

Rapport frå felles arbeidsgruppe under UFAB



MANDAT

Etter samhandlingsreforma er omlandet til Helse Bergen HF delt i 4 Samhandlingsutval (SU). Dei er knytt til kvar sin geografiske region. Kwart av dei 4 SU har eigne underutval for akuttmedisin og beredskap (UFAB). Dei er m.a. tillagt ansvar med å operasjonalisere eller bidra til å organisere dette arbeidet innan sin region. Organisasjonskartet er vist i vedlegg 1.

Samarbeidsutvala har sett saman ei felles arbeidsgruppe frå dei 4 UFAB. Arbeidsgruppa skulle utarbeide framlegg til tiltak og planar knytt til føretaket og kommunane sine akuttmedisinske tenester. Gruppa fekk fylgjande mandat:

Mandat (utskrift frå vedtak i Samarbeidsråda):

2.2 Partane legg til rette for bruk av kommunikasjonssystem som blir gjort tilgjengeleg gjennom Nødnett. SSE utformer bestilling til Utval for akuttmedisin og beredskap.

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskrifta) definerer i kapittel 4 kva ansvar og krav til organisering og bemanning både kommunar og føretak har for medisinsk naudmeldeteneste.

Arbeidsgruppa skal med bakgrunn i samarbeidsavtale 11/12 følgja opp kommunane og føretaket sine respektive ansvar for naudmeldetenesta §§12 – 16 og ansvar for å sørgja for at personell i akuttmedisinsk beredskap er umiddelbart tilgjengelege i det felles nasjonale kommunikasjonsnettet for helsetenestene og kan kommunisera med dei andre naudetatane § 17.

4.2 Partane samarbeider om å beskrive roller og ansvar i akuttmedisinske situasjonar. SSE utformer bestilling til Utval for akuttmedisin og beredskap.

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) definerer i kapittel 1 § 4 samhandling og samarbeid mellom virksombeter som yter akuttmedisinske tenester.

Arbeidsgruppa skal med bakgrunn i samarbeidsavtale 11/12 følgja opp kommunane og føretaket sine respektive ansvar for å sikra ein hensiktsmessig og koordinert innsats i dei ulike tenestene i den akuttmedisinske kjeda, og sørgja for at innholdet i desse tenestene er samordna med dei andre naudetatane, hovedredningssentralane og andre myndigheter (§ 4.1).

8.1 Partane skal utarbeide omforeinte kompetanseplaner for vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeda. Herunder behandlingsopplegg/ protokoller/ utstyr/kommunikasjonsrutiner. SSE utformer bestilling til Utval for akuttmedisin og beredskap.

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) definerer i kapittel 1 § 4 samhandling og samarbeid mellom virksombeter som yter akuttmedisinske tenester.

Arbeidsgruppa skal med bakgrunn i samarbeidsavtale 11/12 følgja opp kommunane og føretaket sine respektive og felles ansvar for å sikra at personellet som utfører tenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføra eigne arbeidsoppgåver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle ledd i den akuttmedisinske kjeda (§4.2). Vidare skal akuttmedisinsk utval syta for at alle deler av helse – og omsorgstenesta som er ein del av den akuttmedisinske beredskapen skal kunna kommunisera internt og på tvers av etablerte kommune - og regionsgrenser i eit felles lukka, einbetleg og landsdekkande kommunikasjonsnett (§4.3.).

Grappa har tolka mandatet slik:

1. Skildre ansvaret for å sørge for at personell i akuttmedisinsk beredskap er tilgjengelege i naudnettet og straks kan kommunisera med dei andre naudetatane.
2. Gjera greie for rollar og ansvar for å sikre ein hensiktsmessig, koordinert og samordna innsats i dei ulike tenestene i den akuttmedisinske kjeda.
3. Gjera greie for det respektive og felles ansvar for å sikre at personell for nødvendig opplæring og trening i eigne arbeidsoppgåver samt trening, samhandling og samarbeid mellom alle ledd i den akuttmedisinske kjeda.

Arbeidsgrappa har bestått av:

- Guttorm Brattebø, Spesialisthelsetenesta, Akuttmedisinsk avdeling KSK, Haukeland Universitetssjukehus (leiar)
- Amy Bruvik Næss, UFAB-Bergensregionen
- Arve Bang, UFAB Bergen kommune
- Grete Fosse, UFAB – Nordhordland
- Arne Aksnes, UFAB Voss lokalsjukehusområde
- Kari Ådnanes Estensen Spesialisthelsetenesta, Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Olav Lødemel, Spesialisthelsetenesta, Voss sjukehus, leiar i Voss UFAB
- Jan E. Agdestein, Spesialisthelsetenesta, beredskapssekretariatet, Haukeland Universitetssjukehus
- Karoline Tyssøy Pedersen, Spesialisthelsetenesta, AMK-Bergen, Haukeland Universitetssjukehus
- Christine Bergesen, Spesialisthelsetenesta, Akuttmedisinsk avdeling KSK, Haukeland Universitetssjukehus (referent)

KARTLEGGING

For å utføre oppdraget meinte arbeidsgruppa at det var for ei kartlegging av den akuttmedisinske kjeda i oppdragsområdet. Det er difor gjennomført ei grundig kartlegging av ulike tilhøve og funksjonar knytt til dei prehospitale tenestene. I desember 2015 blei det sendt ut eit spørjeskjema til samtlege kommunar. Spørjeskjemaet vart oppfatta som vanskeleg å svare på. Dette blei tydeleg for gruppa då me prøvde samanfatte svara. Gruppa valde av den grunn å reorganisera spørjinga. Nye og meir konkrete og omfattande tema og spørsmål vart tekne inn i skjema. I staden for å sende ut eit skjema valde me å intervju leiane personar ved legevaktssentralane (LVS). Desse har igjen innhenta manglande informasjon frå kommunane dei har ansvar for.

Den nye spørreundersøkinga omfattar fylgjande tilhøve:

- Naudmeldetenesta (Vedlegg 2.1)
 - LVS, tal telefonoppringingar og konsultasjonar, tal operatørar på vakt gjennom døgeret og veka, stillingsstorleik for medisinfagleg og administrativ leining, elektroniske hjelpemiddel og om det er etablert alternativ stad for å svare for legevaktstelefon 116117 AMK og 113-telefonar fordelt på hastegrad og type innringar. LVS har ulike system for registrering av tal slik at det ikkje har vore mogeleg å få samanliknbare tal.
- Legeberedskap (Vedlegg 2.2)

Tal legar i vakt gjennom døgeret og veka, bakvaktteneste og tal legar som kan nyttast ved ekstraordinære hendingar i kontortida og elles
- Ambulansetenesta (Vedlegg 2.3)

Oversikt ambulansestasjonar, tal oppdrag pr. kommune og responstider og luftambulanseoppdrag pr. kommune.
- Forsterkningsressursar (Vedlegg 2.4)

Samarbeid og avtalar med Sivildforsvar, Redningssselskapet, Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Norske redningshundar, Alpin redningsgruppe og andre
- Psykososiale kriseteam (Vedlegg 2.5)
- Utstyr (Vedlegg 2.6)

Tal berbare naudnettradioar, legebil, medisinsk/operativt utstyr, arbeidsklede og verneutstyr for legar i vakt, fastlegar, akutthjelpearar frå brann eller dei heimebaserte tenestene
- Prosedyrar (Vedlegg 2.7)

Ulike prosedyrebøker og dokument som nyttast i tenestene
- Kompetanse (Vedlegg 2.8)

Ulike typar kurs og øvingar for dei ulike gruppene

Førebels resultat av den nye spørreundersøkinga er i vedlegg 2.

Sjølv om me diverre ikkje er komne 100 % i mål med den nye spørreundersøkinga, har prosessen skapt auka fokus på fleire sider ved den akuttmedisinske beredskapen. Mange nye spørsmål er komne fram. Framleis er det ein del kartlegging att.

«Plans are nothing; planning is everything»
Dwight D. Eisenhower

Me opplever at arbeidet i den felles arbeidsgruppa har medført betre informasjonsutveksling mellom dei ulike UFAB, føretaket og kommunane. Følgjande tiltak er allereie starta opp:

- Det er etablert ei arbeidsgruppe med representantar frå fleire UFAB som skal utarbeida ei felles prosedyrebok for både legevakt, ambulansetenesta og akutthjelparar. Fram til i dag har ambulansetenesta hatt ei eiga prosedyrebok. Dei fleste legevaktene i Helse Bergen sitt nedslagsfelt har nytta nasjonale rettleiarar og lærebøker som beslutningsstøtte. Nokre legevakter har hatt eigne tiltaksbøker. Legevaktsentralane (LVS) har hatt dialog med omsyn til å etablere alternativ stad for handsaming av legevakttelefonar i samsvar med krava i akutforskrifta § 12-d. Slike løysingar vil bli enklare når LVS til hausten får levert kontrollromsutstyret for Nødnett.
- Kompetansekartlegginga syner ulik organisering av dei prehospitale tenestene i kommunane. Nokre legevaktdistrikt har starta arbeidet med å samordna organiseringa for å få like tenester over kommunegrensene. Eit døme på dette er at dei i Nordhordland har einast om å køyra eit felles dagskurs for fleire ledd i den prehospitale kjeda. Modellen, som har utspring i kommunane Gulen og Masfjorden, er presentert for dei andre UFAB.
- I kjølvatnet av innføringa av Nødnett er det etablert eit kontaktforum for leiarar og fagutviklarar ved LVS og AMK i Helse Bergen sitt område. Det starta spontant av di det var trong for meir samarbeid i samband med innføringa av Nødnett. Dette uformelle nettverket er ført vidare. Det vert halde møter ca. ein gong i kvartalet. Så langt er det gjennomført seks møter. Frå å ta opp reine naudnettrelaterte problemstillingar har LVS no sett at dette nettverket er egna til å utveksla erfaringar av meir reine LVS-problemstillingar.

1. Ansvar for å sørgja for at personell i akuttmedisinsk beredskap er umiddelbart tilgjengeleg i Nødnett og kan kommunisere med dei andre naudetatane.

Akutforskriften § 4 om *Samhandling og samarbeid mellom virksombeter som yter akuttmedisinske tjenester* stiller m.a. krav til at alle deler av den akuttmedisinske beredskapen skal kunne kommunisera internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i eit felles, lukka, einsarta og landsdekkande kommunikasjonsnett. Nødnett er det felles, lukka, einsarta og landsdekkande kommunikasjonsnett.

Det betyr at i akuttmedisinske situasjonar skal Nødnett nyttast.

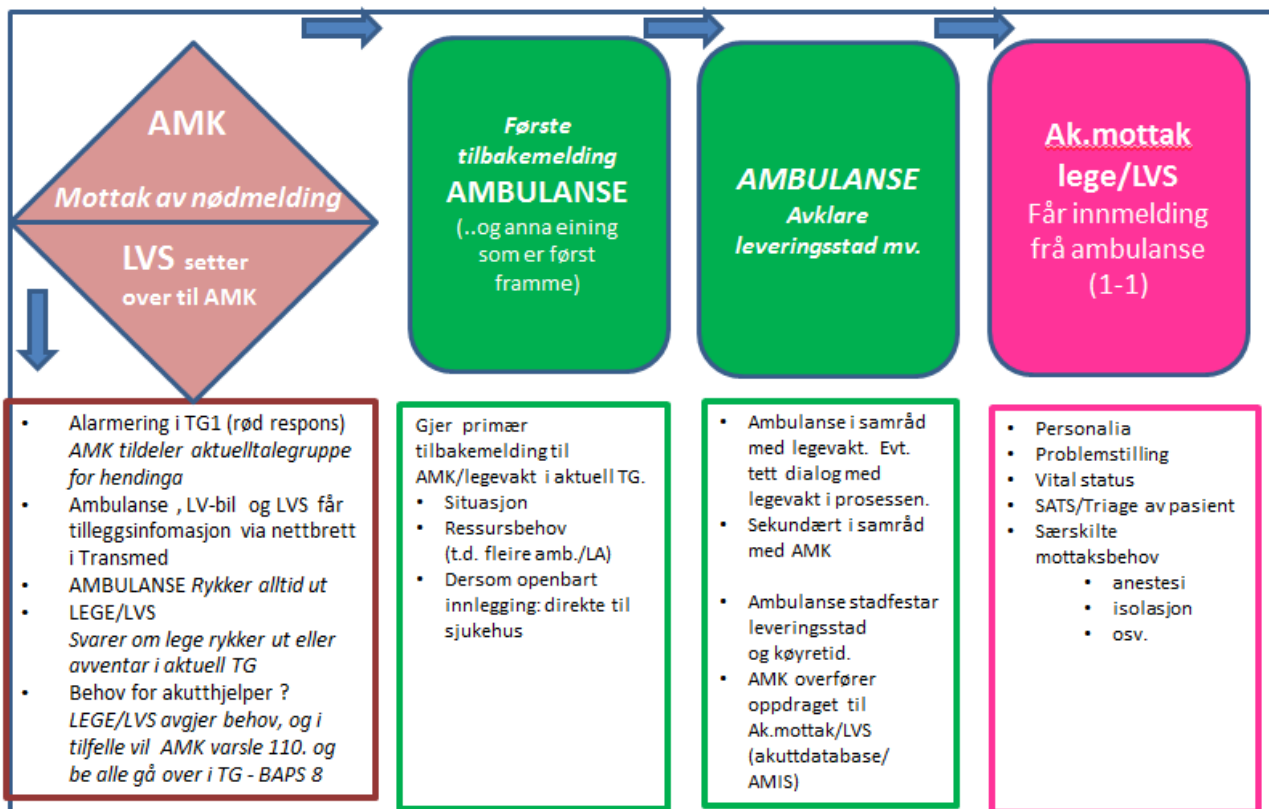
Sidan 20. oktober 2015 har legevaktene i alle kommunar, alle LVS, AMK, akuttmottaka på Haukeland universitetssjukehus, Haraldsplass diakonale sykehus, Voss sjukehus og ambulansetenesta nytta Nødnett som hovudsamband i akuttmedisinske situasjonar. Dei vedtekne prosedyrene er nytta med stort hell. I einskildtilfelle, der ein ikkje har lukkast, skuldast det sjeldan feil i prosedyrene men snarare feil bruk av utstyr eller prosedyrer.

Prosedyrer

Nødnett baserer seg på prosedyrer på tre ulike nivå. Eit overordna nasjonalt sambandsreglement som gjeld for alle naudetatane. Dette reglementet er styrande for all aktivitet og kan ikkje fråvikast.

Helsedirektoratet har utarbeidd nivå 2 prosedyrer som meir omtalar korleis Nødnett vert administrert og skal drivast i helsetenesta. Det er nivå 3 prosedyrene som dekkar dei operative funksjonane som vert brukte i den daglege tenesta.

Nivå 3 prosedyrene våre er eit felles produkt i Helse Vest. Dei er utarbeidd av dei fire helseføretaka i samarbeid med dei 85 kommunane. Helsedirektoratet sin mal er i stor grad følgd. I Hordaland har vi lang tradisjon for samhandling mellom aktørane i den akuttmedisinske kjeda. Vi har og erfaring frå samvirke med branntenesta i kommunane. Vi har erfart at samvirkeprosedyrar mellom til dømes brann og helse måtte leggjast mykje om. Fleire karakteriserte det som eit stort tilbakeskritt. Andre prosedyrar førde til betre samhandling og samvirke, til dømes direkte kommunikasjon mellom ambulanse og akuttmottak.



Nivå-3 prosedyrene følger i eige elektronisk vedlegg (vedlegg 3).

I samband med innføringa av Nødnett vart det laga ei presisering og eit prosesskart for akuttmedisinsk kommunikasjon ved raud respons. Raud respons er høgaste hastegrad AMK eller LVS set på eit oppdrag. Raud respons vert og omtalt som «akutt», og inneber ein livstrugande situasjon.

Sjølv om dei skrivne prosedyrene er klare, har det vore utfordringar med å etterleve prosedyrene. Det er to hovudutfordringar som har peikt seg ut i evalueringane etter oppstart:

1. *Bruk av talegrupper for helsetenesta (TG) knytt til ei hending.*

Prosedyrane seier at alle alarmer for raud respons skal gjerast i felles TG for heile føretaket. Me har valt TG som kallast ambulans-Bergen 01 til dette føremålet. Etter at lokal lege, LVS og ambulans har kvittert at dei har motteke alarm, skal dei skifte til ei hendings-TG, til dømes ambulans-06.

- 1.1. Lokal lege vil ha meir opplysningar for å vurdera om han skal rykkja ut. Skal desse opplysningane gjevast i ambulans-01 eller tildelt hendings-TG? Kor mykje snakk skal det vera på alarmerings-TG?
- 1.2. Lokal lege får ikkje til å skifte til TG ambulans-06, fordi det er for lang tid mellom kvar vakt. Legen er då ikkje fortruleg med radioen.
- 1.3. AMK-operatør får eit oppkall frå ei anna hendig og må svara denne før TG ambulans-06 er etablert. Dei andre ventar, eventuelt går tilbake i ambulans-01 og etterlyser svar. Dette er spesielt på natt i veka då det per no berre er tre operatørar på vakt i AMK.
- 1.4. Andre årsaker

2. *Utkalling av akutthjelparar (om akutthjelpare – sjå seinare i rapporten)*

Det er lokal lege eller LVS som primært skal vurdera om det er behov for å sende ut akutthjelparar. Slik det er i dag kjem dei i dei fleste tilfelle frå brannvesenet. Her ligg utfordringa då dei høyrer til ein anna etat. Det vert hevda at DSB krev at det berre er 110-sentralene som får kalla ut brannvesenet sjølv om dei som akutthjelparar også kan definerast som ein helseressurs i kommunen.

Dette fører til at kommunikasjonssløyfa for å få ut kommunal akutthjelpar kan blir unødig lang og det går med dyrebar tid.

- 2.1. AMK sender alarm til lege/LVS/ambulanse
- 2.2. Her gir lege eller LVS tilbakemelding til AMK om å sende ut akutthjelpar
- 2.3. AMK kontaktar 110-sentralen
- 2.4. 110-Sentralen stadfestar at det vert sendt alarm til akutthjelper frå brannvesenet. Det skal då etablerast eige felles TG for brann og helse. (BAPS-8, ei TG styrt av politi, men som brann/helse kan disponera.)
- 2.5. AMK må melde til uttrykkande einingar at BAPS-8 skal nyttast, og ikkje t.d. ambulanse-06.

Innføring av Nødnett har generert andre positive prosessar. Til dømes korleis skal gul respons handterast— I praksis vil det seie alle hendvendigar som ikkje blir raud respons. Kven skal handtera hendvinga, AMK eller lokal lege/LVS? Korleis skal informasjonsflyten gå mellom AMK og LVS og legar i vakt.

2. Rollar og ansvar for å sikra ein hensiktsmessig, koordinert og samordna innsats i dei ulike tenestene i den akuttmedisinske kjeda

Akuttmedisinforskrifta er klar på at kommunane og dei regionale helseføretaka skal sikre ein hensiktsmessig og koordinert innsats i dei ulike tenestene i den akuttmedisinske kjeda. I ein merknad til forskrifta skriv Helse- og omsorgsdepartementet at Helse- og omsorgstjenestelova § 6-1 stiller krav om at det skal vera samarbeidsavtaler mellom kommunar og helseføretak. Samarbeids-avtalane må konkretiserast slik at dei kan fungera som eit felles planleggingsverktøy.

I Stortinget si handsaming av Nasjonal helse- og sjukehusplan av 10. mars 2016 poengterer Helse- og omsorgskomiteen at det er viktig å sikra både dimensjonering av og kvalitet på dei prehospitale tenestene. Dei viste til NOU 2015:17 *Først og fremst*, om akutt-tenester utanfor sjukehus, som omtalar den akuttmedisinske kjeda til også å omfatte befolkninga si evne til å yte førstehjelp i akutte situasjonar, frivillig sektor, akuttthjelparar frå kommunale brann- og redningsetatar, legevakt, ambulanseteneste og naudmeldeteneste.

Helse- og omsorgskomiteen meinte det er viktig at alle desse aktørane vert å sjå i samanheng og at dei er øvd i saman. Samarbeidsavtalane mellom helseføretak og kommunar skal fungere som felles planleggingsverktøy. Det er verdt å merke seg at Helse- og omsorgskomiteen no har utvida omgrepet «den akutt-medisinske kjede». Den omfamnar no og 1) *befolkninga si evne til å yte førstehjelp* og 2) *akuttthjelparar frå kommunale brann- og redningsetatar*. Rett nok vart ikkje dei kommunale heimebaserte tenester tatt med i denne omgang. Det har vi omtalt andre stadar i denne rapporten.

Tenesteavtale 11 og 12

Denne tenesteavtalen skal regulera ansvar og oppgåvefordeling i den akuttmedisinske kjeda. Då arbeidet med å utforme avtalane i Helse Bergen sitt området starta, var ambisjonsnivået høgt og graden av detaljering var stor. Signala frå overordna nivå var, i første omgang, å tone ned detaljane. Slik vart det ein meir generell avtale.

Helse Bergen HF, Haraldsplass diakonale sykehus og kommunane i føretaksområdet plikta seg i 2012 til å samarbeida om utviklinga av dei akuttmedisinske tenestene slik at tilbodet samla blei tilgjengeleg og av god kvalitet. I den grad Samarbeidsutvalet etablerte underutval for akuttmedisin og beredskap (UFAB) skulle kommunane og føretaket delta i dette. Utvala skal sikra at tenestene er i samsvar med lover, forskrifter og gjeldande avtalar og skildre ansvar og rollar i akutte situasjonar.

Det skal samarbeidast om og sikrast naudsynt kompetanse hos vaktpersonell gjennom felles kompetanseplanar. Det skal og gjennomførast beredskapsopplæring og øvingar. Nasjonale og regionale satsingar innan prehospital akuttmedisin skal følgjast opp. Ikkje minst skal det etablerast system som sikrar god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjonar.

Oppgåvedelinga mellom lege og ambulanse er vel innarbeidd. Rolledelinga er og omtalt i lov og forskrift. Ved samarbeid med anna helsepersonell, skal legen ta avgjerder i medisinske spørsmål som gjeld undersøking og behandling av den einskilde pasient.

Felles arbeidsgruppe for UFAB har valt å sette fokus på fylgjande nye områder:

Akutthjelpar

Den reviderte Akuttmedisinforskrifta opnar for at kommunane og helseføretaka kan, som del av sin akuttmedisinske beredskap, inngå avtale om bistand frå akutthjelparar. Forskrifta seier at slike akutthjelparar kan vera medlemmer av frivillige organisasjonar eller kommunalt brannvesen.

Ein akutthjelpar er forventet om mogleg å rykkja ut og starta elementær livreddande førstehjelp samt eventuelt nytta halvautomatisk hjartestartar og observere pasientar inntil lege/ambulanse kjem fram.

Innbyggjarane i kommunane skal oppleve ein trygg akuttberedskap ved at fastlegar, legevakt, akutthjelparar, ambulansar og luftambulanse utgjer ein heilskap.

Sotra legevakt (kommunane Fjell og Sund) har laga framlegg til rutinar for utkalling av sine akutthjelparar. Målet deira er å sikre tidleg livreddande hjelp til pasientar som er seg langt unna ordinær helseressurs (ambulanse og legevakslege på vakt). Akutthjelparane er brannmannskap i vakt med førstehjelpsopplæring samt alle fastlegar i kommunane som er tilgjengelige i Nødnett.

Hovudkriterium for bruk av akutthjelpar er at pasienten kan få raskare hjelp av akutthjelpare enn ordinær helseressurs. Det er tre tilleggskriterier, der minst eitt skal vere oppfylt. 1) Har pasienten slutta å puste? 2) Er pasienten medvitslaus eller i ferd med å bli medvitslaus? 3) Ligg det føre svært alvorlig skade?

Det er unntak for varsling av akutthjelpa dersom tilsvarende hjelp kan møtast på andre måtar. Til dømes sjukeheimspasient som får hjelp av sjukepleier på staden. Eventuelt om ein pasient openbart er død. Det er detaljert varslingstiltak slik:

a) Ved primær telefon til legevakt:

Sjukepleier som gjer primærvurderinga skal varsle AMK. AMK alarmerar ordinær helseressurs og akutthjelpar (dersom kriterium over er innfridd). Det er sjukepleier på Sotra legevakt som skal avgjer om kriteria er innfridde.

b) Ved primær telefon til AMK

AMK alarmerer ordinære helseressursar. Sjukepleier Sotra legevakt skal vurdere om kriteria er innfridd, om nødvendig spørje viktig informasjon. Det skal da gis tilbakemelding til AMK at akutthjelpar skal nyttast i tillegg til ordinær helseressurs. AMK sørgjer for varsling av akutthjelpar.

Kartlegginga vår viser at ikkje alle kommunane i Helse Bergen sitt område har etablert ordning med akutthjelpar. Det er ulike årsaker til dette. I nokre høve er det eit bevisst val, t.d. der legetenesta er sterk og legar lett kan varslast og stiller opp på si fritid. I andre høve er det berre manglande formalisering som skal til. Tenesta er der, men er ikkje formalisert og knytt til kommuneoverlegens sitt regime for opplæring mm.

- **Brann og redning**

I hovudsak er det den kommunale branntenesta som nyttast som akutthjelpar. Føremona med branntenesta er at dei som hovudregel kan rykke ut med ein gong. Dei samarbeider og med lege og ambulanse i samband med brann og ulukker.

- **Heimebaserte tenester**

Kartlegginga viser at det berre er 1 kommune som nyttar dei heimebaserte tenestene i den akuttmedisinske kjeda. Grunna utsetting av kontrollromsleveransane i naudnett kan ikkje LVS sende alarm eller oppkall til denne gruppa. Vi er difor no inne i ein mellomfase før denne gruppa igjen vert aktivt involvert i den daglege akuttmedisinske beredskapen.

Kommunehelsetenesta sine heimebaserte tenester er utan tvil ein ressurs som kan reknast inn i den akuttmedisinske kjeda. Dei heimebaserte tenestene er ute til alle døgerets tider. Dei kjenner geografien i kommunen og ikkje minst kjenner dei til dei sjukaste pasientane som bur i kommunen. Dei har ikkje sjeldan behov for akutte tenester. Å kople dei heimebaserte tenestene inn i den akuttmedisinske kjeda vil såleis vera til stor nytte for pasientane.

- **Andre**

Nokre stader er det Røde Kors-lag som vert nytta m.a. i skisesongen. Det er og ski-patroljer som ønskjer å stille seg til disposisjon for den offentlege, akuttmedisinske beredskapstenesta.

Ansvar og fagleg forsvarleg verksemd for akutthjelparar

Det er fleire formelle utfordringar med akutthjelparordninga. M.a. stiller Akuttmedisinforskrifta § 5 krav om det skal ligge til grunn ein avtale om bistand frå akutthjelpar.

Autorisert helsepersonell som utførar akutthjelparteneste er sjølvstøtt omfatta av helsepersonellova § 4 om forsvarleg verksemd. I Helsedirektoratet sitt rundskriv IS-8/2012, *Helsepersonelloven med kommentarer*, går det fram at når frivillige organisasjonar, til dømes Røde Kors, etter avtale med helse- og omsorgstenesta, driv tenester med karakter av helsehjelp, og tenestene er ein del av det planlagde helsetilbod til befolkninga, er desse ein del av helse- og omsorgstenesta. Eventuelt ikkje-autorisert personell som yter helsehjelp som ledd i disse tenestene vil og vere omfatta av helsepersonellova.

Det er såleis ikkje tvil om at branntenesta, i uttrykkning som akutthjelpar, er å definera som del helsetenesta. Ansvar for kontroll og tilsyn med akutthjelparane ligg hos den som har overlate oppgåva til vedkommande, jf. Helse-personelloven § 5. Den stiller som vilkår for å overlate oppgåver til andre at dette er forsvarleg ut frå oppgåva si art, personellet sine kvalifikasjonar og den oppfølging som vert gjeve.

Same lov, § 16, seier at verksemdar som yter helse- og omsorgstenester, skal organiserast slik at helsepersonellet blir i stand til å overhalde sine lovpålagde plikter. Dette skal sikre helsepersonell arbeidstilhøve slik at dei kan yte fagleg forsvarleg helsehjelp.

Om kommunane vel å innføre akutthjelparordning, må kommunane også ta det nødvendige ansvaret som føl etter lov og forskrift.

Mottak av naudmeldingar – oppgåvedeling mellom AMK og LVS

Med utgangspunkt i Medisinsk indeks vert i dag alle hendingar vurdert og kategorisert i 3 ulike hastegradar – raud respons (akutt, som er livstrugande), gul respons (hastar, og kan ha potensiale til å verta livstrugande) og grøn respons (vanlege tilfelle som treng hjelp, men der det ikkje hastar). Lokal lege og LVS vert ikkje alltid involverte i stor nok grad ved gul respons. I ein travel kvardag kan dette skuldast både at dei i AMK-sentralen ikkje har nok fokus på å kopla inn legen, og i andre høve at lokal lege ikkje er tilgjengeleg på telefon. Resultatet vert at ambulansabil vert sendt ut. Pasientane vert då sjeldan igjen heime, men vert anten køyrd til lokal lege/legevakt eller direkte til sjukehus.

Det er dokumentert at det vert færre innleggingar i sjukehus når lege vurderer pasienten enn om ambulansetenesta opererer på eiga hand. Det er difor grunn til å sjå nærare på denne praksisen.

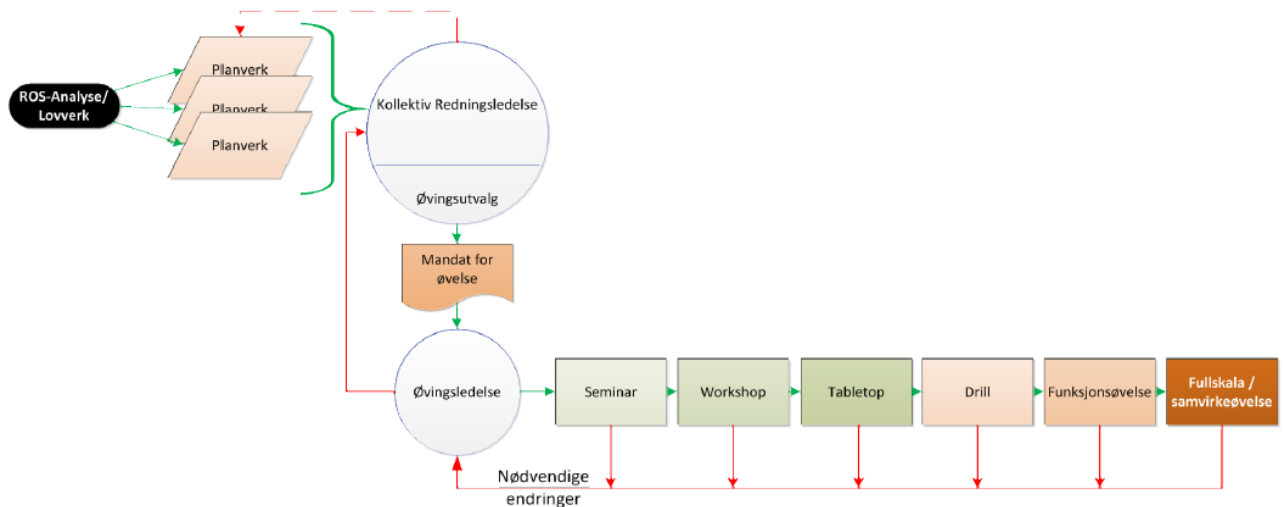
3. Felles ansvar for å sikre at personell får nødvendig opplæring og trening i egne arbeidsoppgåver samt trening, samhandling og samarbeid mellom alle ledd i den akuttmedisinske kjeda.

• Opplæring

Kartlegging har vist at det er ulik tilnærming til regelmessig vedlikeholdsoplæring og trening. Ambulansetenesta og AMK har fleire dagar avsett pr. år til slik verksemd. Nokre emne går igjen kvart år. Til dømes har ambulanspersonell kvart år køyredag med utrykkingsinstruktør. Ein dag går og med til vedlikehald og kontroll av basale akuttmedisinske rutinar, medan andre dagar er sett av til ulike emne. I 2016 er mellom anna alle tilsette i AMK og ambulansetenesta pålagd å ta del i PLIVO-opplæringa.

Øvingar har avgrensa verdi dersom dei ikkje blir sett inn i ein større samanheng. I ei masteroppgåve ved Universitet i Stavanger (UiS) har to studentar frå Politi og Sivilforsvar (Poldestad og Steinnes) i Bergen reist spørsmål om ein lærer tilstrekkelig av øvingane. Dersom dei same svakheitene blir avdekka gong etter gong, har ein ikkje lært. Etter den tragiske hendinga 22. juli 2011, fanga media fort opp at mange av dei svakheitene som då vart avdekka, var dei same som ble peikte på etter «Øvelse Oslo» fem år tidligare.

Kvifor er ikkje desse svakheitene utbedra? Kva er grunnen til dette? Øver ein berre for å øve, ikkje for å lære? Dei set øving inn i eit større perspektiv som vist i figur.



Dette arbeidet er vidareført av UiS og saman med naudetatane i Rogaland har dei lage ei eigen øvingshandbok. Dei har bytta ut «kollektiv redningsleiing» med «ansvarleg leiar/øvingsutval» og «mandat for øving» med «oversiktsplan for øvingar».

For å overføre tankane til vårt arbeid innan det einskilde UFAB, lyt ein starte med å bli samde om roller og oppgåver. Dette ligg til grunn for opplæring og drill av ferdigheit for personell og etatar. Dette blir så sett saman i ein variant av modellen som vist ovanfor.

For å vise korleis dette kan bli i praksis kan fylgjande illustrasjon nyttast som døme: Dersom ein skal nytte heimebaserte tenester som akutthjelparar bør ein starte med å gje fylgjande prosess:

- Kva oppgåver eller tiltak skal ein forvente at sjukepleiar i dei heimebaserte tenestene utfører i akuttmedisinske situasjonar?
- Ut frå ei slik tilnærming må det lagast ei momentliste med omsyn kva sjukepleiaren skal kunna av teoretisk kunnskap, og kva ferdigheit som trengst for å utføre oppgåva.
- Kor mykje kan ein forvente ligg i grunnutdanning samt erfaring. Kva må til av tilleggsopplæring? Ei momentliste må gje grunnlag for konkrete undervisnings og øvingsmål inkludert trening i samhandling med dei andre aktørane innan den akuttmedisinske kjeda.
For å væra heilt detaljert: sjukepleiaren må òvast i å utføre hjarte-lunge-redning (HLR) og bruk av hjartestarter aleine. Deretter må sjukepleiaren trenast samhandling med ambulanse og lege. Då får ein opplæring og trening lik ein reell situasjon: akutthjelpar kjem først og må jobbe aleine, etter ei stund kjem lege og ambulanse.

Det er trong for samhandling og samvirketrening. Ein opplæringsplan må derfor være differensiert for å sikre den enkelte yrkesgruppa sin basiskompetanse innan akuttmedisinske kunnskap og ferdigheiter. Dernest må aktørane drillast i samhandling og samvirke med andre yrkesgrupper og etatar.

Handbok i øvingsplanlegging for naudetatane i Rogaland fylgjer som elektronisk vedlegg (vedlegg 4).

Særskild om opplæring i Nødnett (satsingsområdet i 2015-16)

I innføringsprosjektet til Nødnett har Helsedirektoratet, som overordna mynde, stilt krav til opplæring. For legar og andre brukarar av bærbara radiosett er kravet 4 timars kurs. Det er og krav til eit nettbasert kurs på NAKOS-portalen (Nasjonal kompetansesenter for akuttmedisin). Ambulansepersonell og andre som og nyttar radioar montert i køyretøy, skal ha eit dagskurs (8 timer) i tillegg til det nettbaserte kurset. Det er fordi desse radioane har utvida funksjonalitet og kan nyttast til å utvide dekningsområdet til Nødnett.

Operatørar på AMK-sentralane skal ha eit tre dagars kurs. Operatørar på små kontrollrom (legevakt-sentralar og akuttmottak) skal ha eit ein dags kurs.

Dette opplæringsløpet er gjennomført med unntak av kontrollromskurset for små kontrollrom. Dette er utsett til hausten 2016. Det skuldast utsetting av utstyrsleveransane. Likevel har alle operatørar på små kontrollrom fått fire timars radiokurs. Slik kan LVS og akuttmottaka nytta Nødnett ved bruk av bærbara radioterminalar.

Alle LVS og akuttmottak har, saman med AMK og ambulansetenesta, fått utdanna eigne instruktørar, både på kontrollromsutstyr og radioterminalar. Alle LVS er no i stand til å gjennomføra opplæring i Nødnett for alt personell knytt til eige legevaktdistrikt.

Ei aktuell problemstilling er at fleire LVS har opplevd at det kjem vikarleger på vakt som ikkje har den naudsynte opplæring i bruk av Nødnett. Det er krav til opplæring av alle brukarar i brukaravtalen mellom den einskilde kommune og Direktoratet for Nødkommunikasjon. Kommunen har plikta seg til og følgje det opplæringsprogrammet Helsedirektorat har fastsett. Det grunnleggjande kravet er eit nettbasert kurs som tek omlag to timar. Vidare eit frammøtebasert kurs på fire timer for å bruke radioterminal. Det er her viktig å presisere at opplæringa omfattar både reint praktisk bruk og systemforståing samt samvirke og samhandling med andre etatar.

I innføringsprosjektet har *Helsetjenestens driftsorganisasjon for Nødnett (HDO)* stilt nødvendig opplæringsutstyr til disposisjon. I framtida vil det vera tilgjengelege kontrollrom for opplæring i gangavstand frå Oslo lufthamn, Gardermoen. Det gir mogeligheit for at LVS kan arrangera felles kurs for personell frå våre område. Helse Bergen har og to koffertar á ni radioterminalar til beredskapsformål. Dei kan også nyttast til opplæring. Ein er plassert på luftambulansbasen i Bergen og den andre på Voss sjukehus.

HDO tar mål av seg til å etablere ein eigen opplæringsavdeling som skal hjelpe kommunar og spesialisthelsetenesta med opplæring på eit overordna plan. Til dømes reknar ein med at det blir utdanna nye instruktørar i regi av HDO.

Forslag til framtidig opplæring

- Kurs i bruk av radioterminalar. LVS, akuttmottak og ambulansetenesta har eigne instruktørar og kan etter behov arrangere eigne og felles radioterminalopplæring i ansvarsområdet.

LVS kan til dømes ta ansvar for å lære opp nye legar som skal byrje i vakt. Dette er gjennomført på LVS på Voss.

- Kurs i bruk av kontrollromsutstyr. Det må samarbeidast om kurs for på HDO sitt opplæringscenter på Gardermoen.

- **Prosedyrer**

Sjølv om ambulansetenesta og legevaktlegane har ulikt kompetansenivå behandlar dei same pasient. Anten kvar for seg eller i fellesskap. Når nye grupper no formelt kan bli ein del av den akuttmedisinske kjeda, er det endå større grunn til å ha felles prosedyrer.

Døme på mal:

Felles problem – sjukdoms-symptom omtale			
Tiltak akutthjelper brannteneste	Tiltak akutthjelper heimmesjukepleiar	Tiltak ambulansetenesta	Tiltak lege/legevakt

I tillegg til at det må utviklast lokale prosedyrer, både på rolle og samhandlingsnivå. Det er kome fleire nasjonale prosedyrer og rettleiarar i tillegg til tidlegare nemde nødnettsprosedyrer:

- *Nasjonal veileder for masseskadetriage*
Rettleiaren skal sikre at alle typar personell nyttar en hensiktsmessig arbeidsmetodikk og lik merking av skadde i det prioriteringsarbeidet som må utførast når det er ubalanse mellom tal skadde og tilgjengelige behandlings og transportressursar.

Helsedirektoratet føreset at helsetenesta implementerer modellen i sine egne rutinar og prosedyrar og regner med at helsetenesta vil trene regelmessig på prinsippa i modellen og at den vil bli nytta i øvingar i tida framover.

- Nasjonal prosedyre for *Nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold, PLIVO*:
Prosedyrane omtalar grunnleggande prinsipp for handtering av hendingar med pågåande livstruene vold, eksempelvis skuleskyting. Forskjellen mellom denne typen aksjonar og andre typar skarpe oppdrag er omtalt i prosedyrane.

Prinsippa for PLIVO-aksjonar er i utgangspunktet uavhengig av ressurstilgangen, men vil alltid måtte tilpassast tilgjengelege ressursar, særlig politiressursar. Prosedyrane tek i vare dette mellom anna gjennom å skildre rutinar for korleis innsatspersonell frå brann og helse skal opptre i situasjonar der politiet ikkje er til stades.

Prosedyrane er ikkje rettslig bindande, men er likevel å sjå på som normerande og retningsgivande for planlegging og gjennomføring av denne type aksjoner. Prosedyrane skal og danne grunnlag for verksemdleiaren sin beredskapsplanlegging samt arbeid med å sikre at innsatspersonellet blir gitt naudsynt opplæring, trening og materiell.

- *Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested* (Høringsutkast):
Formålet med rettleiaren er å avklare ansvarstilhøve og skissere sentrale prinsipp og hovudoppgåver for helsetenesta sin innsats ved masseskadehending og storulykker.
Rettleiaren
skal sikre forutsigbar respons både for helsetenesta sitt innsatspersonell og innsatspersonell frå dei andre samarbeidande naudetatane.

Større hendingar er sjeldne. Det medfører behov for systematisk opplæring og øving for å sikre at tenestene er rusta til å handtera slike hendingar. Rettleiaren skal danne grunnlag for slik opplæring og øving, både etatsspesifikt og i samarbeid mellom dei ulike naudetatane.

- **Utstyr:**

Det er variasjon i utstyrsoppsettet i kommunane. Som nokre døme har det vore diskutert: Kva er det rimeleg at ein uniformert legebil skal ha av basisutrustning? Kva er eigentleg ein akuttsekk og kva er innhaldet? Har ein dei same medikamenta, kan ein til dømes starte tidleg behandling av sepsis langt frå sjukehus? Kvifor er det berre ambulansane som køyrer med redningsvestar i bilane – skal ikkje legevakt rykke ut til hendingar på eller nær sjø og vatn? Kor mange naudnettradioar bør det eigentleg vere på eit fastlegekontor, der legen må rykke ut på dagtid?

Dersom vi får ei hending med masseskader viser kartlegginga at det truleg kan oppstå mangel på utstyr. Ein liten, men særskild viktig detalj er å konservere varme hos pasientane (tepper, redningsdukar, varmemposar, mv.). Vidare bæreutstyr og utstyr for meir avansert behandling av respirasjonsbesvær som til dømes CPAP.

I den daglege beredskap er det ikkje eigen standard for kva ein akuttsekk for legevakt skal innehalde. Legebilane i området har ulikt utstyr, og akutthjelparane har både ulikt utstyr og ambisjonsnivå. Det er ikkje registrert eige akuttmedisinsk utstyr som dei heimebaserte tenestene kan nytte.

Dei rundt 40 ambulansabilane til Helse Bergen har standardisert utstyr. Oversikt for dette utstyret følgjer i elektronisk vedlegg (vedlegg 5).

4. Framlegg til tiltak og tidsfrister

Sjølvs om felles arbeidsgruppe for UFAB kjem med tilrådingar, og eventuelt SU gjer si tilslutning, så ligg oppfølgingsansvaret i den einskilde kommune og helseføretaket. Ein ser likevel for seg at det lokale UFAB har ei koordinerande pådrivarrolle. Tilsvarende kan ein sjå for seg at felles arbeidsgruppe for UFAB i framtida kan ha ein koordinerande rolle mellom dei ulike UFAB.

Ein ser derfor for seg at felles arbeidsgruppe for UFAB vert vidareført som eit permanent koordineringsorgan for dei 4 UFAB. Denne arbeidsgruppa må sjølve sjå nærare på mandat, retningslinjer for sakshandsaming mv., der hovudoppgåva er å vere eit koordinerande ledd.

Tiltaka som er lista opp nedanfor er styrande for aktiviteten i felles arbeidsgruppe UFAB. Arbeidsgruppa har kunnskap om ressurspersonar som kan delta i dei ulike aktivitetane. Enn så lenge har ein ikkje oversikt over kostnad. Det betyr at dei ulike deltakarane sine etatar må bere kostnadane med deltaking i arbeidsoppgåvene. I den grad dette vil bli eit problem, må arbeidsgruppa kome attende til saka.

Tiltak for felles arbeidsgruppe UFAB

- **Roller og ansvar**

- Vidareføring av felles arbeidsgruppe for UFAB og klargjering av mandat
 - Tidsfrist 30.6.16
- Felles prosedyrebok for både legevakt og ambulanseteneste
 - Tidsfrist 31.12.2016
- Alternativ stad for å svare for legevaktstelefon 116117
 - Tidsfrist 31.10.2016
- Ansvarsoverføring «gul-respons» AMK – LVS/lege i vakt
Vert å sjå i sambheng med ny kontrollromsløysing for LVS. Naudnettleveranse i oktober/ november 2016.
 - Tidsfrist 31.12.2016

- **Opplæring - kompetanse**

- **Rollebasert opplæring**

Akutthjelparar, minimumsopplæring og repetisjonsfrekvens

- Branntenesta
 - Tidsfrist 31.10.16
- Heimebaserte tenester, sjukepleiarar, helsesøstre, jordmor mv.
 - Tidsfrist 31.12.16
- Heimebaserte tenester utan sjukepleiarutdanning
 - Tidsfrist 31.12.16
- Legebilsjåførar
 - Tidsfrist 31.12.16

- **Plan for teambasert trening/øvingar**
 - Lokalt i kommunen/legevaktdistriktet
Legevakt/akutthjelpar/LVS/ambulanse/AMK
 - Tidsfrist 31.10.16
 - Samvirkeøvingar med dei andre naudetatane
 - Tidsfrist 31.12.16

- **Tilråding for ustyrsstandardar:**
 - Akuttssekk for legevakt
 - Tidsfrist 31.12.2016
 - Anna utstyr for legevakt i utrykking
 - Tidsfrist 31.12.2016
 - Legebil
 - Tidsfrist 31.12.2016
 - Akutthjelparar frå brannteneste og anna helsepersonell/hjelpepersonell
 - Tidsfrist 31.12.2016
 - Akutthjelparar med sjukepleiarutdanning o.l.
 - Tidsfrist 31.12.2016
 - Akuttutstyr på legevaktstasjon
 - Tidsfrist 31.12.2016
 - Akuttutstyr på fastlegekontor
 - Tidsfrist 31.12.2016