hjertestartere som sendes ut til hjertestanshendelser med stort hell. Droner blir også testet ut av Helse Nord, som i 2017 påstartet et prosjekt på hjertestarterdroner på Svalbard<sup>12</sup>. Planen i dette prosjektet er å bruke droner i søk, redningsarbeid og transport av medisin, og etter to til tre år satser de på at droner vil være en livsviktig partner i redningsarbeid og for ambulanser.

	Ambulanse og luftambulanse	Spesialisthelsetjenesten	Prosentvis andel
2006	2 704	78 636	3,4 %
2007	3 029	87 440	3,5 %
2008	3 306	91 949	3,6 %
2009	3 696	98 223	3,8 %
2010	4 017	102 430	3,9 %
2011	4 272	108 624	3,9 %
2012	4 809	114 373	4,2 %
2013	5 049	119 565	4,2 %
2014	5 451	127 880	4,3 %
2015	6 003	138 084	4,3 %
2016	6 039	139 128	4,3 %

Tabell 2: Kostnadsutvikling innen ambulanse og luftambulanse i perioden 2006-2016 (Helsedirektoratet)

<sup>10</sup> <http://www.nsh.no/getfile.php/4025207.2445.jqttq7asin7a77/Steinar+Olsen.pdf>

<sup>11</sup> <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehuskartet-er-tegnet/id2550221/>

<sup>12</sup> <https://www.nrk.no/nordland/vil-bruke-droner-til-livredning-og-sok-1.13408647>



Videre er bruk av lommeultral lyd på slagpasienter et tilfelle der ny teknologi forventes å effektivisere og bedre behandlingen, samt redusere ressursbruken<sup>13</sup>.

Knyttet til samhandling finnes det også interessante eksempler, blant annet fra Danmark, hvor teknologi muliggjør samhandling mellom prehospitale tjenester og innbyggerne (borgerhjelp) i akutte situasjoner, eksempelvis ved hjertestans.

Det er store muligheter til å hente inspirasjon fra innovative organisasjoner her til lands og i utlandet for å finne løsninger som kan effektivisere og videreutvikle de prehospitale tjenestene, både innen primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder blant annet innen kompetanseutvikling, anskaffelse og bruk av medisinteknisk utstyr og IKT, samt forskning knyttet til pasientforløp og pasientbehandling.

## 4. Dagens situasjon, utviklingstrekk og identifiserte utfordringer for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst

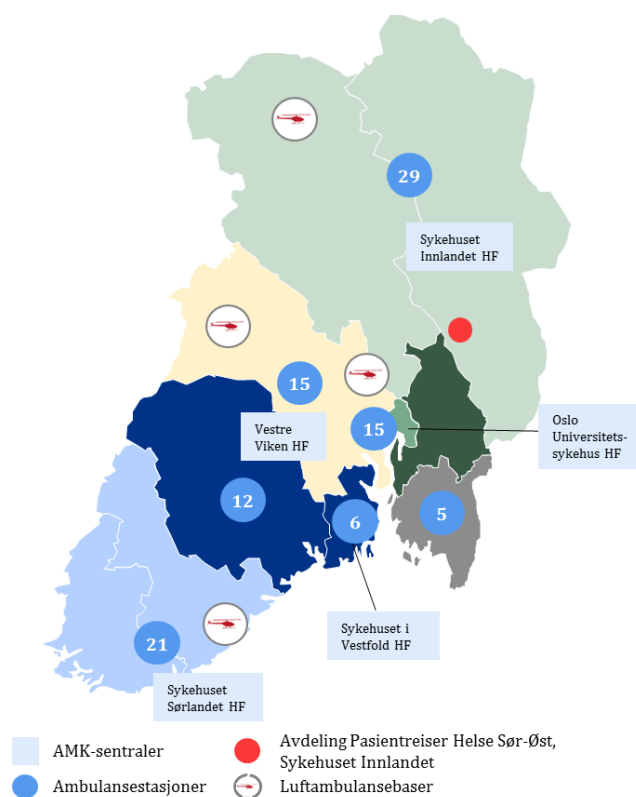
### 4.1. Dagens struktur av prehospitale tjenester

Helse Sør-Øst sørger for spesialisthelsetjenester til 2,9 millioner mennesker i regionen og eier 11 helseforetak. De har også et forpliktende samarbeid med ideelle private sykehus.

Prehospitale tjenester er i hovedsak organisert innen det enkelte helseforetak og har ansvar for Pasientreiser, AMK, ambulansetjeneste, samt leger tilknyttet luftambulansetjenesten innenfor definerte, geografiske områder.

Informasjon om prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst følger under.

- Tjenestene er fordelt på syv helseforetak; Sykehuset Innlandet HF, Oslo Universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Sørlandet HF.
- Tjenestene består av 103 ambulansestasjoner med totalt 214 bilambulanser, 7 syketransportbiler og 9 Helseekspresser.
- Luftambulansebasene driftes av det nasjonale selskapet Luftambulansetjenesten HF, mens det aktuelle helseforetak har ansvaret for medisinsk bemanning. AMK Oslo er tillagt ansvaret for koordinering og «Flight Following» for hele regionen.



Figur 9: Organisering av prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst

<sup>13</sup> <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/08/30/forskning-taler-for-mer-bruk-av-lommeultral-lyd-pa-hjertepasienter/>

- Pasientreisekontorene er underlagt helseforetakene, og drives i nært samarbeid med Pasientreiser HF.

Fagrådet for akuttmottak og prehospitale tjenester er etablert som et rådgivende organ for å ivareta faglig utvikling og koordinering på tvers av helseforetakene i Helse Sør-Øst (jf. mandat for fagråd i Helse Sør-Øst).

## 4.2. Aktivitet, ressursutnyttelse og beredskap

### Dagens situasjon og utviklingstrekk

Aktørene i de prehospitale tjenestene i Helse Sør-Øst har de senere årene hatt en årlig gjennomsnittlig aktivitetsutvikling på 3 – 4 % grunnet blant annet demografiske endringer, endringer i behandlingslinjer, kortere liggetid på sykehus, endring i legevaktorganisering og økte forventninger i befolkningen. Veksten for de ulike aktørene presenteres senere i dette avsnittet. Dette er en utvikling som forventes å vedvare i fremtiden.

For å sikre tilgjengelige transportmidler til akutte oppdrag og god utnyttelse av samlede ressurser, har det over tid blitt etablert differensierte transportmidler for å sikre pasientene et godt og effektivt tilbud. I tillegg til taxi og bruk av ordinære ambulanser, er det blant annet tatt i bruk tobåreambulanser, Helseekspresser og rullestolbiler<sup>14</sup>. I de senere årene har det differensierte transporttilbudet blitt komplettert med syketransportbiler (hvite biler) hos flere av helseforetakene. Oslo og Akershus har etablert enereddertjenester i fast beredskap som rykker ut og iverksetter behandling og stabilisering i påvente av ambulansetransport. Andre helseforetak har etablert tilsvarende tilbud som brukes ved spesielle arrangementer.

Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus og Vestre Viken har iverksatt en ordning med beredskapspunkter<sup>15</sup> for å desentralisere ambulansene i større grad. Dette arbeidet er under utvikling, men det er dokumentert at denne desentraliserte ambulansestrukturen har lyktes i å redusere responstiden ved akutte oppdrag.

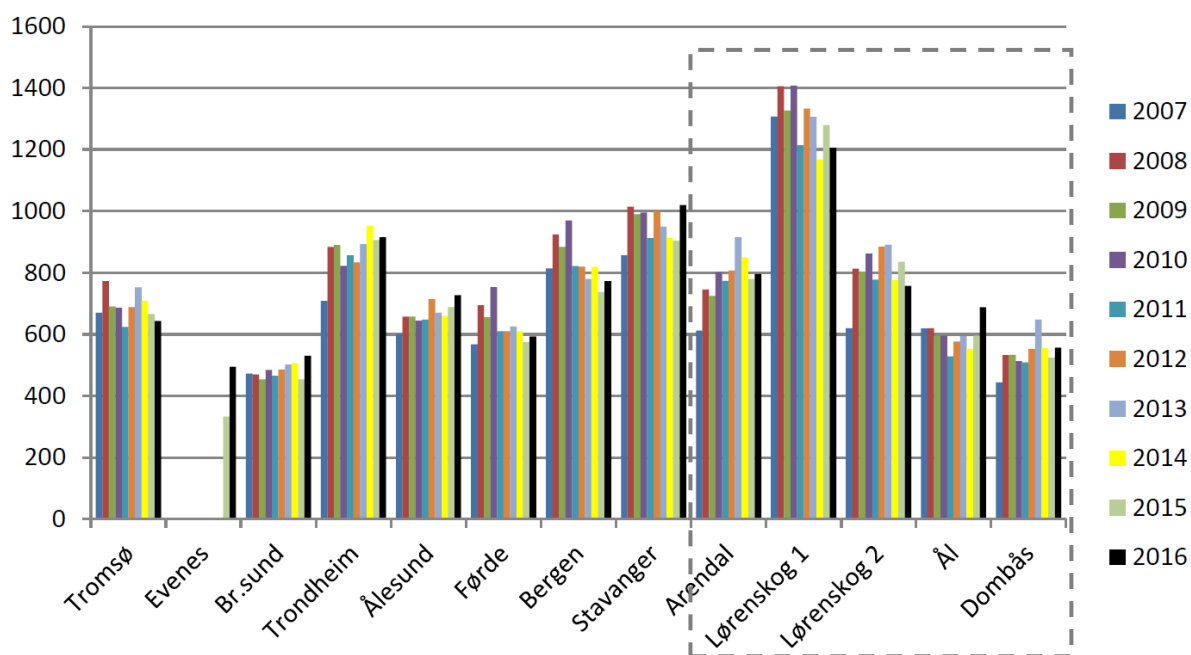
Helse Sør-Øst har tillagt ansvaret for koordinering av luftambulanse i hele regionen til AMK Oslo. Dette har medført at det er enklere å få oversikt over samlede ressurser på tvers av helseforetakenes grenser, med større fokus på «Flight Following»-funksjon, samt større grad av koordinering etter prinsippet «nærmeste ressurs», og resultatet er en mer likeverdig tilgang i regionen.

Grafen nedenfor viser historisk utvikling i antall iverksatte oppdrag med luftambulanse i perioden 2007-2016.

---

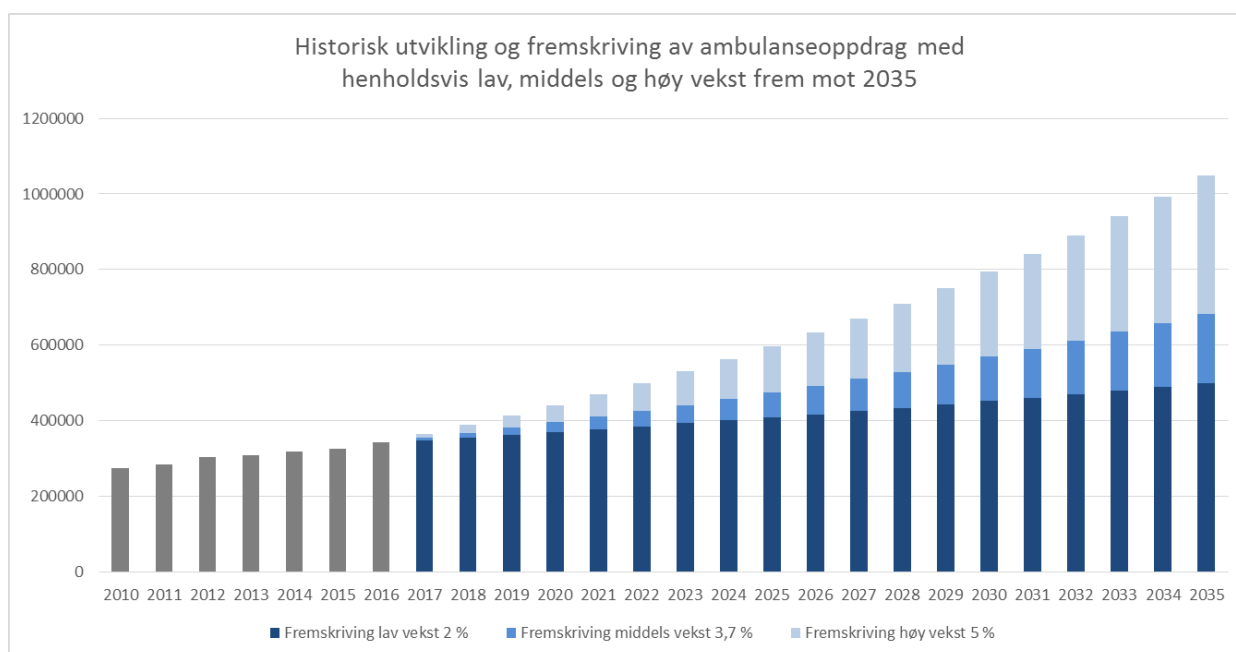
<sup>14</sup> Se sluttrapport i arbeidsstrømmen «Optimal ressursutnyttelse ved transport av pasienter» (vedlagt)

<sup>15</sup> <https://ambulanseforum.no/wp-content/uploads/2017/09/1-Thomas-Christensen-Ambforum-2017-kortere.pdf>



Figur 10: Antall iverksatte oppdrag med luftambulansetjenesten HF)

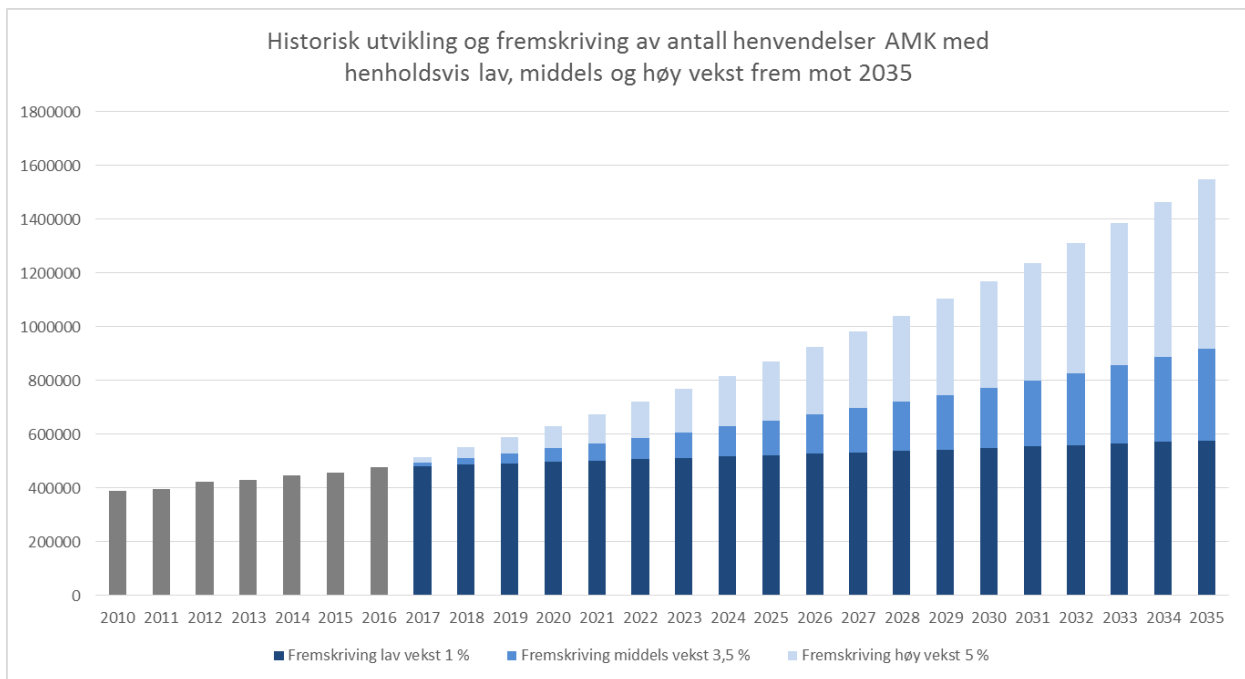
Videre viser de påfølgende grafene den historiske utviklingen<sup>16</sup> i aktivitet for henholdsvis antall henvendelser hos AMK, antall oppdrag med bilambulansetjenesten og antall turer av Pasientreiser i Helse Sør-Øst i perioden 2010-2016. I disse grafene har vi gjort en framskriving mot 2035 med lav, middels og høy vekst, basert på historisk vekst i den respektive kategorien fra 2010<sup>17</sup>.



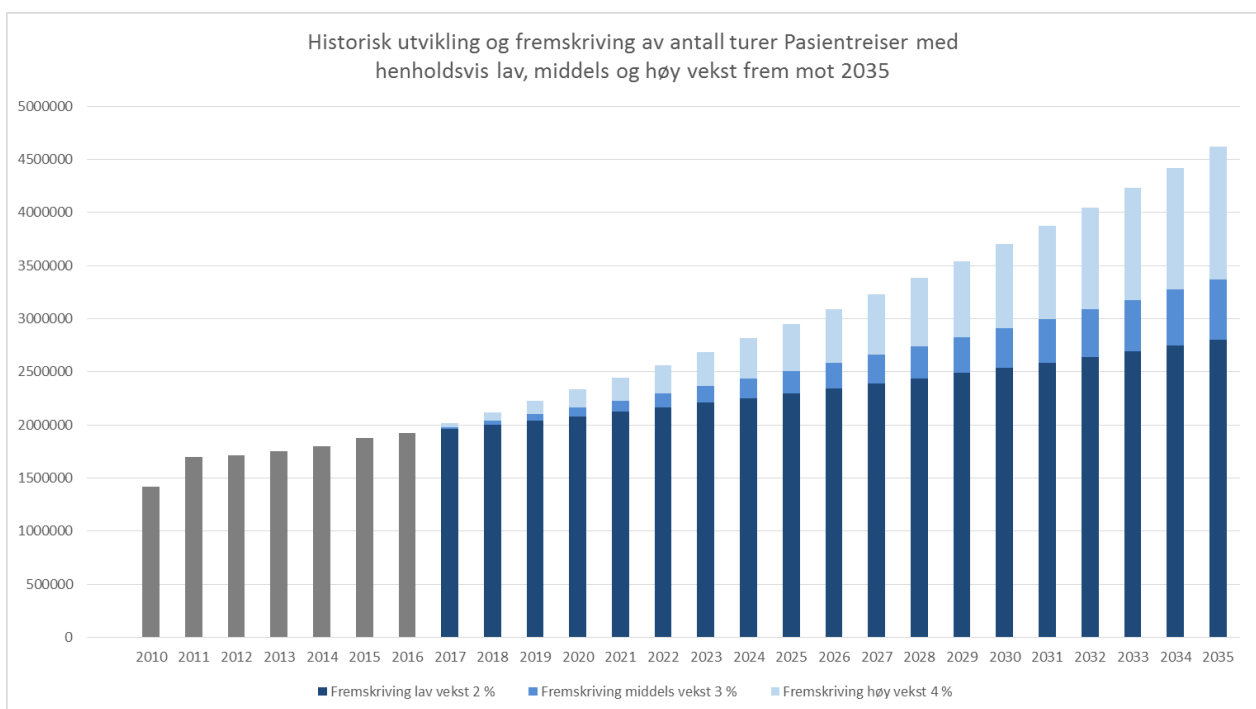
Figur 11: Antall oppdrag med bilambulansetjenesten i Helse Sør-Øst fra 2010 og framskriving frem mot 2035 med lav, middels og høy vekst (etter modell fra SiV)

<sup>16</sup> <https://amk.beekeeper.no/dashboard>

<sup>17</sup> For Pasientreiser er framskrivingene basert på gjennomsnittlig vekst fra 2011



Figur 12: Antall henverdeler AMK i Helse Sør-Øst fra 2010 og framskriving frem mot 2035 med lav, middels og høy vekst (etter modell fra SiV)



Figur 13: Antall turer med Pasientreiser i Helse Sør-Øst fra 2010 og framskriving frem mot 2035 med lav, middels og høy vekst (etter modell fra SiV)

### Identifiserte utfordringer

- Det forventes at økningen i aktivitet i regionen vil fortsette i tiden fremover, noe som vil stille store krav til utvikling og effektivisering av tjenesten innenfor en finansieringsordning der tjenesten rammefinansieres.
- Det er utfordrende å håndtere økt aktivitet i tettbygde strøk og samtidig utnytte ressursene i desentraliserte områder tilstrekkelig.

- Urbanisering fører til reduksjon av antall innbyggere i grisegente områder. Dette vil muligvis kunne føre til endringer i distrikter som frem til nå har kunnet rettferdiggjøre egen ambulanse. I noen distrikter vil det bli nødvendig å samarbeide med kommunene om løsninger for å ivareta beredskapen. Dette kan også føre til at grunnlaget for bostedsløyver for taxinæringen faller bort, noe som kan gi press på kapasiteten for Pasientreiser i grisgrendte strøk.
- Arbeidet med å sikre en sammenhengende akuttmedisinsk kjede på tvers av forvaltningsnivåer og aktører er utfordrende. For eksempel ser vi at det er krevende å sikre standardiserte prosedyrer for behandling og fordeling av pasienter.
- Det er utfordrende for helseforetakene å sikre at alle aktører som rekvirerer pasienttransport både i spesialist- og kommunehelsetjenesten gjør dette i henhold til gjeldende prosedyrer.
- For intensivtransporter er det utfordrende at det finnes ulike krav og systemer i de ulike helseforetakene for gjennomføring av intensivtransport, og at det opereres med ulik organisering innad i regionen. Eksempelvis gjennomføres det et prosjekt med legebemannet ambulanse som kjører intensivoppdrag i Vestre Viken, og i Oslo og Akershus er det etablert en egen intensivambulanse.
- Det er stor variasjon i bruken av ambulanse i de ulike kommunene i regionen. Årsakene til dette er sammensatte og i liten grad kartlagte.
- Det er store sesongvariasjoner i regionen, da Helse Sør-Øst har stor tilstrømming av turister året rundt, samtidig som et betydelig antall innbyggere forflytter seg innad i regionen.

### 4.3. Kvalitet

#### Dagens situasjon og utviklingstrekk

I Helse Sør-Øst er det et stort fokus på å sikre høy kvalitet og redusere variasjonen gjennom blant annet å systematisk utarbeide gode og standardiserte prosedyrer, og koordinere drift og utvikling. Prosjekter gjennomført de senere årene har beskrevet behovet for at dette arbeidet videreføres i et felles og forpliktende standardiserings- og utviklingsarbeid.

I 2017 ble det gjennomført et regionalt arbeid knyttet til videreutvikling og standardisering av kvalitetsindikatorer og virksomhetsstyring. Dette arbeidet tok utgangspunkt i allerede etablerte kvalitetsparametere, herunder hjertestans, brystmerter og FAST-symptomer, samt responstid i AMK-sentralene. Det ble identifisert behov for økt grad av regional og nasjonal koordinering.

For å sikre kvalitet i de prehospitale tjenestene i fremtiden må Helse Sør-Øst lykkes med en rekke faktorer som blant annet å nyttiggjøre ny teknologi, sikre innovasjon i tjenestene, sikre god ressursutnyttelse og organisering, samt øke samhandling, faglig utvikling og standardisering av tjenestene. Ensartede styrings- og kvalitetsparametere er en sentral del av dette arbeidet.

#### Identifiserte utfordringer

- Det er mangel på sammenliknbare styringsdata grunnet ulik registreringspraksis i regionen, spesielt for ambulansetjenesten hvor flere tjenester bl.a. fører pasientjournal på papir. Dette medfører også at det er usikkerhet og variasjon knyttet til styringsdata som rapporteres til sentrale myndigheter.
- Det eksisterer ikke et datavarehus som evner å integrere og presentere data fra relevante kilder, eksempelvis ICCS, AMiS, Transmed, Norsk hjertestansregister og A-EPJ.

- De senere årene er det gjort et arbeid som bidrar til like prosedyrer og således standardisert behandling, men vi har i liten grad mulighet til å følge opp kvaliteten på den behandling som gis. Vi mangler omforente systemer og prosedyrer som sikrer et felles og forpliktende standardiserings- og utviklingsarbeid, samt forvaltning av standardiserte løsninger.
- Det er ikke etablert krav til responstid. Det poengteres imidlertid at responstidene oppgitt i NOU 2015:17 «Først og fremst» skal være målsetninger.
  - Anmerk: Vi ser at det er uklarheter knyttet til hva som skal ligge til grunn for måling av responstider (jf. Akuttmedisinforskriften). Eksempelvis har tjenestene tradisjonelt målt prehospitalet responstid frem til første ambulanse er på hendelsessted. De senere årene er det iverksatt flere type tiltak for raskere å nå frem til pasienten. I sluttrapporten i delprosjektet «Optimal ressursutnyttelse ved transport av pasienter»<sup>18</sup> har det fremkommet behov for at responstid defineres slik at det også omfatter eneredderenheter, akuttbil, legebil med flere. Dette er praksis i andre sammenliknbare land, eksempelvis England.

#### 4.4. Opplæring og kompetanse

##### Dagens situasjon og utviklingstrekk

Forventet utvikling i perioden 2018-2025 vil medføre økt krav til personellet i de prehospitale tjenestene. Undersøkelse, diagnostisering og behandling vil i økende grad skje utenfor sykehus. De senere årene har vi erfaring med behandlingslinjer innen PCI (trombolyse), lårhalsbrudd, slaglinjer m.fl. Det er grunn til å forvente at antall behandlingslinjer kommer til å øke i årene fremover, og først ut er behandlingslinje for sepsis.

En mer differensiert befolkning har stadig større forventninger til de prehospitale tjenestene, og økende antall innbyggere med minoritetsbakgrunn gir nye utfordringer knyttet både til kommunikasjon og endrede sykdomsmønstre. Andelen eldre vil øke, og det observeres videre en vridning fra døgn til dag i sykehusene. Dette kan medføre kirurgiske komplikasjoner etter at pasienten er transportert hjem, og det stiller store krav til kompetansen det prehospitale personellet må besitte. Videre har sentraliseringen i regionen ført til at enkelte områder med ambulanse har så lav aktivitet at det truer kvaliteten på tjenesten.

I Helse Sør-Øst har det siden 2014 pågått et prosjekt i den hensikt å bedre transporten av psykisk ustabile pasienter, og sluttrapport for prosjektet vil leveres i 2018. Prosjektet har påpekt viktigheten av en kompetanseheving i prehospitale tjenester knyttet til problemstillinger innen psykiatri for å ivareta denne pasientgruppen best mulig.

Utdanningsinstitusjonene og de prehospitale miljøene i Helse Sør-Øst har et stort fokus på utdanning, opplæring og kompetanse innen fagfeltet, og dette er en satsning som poengteres i Nasjonal helse- og sykehusplan fra 2015. Dette inkluderer både formalkompetanse og nødvendig, bedriftsintern opplæring som grunnlag for arbeid i henholdsvis AMK, ambulansetjenesten og Pasientreiser. Det var en milepel da første kull med tittelen «bachelor paramedic» var ferdigutdannet ved Høgskolen i Oslo og Akershus våren 2017.

---

<sup>18</sup> Se sluttrapport i arbeidsstrømmen «Optimal ressursutnyttelse ved transport av pasienter» (vedlagt)

Prosjekt «Standardisering, utvikling og samhandling mellom AMK-sentralene (utvalgte områder)» beskrev forslag til fire standardmoduler for opplæring og (re-)sertifisering av ansatte i AMK-sentralen i Helse Sør-Øst, men det gjenstår fremdeles arbeid innen dette området.

Med stadig større enheter og økende fokus på forbedringsarbeid er lederrollen svært sentral. I NOU 2015:17 er et av akuttutvalgets forslag at: «Det må satses ytterligere på lederutdanning og lederutvikling i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.».

### Identifiserte utfordringer

- Helseforetakene har over tid jobbet seg frem til økt grad av standardisering og reduserte ulikheter, men det gjenstår fremdeles arbeid med å få like kompetanse- og resertifiseringsordninger, eksempelvis lik opplæring og oppfølging av lærlinger, og like kompetansesstiger, resertifiseringsordninger og fysiske krav.
- En desentralisert ambulansestructur medfører at en stor andel av de prehospitale tjenestene har et lavt befolkningsgrunnlag. Dette kan medføre utfordringer knyttet til kvalitet, kompetanse og rekruttering av personell.
- En forventet økning i aktivitet, særlig i sentrale områder, fører til økt behov for personell i fremtiden. Det er nødvendig å sikre at det utdannes og rekrutteres tilstrekkelig antall ressurser med riktig kompetanse i hele regionen.

Det er stor vilje og motivasjon for videre arbeid med standardisering og gjennomføring av opplæring- og kompetanseplaner i Helse Sør-Øst.

## **4.5. Finansiering**

### Dagens situasjon og utviklingstrekk

Finansieringen av de regionale helseforetakene er todelt og består av en basisbevilgning i tillegg til aktivitetsbaserte tilskudd. Regionene fordeler midler til egne helseforetak og private virksomheter i samsvar med «sørge for»-ansvaret. De prehospitale tjenestene finansieres av basisbevilgningen, og i 2009 ble det innført en nasjonal inntektsmodell for fordelingen av basisbevilgningen mellom regionale helseforetak. Kostnadsnøkkelen for prehospitale tjenester inngår i ressursbehovsindeksen i dette inntektssystemet.

I 2014 ble det utarbeidet en regional inntektsmodell for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst. Denne modellen er kriteriebasert for fordeling av inntekter til prehospitale tjenester, og består av tre hovedkomponenter:

- Behovskomponent: Kostnader knyttet til ressursbehovet i det enkelte område basert på andel av befolkningen i de eldste aldersklassene, antall uføre i befolkningen, samt ulike mål for reiseavstander.
- Kostnadskomponent: Kompensasjon for kostnader som ikke inngår i de andre komponentene, herunder AMK, bemanning av luftambulanse med medisinsk personell og kostnader OUS har i tilknytning til regionale og nasjonale behandlingstjenester.
- Mobilitetskomponent: Kostnader det enkelte område har knyttet til transport av andre områders pasienter.

Det er mange ulike aktører, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som rekvirerer prehospitale tjenester. Kostnadmessig dekkes imidlertid alle transportene av de prehospitale tjenestene. Antall rekvirerte transportoppdrag forventes å øke i fremtiden, og dette

må håndteres for å unngå uforholdsmessige høye kostnader for de som har ansvaret for prehospitaltjenester.

Beregninger i Nasjonal helse- og sykehusplan<sup>19</sup> viser at prosentvis økning i aktivitet har vært større enn prosentvis økning i finansiering, på lik linje med resten av spesialisthelsetjenesten.

### Identifiserte utfordringer

- Prehospitaltjenester er finansiert innenfor en ordning med faste rammer, samtidig som aktivitet og utvikling styres av flere aktører internt i helseforetaket, på tvers av helseforetak og mellom forvaltningsnivåene.
- De økonomiske overføringene til prehospitaltjenester i helseforetakene er gjennomgående lavere enn reelt forbruk, og tjenestene tilleggsfinansieres av helseforetakene.
- Flere av helseforetakene hevder at eksisterende inntektsmodell ikke i tilstrekkelig grad reflekterer det faktiske, relative kostnadsbildet. I grisgrendte strøk er det ambulansestasjoner med vaktberedskap og liten aktivitet, men som har lange kjøredistanser til og fra behandlingssted. Inntektsmodellen oppleves også utfordrende i områder med høy tilflytting, mange pendlere, høy andel studenter, og/eller sesongbaserte fritidsaktiviteter.
- Kostnadskomponenten for AMK baserer seg blant annet på antall innbyggere som ivaretas. Dess større sentralen er, jo mer gunstig blir tildelingen grunnet stordriftsfordelene.

## **4.6. Samhandling med kommunehelsetjenesten**

### Dagens situasjon og utviklingstrekk

Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter<sup>20</sup>.

Den akuttmedisinske kjeden består av personell ved AMK- og legevaktsentraler, i ambulansetjenesten, ved sykehusavdelinger med øyeblikkelig hjelp-funksjon innen somatikk, innen psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, inkludert lege i vakt. Se for øvrig figur 14 og 15 om tjenesteperspektivet under.

Det er stor grad av samhandling mellom de prehospitaltjenestene og kommunehelsetjenesten. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har etablert samarbeidsavtaler med sine respektive kommuner. Det eksisterer en rekke samhandlingsfora hvor ulike aktører i den akuttmedisinske kjede møtes, både fra kommunene, helseforetakene og andre aktuelle aktører. Slike arenaer gjør det lettere å standardisere pasientforløp og bidrar til tydeligere ansvarsfordeling og forventningsavklaring mellom aktørene, men det er store forskjeller i regionen hvorvidt resultatene fra slike fora er forpliktende. Flere steder er det gjennomført konkrete samarbeidsprosjekter eller -tiltak, eksempelvis:

- Flere helseforetak benytter praksiskonsulentordningen (PKO) for å øke involvering av fastleger i den akuttmedisinske kjede.

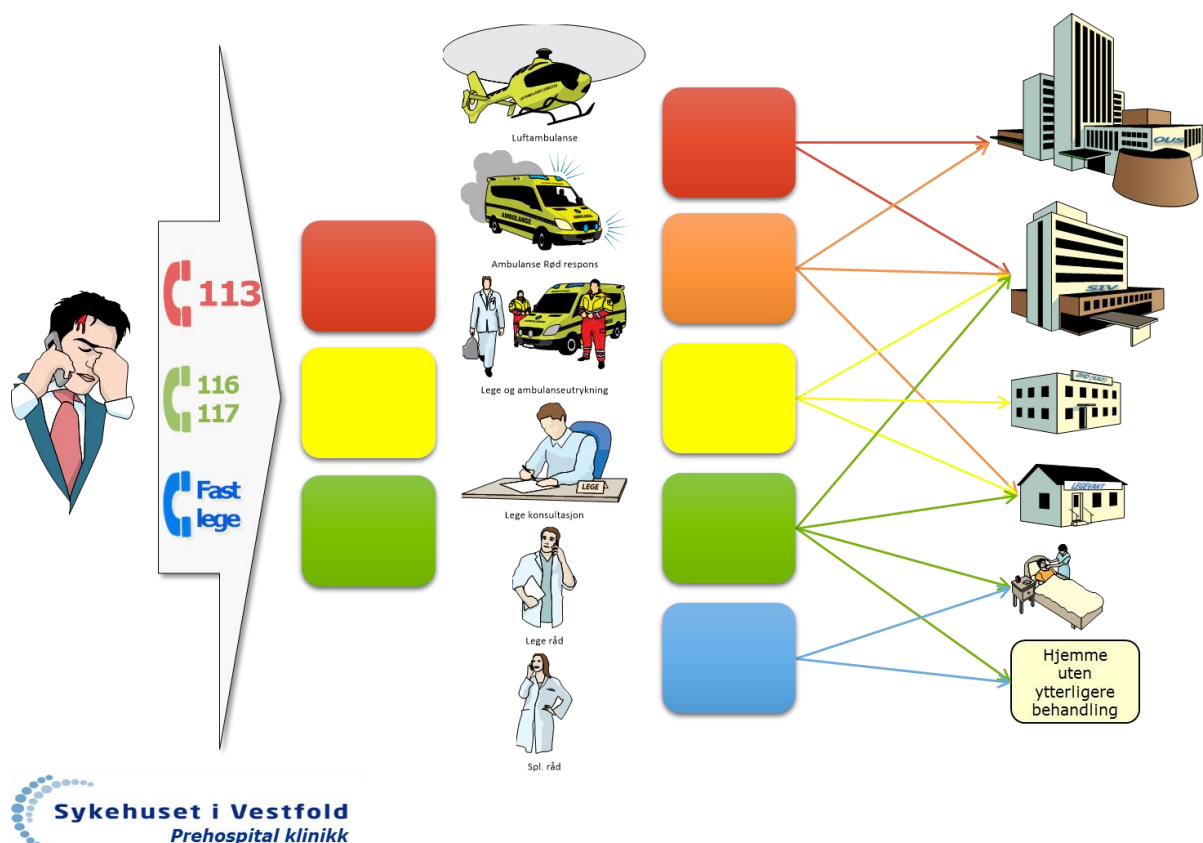
---

<sup>19</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>

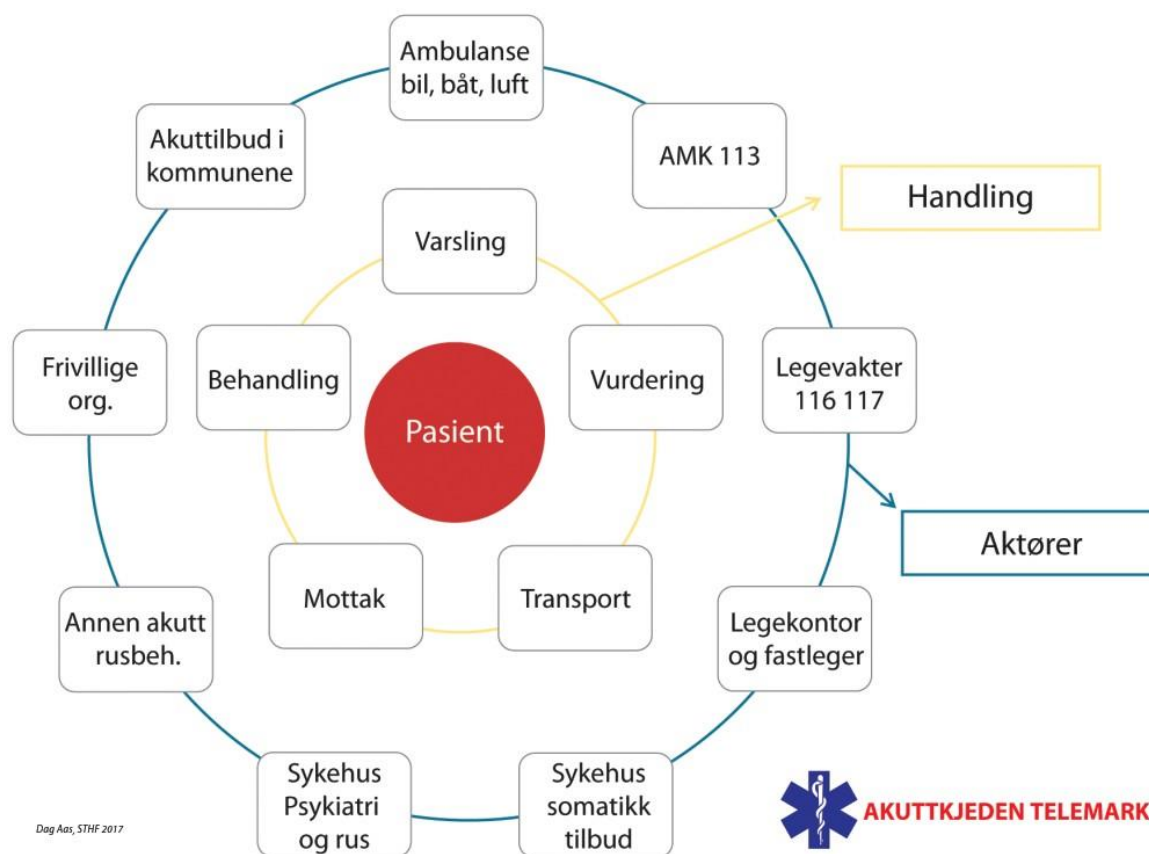
<sup>20</sup> Akuttmedisinforskriften: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>



- Flere områder har etablert legevaktbil, enten i samarbeid med eller i regi av kommunehelsetjenesten.
- Sykehuset Telemark har gjennomført prosjektet «Akuttkjeden», som består av tre delprosjekter; «Pasientflyt», «Samhandling og kunnskapsutvikling» og «Dokumentasjon, kommunikasjon og triage».
- Vestre Viken og Sykehuset Innlandet har jobbet med «akutthjelpere/førsterespondenter» i kommunene, og avklaring av roller og ansvar. Det er i ulik grad inngått avtaler om beredskap og suppleringsjeneste med frivillige organisasjoner i regionen, og enkelte steder er det praksis at brannvesenet fungerer om «akutthjelper/førsterespondent». Det pågår en utredning i regi av Direktoratet for sikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet angående føringer for å formalisere en slik ordning.
- AMK Oslo har ansatt allmennleger som både arbeider i legevakt og i spesialisthelsetjenesten.
- Oslo Universitetssykehus har arrangert flere kurs i akuttmedisin for personell i kommunehelsetjenesten.
- Vestre Viken har beskrevet et system for trippelvarsling basert på arbeidet i samlokalisert nødsentral i Drammen (SAMLØK) som skal benyttes i videre arbeid.



Figur 14: Tjenesteperspektivet i den akuttmedisinske kjede (fra SiV)



Figur 15: Medisinsk strategisk område akuttkjeden (fra STHF)

### Identifiserte utfordringer

- Det er mange aktører involvert i et pasientforløp, og for å oppnå god flyt, er det nødvendig å bedre samhandlingen mellom aktørene ved å sikre et forpliktende, konstruktivt og effektivt samarbeid forankret i samhandlingsavtaler og jevnlig deltakelse i samhandlingsfora.
- Det er ulikt eierskap og forståelse for roller og ansvar hos aktørene i den akuttmedisinske kjede. Mangelfull kunnskap og forståelse for hverandres ansvar og roller mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede kan skape utfordringer for samhandlingen.
- Samhandling er utfordrende da det innad i Helse Sør-Øst er geografiske og størrelsesmessige forskjeller på kommunene. Det er mange kommuner med til dels ulike prioriteringer.
- Fastleger og de kommunale legevaktene har ulike åpningstider, utstyr, bemanning og kompetanse, og de er i varierende grad involvert i den akuttmedisinske kjeden.

Utviklingsplanene for de prehospitalene tjenestene i de enkelte helseforetakene skal inneholde planlagte tiltak og aktiviteter for å videreutvikle samhandlingen og plan for samarbeid. Delprosjektet «Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten»<sup>21</sup>, gjennomført i 2017, har skissert et målbilde og ulike forbedringstiltak som grunnlag for utvikling i samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i regionen.

<sup>21</sup> Se sluttrapport i arbeidsstrømmen «Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten» (vedlagt)

## 4.7. Organisering

De prehospitale tjenestene i Helse Sør-Øst er i dag organisert som en del av Sykehuset Sørlandet HF, Sykehuset Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Vestre Viken HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Innlandet HF. Disse tjenestene har tradisjonelt hatt ansvar for AMK, ambulansetjeneste, Pasientreiser og medisinsk bemanning til Luftambulansebasene innenfor sitt område. OUS har også hatt ansvar for å dekke prehospitale tjenester i Akershus. Prehospitale tjenester betegnes ofte som en «halvannenlinjetjeneste», det vil si i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men organisert til sistnevnte.

Utviklingen de senere årene har medført mer oppdeling av tjenesten. Sykehuset Vestfold HF dekker i dag AMK-tjenester for Telemark, samtidig som Telemark har ansvar for Pasientreiser i Vestfold, mens OUS dekker AMK-tjenester for Østfold. Det innebærer at det er fem AMK-sentraler i Helse Sør-Øst som betjener syv ambulansetjenester. Tilsvarende er det seks avdelinger for Pasientreiser som samarbeider med syv prehospitale miljøer. Flere av helseforetakene har valgt å dele opp organiseringen slik at Pasientreiser er underlagt andre avdelinger i sine sykehus.

Flere av helseforetakene samarbeider nå med å evaluere organisering og vurdere en eventuell endring av ansvarsområde, herunder Vestre Viken HF og Oslo Universitetssykehus HF, og Sykehuset Innlandet HF og Oslo Universitetssykehus HF.

### Identifiserte utfordringer

- Det er stor variasjon i organiseringen av de prehospitale tjenestene i regionen. Selv om den vesentlige delen av aktiviteten er innenfor sitt primære ansvarsområde, ser vi at det også er behov for samarbeid på tvers av tjenestene. Prosjektene har identifisert behov for utvikling og standardisering innenfor arbeid med prosedyrer og retningslinjer, IKT, kompetanseutvikling m.m.
- Fremtidige endringer i kommune- og fylkesstruktur vil kunne ha innvirkning på prehospitale tjenester og pasientstrømmer. Eksempelvis vil endret organisering av legevaktene kunne ha innvirkning på transportmønsteret.
- Det kan være krevende å sikre helhetlige og gode pasientforløp med delte lederlinjer, da felles ledelse vil kunne sikre bedre samspill og disponering av ressursene. Eksempelvis vil samspillet mellom AMK og ambulansetjenesten være sentral for responstider og ressursbruk. Videre kan bruk av differensierte transportmidler kompliseres når AMK, ambulansetjenesten og Pasientreiser ikke er organisert under samme enhet i det enkelte helseforetak.

Arbeidsgruppen har drøftet hvorvidt nåværende organisering av prehospitale tjenester er hensiktsmessig, og om det er behov for å gjøre endringer i organiseringen med tanke på utfordringene tjenestene står overfor i perioden 2018-2025 og frem mot 2035.

Større enheter vil kunne gi stordriftsfordeler, og gjøre at fagmiljøene blir større og mer robuste, men det vil samtidig kunne gå på bekostning av lokal samhandling, for eksempel ved utvikling av pasientforløp. Eksempelvis vil antall AMK-sentraler kunne ha innvirkning på omfang av investeringskostnader fremover.

Dersom vi sammenligner vår organisering med andre sammenliknbare land i Europa, ser vi ulikheter i organisering. Norge utmerker seg med at de prehospitale miljøene har en sterk tilknytning til akuttssykehus, mens vi i andre land ser en utvikling av større, og ofte regionsvis, organisering av de prehospitale tjenestene.

Prosjektgruppen har vurdert det slik at regionen på kort sikt bør videreføre prinsippene om desentralisert organisering for blant annet å sikre samhandlingen med kommuner og nå de politiske målene om å etablere helhetlige pasientforløp i sykehuset med færrest mulige ledd. Det må legges opp til en struktur for samarbeid som sikrer utvikling og standardisering i regionen. Eventuelle endringer i organisering på kort sikt må håndteres i regi av det enkelte helseforetak. Det foreslås at det opprettes en fellesfunksjon i tilknytning til sekretariatsfunksjon i Fagrådet for å koordinere videreutvikling av tjenestene.

De prehospitale miljøene er i hovedsak enige om verdien av å holde fagområdene samlet og under felles ledelse. Prosjektet er imidlertid usikker på om dagens organisering i antall prehospitale enheter er hensiktsmessig for å møte de utfordringer man står overfor i planperioden. Det bør derfor iverksettes et arbeid der man kartlegger, evaluerer og vurderer organisering av de prehospitale tjenestene fremover mot 2025 og videre mot 2035.

## 4.8. IKT-løsninger

### Dagens situasjon og utviklingstrekk

En rekke prosjekter gjennomført de senere årene beskriver et behov for å anskaffe IKT-løsninger som legger grunnlaget for robuste systemer, dokumentasjon, god beslutningsstøtte og som muliggjør tilgang på relevante styringsdata i de prehospitaltjenestene.

Regional klinisk løsning, RKL, i Helse Sør-Øst gjennomfører i perioden november 2017 til januar 2018 en konseptanalyse for anskaffelse av elektronisk ambulansejournal (A-EPJ) for å planlegge A-EPJ på kort og lang sikt for helseforetakene i regionen.

De regionale helseforetakene er gjennom oppdragsdokumentet pålagt å sikre at det gjennomføres felles anskaffelser av nye IKT-løsninger ved AMK-sentralene (jf. protokoll fra foretaksmøtet mellom HOD og de regionale helseforetakene 2015). Det nasjonale prosjektet «Ny teknologi AMK», gjennomført i regi av Nasjonal IKT (NIKT), ble stoppet i 2017 med en hovedbegrunnelse om at prosjektet stod overfor høy kompleksitet og risiko. Det forventes nærmere føringer knyttet til en nasjonal anskaffelse av IKT-løsninger til AMK-sentralene på kort og lang sikt.

Nødnettet, driftet av Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, HDO HF, tilrettelegger for bedret samhandling internt i den akuttmedisinske kjede og med de andre nødetatene<sup>22</sup>. Det gjør at helsepersonell i vakt er mer tilgjengelige og kan bistå som aktive ressurser, varsling og koordinering av personellressurser er enklere og mer oversiktlig, felles talegrupper gjør det enklere å samvirke, og nødnettet gir bedre sikkerhet for pasienter og personell. Nødnettet vil måtte utvikles ytterligere for å møte den teknologiske utviklingen som kommer.

Generell utvikling i telemedisin, velferdsteknologi, automatiserte systemer for varsling ved sykdom, samt nye måter å kommunisere med AMK på, vil påvirke utviklingen av prehospitaltjenester i fremtiden. Denne utviklingen går svært fort, og ettersom det ikke er mulig å forutse konsekvensene, kan det være hensiktsmessig å inngå partnerskap med leverandører og/eller forskningsmiljøer som sikrer riktig produkt i dag, og samtidig bidrar til fremtidig innovasjon. En annen fremgangsmåte for å sikre innovasjon kan være å gå fra å investere i teknologi, til å abonnere på teknologi, en utvikling vi ser på mange fronter i samfunnet i dag.

### Identifiserte utfordringer

- Investering, utvikling og implementering av medisinteknisk utstyr og IKT-løsninger er svært kostbart.
- AMK-sentralene opererer med delvis utdaterte IKT-løsninger og mangler tilstrekkelig teknologi til å understøtte av AMK-sentralenes mest kritiske arbeidsprosesser (eksempelvis planleggingsverktøy, automatiske funksjoner for utkall/respons), og et verktøy for å sikre god samhandling og utnyttelse av ressurser i hele regionen. Helsedirektoratets vurdering i etterkant av 22.07.11. understreket dette<sup>23</sup>.
- Flere prosjekter påpeker behov for en felles elektronisk ambulansejournal. Enkelte av helseforetakene har A-EPJ per i dag, men det er bare Vestre Viken og Østfold som har denne på mobil plattform, og kun Vestre Viken har A-EPJ med integrasjon mot multimonitor i ambulansen. Ingen av systemene har integrasjon mot DIPS. Andre

---

<sup>22</sup> <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/822/Hvilke-muligheter-gir-det-nye-n%C3%B8dnettet-IS-1906.pdf>

<sup>23</sup> <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/364/Lering-for-bedre-beredskap-helseinnsatsen-etter-terrorhendelsene-22-juli-2011-IS-1984.pdf>

helseforetak benytter papirjournal. Manglende elektronisk journal vanskeliggjør dokumentasjon og overføring av informasjon både internt i de prehospitalene og opp mot akuttmottak og kommunehelsetjeneste. Utviklings- og kvalitetsarbeid blir vanskeligere, samt at virksomhetsdata i liten grad blir ensartet og følgelig ikke kan sammenlignes på tvers av virksomhetene.

- Merknad: «Konseptfase A-EPJ» ble påstartet i regi av Regional klinisk løsning, RKL, i 2017. Konseptfasen gjennomføres i tidsrommet 01.12.17 – 31.01.18. Mandatet for konseptanalysen tar utgangspunkt i at Helse Sør-Øst utreder både kortsiktige og langsiktige løsninger i påvente av eventuelle fremtidige nasjonale løsninger (jf. mandat konseptfase A-EPJ). Prosjektets formål er å anskaffe en A-EPJ som er med og sikrer sikker og stabil drift slik at tjenestene ivaretar krav til dokumentasjon, beslutningstøtte og samhandling. I en overgangsperiode til alle er på felles regional løsning vil foretakene måtte drifte de ulike løsningene de har i dag.
- Det mangler et felles forvaltningsmiljø som legger grunnlaget for enhetlig drift og utvikling av IKT-systemene.
- Nødvendig videreutvikling på eksisterende systemer utsettes i perioder hvor det gjennomføres anskaffelsesprosesser.
- Det er identifisert et behov for en felles og enhetlig web-basert bestillerfunksjon for rekvirenter av pasienttransport.
- I et samhandlingsperspektiv eksisterer det utfordrende grenseflater med tanke på varsling, kommunikasjons- og informasjonsflyt, da IKT-systemene i spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke er integrerte.
- Dagens utstyr er i liten grad i stand til å møte de utfordringer tjenesten står overfor når det gjelder forventet utvikling knyttet til telemedisin og muligheten for desentralisert overvåking og behandling.
- Anskaffelse av nye IKT-løsninger for AMK og A-EPJ vil kreve mye ressurser, både økonomisk og fra organisasjonen. Det vil også fordre mye ressurser å sikre god opplæring slik at systemene gir reell nytteverdi.

Arbeid gjennomført i Helse Sør-Øst, herunder «Målarkitektur og kravspesifikasjon for IKT-løsningene i Helse Sør Øst» og «Videre detaljering av funksjonell kravspesifikasjon prehospital EPJ», samt erfaringsgrunnlaget fra NIKT-prosjektet danner et godt grunnlag for videre arbeid og økonomiske prioriteringer knyttet til anskaffelser av IKT-løsninger i regionen i planperioden.

Kompetansen tjenestene besitter, i form av et stort og robust driftsmiljø i de prehospitalene og i Sykehuspartner, er et godt grunnlag for å anskaffe, implementere og utvikle IKT-løsninger.

## 5. Strategiplan for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst

### 5.1. Om strategiplanen

Denne strategiplanen er gjeldende for perioden 2018-2025, og setter retning for utviklingen frem mot 2035. Strategiplanen er utarbeidet for å bidra til at prehospitale tjenester er godt rustet til å møte fremtidens muligheter og utfordringer, og den er utarbeidet i tråd med nasjonale og regionale føringer og overordnet strategi i Helse Sør-Øst.

Prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst står overfor en rekke muligheter og utfordringer. Tjenestene må være rustet til å møte krav til omstilling som kommer fra ulike premissleverandører fremover. Dagens tjenester er velfungerende, og pasientene mottar langt på vei likeverdige prehospitale tjenester, men prosjektet har på tross av dette identifisert utfordringer som bør håndteres for å møte forventet utvikling.

Den overordnede målsetningen for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst er: *Det skal sikres effektive og trygge prehospitale tjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som understøtter den funksjonsdeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområdet og i regionen som helhet (jf. styresak 108/2008).*

Strategiplanen skisserer den overordnede ønskede retningen for hvordan prehospitale tjenester skal utvikle seg i årene fremover og definerer fem strategiske mål. Videre konkretiseres de strategiske målene i delmål, og det foreslås aktiviteter som bør gjennomføres for å realisere strategien.

Strategiplanen er gjeldende for alle fire områdene innen prehospitale tjenester, herunder AMK (Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral), ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten og pasientreisekontorene.

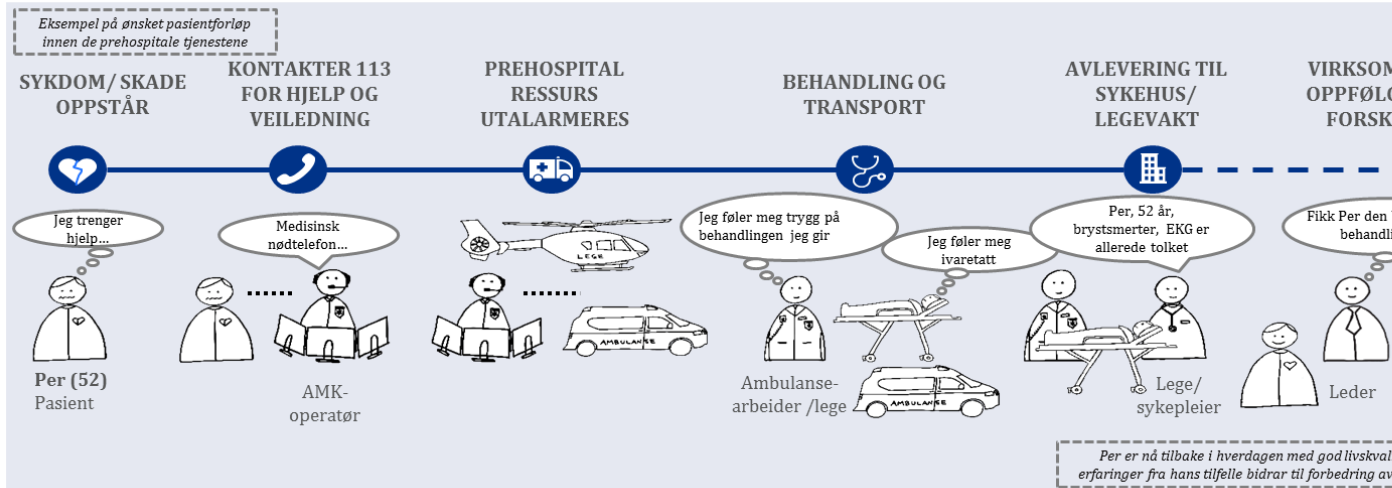
De fem strategiske målene for prehospitale tjenester i perioden 2018-2025 i Helse Sør-Øst er:

1. Pasientene mottar rask og riktig helsehjelp
2. Helsepersonellet innehar nødvendig kompetanse
3. Det sikres riktig og kostnadseffektiv ressursbruk
4. Den akuttmedisinske kjeden er standardisert, sammenhengende og velfungerende
5. Tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger

## 5.2. Overordnet målbilde

### MÅLBILDE FOR PREHOSPITALE TJENESTER 2018 - 2025

**Visjon:** Det skal sikres effektive og trygge prehospitaler tjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som under den funksjonsdeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområdet og i regionen som helhet



Målene for prehospitaler tjenester i Helse Sør-Øst er

- 1** Pasientene mottar rask og riktig helsehjelp
- 2** Helsepersonellet innehar nødvendig kompetanse
- 3** Det sikres riktig og kostnadseffektiv ressursbruk
- 4** Den akuttmedisinske kjeden er standardisert, sammenhengende og velfungerende
- 5** Tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger



Hjulgående ambulanse



Luftambulanse (helikopter eller fly)

## 5.3. Anbefalte delmål og tiltak per mål

### Mål 1: Pasientene mottar rask og riktig helsehjelp

Delmål:

- Befolkningen føler seg trygge på at de mottar riktig helsehjelp når de har behov for det.
- Pasientene opplever rask kontakt og iverksetting av hensiktsmessige tiltak knyttet til somatiske og psykiatriske behov.
- Pasientene opplever å møte kompetent og trent personell som gir god veiledning og behandling.
- De prehospitaler tjenestene har standardiserte arbeidsprosesser, opplæring og kompetanse som bidrar til samarbeid, helhetlige pasientforløp og likeverdige helsetjenester, og som underbygges av evidensbasert behandling og forskning.
- Tjenestene følger opp styringsdata og videreutvikler tjenesten som et ledd i kontinuerlig forbedring av tilbudet til befolkningen.



*Dette kan oppnås ved å:*

- Etablere et system for regional oppfølging av kvalitets- og aktivitetsdata i tjenestene som grunnlag for forskning og kontinuerlig forbedring. Evidensbaserte regionale og lokale kvalitetsindikatorer må defineres og utvikles som en del av dette.
- Etablere standardiserte og regionale prosedyrer og rutiner i tjenestene for å skape sammenhengende og gode pasientforløp i den akuttmedisinske kjeden.
- Systematisere søk etter beste praksis i andre tjenester, både internasjonalt og nasjonalt.
- Iverksette tiltak for å sikre at tjenesten lokalt og regionalt evner å omstille seg raskt i takt med endringer i pasientforløp og behandlingsmetoder, samt endringer i lover og retningslinjer.
- Gjennomføre innovasjon- og forskningsprosjekter, både innad i helseforetakene og i tett samarbeid med aktuelle nasjonale kompetansesentre, for å sikre at tjenestetilbudet til pasientene er basert på ledende medisinsk praksis og evidens.

## **Mål 2: Ansatte innehar nødvendig kompetanse**

*Delmål:*

- Personellet opplever å ha nødvendig kunnskap og ferdigheter slik at de er trygge i arbeidssituasjonen, uavhengig av hendelsestype og pasientforløp.
- Ansatte har god kunnskap om den akuttmedisinske kjeden slik at de kan iverksette tiltak på rett nivå.
- Det er etablert et system som sikrer felles utvikling av prosedyrer og opplæringsverktøy slik at tjenestene er i stand til å gjøre nødvendige omstillinger i planperioden.
- De prehospitale tjenestene tar utgangspunkt i standardiserte prosedyrer og felles opplæringsverktøy for å sikre effektive prosesser og for å redusere variasjon.

*Dette kan oppnås ved å:*

- Sette av dedikerte ressurser til målrettet arbeid med utvikling og standardisering av prosedyrer og rutiner.
- Utvikle regional kompetanse- og opplæringsplan for AMK og ambulanse som omhandler aktuelle temaer innenfor etikk, medisinsk behandling, administrasjon og ledelse.
- Utvikle og iverksette et regionalt standardisert opplegg for opplæring, sertifisering og resertifisering.
- Iverksette tiltak for å opprettholde kompetansen i distriktene (ref. prøveordninger med lokale, akuttmedisinske team).
- Sikre økt kompetanse og trening relatert til nye samfunnsutfordringer, herunder geriatri, psykiatri, masseskader, sosial uro og konflikter m.m.
- Være en pådriver for at det gjennomføres felles kompetanseheving for aktuelle aktører i den akuttmedisinske kjede.
- Være aktive samarbeidspartnere i nasjonale utdanningsforløp, herunder ambulansefag, samt bachelor og master i paramedic.

## **Mål 3: Det sikres riktig og kostnadseffektiv ressursbruk**

*Delmål:*

- De prehospitale tjenestene har tilstrekkelig beredskap, samt et driftstilbud og en organisering som gir god utnyttelse av samlede ressurser.

- Helseforetakene tilbyr riktig og forsvarlig transport av pasienter i sitt område slik at pasienten mottar transport tilpasset behovet (BEON – beste effektive omsorgsnivå) og i henhold til gjeldende forskrifter.
- Tjenestene har et differensiert tilbud til befolkningen og et rekvireringssystem tilrettelagt for dette.
- Stordriftsfordeler er utnyttet som følge av riktig organisering og samarbeid mellom helseforetakene, herunder knyttet til blant annet spesialtjenester, anskaffelser, kompetanseutvikling og kvalitetsarbeid.
- Tjenestene har en regional modell for å vurdere drift og ressurstilgang basert på enhetlige og standardiserte analyser.

*Dette kan oppnås ved å:*

- Etablere en fellesfunksjon med kapasitet og kompetanse til analyser og forbedringsarbeid, som legger grunnlaget for gode løsninger i hele regionen.
- Tilby differensiert bruk av transportmidler. Herunder inngår det at helseforetaket bør definere et sett transportmidler og beskrive hvordan de skal fordele pasienter mellom disse.
- Etablere IKT-systemer som håndterer og tilrettelegger for riktig bestilling av ulike typer transportmidler, både via telefon og via selvbetjeningsportal (IT-system). Bestillinger må kunne rutes til riktig mottaker.
- Etablere et system for å informere, bevisstgjøre og ansvarliggjøre rekvirenter om gjeldende føringer for rekvirering av transport av pasienter.
- Iverksette et arbeid der man kartlegger, evaluerer og vurderer organisering av de prehospitaltjenestene fremover mot 2025, og videre mot 2035.

#### **Mål 4: Den akuttmedisinske kjeden er standardisert, sammenhengende og velfungerende**

*Delmål:*

- Pasienten mottar tjenester på riktig omsorgsnivå.
- De prehospitaltjenestene er likeverdige, effektive og av god kvalitet.
- Aktørene i den akuttmedisinske kjede har et forpliktende, konstruktivt og effektivt samarbeid som er forankret i samhandlingsavtaler og jevnlig deltakelse i samhandlingsfora.
- Pasientforløpet er sømløst og basert på standardiserte prosedyrer og hensiktsmessig informasjonsflyt mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede.

*Dette kan oppnås ved å:*

- Gjennomføre et prosjekt for å kartlegge muligheter og fremme forslag til et standardisert triageringssystem i den akuttmedisinske kjeden innenfor Helse Sør-Øst.
- Videreføre arbeidet med samhandlingsfora på tvers av forvaltningsnivåene i hvert enkelt prehospitalt område. Det er viktig at alle relevante aktører fra både primær- og spesialisthelsetjeneste deltar.
- Implementere det nasjonale systemet for trippelvarsling i tett samarbeid med de to andre nødsentralene.
- Utvikle felles forståelse av nåsituasjonen, fremtidige mål og aktuelle forbedringstiltak i den akuttmedisinske kjede.
- Etablere konkrete samarbeidsprosjekter med kommunehelsetjenesten.

- Utvikle struktur for samarbeid med brannvesen, frivillige organisasjoner og andre relevante aktører i henhold til gjeldende forskrifter og føringer.
- Etablere beredskapsråd med aktører i sivilforsvaret, sykehuset, brannvesenet og andre aktører som tjenesten skal samarbeide med.

### **Mål 5: Tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger**

#### *Delmål:*

- De prehospitale tjenestene understøttes av løsninger som sikrer effektiv og stabil drift, god ressursutnyttelse, og som muliggjør dokumentering, beslutningstøtte, informasjonsdeling, analyse, rapportering og forskning.
- Ansatte og ledere mottar opplæring og trening i aktuelle system slik at mulighetene i systemene utnyttes godt.

#### *Dette kan oppnås ved å:*

- Enes om prosessen som fremskaffer nødvendige IKT-verktøy.
  - Merknad: Etablering av eventuelle nasjonale system for prehospitale tjenester ligger flere år frem i tid. Det er mange fordeler med nasjonale løsninger, men det er svært tids- og kostnadskrevede å gjennomføre. Det er nødvendig at Helse Sør-Øst utreder både kortsiktige og langsiktige løsninger i påvente av eventuelle fremtidige løsninger. I en overgang til at alle er på felles regional løsning vil man i Helse Sør-Øst måtte drifte de ulike løsninger man har i dag.
- Iverksette felles anskaffelse og utvikling av prehospitale IKT-løsninger, herunder:
  - Anskaffe en modulbasert IKT-løsning innenfor AMK som understøtter kjerneoppgaver og sikrer god samhandling og utnyttelse av ressursene.
  - Anskaffe elektronisk ambulansjournal (A-EPJ). Prosjektet skal gjennomføres i regi av RKL med planlagt ferdigstilling av konseptfase i januar 2018.
  - Etablere et kommunikasjonssystem som håndterer bestilling av ulike typer transportmidler, herunder web-basert selvbetjeningsportal med sjekklister for bestilling av elektiv transport og telefonsystem hvor bestillinger rutes til riktig mottaker.
- Iverksette en prosess for å opprette datavarehus for de prehospitale tjenestene i Helse Sør-Øst, eksempelvis etter modell av Helse Midt-Norge.
- Etablere et felles regionalt forvaltningsmiljø som legger grunnlaget for enhetlig drift, opplæring og veiledning, samt utvikling av IKT-systemer.

## **5.4. Forslag til nye regionale aktiviteter og delprosjekter på kort sikt**

I strategiplanen skisseres mange aktiviteter for å oppnå målbildet. For å fortsette med videreutvikling og formålstjenlig standardisering av de prehospitale tjenestene i Helse Sør-Øst ser prosjektet det som hensiktsmessig at en del av disse aktivitetene gjennomføres i regionale prosjekter, styrt og drevet av en fellesfunksjon.

I henhold til mandatet for utviklingsplanen foreslås det at følgende aktiviteter og delprosjekter gjennomføres på regionalt nivå på kort sikt:

- Anskaffe IKT-system til AMK-sentralene.
- Anskaffe A-EPJ (jf. konseptutredning RKL 2017-2018).
- Etablere fellesfunksjon som del av sekretariatet i fagråd for prehospitale tjenester (jf. vedtak i Fagrådet for akuttinntak og prehospitale tjenester 04.09.17 og

styringsgruppe «Videreutvikling og standardisering av prehospitale tjenester» 18.09.17).

- Standardisere opplæring og kompetanse i AMK, jf. vedtak i styringsgruppe «Videreutvikling og standardisering av prehospitale tjenester» 06.02.17.
- Standardisere opplæring og kompetanse i ambulansetjenesten, jf. vedtak i prosjektets styringsgruppe «Videreutvikling og standardisering av prehospitale tjenester» 06.02.17.
- Kartlegge triageringsystem i den akuttmedisinske kjeden i Helse Sør-Østs nedslagsfelt som grunnlag for standardisering, jf. vedtak i Fagrådet for akuttmottak og prehospitale tjenester 20.11.17.

På lengre sikt bør det iverksettes et arbeid med å kartlegge, evaluere og vurdere organisering av de prehospitale tjenestene i Helse Sør-Øst frem mot 2025, og videre mot 2035.

## 6. Vedlegg

Følgende dokumenter ligger som vedlegg til utviklingsplanen:

- «Standardiserte arbeidsprosesser og prosedyrer i AMK», sluttrapport levert 18.09.17
- «Samhandling primær- og spesialisthelsetjenesten», sluttrapport levert 18.09.17
- «Fellesfunksjon som del av sekretariat Fagråd PHT», sluttrapport levert 18.09.17
- «Optimal ressursutnyttelse ved transport av pasienter», sluttrapport levert 04.12.17
- «Kvalitetsindikatorer og virksomhetsstyring», sluttrapport leveres 30.01.18