HELSE FØRDE Pasientens helseteneste
Helse Førde 2030

# Mandat for prosjekt "Prehospitale tenester"

| Versjon | Dato | Kapittel | Endring | Endret av | Godkjent av |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## Føremål med prosjektet «Prehospitale tenester»

Å sikre innbyggjarane i Sogn og Fjordane gode prehospitale tenester og å leggje til rette for eit vidare godt samarbeid mellom helseføretaket og kommunane om den akuttmedisinske kjeda.

## Bakgrunn for prosjektet

Prosjektet er ein del av utviklingsprogrammet «Pasientens helseteneste». Helse Førde skal etablere «pasientens helseteneste,» som er samordna og tilpassa pasientens behov, og der pasienten har så stor medverknad som mogleg. Pasienten skal oppleve å vere likeverdig i møtet med helsetenestene, og få trygge, samordna og effektive tenester av høg kvalitet.

Som del av utviklingsprogrammet har styret bedt om å få vurdert heile det prehospitale området, som i Helse Førde omfattar bil– og båtambulanseteneste, AMK samt medisinsk ansvar for luftambulansen i Førde og redningshelikopteret i Florø. Området har ei stor og sentral rolle i eit føretak som er prega av relativt spreidd busetnad. Området har hatt ein sterkare vekst enn Helse Førde samla dei siste ti åra, særleg gjeld det innanfor bilambulansetenesta som har hatt ei utvikling frå heimevakt til kasernevakter og nasjonale kompetansekrav å tilpasse seg.

Arbeidet må ta omsyn til økonomiske rammer, kvaliteten i tenesta og arbeidsvilkåra til dei tilsette. Arbeidet må også balansere forholdet mellom det hospitale og det prehospitale, mellom ansvaret til kommunane og Helse Førde og ta opp i seg dei føringar som kjem gjennom styrevedtak, forskrifter og lover, og planar på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Styret gjorde dette vedtaket i styremøte 18. november 2016:

1. Bilambulansetenesta for kommunane Askvoll og Fjaler vert stasjonert i Dale.

2. Båtambulansetilbod for område sør vert lyst ut på anbod med ein båt i Solund, supplert med kjøp av taxibåttenester eller anna eigna transportkapasitet for Atløy, i tråd med føringar i saksførelegget.

3. Styret ber adm. direktør legge fram ei sak med framlegg til prosess for heile det prehospitale området i Helse Førde, tilpassa den økonomiske ramma.

Og dette vedtaket 6. juni 2017:

1. Styret ber administrerande direktør legge til grunn prosessen slik den er skissert i styresaka, samt drøftingar i styremøte, i det vidare arbeid med plan for prehospitale tenester.

2. Styret ber om at utkast til prosess og mandat for plan for det prehospitale området blir lagt fram på styremøte 12. september 2017.

3. Bruk av ekstern kompetanse/bistand må vurderast.

4. Styret ber om at administrerande direktør i utforminga av mandatet planlegg å utforme ein prehospital teneste som klarer å oppfylle den nasjonale målsetninga, som og Helse Vest har vedtatt, for responstider. Styret ønskjer at Helse Førde ser på responstider samla for foretaket.

   Viser til punkt 2 i Helse Vest sitt styrevedtak i sak 141/16 «Ambulansedekning og responstider i Helse Vest».

## KVA er prosjektmåla

**Hovudmål (for alle dei tre fasane i prosjektet)**

Prosjektet "Prehospitale tenester" har som mål å lage og implementere ein overordna plan for heile det prehospitale tenesteområdet i Sogn og Fjordane fylke i tråd med føremålet.

1. Tilrå og implementere ein løysing for dei prehospitale tenestene til Helse Førde HF, knytt opp mot dei faglege og regulatoriske føringane som ligg til grunn for det prehospitale tenesteområdet og dei økonomiske rammene som gjeld for helseføretaket. Prosjektet skal vidare avklare kva driftsform som best oppfyller mål og føremål. Dette arbeidet inkluderer ei vurdering av lokalisering, flåtestyring, utstyr, bemanning og kompetanse.
2. Gjennomgå, konkretisere, tilrå og operasjonalisere framtidig ansvar, samarbeid, organisering og samhandling mellom Helse Førde HF og kommunane i den akuttmedisinske kjeda, i tråd med akuttmedisinforskriften (2015).

3. Gjennomgå, konkretisere, tilrå og operasjonalisere det framtidige pasientforløpet mellom helseføretaket sine prehospitale tenester og kliniske avdelingar i Helse Førde HF.

Planen skal vere ferdig utarbeidd innan sommaren 2018 slik at føretaket då kan fatte dei avgjerdene som er nødvendige for å kunne ta til på implementering frå hausten 2018.

**Delmål**
Prosjektet sitt hovudmål skal bli nådd gjennom arbeid i tre fasar; jamfør orientering i styremøte 30. juni 2017. Dei tre fasane er som fylgjer:

- Fase 1 (Haust 2017): Etablere prosjekt, forankring internt og eksternt. Avklare prinsipp, premissar og rammevilkår. Forankring / høyring.
- Fase 2 (Vår 2018): Detaljering av modellar.
- Fase 3 (Haust 2018-2021 (18-36 mnd.): Implementering av vald modell

Kvar av desse tre fasane har sine delmål som til saman vil byggje opp om hovudmålet.

Dette mandatet fokuserer på fase 1 av prosjektet og tilhøyrande delmål. Detaljert mandat og detaljerte delmål for fase 2 og 3 vil bli utarbeidd på et seinare tidspunkt når styret i Helse Førde HF 19. januar 2018 eventuelt har vedteke naudsynt avgjerd om vidare prosess.

Delmål for alle fasane:

1. Etablere eit prosjekt som har ei tydeleg leiing, som i starten av prosjektet avklarar forventingar til prosjektdeltakarane og som har klare spelereglar for korleis usemje i prosjektgruppa skal handterast.
2. Sikre ei god plattform for open og tillitsfull dialog med kommunane i fylket slik at Helse Førde HF og kommunane kan einast om primære ansvarsområde i den akuttmedisinske kjeda.
3. Sikre ein jamn og god kommunikasjon i prosjektet "Prehospitale tenester" til tilsette, kommunar, eigar og befolkninga i fylket elles.
4. Sikre involvering frå brukarar og innspel frå innbyggjarar elles.

Delmål for fase 1 av prosjektet er:

5. Gje ei kort skildring av dagens prehospitale tenestetilbod; kvalitativt og kvantitativt
6. Avklare premissar og rammevilkår for det prehospitale tilbodet.
7. Gjennomgå bemanningsmodell ved ambulansestasjonane som tek omsyn til kompetansekrav, arbeidsturnus, rekruttering, tilstrekkeleg mengdetrening og moglegheit for auka stadleg leiing, då vurdert opp mot nasjonale faglege føringar.
8. Saman med leiinga i Helse Førde HF definere korleis ulike kriterium for val av framtidig basestruktur skal vektast (eksempelvis økonomiske rammer, risiko for samtidskonflikter, faglege normer, regionale føringar, regulatoriske krav, lokal tilstadevering mv.)
9. Identifisere minst to sjukehusdistrikt det er relevant å samanlikne seg med for å kunne samanlikne eksisterande ressursbruk og kvalitetsparametrar i desse distrikta med tilsvarande data frå dei

prehospitale tenestene i Helse Førde HF. Særskilt vurdere korleis ny teknologi eventuelt kan bidra til å vidareutvikle dei prehospitale tenestene.

10. Gjennomgå og konkretisere ansvar, samarbeid, organisering og samhandling mellom Helse Førde HF og kommunane i den akuttmedisinske kjeda, i tråd med Akuttmedisinforskriften (2015)
11. Identifisere eventuelle flaskehalsar i det akuttmedisinske pasientforløpet, med spesielt fokus på grensesnittet mellom dei prehospitale tenestene og den hospitale tenesta.
12. Gjennom kartlegging, analysar og dialog med dei viktigaste aktørane både i og utanfor Helse Førde skissere moglege framtidige driftsformer/samarbeidsmodellar.

## KVA skal gjerast i prosjektet og KORLEIS skal det gjennomførast

**For å sikre oppnåing av delmål planleggast fylgjande:**

| Leveranse/delmål | KVA skal gjerast | KORLEIS skal det gjerast |
|---|---|---|
| 1. Tydeleg leiing, forventingsavklaring, spelereglar | Avklare roller, oppgåver og ansvar | • Etablering av ein prosjektorganisasjon for fase 1, inkludert tydeleg prosjektleiing og mandat. Prosjektorganisasjonen skal inkludere ei referansegruppe<br>• Klargjere oppgåvedeling mellom interne og eksterne ressursar. Definere, gjennomgå og forankre forventningar og spelereglar i første prosjektmøte.<br>• Utarbeide ein milepæl- og framdriftsplan som gjer det mogleg å fatte avgjerd om eventuell vidareføring av prosjektet til fase 2 for styret i Helse Førde HF den 19.1.2018<br>• Utarbeide ei ROS-analyse når det gjeld gjennomføringsevne for sjølve prosjektet<br>• Utarbeide møteplan for prosjektet<br>• Ha fokus på ressursbruken til involverte partar i prosjektgjennomføringa<br>• Avstemme forventingar i prosjektgruppa, spelereglar for kommunikasjon og retningslinjer ved ueinigheit |
| 2. Open og tillitsfull dialog | Utarbeide interessentanalyse som sikrar ein open dialog og transparent prosess, internt så vel som eksternt<br><br>Sikre omforeint forståing av Akuttmedisinforskrifta og eksisterande delavtaler. | • Bruke interessentanalyse aktivt i prosjektet (Involvere interessentar som blir identifiserte gjennom interessentanalysa)<br>• Arrangere og fasilitere ein eigen konferanse med kommunane i fylket omkring Akuttmedisinforskrifta, delavtala om prehospitale tenester og ansvar for ulike oppgåver i den akuttmedisinske kjeda<br>• Nytte eksisterande samhandlingskanalar til å forankre ein omforeint oppfatning av oppgåvene i den |

| | | |
|---|---|---|
| | | akuttmedisinske kjeda |
| 3. Jamn og god kommunikasjon | Med bakgrunn i interessentanalysa utarbeide ein kommunikasjonsplan.<br><br>Avklare og sikre kva møtearenaer og samhandlingsforum som skal nyttast eller etablerast knytt til dialog med kommunane i fylket. | Etterleve kommunikasjonsplan ved å kommunisere transparent og fullstendig eksternt (befolkning og samarbeidspartnarar) og internt (tilsette og eigarar); på nett, i samhandlingsfora og i media. |
| 4. Brukarinnspel | Sikre innspel frå brukarar gjennom brukarrepresentasjon i prosjektgruppa og innspel frå innbyggjarar for øvrig. | Utover brukarrepresentant i prosjektgruppa, designe og gjennomføre ein spørjeundersøking i befolkninga i fylket for å avdekke forventningar og bekymringar. |
| 5. Skildring av dagens teneste | Kartlegge dagens situasjon i føretaket gjennom å samanstille relevante aktivitetsdata for dei prehospitale tenestene | • Beskrive og kartlegge ansvarsoppgang mellom kommune og primærhelseteneste gjennom:<br>o Kvalitativ analyse: kategorisere innbyggjarar i nokre få og representative kategoriar og beskrive «brukarreiser» (inkludert kvalitet i tenesta).<br>o Kvantitativ analyse: definere overgangen mellom ambulanse og akuttmottak for dei vanlegaste pasientforløpa der ambulansetenesta leverer eller hentar pasientar ved sjukehuset i Førde.<br>• Nytte simuleringsverktøy for å synleggjere ulike løysningar dersom dette er relevant. |
| 6. Premissar og rammevilkår | Avklare kva som er mogelig å få til innanfor eksisterande avtaleverk | • Samle oversikt over relevante føringar og krav til dei prehospitale tenestene, inkludert ny Akuttmedisinforskrift og delavtalar med kommunane. |
| 7. Bemanningsmodell | Samle oversikt over relevante føringar og krav inkludert ny Akuttmedisinforskrift, og bruke desse til å skissere «nye» bemanningsmodellar | • Ta omsyn til kompetansekrav, arbeidsturnus, rekruttering, tilstrekkelig mengdetrening og moglegheit for auka stadleg leiing.<br>• Gjennom arbeidsmøte med tillitsvalde, verneteneste og andre tilsette diskutere gjennom utfordringar og skissere modellar for løysing.<br>• Eventuelt nytte simuleringsverktøy for å skissere ulike løysingar. |
| 8. Vekting av kriterium | Før fase 2 av prosjektet (detaljering av ulike modellar) byrjar, må leiinga i Helse Førde HF etter involvering av kommunane, bli einige om nokre grunnleggjande prinsipp for korleis ulike variablar skal vektast ved ei endeleg tilråding av modell i fase 2 (t.d. kvantitativ variabel "responstid" opp mot kvalitativ | Identifisere variablar som skal vurderast i organisering av dei prehospitale tenestene i Helse Førde.<br>Gjennomføre arbeidsmøte med leiinga i Helse Førde HF og kommunane der dei ulike variablar vert identifiserte, vekta og ROS-analysererte.<br>Synleggjere ev. motstridande syn på vektinga av variablane.<br>Tilrå grunnleggjande prinsipp for korleis potensielt motstridande variablar skal vektast ved ei endeleg tilråding av modell i fase 2. |

| | | |
|---|---|---|
| | variabel "kvalitet i kompetanse"(styrt av volum)). | |
| 9. Identifisere samanliknbare prehospitale distrikt | Etablere målpunkt av kvalitetsdata og kostnader med distrikt som i så stor grad som mogleg er samanliknbare når det gjeld geografi, befolkning, infrastruktur, vêrforhold og sjukehustettheit. | Identifisere samanliknbare ambulansedistrikt. Samanlikne kvalitetsdata og kostnadar mot desse. |
| 10. Gjennomgå og konkretisere ansvarsforhold | Gjennomgå og konkretisere ansvarsforhold mellom helseføretak og kommunar | • Gjennomføre ein gap-analyse som knyter krav og føringar opp mot dagens situasjon i føretaket.<br>• Analysere:<br>o kriterium for bruk av ambulanse<br>o bruk av ambulanse til intern transport<br>o omfang av legevaktskøyring |
| 11. Identifisere flaskehalsar | Identifisere flaskehalser og avdekke forbetringsområde som takast omsyn til ved detaljering av modellar i fase 2. | • Kvantitativt: Kartlegge overgangen mellom ambulanse og akuttmottak for dei vanligaste forløpa der ambulansetenesta leverer eller hentar pasientar ved sjukehusa.<br>• Kvalitativt: Kartlegge brukarreiser for å skildre eventuelle flaskehalsar i tenesta. |
| 12. Vurdere driftsformer | Starte arbeidet med å avklare kva driftsform som best oppfyller mål og føremål | • Kartlegge/nytte kartlegging av ressursbruk, kompetanse, responstid og eventuelle andre viktige innsatsfaktorar i dei prehospitale tenestene<br>• Kartlegge driftsformer for dei prehospitale tenestene i Noreg<br>• Kartlegge mogelege grensesnitt mot kommunar/andre aktørar<br>• Analysere:<br>o Kor stor del av tida ambulansepersonale er i beredskap<br>o Responstider målt mot andre føretak<br>o Kompetansenivå målt mot andre føretak<br>• Gjennom arbeidsmøte med tillitsvalde/verneteneste/tilsette i dei prehospitale tenestene, klinikkar, kommunar og eventuelt andre instansar diskutere og skissere mogelege driftsformer med tanke på best mogeleg samla ressursutnytting.<br>• Drøfte og skissere ulike driftsformer/samarbeidsmodellar med synleggjorde kostnader (jf. gap-analysane) i sluttrapport for fase 1. |

## Leveranse i prosjektet

For fase 1 gjeld:

- Ferdigstille analysar og vurderingar i høve til punkt 1-12 ovanfor
- Kommunisere førebelse resultat eksternt og internt
- Utarbeide sluttrapport for styrehandsaming og forslag til vidare prosess for Fase 2

Leveransane for fase 2 og 3 vil bli spesifiserte i detaljerte mandat for disse fasane.

## Nytteeffekt av prosjektet

Nytteeffekten av prosjektet er definert som resultatmål og effektmål.

**Resultatmål** definerer resultat og leveransar i prosjektet «Prehospitale tenester». Nokre resultatmål gjeld for prosjektet generelt, og nokre for fase 1 av prosjektet spesielt.

**Effektmål** skildrar ein ønskt framtidig situasjon som skal nåast gjennom prosjektet «Prehospitale tenester». Nokre effektmål gjeld for prosjektet generelt, og nokre for fase 1 av prosjektet spesielt.

| Resultatmål for heile prosjektet | Resultatmål for fase 1 |
|---|---|
| Prosjektet skal sikre eit prehospitalt tilbod til befolkninga i Sogn og Fjordane som:<br>• er medisinsk-fagleg forsvarleg<br>• er økonomisk berekraftig<br>• saman med det kommunale tilbodet gir opplevd tryggleik i befolkninga<br>• ei god plattform for samhandling, dialog og kommunikasjon internt og eksternt for heile prosjektet "Prehospitale tenester" | Prosjektet skal sikre:<br>• ein klar ansvarsoppgang mellom Helse Førde HF og kommunane i fylket knytt til akuttmedisinske pasientforløp<br>• ei situasjonskartlegging av dei prehospitale tenestene som kan danne eit avgjerdsunderlag for styret i Helse Førde HF slik at det gjer mogleg ei vidareføring av prosjektet til fase 2 |
| **Effektmål for heile prosjektet** | **Effektmål for fase 1** |
| • Helse Førde HF skal:<br>• ha ei prehospital teneste som er i tråd med gjeldande faglege føringar og regulatoriske krav<br>• drive ei prehospital teneste som er fagleg forsvarleg<br>• ta i bruk ny teknologi som lettar dialog og samhandling med tredjepart (kommunehelsetenesta, luftambulansen, AMK)<br>• ha pasientforløp som effektivt bind saman prehospital og hospital behandling<br>• få kartlagt kva dei faglege føringane | • Prosjektet vil:<br>• tydeliggjere pliktene og ansvaret til dei ulike aktørane i det akuttmedisinske pasientforløpet<br>• synliggjere forbetringpunkt knytt til grenseflata mellom prehospitale og hospitale tenester (både når det gjeld pasient på veg inn og pasient på veg ut)<br>• danne grunnlag for eit godt samhandlingsklima mellom Helse Førde HF og kommunane i fylket<br>• sikre Helse Førde HF konkrete moglegheiter for samanlikning av |

| | |
|---|---|
| inneber og kva gap som eventuelt må lukkast for å møte regulatoriske krav som gjeld for dei prehospitale tenestene, inkludert kompetansekrav som trer i kraft frå mai 2018<br>• ha ei befolkning som opplever at føretaket kommuniserer ope om krevjande problemstillingar | kostnader og kvalitet knytt til dei prehospitale tenestene<br>• avklare, konkretisere og operasjonalisere ansvarsfordeling mellom Helse Førde og kommunane |

## Prosjektperiode

For samla prosjektperiode vert det vist til punktet "Delmål" ovanfor.

Fase 1 av prosjektet "Prehospitale tenester" startar 17.8.2017 og avsluttast med styrebehandling av fase 1-rapporten 19.1.2018

## Føringar for prosjektet

- Akuttmedisinforskriften
- NOU 15:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.
- Nasjonal helse- og sjukehusplan
- Styringsdokumentet (bestilling frå Helse Vest)
- Bestillingar gjennom styrevedtak
- Verksemdsmessig utviklingsplan 2015 – 2030
- Delavtale mellom kommunane og Helse Førde om den akuttmedisinske forskrifta
- Delavtale mellom kommunane og Helse Førde om ansvarsavklaring
- Programdirektiv «Pasientens helseteneste – Helse Førde 2030»
- Krav og føringar for tildelte midler til finansiering av prosjektet
- Krav og føringar for tildelt ramme til Helse Førde, Kirurgisk klinikk, AAM og Ambulansetenesta

Prosjektet legg til grunn målbiletet i Pasientens helseteneste, nasjonale føringar prinsipp for tenesteutvikling.

## KVA er rammer og avgrensingar for prosjektet

**Prosjektet gjeld for**

- Pasientar – brukarar og pårørande
- Ambulansetenesta
- Kommunane, primærhelsetenesta, tilvisarar/samarbeidspartar
- Tilsette, tillitsvalde og vernetenesta
- Klinikkane i Helse Førde
- Stab og støtte, og då særskilt Pasientreiser

**Økonomi**

Sjølve prosjektet skal drivast innanfor tildelte midlar.

**Avgrensing**
Prosjektet skal i første fase avklare rammer, premissar og føringar som skal gje grunnlag for prioritering og ein detaljert plan for dei prehospitale tenestene i neste fase, og implementering i siste fase. Prosjektet må ta omsyn til luftambulansetenestene og planlegge bil- og båtambulansetenesta. AMK er ein viktig faktor for dei prehospitale tenestene. Prosjektet må ta omsyn til det arbeidet som skjer regionalt og nasjonalt når det gjeld AMK-tenestene.

Prosjektet skal i den første fasen ikkje lage detaljerte modellar for bil- og båtambulanse, men skape tryggleik for at det kan gjerast med rett kvalitet innanfor fag, personale og økonomi i neste fase. Det betyr at fagleg forsvarlegheit, tilgjengelege økonomiske rammer og omsynet til personalet må balanserast på ein god måte. Prosjektet må i løpet av fase 1 vurdere om det må utarbeidast teoretiske modellar for å skape den tryggleiken før fase to og sikre at den kan gjennomførast på ein effektiv måte.

## Avhengigheiter til andre prosjekt/andre delar av verksemda/andre helsetenester

Prosjektet må avklare sitt grensesnitt til følgande prosjekt:

- Døgnprosjektet
- Poliklinikkprosjektet
- Prosjekt for diagnostikk
- Prosjekt for psykisk helsevern
- Regionale prosjekt, t.d. arbeid for samla prehospital plan i Helse Vest

Prosjektet må også avklare sitt grensesnitt til drifta i Helse Førde. Det betyr i hovudsak drifta i klinikkane, men også delar av stab og støtte som Pasientreiser. Sjølv om denne fasen i hovudsak vil handle om å avklare rammer, premissar og føringar, så vil sluttproduktet bli førande for modellering av tenesta i neste fase. Sluttproduktet kan ikkje legge opp til å nytte større del av ressursane til føretaket enn tildelte rammer, utan at det først er avstemt mot resten av føretaket. Det gjeld også endra bruk av personale eller endra tenestemønster.

Kommunane er viktige samarbeidspartnarar for Helse Førde og har også eit ansvar i den prehospitale kjeda. Dette er mellom anna tydeleggjort i Akuttmedisinføreskrifta. Fase 1 i prosjektet må gje dette nødvendig plass når prinsipp, premissar og rammevilkår for dei prehospitale tenestene skal avklarast.

Det som er skildra ovanfor må også sjåast opp mot bakgrunn, hovudmål, delmål og avgrensing for prosjektet.

## Rapportering / målepunkt

Prosjektet skal rapportere månadleg til prosjekt-/programleiing.
Identifisert gul og/eller raud status skal ha med utkast til tiltak eller beskrive kva tiltak som er sett i gang.
Prosjektet rapporterer til programleiar og programstyre

## Prosjektorganisering

### Programeigar

Programeigar for Pasientens helseteneste er administrerande direktør Børge Tvedt

### Styringsgruppe for prosjektet

Styringsgruppe for prosjektet er programstyret i Pasientens helseteneste

### Prosjektleiar

Direktør kirurgisk klinikk, Trine Vingsnes

### Prosjektgruppe

| Namn | Rolle, eining (forslag) |
|---|---|
| Robert Brennersted | Avdelingssjef AAM |
| Stian Sægrov | Ambulansesjef |
| Vidar Vie | Spesialrådgjevar AD |
| Terje Olav Øen | Beredskapssjef Helse Førde |
| Stig Igland | Samhandlingssjef Helse Førde |
| Tom Ole Dyrstad | Seksjonsleiar Akuttmottak Helse Førde |
| Vidar Øvrebø | Pasientreiser |
| Vivian Kvam | KS-repr. Sogn |
| Kjell Idar Dvergsdal | KS-repr. Sunnfjord |
| Stein Helle | KS-rep. HAFS |
| Jeanette Jensen | KS-repr. Nordfjord |
| Solfrid Fossberg | Brukarutvalet |
| Audun Nedrebø | Brukarutvalet |
| Leiv Johnny Fjellro | Fagforbundet |
| Daniel Søvde | Delta |
| Ove Johan Haugerøy | Koordinerande verneombod ambulansetenesta |
| Ronny Cassells | Fastlege og legevaktslege i Flora Kommune |

### Referansegruppe

Størrelse og kompleksitet på prosjektet gjer at Helse Førde HF ynskjer bistand frå fagpersonar som kan bidra til kvalitetssikring av arbeidet, og kome med innspel på tankar og arbeid. Til dømes:

1. om prosjektet har realistisk ambisjonsnivå
2. om det er forståeleg og hensiktsmessig kommunisert til dei riktige interessentane
3. om analysane i prosjektet er representative og komplette
4. om framgangsmåte, talgrunnlag og kjeldemateriale

Arbeidsmåte for denne gruppa vert møtesamling to gonger i løpet av hausten 2017, og innhenting av innspel gjennom å sirkulere dokument på epost / dele dokument på felles eining.

| Namn | Rolle, eining |
|---|---|
| Trine Vingsnes, direktør Kirurgisk klinikk | (Møteleiar) Helse Førde |
| Ingvill Skogseth, seniorrådgjevar | Helse Vest |
| Hanne Klausen, klinikkdirektør | Helse Bergen |
| Per Steinar Stensland, fylkeslege<br>(vara: Linda Svori, ass. fylkeslege) | Fylkesmannen i Sogn og Fjordane |
| Arild Østergaard, spesialrådgjevar | Prehospital klinikk Oslo Universitetssykehus |
| Steinar Olsen, avdelingsdirektør avdeling medisinsk nødmeldetjeneste<br>(vara: Rune Arnesen, seniorrådgiver avdeling medisinsk nødmeldetjeneste) | Helsedirektoratet |
| Håvard Stensvand, Fylkesberedskapssjef | Fylkesmannen i Sogn og Fjordane |
| Terje Brandsøy, dagleg leiar | Alarmsentralen i Sogn og Fjordane |
| Anne Stubdal, koordinator | PKO (Praksiskonsulentar) i Helse Førde |

## Interessentar/målgrupper

Mandatarbeidsgruppa vurderte kven som er dei viktigaste interessentane/målgruppene for prosjektet.

**Interne:**

- medarbeidarar i ambulansetenesta
- avdelingsrepresentantar i Helse Førde
- AD/føretaksleiinga
- tillitsvalde/vernetenesta
- brukarutvalet
- Pasientreiser
- beredskapssjef/beredskapsorganisasjonen
- praksiskonsulentane
- samhandlingssjef
- styret i Helse Førde
- klinikkråd i Helse Førde
- avdelingssjefsmøte
- Helse Vest
- Helse Bergen
- andre føretak i Helse Vest (Fonna og Stavanger)

**Eksterne:**

- pasientar, pårørande (innbyggjarane i området til Helse Førde)
- primærhelsetenesta
- kommunane
- ordførarar, lokalpolitikarar, stortingsrepresentantar
- Fylkesmannen i Sogn og Fjordane
    - Fylkesberedskapssjef
    - Fylkeslegen
- Sogn og Fjordane fylkeskommune
- KS
- media
- politi
- brannvesen
- luftambulansetenesta
- redningshelikoptertenesta/Hovudredningssentralen
- pasient- og brukarombodet
- frivillige organisasjonar
- Helse Møre og Romsdal
- Helse Midt/andre regionale helseføretak
- selskap som i dag driv båtambulansetenester

Helse Førde

# Skjema - enkel risikovurdering

**Risikovurderinga gjeld:** **Fase 1 av prosjekt Prehospital plan, Helse Førde**
**Dato: 05.10.2017, revidert 26.11.2017.**
**Ansvarleg: prosjektleiar Trine Hunskår Vingsnes**

Det visast til mandat godkjent av programstyret for Pasientens helseteneste 10.10.17. for informasjon om prosjektet sine mål og delmål samt konkrete aktivitetar.

**Risikomatrise**

| Sannsynlegheit \ Konsekvens | Ikkje alvorleg | Mindre alvorleg | Moderat | Alvorleg | Svært alv./kritisk |
|---|---|---|---|---|---|
| Svært stor | | | | | |
| Stor | | | | | |
| Moderat | | | | | |
| Liten | | | | | |
| Svært liten | | | | | |

| Erkjenning risiko | | | | Handtering av risiko | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Arbeid og forhold som kan medføre risiko | Sannsynlegheit (1-5) | Konsekvens (1-5) | Risiko (Sannsynlegheit | Tiltak | Ansvar | Prioritet/Frist |

| (risikoelement) | | | | x konsekvens) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informasjonsinnsamling og analyse av data tek lengre tid enn planlagt (t.d. brukarundersøking) – som medfører vesentleg (månader) forseinka leveranse sluttrapport | 5 | 3 | 15 | - Fokus på framdrift.<br>- Realistiske tidsfristar med noko «buffer» på svarfrist<br>- Informasjon til AD om eventuelle forseinkingar må aksepterast for å sikre kvalitet i prosjektarbeidet/slutt-rapporten. | Vingsnes | Info til AD (programeigar) om behov for utsetjing leveranse sluttrapport til ultimo februar. |
| 2 | Prosjektframdrifta reduserast pga at prosjektdeltakarar ikkje har kapasitet til:<br>- prosjektarbeid mellom møta (t.d. lesing)<br>- prosjektgruppemøte | 2 | 3 | 6 | - God langtidsplanlegging møter<br>- Diskutere med gruppa/einskildmedlem mar dersom problem undervegs, finne løysingar. | Vingsnes | |
| 3 | Fase 1-rapporten tapar kvalitet eller endar som ikkje omforeint fordi prosjektdeltakarar ikkje har kapasitet til prosjektarbeidet | 2 | 4 | 8 | - Alle må ha eigarskap til prosjektet.<br>- Kontakt mellom prosjektleiar og prosjektgruppemedlem mar dersom oppgåver er avtalt levert i neste møte. | Alle<br><br>Vingsnes | |
| 4 | Samarbeidspartnarar er ikkje tilstrekkeleg involvert | 2 | 5 | 10 | - Følgje og kontinuerlig oppdatere kommunikasjonsplane n.<br>- Representantar i prosjektgruppe & referansegruppe oppdaterer «sine» om status i prosjektet (KS?, | Vingsnes | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | - ambulansetenesta, TV og brukarrepr.). Dette dokumenterast og rapporterast tilbake.<br>- Vurdere status og «hente inn att» ev. manglande informasjon/involvering undervegs | | |
| 5 | Interessentar / målgrupper som prosjektet har følger for, blir ikkje tilstrekkeleg informerte | 2 | 5 | 10 | - Jamnlege møter og dialog med aktuelle interessentar.<br>- Informasjon på nett.<br>- Følgje og kontinuerlig oppdatere kommunikasjonsplane n. | Vingsnes | |
| 6 | Omfang av prosjektet vert større enn planlagt | 3 | 3 | 9 | - Heile tida vere bevisst dei definerte delmåla med tilhøyrande aktivitetar.<br>- Definere tydelege rammer for kva som skal gjerast med detaljert beskriving av omfang og korleis det skal gjennomførast. | | |
| 7 | Motstand undervegs frå eksterne eller interne partar vanskeleggjer kartlegging, dataanalysar og/eller rapportskriving/leveranse. | 4 | 4 | 16 | - Proaktiv og veldokumentert informasjon til innbyggjarar gjennom utvalde kanalar.<br>- Nøye dokumentasjon i kommunikasjonslogg<br>- Referat frå ev. ekstra møter | Vingsnes | **26.11.:** Auka sannsynlegheit frå 3 til 4. Gjeld brukarundersøking. |
| 8 | Motstand/ueinigheit/konflikt internt i prosjektgruppa eller frå eksterne eller interne partar vanskeleggjer leveranse av sluttrapport frå fase 1 som prosjektgruppa er omforeint om | 3 | 5 | 15 | - Sørge for at ulike syn kjem fram i sluttrapport<br>- God prosess<br>- Høyringsrunde på sluttrapport for å sikre øvrige interessentar moglegheit til innspel. | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Dårleg medieomtale av prosjektet/Helse Førde | 3 | 3 | 9 | - Proaktiv og veldokumentert informasjon til media.<br>- La alle synspunkt kome fram, også dei negative, som del av prosessen, men svare ut.<br>- Informere om komande høyringsrunde | Vingsnes m.fl. | |
| 10 | Prosjektleiinga undervurderer ressursbehovet til prosjektet | 3 | 3 | 9 | - Stram leiing av prosjektgruppa.<br>- Sjekke to-do liste kvar veke i forhold til framdriftsplan.<br>- Allokere ekstra ressursar i periodar dersom naudsynt<br>- Prioritere mellom planlagde aktivitetar dersom naudsynt | Vingsnes m.fl. | |

Oppsummering/konklusjon

**Vurdering 26.11. ved prosjektleiar:** Sannsynleg behov for eitt møte ekstra i prosjektgruppa i februar før avslutning fase 1 (vurdert ut frå noko forseinka datainnsamling – gjeld samanliknbare distrikt + brukarundersøking). Auka risiko punkt 7, sjå kommentar.

Deltakarar i risikovurderinga:

| Navn | Rolle/funksjon |
|---|---|
| Trine Vingsnes/Kristin Dvergsdal | Prosjektleiar/prosjektstøtte |
| Prosjektgruppa invitert til innspel i høve møte nr 2 | |
| Trine Vingsnes revidert ROS-analyse 26.11. | |

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



# Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

# I) Om arbeidet med utviklingsplan

## Hva er en utviklingsplan?

En utviklingsplan er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester. Den er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål.

En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.

Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr.

### Om «sørge for» ansvar og lovmessig forankring

Alle helseforetakene skal ha utviklingsplaner.

Utviklingsplanene må ses som del av de regionale helseforetakenes samlede planansvar.

De regionale helseforetakene skal i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a sørge for at personer med bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

De regionale helseforetakenes ansvar innebærer bl.a. en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helseforetakene er de regionale helseforetakenes viktigste virkemidler for å oppfylle «sørge for»-ansvaret og står for hoveddelen av helsetjenestene.

Utviklingsplanene i helseforetakene må således avspeile de regionale helseforetakenes samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen og understøtte «sørge for»-ansvaret.

Arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene må ta utgangspunkt i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling i regionene i tråd med framtidig behov for helsetjenester, god kvalitet og effektiv utnyttelse av samlede ressurser.

Utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, virksomhetens profil sammenlignet med andre helseforetak og hvilke strategiske og overordnede føringer som er gjeldende. Deretter beskrives hvilke trender som åpner for endringer før det gjøres en framskriving.

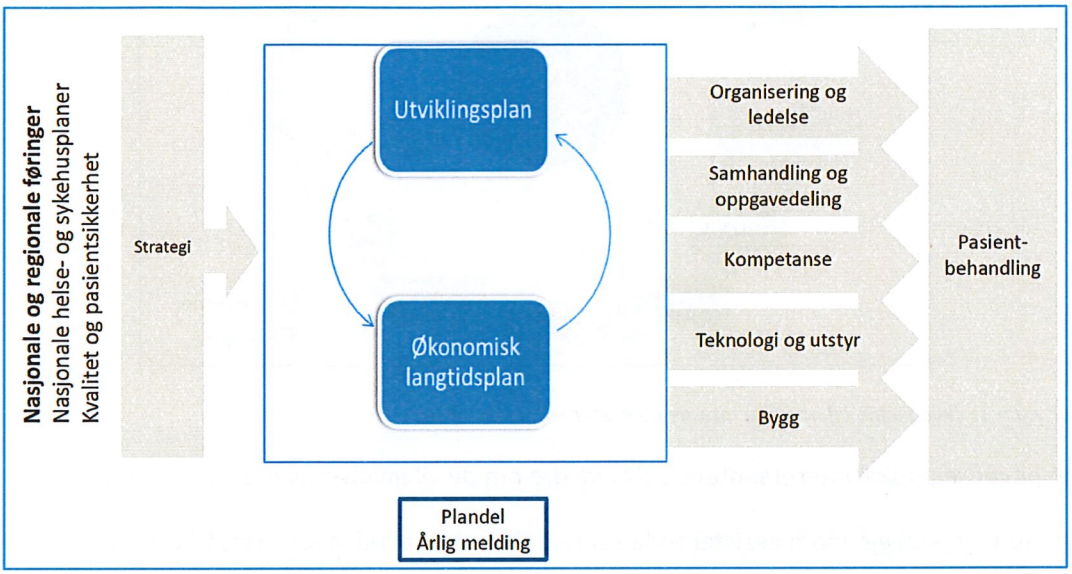
Dette er grunnlaget for å velge utviklingsretning for virksomheten, og for å prioritere nødvendige tiltak.

Samhandling, oppgavedeling og sykehus som virker sammen i nettverk er basis for utviklingsplanene.

Det overordnede målet er å legge til rette for god og framtidsrettet pasientbehandling og god bruk av ressurser.

Utviklingsplanen vil typisk ha en planhorisont på 10-15 år. Økonomisk langtidsplan oppdateres hvert år, og denne prosessen starter alltid med en vurdering av virksomheten som bør baseres på utviklingsplanen.

Langsiktige satsninger som krever investeringer vil innarbeides og prioriteres gjennom økonomisk langtidsplan.




*Figur 1. Utviklingsplanen baserer seg på nasjonale og regionale føringer og overordnet strategi. Den virker sammen med økonomisk langtidsplan og skal gi samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Målet er god og framtidsrettet pasientbehandling*

## Prinsipper som legges til grunn i arbeidet med utviklingsplan

Målet for denne veilederen er å beskrive en prosess som er åpen, involverende og forutsigbar.

### Om åpenhet

Arbeidet skal foregå i åpenhet.

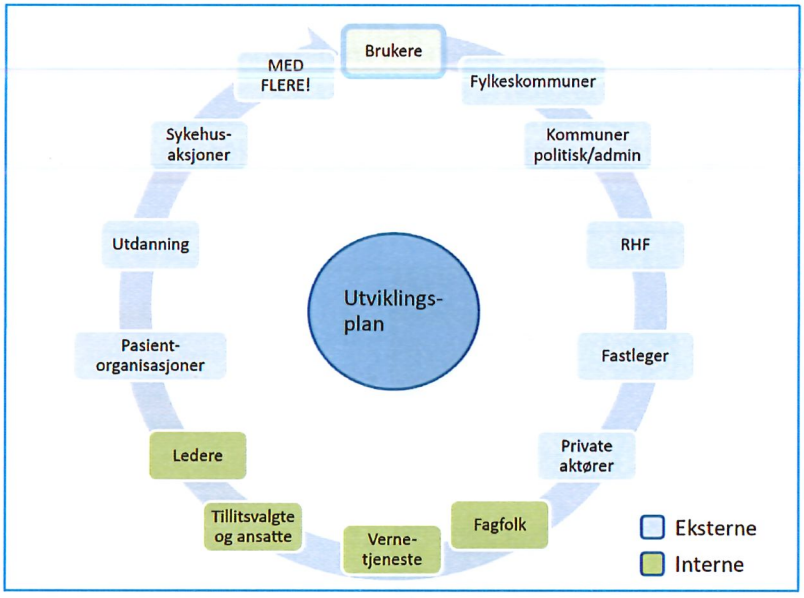
Det skal være mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn.

Det betyr for eksempel at mandat, prosjektsammensetning, delutredninger, utkast til utviklingsplan, tidslinje og milepæler med mer skal være tilgjengelig for alle.

I praksis forutsetter dette en åpen og oppdatert nettside som er tilgjengelig for alle.

### Om interessenter og involvering

Ved arbeidets oppstart skal det gjøres en interessentanalyse som omfatter både interne og eksterne interessenter.




*Figur 2. En utviklingsplan vil ha både interne og eksterne interessenter*

Som hovedregel skal interessentene selv avgjøre om de vil involveres eller informeres.

Kommunene skal gjennom eksisterende samarbeidsorgan alltid involveres, ikke bare informeres.

Brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte er en selvfølge. Arbeidets omfang tilsier at man bør vurdere å oppnevne to brukerrepresentanter. Involvering betyr for eksempel deltagelse i prosjekt- og/eller styringsgrupper.

Det skal vurderes hvordan hver enkelt gruppe av interessenter informeres. Det kan eksempelvis skje gjennom aktive tiltak som informasjonsbrev eller lignende, eller bare passivt via tilgang til nettside. Dette skal beskrives i en kommunikasjonsplan.

Administrerende direktør i helseforetaket vil være (prosjekt)eier for utviklingsplanen.

### Om forutsigbarhet

Alle interessenter skal kunne forstå hva som skjer, når det skjer og hvor beslutningspunktene er.

## II) Vesentlige endringer krever risiko- og mulighetsanalyse

Framtidens kapasitetsutfordringer må i større grad løses ved at pasientene behandles utenfor sykehus. Det betyr forebygging, nye pasientforløp, innovasjon, bruk av ny teknologi og ikke minst samarbeid i og om helse på tvers av nivåer.

Den største risikoen kan være at en ikke gjør endringer. Det betyr at analyse av både risiko og muligheter vil være viktige.

Det er et overordnet mål å flytte oppgaver slik at de løses nærmest mulig pasienten, på første tilstrekkelige kompetansenivå (LEON/BEON-prinsippet, ikke løfte oppgaver til høyere grad av spesialisert kompetanse enn nødvendig) og slik at ressursene samlet sett utnyttes best.

Rett og tilstrekkelig kompetanse på rett sted vil være en av morgendagens største utfordringer innen helse. Det krever spesiell oppmerksomhet på kompetanseoverføring mellom nivåer og profesjoner.

Endringer i samhandling og oppgavedeling krever involvering fra alle berørte parter. Oppgaver kan ikke overføres uten at dette skjer i forståelse mellom avgivende og mottagende part.

### Risiko- og mulighetsanalyser

Det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver.

Vesentlig kan bety at endringene har betydning for flere enn de som er direkte involverte.

Endringer i akuttfunksjoner vil for eksempel alltid være vesentlige.

Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre.

Analysen må involvere de som omfattes av tiltaket, for eksempel kan ikke risikoanalysen av endring i akuttfunksjoner gjøres internt i foretaket uten at kommunene med flere er involvert.

Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes.

#### Spesielt om endring i akuttfunksjoner

Alle vesentlige endringer i oppgaver krever risiko- og mulighetsanalyser enten det gjelder planlagt virksomhet eller akuttfunksjoner. Ivaretakelsen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, som følge av for eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt, akuttpsykiatri, ulykker med flere har betydning for hele helseforetakets utvikling, og utviklingsplanene må gjennomgås når endringer planlegges.

Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at sykehus skal samarbeide i nettverk, også om hvordan man best løser øyeblikkelig hjelp-tilbudet.

Dette samarbeidet må involvere berørte kommuner, og hele akuttberedskapen må ses og planlegges i helhet. Det betyr at fastleger, legevakt, distriktspsykiatriske og lokalmedisinske sentre, prehospital kapasitet, utstyr og kompetanse må ses som en helhet og planlegges sammen med sykehusenes akuttfunksjoner.

Helseforetaket skal beskrive sykehusene utfra de definisjoner av sykehustyper som er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akuttfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.

## III) Om planprosessen og kvalitetssikring

Arbeidet med utviklingsplan starter med en forberedende fase der man har en formalisert dialog med det regionale helseforetaket knyttet til premisser og føringer. Disse gis gjennom en regional utviklingsplan eller andre styrende dokumenter.

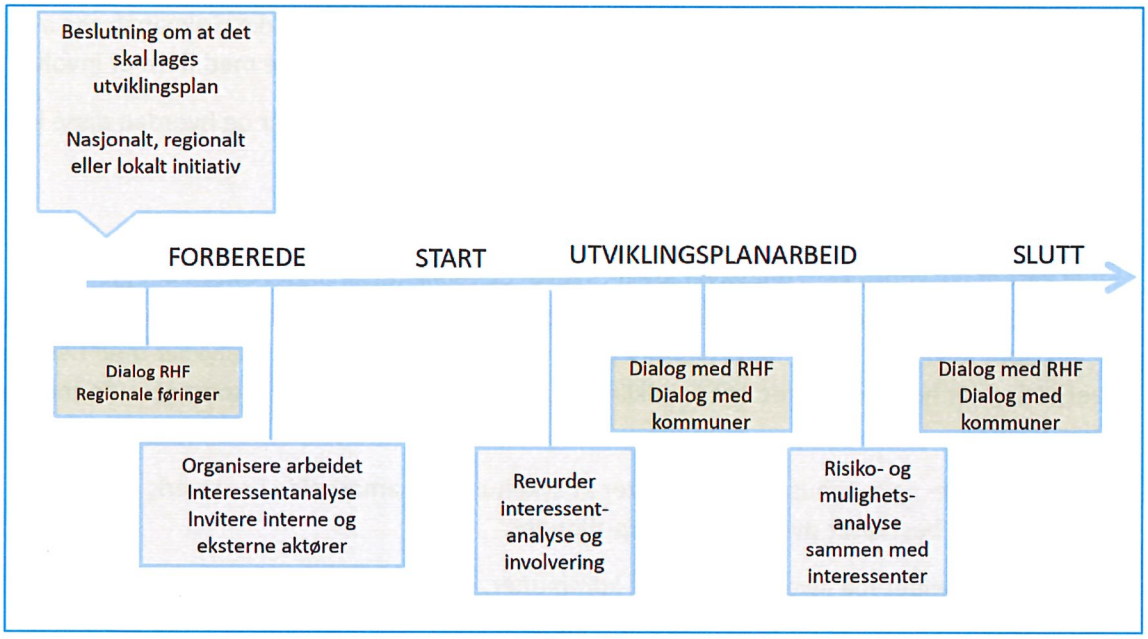
En interessentanalyse skal gjøres før arbeidet starter, og revurderes etter at arbeidet har startet slik at man sikrer at alle interessenter er involvert på riktig måte.

Det skal være ny formalisert dialog med det regionale helseforetaket underveis, for eksempel når første utkast foreligger eller når særskilte forhold tilsier det. På tilsvarende måte skal det være en formalisert dialog mellom helseforetak og kommuner underveis i arbeidet.

Risiko- og mulighetsanalyse gjøres sammen med dem som endringene involverer og analysen skal dekke både foretakets og kommunenes perspektiv.

Det skal videre være ny formalisert dialog med det regionale helseforetaket og kommunene før endelig behandling i helseforetaket.

Utviklingsplanen vedtas av helseforetakets styre og godkjennes av det regionale helseforetaket.




*Figur 3. Arbeidet med utviklingsplan.*

## Kvalitetssikring av utviklingsplaner

Hensikten med kvalitetssikring er å sikre at prosessen som beskrives i veilederen er fulgt og at det er sikret tilstrekkelig åpenhet og involvering, samt gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser. For gjennomføring av kvalitetssikringen foreslås det å etablere en gruppe bestående av regionenes planansvarlige. Ved behov kan ekstern kvalitetssikring benyttes.

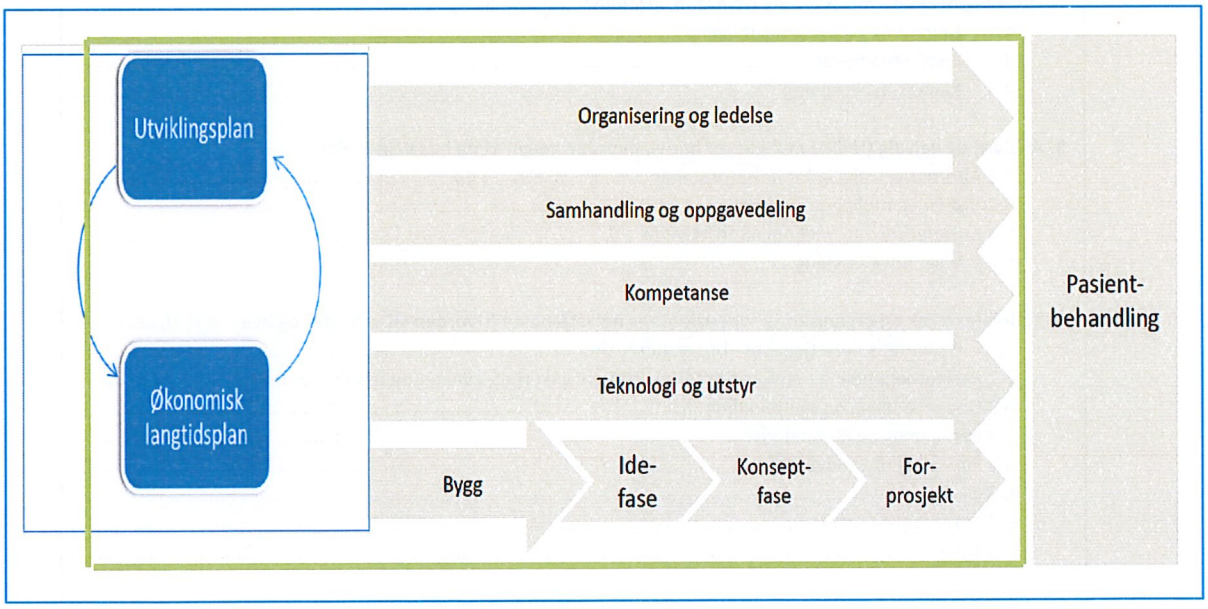
## Videre bruk av utviklingsplanen

Etter gjennomførte risiko- og mulighetsanalyser og ferdigstillelse av utviklingsplanen, må helseforetaket vurdere behov for oppretting/justering av mer detaljerte planer innen følgende områder:

- Organisasjon og ledelse
- Samhandling og oppgavedeling
- Kompetanse
- Teknologi og utstyr
- Bygg

Planlegging av sykehusbygg følger veileder for tidligfaseplanlegging som før (denne er under revisjon).

Utviklingsplanen vil danne grunnlag for årlige vurderinger i langtidsbudsjett.




*Figur 4. Sammenhengen mellom utviklingsplan og tidligfaseplanlegging for sykehusbygg*

## IV)Veiledende format for utviklingsplan

Helseforetakenes utviklingsplaner bør gradvis gis en likere form og en harmonisert planhorisont. Under vises et veiledende format for utviklingsplaner. Det presiseres at formatet er anbefalt og ikke obligatorisk.

### Veiledende innholdsfortegnelse for utviklingsplaner


**Sammendrag**

**1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)**

1.1 Historikk for helseforetaket

1.2 Gjennomføring av prosjektet (Slik har vi gjort det)

**2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)**

2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

2.3 Oppgavedeling og samhandling

2.5 Organisering og ledelse

2.4 Bemanning og kompetanse

2.7 Forskning og innovasjon

2.8 Økonomi

2.9 Teknologi og utstyr

2.10 Dagens bygg – tilstand og muligheter

**3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)**

**4. Utviklingstrekk og framskriving (Hvordan vil trender påvirke oss?)**

4.1 Demografi og sykdomsutvikling

4.2 Endringsfaktorer

4.3 Kapasitetsberegning

**5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)**

5.1 Alternative veivalg for helseforetaket

5.2 Risiko- og mulighetsanalyser

5.3 Kriterier for valg mellom alternativene

5.4 Valgt hovedløsning

**6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)**

6.1 Pasientens helsetjeneste - brukertilfredshet

6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

6.3 Oppgavedeling og samhandling

6.4 Bemanning og kompetanse

6.5 Forskning og innovasjon

6.6 Økonomi

6.7 Teknologi og utstyr

6.8 Bygg

## Stikkord til de ulike kapitlene i anbefalt format for utviklingsplan

*Denne innholdsfortegnelsen og stikkordene er veiledende, ikke obligatoriske eller nødvendigvis komplette. De er ment å gi navigasjonshjelp i det praktiske arbeidet med utviklingsplanen*

## Sammendrag

*Sammendraget skal være kort (maks to sider), skal kunne leses for seg selv, med hovedtyngde på kapitlene 5 og 6.*

## 1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)

### 1.1 Historikk for helseforetaket

- Kort om tidligere vesentlige endringer (flytting, nedlegging, funksjonsendringer)
- Ved revisjon: hva har skjedd siden siste versjon av utviklingsplan
- Hva er utløsende årsak til ny plan (oppdrag fra RHF, planlagt revisjon eller lignende)

### 1.2 Gjennomføring av prosjektet (Slik har vi gjort det)

#### 1.2.1 Mandat og organisering

- Mandat (føringer)
- Slik ble utviklingsplanarbeidet organisert

#### 1.2.2 Interessenter

- Hvilke interessenter har vært involvert og hvordan

#### 1.2.3 Medvirkning og aktiviteter

- Hvordan har man ivaretatt en åpen og gjennomsiktig prosess der alle som ønsker det har hatt mulighet for å komme til orde/gi innspill?
- Hvilke aktiviteter og delprosjekter gjennomføres for å involvere/informere

## 2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)

- *Her beskrives nå-situasjonen for helseforetaket, og det gjøres en enkel (ikke omfattende) vurdering og sammenligning med andre helseforetak. Skal bygge på regionale analyser/standardiserte metoder.*

### 2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

- Pasientforløp
- Brukertilfredshet

### 2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

- Aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer – faglig prioritering
- Helseatlas og forbruksrater
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Pasientopplæring

### 2.3 Oppgavedeling og samhandling

- Innen eget helseforetak
- Med andre helseforetak
- Med kommuner og fastleger (hvordan er samhandling/samarbeid organisert, hva har man fått til og hva er utfordringene i dag)
- Med private (samarbeid med private, både kommersielle og ideelle)
- Bruk av og samarbeid med avtalespesialister

## 2.4 Organisering og ledelse

- Dagens organisering
- Ledelse (struktur)
- Hva viser medarbeiderundersøkelsene om ledelse og arbeidsmiljø

## 2.5 Bemanning og kompetanse

- Analyse baseres på RHF-enes nasjonale bemanningsmodell
- Utdanning – og kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

## 2.6 Forskning og innovasjon

- Strategier og planer innen forskning og innovasjon (kun beskrivelse av type og omfang av aktiviteter, forskningsmessige prioriteringer/profil, satsning på innovasjon)

## 2.7 Økonomi

- Dagens økonomiske situasjon (foretaket økonomiske bærekraft og handlingsrom)

## 2.8 Teknologi og utstyr

- Status for standardisering og utvikling (grad av plattformlikhet, grad av felles applikasjoner, telemedisin, etc.) innen IKT
- Pågående arbeid som vil åpne for nye arbeidsformer (internt eller eksternt)
- Gjennomsnittsalder medisinsk teknisk utstyr, fornyingsplaner, større satsninger
- Spesielle utfordringer/muligheter

## 2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter

### 2.9.1 Areal

- Areal og kapasitet i forhold til kjernevirksomhet

### 2.9.2 Tilstandsvurdering

- Teknisk tilstand
- Egnethet (egnethet for dagens virksomhet)
- Tilpasningsdyktighet (fleksibilitet, generalitet og elastisitet)

### 2.9.3 Tomt og eiendomsforhold

# 3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)

*Det regionale helseforetaket vil gi forutsetninger for arbeidet og dette vil inkludere nasjonale helse- og sykehusplaner, krav fra foretaksmøtene og regionale prioriteringer og føringer. Det samme gjelder faglig utviklingsretning og regionale kapasitetsberegninger. Her kan det også legges forutsetninger for pasientstrømmer, opptaksområder, kvantifisering av endringsfaktorer (effektivisering, forventet endring i oppgaveoverføring mm), og oppdrag til enkelte foretak (for eksempel om endring i akuttfunksjoner eller andre former for oppgavedeling). Disse føringene vil foreligge før foretakene starter sitt arbeid.*

# **4.** Utviklingstrekk og framskriving (Hvordan vil trender påvirke oss?)

*Hvilke faktorer vil påvirke framtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten?*

## 4.1 Demografi og sykdomsutvikling

- Befolkningsutvikling (SSB-prognoser)
- Sykdomsutvikling

## 4.2 Endringsfaktorer

- Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, ny teknologi i behandling, nye screeningprogram mm
- Endring i oppgavedeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlige og private sykehus/avtalespesialister og mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste)
- Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, etc.)
- Generell effektivisering, reduksjon i interne ventetider
- Befolkningens etterspørsel og atferd
- Organisering og nye arbeidsformer
- Ny teknologi
- Andre

## 4.3 Kapasitetsberegning

- Framskriving skal bygge på regionale analyser/standardiserte metoder

# 5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)

*Kapitel 5 og 6 må sees i sammenheng. Punktene kan grupperes ulikt, og omtales i ulike rekkefølger.*

## 5.1 Alternative veivalg for helseforetaket

- Her beskrives de ulike alternativene vedrørende sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

## 5.2 Risiko- og mulighetsanalyser

- De alternative veivalgene må vurderes for både risiko og mulighet før man velger

### 5.2.1Spesielle vurderinger ved endring i øyeblikkelig hjelp-tilbud

- Organisering og samarbeid med andre foretak og primærhelsetjenesten
- Aktivitet i aktuelt sykehus inkludert fødetilbud og skadepoliklinikk
- Bemanning og kompetanse
- Prehospitale tjenester (organisering, kapasitet, utstyrspark og kompetanse, endringer i transportforutsetninger (nye veier, tunneler, flyplasser), framkommelighet og regularitet (vei, sjø og luft))

## 5.3 Kriterier for valg mellom alternativene

- Her beskrives hvilke kriterier helseforetaket har valgt å vektlegge (her er det mulig å definere felles evalueringskriterier som skal gjelde virksomhetsalternativene)

## 5.4 Valgt hovedløsning

- Sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

# 6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)

*Her beskrives målbildet med tilhørende tiltak, gjerne beskrevet som skisser til prosjektprogrammer eller prosjekter. Tiltak innen alle innsatsområdene skal peke mot formålet som er pasientens helsetjeneste og god pasientbehandling. Målbildet og tiltakene bør ha en kort og en mellomlang tidshorisont (f.eks. 4 og 10-15 år).*

*Organiseringen av både løpende driftsaktiviteter og tiltak beskrives.*

## 6.1 Pasientens helsetjeneste - brukertilfredshet

- Mål og tiltak for bedre pasientforløp
- Mål og tiltak for brukertilfredshet

## 6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

- Mål og tiltak for bedre pasientsikkerhet, kvalitet og brukeropplæring
- Faglige prioriteringer
- Framtidens aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer

## 6.3 Oppgavedeling og samhandling

- Overordnet målbilde for oppgavedeling er beskrevet i 5.4. Her beskrives eventuelle tiltak for å nå målbildet og hvordan disse tiltakene skal organiseres.
- Her beskrives målbildet for samhandling mellom ulike enheter, eventuelle tiltak for å nå målbildet og hvordan disse tiltakene skal organiseres.

## 6.4 Bemanning og kompetanse

- Hvordan påvirker framtidig aktivitet behovet for bemanning og kompetanse?
- Hvordan påvirker det behov for kompetanseoverføring og samhandling mellom sykehus i et helseforetak og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste?

## 6.5 Forskning og innovasjon

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

## 6.6 Økonomi

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

## 6.7 Teknologi og utstyr

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

## 6.8 Bygg

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

**Kvalitetssikring av utviklingsplaner.**

Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (referanselenke) sier følgende om kvalitetssikring av utviklingsplaner: " Hensikten med kvalitetssikring er å sikre at prosessen som beskrives i veilederen er fulgt og at det er sikret tilstrekkelige åpenhet og involvering, samt gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser. "

Dette dokumentet beskriver hvordan en ekstern kvalitetssikring kan gjennomføres, og hvilke punkter som bør kontrolleres.

Dokumentet er utarbeidet av en interregional arbeidsgruppe bestående av :

Randi Spørck, Helse Nord RHF

Kristian Fanghol, Helse Nord RHF

Gunn Fredriksen, Helse Midt RHF

Linda Midttun, Helse Midt RHF

Hans Stenby Helse Vest RHF

Marte Lauvsnes, Sykehusbygg

Torstein Pålsrød Helse Sør-Øst RHF

Andreas Moan Helse Sør-Øst RHF

**Anbefalt arbeidsform for kvalitetskontroll**

Kvalitetskontroll anbefales utført som dokumentkontroll. Det betyr at man legger helseforetakets utkast til utviklingsplan til grunn, og at kvalitetskontroll bør foregå før styrebehandling i helseforetaket. Dokumentkontroll bør suppleres med dialog der dette er nødvendig, spesielt i forhold til innsyn i hvordan prosessen har fungert. Det betyr telefonisk kontakt, Questback eller lignende med representant for kommunene, fortrinnsvis gjennom samarbeidsutvalget, brukere og tillitsvalgte.

## Hva skal kontrolleres

| Hva | Kontroll | Ja/Nei | Hvordan |
|---|---|---|---|
| **PROSESS**. Har prosessen vært | | | |
| Åpen | Har informasjon vært tilgjengelig for interessenter under arbeidet? | | |
| Forutsigbar | Interessenter kunne forstå når avgjørelser ville bli tatt | | |
| Involverende | Ble det gjort interessentanalyse? | | |
| I dialog med kommunene | Kommunene har blitt involvert og ikke bare informert | | |
| I dialog med eier | Har det vært dialog underveis ? | | |
| Brukerne har medvirket | | | |
| Tillitsvalgte har medvirket | | | |
| Kommunikasjonsplan foreligger | | | |
| Ved endringer i sykehusene akuttfunksjoner skal disse planlegges sammen med kommunale akutt-tjenester | Fastleger, legevakt, DPS og lokalmedisinske sentra, prehospital kapasitet, utstyr og kompetanse vurderes i sammenheng | | |
| **RISIKO OG MULIGHETSANALYSE** | | | |
| Har de riktige endringene blitt risiko- og mulighetsvurdert? | Risikoanalyse skal primært være knyttet til tiltakene og ikke forutsetningene | | |
| Er risikoanalysen tilstrekkelig i forhold til krav i veileder? | Analysen inneholder som minimum beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynlighet og konsekvens | | |
| Er tiltak for å redusere risiko tilstrekkelig beskrevet? | | | |
| Risikoanalysene involverer de som berøres av tiltaket | | | |
| Det er gjort mulighetsanalyser sammen med risikoanalyser | | | |
| | | | |
| **ENDRINGER AKUTTFUNKSJONER** | | | |
| Ved forslag om endringer i andre behandlingstilbud, er konsekvens for akuttfunksjoner/ akuttbehandling beskrevet? | | | |
| Risikoanalyse belyser både dagens situasjon og foreslåtte endringer? | | | |
| Er konsekvensen for prehospitale tjenester beskrevet? | | | |
| Risikoanalyse dekker både pasientenes, kommunenes inkludert fastlegenes, og helseforetakets perspektiv | | | |

# Akuttmedisinsk seminar 2018

**9. januar, Scandic Sunnfjord Hotel, Førde**

Vedlegg 6 til høyringsutkast sluttrapport prosjekt Prehospitale tenester

Prosjekt prehospitale tenester i Helse Førde inviterer til seminar.

Målgruppe er alle som arbeider med det akuttmedisinske feltet frå kommune- til spesialisthelsetenesta. Politikarar, brukarorganisasjonar og andre med interesse.

## Påmelding:

**Tilsette i Helse Førde melder seg på i Læringsportalen.** Tilsette som har fridag, får seks timar til avspasering i Min Gat. Eksterne deltakarar betaler evt. lunsj og overnatting. Påmelding for eksterne deltakarar via e-post til: gitta.sas@helse-forde.no

**Påmelding innan 03.01.18**

# Kvalitet og risiko i helsetenesta

*Føredragshaldarar:*

**Jan Magne Linnsund** er seniorrådgjevar i avdeling for allmennhelsetenester i Helsedirektoratet.

**Trine Vingsnes** er direktør for kirurgisk klinikk i Helse Førde og prosjektleiar for arbeidet med plan for det prehospitale området.

**Steinar Olsen** er direktør i avdeling medisinsk nødmeldeteneste i Helsedirektoratet.

**Ingvill Skogseth** er seniorrådgjevar i Helse Vest RHF. Ho arbeider mykje med beredskapsplanar og prehospitale tenester.

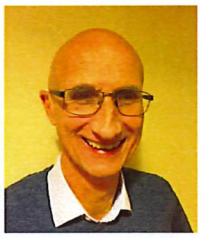
**Steinar Hunskår** har vore forskingsleiar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Han er no prodekan for utdanning ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen.



*Steinar Hunskår*



*Trine Vingsnes*



*Jan M. Linnsund*



*Ingvill Skogseth*



*Steinar Olsen*

## Program

| | |
|---|---|
| Kl. 09.30: | Velkomen og kort informasjon om prosjekt prehospitale tenester. Adm.dir. Børge Tvedt/klinikkdirektør Trine H. Vingsnes |
| Kl. 09.45: | Framtidas legevakt. Samhandling mellom kommunehelsetenesta og ambulansetenesta m.a. i lys av akuttmedisinforskrifta. Professor dr. med. Steinar Hunskår, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. |
| Kl. 10.15: | NOU "Når det hastar": Hovudtrekk i utfordringar og utviklingstrendar i akuttmedisinsk kjede. Sekr.leiar og seniorrådgjevar Jan Magne Linnesund, Helsedirektoratet. |
| Kl. 11.00: | Beinstrekk og kaffi/te |
| Kl. 11.15: | Helsevaktpilot - kva tenkjer ein om framtidig legevakt og kommunale akuttmedisinske tenester? Prosjektleiar Torunn Lauritzen, Helsedirektoratet. |
| Kl. 11.45: | Akuttkjeden sine utfordringar i Sogn og Fjordane. Ass. fylkeslege Linda Svori. |
| Kl. 12.00: | Er ambulanseteneste noko meir enn sjukebil? Avd.dir. Steinar Olsen, Helsedirektoratet. |
| Kl. 12.30: | Lunsj |
| Kl. 13.15: | Kva føringar ligg frå Helse Vest for prehospital verksemd? Seniorrådgjevar Ingvill Skogseth, Helse Vest |
| Kl. 13.35: | Prehospitale tenester i Helse Førde - kvar står vi? Stian Sægrov, ambulansesjef Helse Førde. |
| Kl. 13.50: | Samhandling prehospitalt - akuttkjeden sett med legevaktslegen sine briller og samhandlingssjefen sine briller. Stig Igland, samhandlingssjef Helse Førde og Ronny Cassels, kommunelege Flora. |
| Kl. 14.10: | Beinstrekk kaffi/te |
| Kl. 14.25: | Arbeidet med ny prehospital plan i Helse Førde. Kva treng du å vite? Korleis skal slike prosjekt drivast i 2018? Trine Vingsnes, prosjektleiar og Eystein Hauge, PWC. |
| Kl. 14.45: | Paneldebatt med opning for spørsmål frå salen. Eldgrim Fossheim - debattleiar. |
| Kl. 15.25: | Avslutning og 5 minutt oppsummering. |

HELSE FØRDE

**Delavtale mellom**

## xx kommune og Helse Førde HF

# Samarbeid om den akuttmedisinske kjeda

# I n n h a l d


1. Partar ..... 3

2. Bakgrunn ..... 3

3. Føremål ..... 3

4. Virkeområde ..... 3

5. Roller, oppgåver og aktørar i den akuttmedisinske kjeda ..... 4

6. Samhandlingsforum ..... 7

7. Rutinar for god kommunikasjon og samhandling ..... 7

8. Initial vurdering i møte med pasient, triagering og system for pasientobservasjon . 9

9. Den lokale akuttberedskapen – ansvar og samarbeid ..... 9

10. Helikopter- og båtlandingsplassar ..... 10

11. Vald i nære relasjonar m.v. ..... 10

12. Psykisk helse og rus ..... 10

13. Kompetanse, opplæring og øvingar ..... 10

14. Forholdet til rammeavtalen ..... 11

15. Handtering av usemje ..... 11

16. Misleghald ..... 11

17. Avtaletid, revisjon og oppseiing ..... 11

18. Detaljering av samarbeidet ..... 11

## Avtale om samarbeid om den akuttmedisinske kjeda

### 1. Partar

Avtalen er inngått mellom xx kommune og Helse Førde HF.

### 2. Bakgrunn

Avtalen er heimla i

- Helse- og omsorgstenestelova § 6-1 og § 6-2, pkt 11:
  *(Avtalen skal som eit minimum omfatte): «planer for den akuttmedisinske kjeden».*
- Spesialisthelsetenestelova § 2-1e, 2. ledd 1.setn:
  *«De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1»*
- Forskrift om krav til akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus, § 4.

Avtalen er vidare heimla i rammeavtalen mellom xx kommune og Helse Førde, jfr pkt. 4 i rammeavtalen.

Avtalen erstattar tidlegare avtalar mellom helseføretaket og kommunane innanfor dette tenesteområdet.

### 3. Føremål

Denne delavtalen har som hovudføremål å sikre innbyggjarane god fagleg, samordna og effektiv innsats ved akutte situasjonar og behov for øyeblikkeleg hjelp. Dette gjeld og ved overgrep og vald i nære relasjonar.

Delmål:
- Avklarte ansvarsforhold
- Oppdatert prosedyreverk
- Avklarte kriteria og rutinar for varsling, kommunikasjonskanalar og tilgjenge i naudnettet
- Etablere samhandlingsforum
- System for opplæring og øving

### 4. Virkeområde

Delavtalen omfattar den akuttmedisinske kjeda utanfor sjukehus, dvs medisinsk naudmeldeteneste, kommunal døgnbasert legevaktordning, og ambulanseteneste. Delavtalen omfatter den akuttmedisinske kjeda i høve til heile helse- og omsorgs-tenesta, og skal i tillegg avklare ansvar og samhandling knytt til vald i nære relasjonar.

Delavtalen gjeld den ordinære akuttmedisinske verksemda, og skal ikkje omfatte beredskap for ekstraordinære/store hendingar. Det vert vist til eigen delavtale om beredskap.

Delavtalen omfatter ikkje akutt behov for tannhelsetenester, som er eit fylkes-kommunalt ansvar.

## 5. Roller, oppgåver og aktørar i den akuttmedisinske kjeda

### *5.1 Medisinsk naudmeldeteneste*

Den medisinske naudmeldetenesta vert definert som eit organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og handtering av henvendingar om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innan helsetenesta.

#### *5.1.1 Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral*

Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) ivaretek spesialisthelsetenesta sitt ansvar i den medisinske naudmeldetenesta, jfr pkt 5.1.

- AMK tek i mot henvendingar til 113 og syter for naudsynte vurderingar, råd, varslingar, styring og koordinering av ambulansetenesta og annan oppfølging.
- Ved behov for utvarsling av kommunale helseressursar skal AMK varsle den aktuelle legevaktsentralen.
- Ved behov gjennomfører AMK trippelvarsling (varsling av alle dei tre naudetatane) og vidareformidling til hovudredningssentral og andre AMK som blir involverte.

#### *5.1.2 Legevaktsentral*

Legevaktsentralen (LVS) ivaretek kommunen sitt ansvar i den medisinske naudmeldetenesta, jfr pkt 5.1. LVS har ansvar for mottak, prioritering og formidling av henvendingar til legevakt eller oppdrag til pleie og omsorgstenester, inkl. psykisk helsevern og rus, jordmor eller psykososialt kriseteam og eventuell kommunal akutthjelparordning. LVS skal vidare gje råd til innringar og varsle kommunale legar ved behov for medisinsk naudhjelp.

### *5.2 Ambulanseteneste*

Ambulansetenesta, sett saman av bil-, båt- og luftambulanseteneste, inngår i den akutt-medisinske beredskapen utanfor sjukehus, og er eit ansvar for spesialisthelsetenesta.

Ambulanseteneste omfattar:
a) å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til alvorleg sjuke eller skadde pasientar
b) å utføre naudsynte undersøkingar, prioriteringar, behandling og overvaking, anten åleine eller saman med andre delar av tenesta
c) å bringe sjuke eller skadde pasientar med behov for overvaking og/eller behandling til forsvarleg behandlingsstad
d) å ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetenester ved større ulukker og kriser innanfor eigen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene
e) å ha beredskap for naudsynt følgeteneste for gravide til fødestaden og
f) å delta i enkle søk og redningsoperasjonar.
Ambulanse skal ha personell, fasilitetar og utstyr som trengst for desse oppgåvene, og i tråd med aktuelt regelverk.
Utover tenester knytt til akuttoppdrag har ambulansetenesta ansvar for annan pasient-transport der det er behov for å nytte ambulanse.

### *5.3 Allmenlegetenesta*

Allmenlegetenesta er den delen av primærhelsetenesta som yter helsehjelp ved allmenlegar og deira medarbeidarar. Denne delavtalen omhandlar primært *legevakt* som ein del av allmenlegetenesta.

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkninga sitt behov for øyeblikkeleg hjelp heile døgnet, mellom anna:

a) vurdere, gi råd og rettleie ved henvendingar om øyeblikkelig hjelp
b) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstandar og ved behov tilvise til andre tenester i kommunen, mellom anna fastlege, og eventuelt til spesialisthelsetenesta og
c) yte hjelp ved ulukker og andre akutte situasjonar, mellom anna å rykke ut umiddelbart når det er naudsynt.

Legevakt skal tilfredsstille gjeldande kompetansekrav.

### *5.4 Andre tenester*

*Psykisk helsearbeid/helsevern og rusbehandling*
Desse deltenestene vil på line med somatikk inngå i tenestene omtalt under pkt 5.1-5.3 ovanfor. I tillegg vil det kunne vere eigne organiserte tenester for dette området, eventuelt bemanna med psykolog og/eller psykiatrisk sjukepleiar, herunder akutteam innan spesialisthelsetenesta.

*Pleie- og omsorgstenester*
Lokale pleie- og omsorgstenester vil kunne vere ein del av den akuttmedisinske kjeda utanfor sjukehus. Spesielt vil dette gjelde heimesjukepleie, som vil kunne bistå med sjukepleietenester på staden der den sjuke/skadde er og eventuelt under transport.

*Kommunalt øyeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØHD):*
Sengetilbod for pasientar som ikkje er kritisk eller livstruande sjuke eller skadde, men som treng behandling som ikkje kan vente, vil vere ein del av den akuttmedisinske kjeda. Dette vil i hovudsak vere tenester for pasientar med forverring av kjent sjukdom som kan få behandling utan å måtte leggjast inn på sjukehus. Nærare omtale av slike tilbod er gitt i nasjonal rettleiar frå Helsedirektoratet.
Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØHD-plassar) i.h.t. helse- og omsorgslova § 3-5 (også omtalt som KAD), er eit kommunalt ansvar (der kommunal lege har kompetanse til innlegging), men helseføretaket skal samarbeide med kommunen slik at tilbodet har tilstrekkeleg kompetanse og kvalitet.

*Akutthjelp til gravide og fødande*
Akutthjelp i samband med transport av gravide og fødande når dette er naudsynt, ved personar med aktuell kompetanse (jordmor, lege) vil inngå i den akuttmedisinske kjeda.

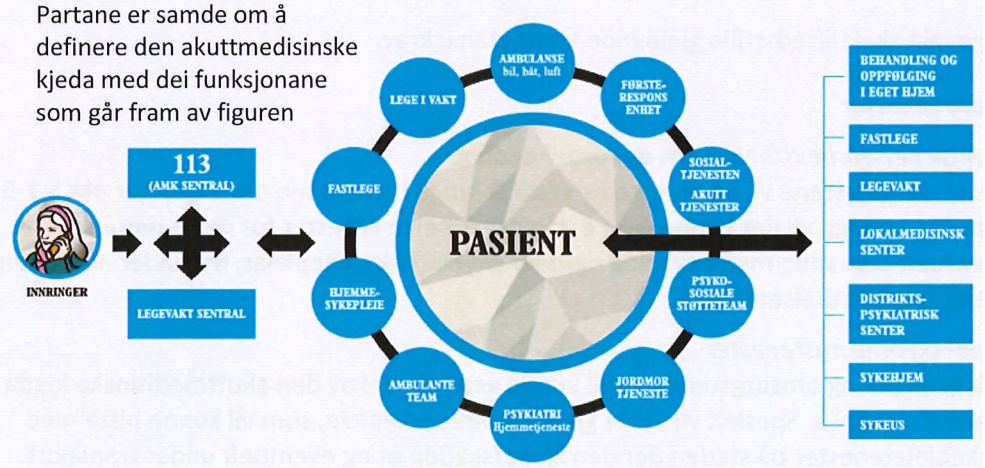
*Tilbod ved vald i nære relasjonar/overgrepsmottak*
Å yte rask støtte, undersøking og behandling for personar som har vore utsett for overgrep og vald i nære relasjonar vil inngå i den akuttmedisinske kjeda. Etablering av overgrepsmottak med tilpassa kompetanse vil vere ein viktig del av dette. Dette er i dag ei teneste som kommunane er tillagt ansvaret for. Spesialisthelsetenesta har ansvaret for tilbod til barn som har opplevd overgrep og annan mishandling. Frå 01.01.16 vil spesialisthelsetenesta og få ansvar for tilbod til menneske som har vore utsette for seksuelle overgrep.

*Psykososiale støttetenester*
Etter potensielt traumatiserande hendingar bør det iverksetjast målretta tiltak for å bistå enkeltpersonar eller grupper i å handtere akutte, psykologiske stressreaksjonar. Føremålet er å førebygge framtidige helseproblem. Tiltaka inneber også konkret informasjon, råd og støtte med omsyn til ulike former for praktisk hjelp til dei råka.

*Tilgrensande etatar*

Andre etatar som kan ha ei rolle ved akutte hendingar er politiet og brannvesenet, avhengig av kva art og omfang hendinga har.

Partane er samde om å definere den akuttmedisinske kjeda med dei funksjonane som går fram av figuren




## 5.5 *Lokal akuttberedskap*

Den lokale akuttberedskapen er førebudde tiltak lokalt for å sikre kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgjeving, behandling og/eller overvaking ved akutt oppstått/forverring av sjukdom eller skade, herunder akutte psykiske lidingar/rusproblem eller vald og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan vere avgjerande for liv og helse.

Kommunen har ansvar for:

- Legevakt
- Døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp
- Pleie- og omsorgstenester
- Psykososiale kriseteam
- Akutthjelp til gravide og fødande
- Tilbod ved vald i nære relasjonar
- Evt annan akuttberedskap ut frå kommunen si ROS-vurdering

Helse Førde har ansvar for:

- Ambulanseteneste
- Følgjeteneste med jordmor for gravide/fødande etter fastsette reglar og eigne avtalar med kommunane.
- Bidra med rådgjeving og kompetanseoverføring i samsvar med generelle rettleiingsplikta

## 5.6 *Melding til barnevernet*

Aktørane i den akuttmedisinske kjede pliktar med heimel i helsepersonellova å sende bekymringsmelding til barnevernet, evt kontakte politi når det er grunn til mistanke om mishandling, alvorlig omsorgssvikt eller vedvarende og alvorlige atferdsvansker i forhold til barn som pårørande, sjå eigen prosedyre.

## 6. Samhandlingsforum for akuttmedisinsk kjede

Partane etablerer eit felles samhandlingsforum i høve den akuttmedisinske kjeda.

Føremålet er å:

- Halde kvarandre oppdaterte på faktiske tilbod i dei ulike tenestene i behandlingskjeda,
- Sikre kvalitet og utvikling (inkl. vurdering av avviksmeldingar, tilsynsrapportar, nye retningsliner og opplæring),
- Drøfte og tilrå samhandlingsprosedyrar,
- Følgje opp nasjonale og regionale satsingar innanfor prehospital medisin,
- Drøfte praktisk samhandling.
- Lage plan for felles øvingsopplegg.

Overordna samhandlingsforum skal bestå av:

- Ein representant frå kommunal legeteneste oppnemnt av KS
- Leiarar ved legevaktssentralane i Sogn, Nordfjord, Sunnfjord/ytre Sogn og medisinskfagleg ansvarleg ved legevaktssentralane
- Leiar for AMK i Helse Førde og medisinskfagleg rådgjevar ved AMK
- Leiar for ambulansetenesta i Helse Førde og medisinskfagleg rådgjevar ved ambulansetenesta
- Ein representant for Psykisk helsevern i Helse Førde
- To representantar frå brukarutvalet i Sogn og Fjordane

Overordna samhandlingsforum held møte minimum ein gong pr år og elles etter behov. Møta blir primært avvikla som videomøte.

Leiarfunksjon går på omgang mellom deltakande instansar. Fagrådet fastset nærare retningsliner om organisering, oppgåver og mynde på bakgrunn av framlegg frå forumet, og forumet rapporterer til fagrådet. Helse Førde tek initiativ til oppstart av forumet.

## 7. Rutinar for god kommunikasjon og samhandling

### *7.1 Varsling*

Partane pliktar å følgje fastsette prosedyrar for naudmeldetenesta si varsling. Samhandlingsforumet avklarer og formidlar gjeldande prosedyrar. Det vert elles vist til felles prosedyrar for bruk av naudnettet på nivå 3, godkjende av koordineringsrådet den 04.09.14. Endringar i prosedyrane som ikkje er av prinsipiell art kan godkjennast av koordineringsrådet etter tilråding frå samhandlingsforumet.

Varsling skal så langt det er mogleg skje gjennom naudnettet. Partane har ansvar for oppsett, tilgjengeleggjering og vedlikehald av varslingslister med kontaktinformasjon innan eigen organisasjon.

### *7.2 Rutinar for kommunikasjon mellom AMK, legevaktsentral, ambulanse, legevaktslege og andre kommunale ressursar*

AMK skal straks overføre samtalar til kommunal legevaktsentral når dei gjeld allmenmedisinske problemstillingar utan krav til utrykking frå spesialisthelsetenesta.

Utvarsling av andre enn vakthavande lege som er definert som del av den akutt-medisinske kjeda i kommunen skal skje frå kommunal legevaktsentral. Det same gjeld varsling av kommunal kriseleiing og kommunalt psykososialt kriseteam.

AMK skal ved behov for utrykking med ambulanse varsle kommunal legevaktsentral og kommunal legevakt.

### *7.3 Krav til partane (vaktordning, kompetanse, utstyr)*

Kommunen skal ivareta det lokale øyeblikkeleg hjelp-tilbodet på døgnbasis, og skal alltid kunne syte for utrykking med lege når det er naudsynt. Denne plikta gjeld uavhengig av korleis legevakta er organisert. Ved hendingar som utløyser behov for øyeblikkeleg hjelp har vakthavande lege ansvaret fram til annan lege tek over.

Kommunen sine fastlegar skal delta i legevakt med mindre det er gitt fritak i samsvar med fastlegeforskrifta.

Partane pliktar å syte for at tilsette har naudsynt kompetanse i akuttmedisin og til å nytte utstyr og kommunikasjonsløysingar som trengst for å kunne ivareta oppgåvene i den akuttmedisinske kjeda.

Det vert utarbeidd eit samla oversyn over krav til kompetanse og utstyr hos partane for forsvarleg drift. Ansvaret for dette vert lagt til samhandlingsforumet for den akuttmedisinske kjeda.

Partane har eit sjølvstendig ansvar for kompetanse og utstyr, men skal samarbeide om kompetanseutvikling/øvingar, og kan eventuelt samarbeide om innkjøp av utstyr.

Samhandlingsforumet vurderer plan for øvingar og annan kompetanseoverføring. Det vert elles vist til plan for øvingar i høve beredskapssituasjonar i eigen delavtale.

### *7.4 Innlegging*

Avtaleføresegner og prosedyrar knytt til innlegging for øyeblikkeleg hjep er tekne inn i eigen delavtale om tilvising og innlegging.

### *7.5 Naudnettet*

Helsepersonell i vakt som inngår i den akuttmedisinske kjeda, pliktar å vere tilgjengelege i naudnettet.

Partane skal definere talegrupper i naudnettet som legg til rette for kommunikasjon og samhandling mellom aktuelle aktørar i den akuttmedisinske kjeda. Samhandlings-forumet, jfr pkt 7, gir råd om etablering av talegrupper.

Partane pliktar å nytte felles prosedyrar for bruk av naudnettet på nivå 3. Prosedyrane er godkjende av koordineringsrådet den 04.09.14 og følgjer som vedlegg til avtalen, jfr pkt 7.1.

Koordineringsrådet kan gjere endringar i prosedyrane etter tilråding frå samhandlings-forumet.

### *7.6 UMS-varsling*

Partane kan etablere UMS-varsling for varsling av ressursar internt i eigen organisasjon og mellom partane. Partane har ansvar for å gjere eigne varslingslister i UMS-systemet tilgjengelege og vedlikehalde desse.

## 8. Initial vurdering i møte med pasient, triagering og system for pasientobservasjon

Kommunal legevaktteneste, ambulansetenesta og AMK nyttar «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp» og triageringssystemet SATS.

Det skal nyttast eit felles gjennomgåande system for pasientobservasjon i den akuttmedisinske kjeda. Partane er samde om å basere dette på systemet ALERT.

## 9. Den lokale akuttberedskapen – ansvar og samarbeid

### *9.1 Generelt*

Det ansvaret som ligg til kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta kvar for seg er omtalt i pkt 5 og 7 i denne avtalen.

Det går fram av både helse- og omsorgstenestelova, spesialisthelsetenestelova og forskrift om krav til akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus at helseføretaket og kommunane pliktar å samarbeide for å sikre ein rasjonell og koordinert innsats i dei ulike ledda i den akuttmedisinske kjeda.

### *9.2 Lokal akutthjelparordning*

Kommunen skal gjennomføre ei ROS-vurdering av behovet for lokal akutthjelparordning. Dette kan m.a. skje ut frå følgjande kriterium:

- Ressurssituasjonen i kommunen
- Avstandar (til sjukehus, legevakt, ambulanse)
- Sårbarhet i høve til infrastruktur
- Folketettleik i kommunen/området

Dette er å sjå på døme og ikkje ei uttømmande liste over kriterium. ROS-analysen må baserast på lokale vurderingar.

Dersom vurderinga tilseier det, tek ein sikte på å opprette lokal akutthjelparordning. Slik ordning kan anten inngå som ein del av kommunen sitt ansvar i den akuttmedisinske kjeda eller utgjere eit supplement til dette for å oppnå eit best mogleg tilbod.

Spesialisthelsetenesta kan etter behov bidra med opplæring og rettleiing.

### *9.3 Kommunalt døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp*

Kommunalt døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp er ein del av den akuttmedisinske kjeda. Samarbeidet i høve dette tilbodet er regulert i eigen særavtale. Tilvising til det kommunale døgntilbodet for øyeblikkeleg hjelp kan berre gjerast av kommunal lege.

## 10. Helikopter- og båtlandingsplassar

Kommunen avklarer i samråd med aktuelle operatørar moglege landingsplassar for helikopter og båt og har ansvar for å melde frå om status og endringar i høve til desse.

Spørsmål relatert til landingsplassar vert teke opp i samhandlingsforum for akuttmedisinsk teneste.

## 11. Psykisk helse og rus

Partane sine pliktar og aktuelle samarbeidstiltak i høve akutt-tenester går fram av eigen delavtale om psykiske helsetenester og rusbehandling.

For akutt medisinsk avrusning er følgjande innteke i delavtalen om psykiske helsetenester og rusbehandling: «Medisinsk avdeling i Helse Førde har plikt til å ta imot pasientar med behov for akutt medisinsk avrusing (intensiv behandling).
Syte for vidare oppfølging innan Psykisk helsevern og TSB når det er behov for det.»

## 12. Ansvar og samarbeid på skadestad

Funksjonen som innsatsleiar ligg til politiet og funksjonen som fagleiar helse ligg til vakthavande kommunal lege.

Partane skal følge gjeldande retningsliner for ansvarsfordeling og samarbeid på skadestad.

## 13. Kompetanse, opplæring og øvingar

Akuttmedisinforskrifta fastset krav til kompetanse for aktørar i den akuttmedisinske kjeda. Partane har eit sjølvstendig ansvar for å sikre denne kompetansen i sine tenester. Korleis partane kan samarbeide om tiltak for gode, rasjonelle kompetanseutviklingstiltak skal drøftast i Samhandlingsforum.

Helse Førde skal tilby aktuell opplæring i akuttmedisin og tilpasse innholdet til kommunane sine behov. Opplæring som går utover spesialisthelsetenesta si allmene rettleiingsplikt kan Helse Førde krevje kostnadsdekning for. Det vert vist til Helse- og omsorgsdepartementet sin rettleiar om spesialisthelsetenesta si rettleiingsplikt.

Kommunen skal delta i tilrettelagt opplæring og øvingar som blir arrangert i regi av Samhandlingsforum. Helse Førde og kommunane ber eigne kostnader i samband med øvingar.

## 14. Forholdet til rammeavtalen

Føresegner i rammeavtalen gjeld tilsvarande for denne avtalen. Ved motstrid mellom denne avtalen og rammeavtalen, går rammeavtalen føre.

## 15. Handtering av usemje

Ved usemje skal partane følgje reglane i rammeavtalen.

## 16. Misleghald

Dersom ein av partane misligheld sin del av avtalen med vedlegg, og dette påfører den andre parten dokumenterte tap, kan tapet blir kravd dekka av den som mislegheld avtalen.

## 17. Avtaletid, revisjon og oppseiing

Avtalen trer i kraft frå 01.04.16, og gjeld fram til ein av partane seier opp avtalen med eitt års oppseiingsfrist, jf. helse- og omsorgstenestelova § 6-5 andre ledd.

Partane er samde om å gjennomgå avtalen innan desember annankvart år og syte for jamnleg rapportering og evaluering.

Når behovet for ein samhandlingsstruktur regionalt eller andre endringar i samband med nytt naudnett blir avklara, skal avtalen tilpassast til dette.

Kvar av partane kan krevje avtalen revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen blir endra.

## 18. Detaljering av samarbeidet

Partane lagar eigne prosedyrer som skal vere i samsvar med denne avtalen. Samhandlingsforumet skal ha kjennskap til sentrale retningsliner og prosedyrar.

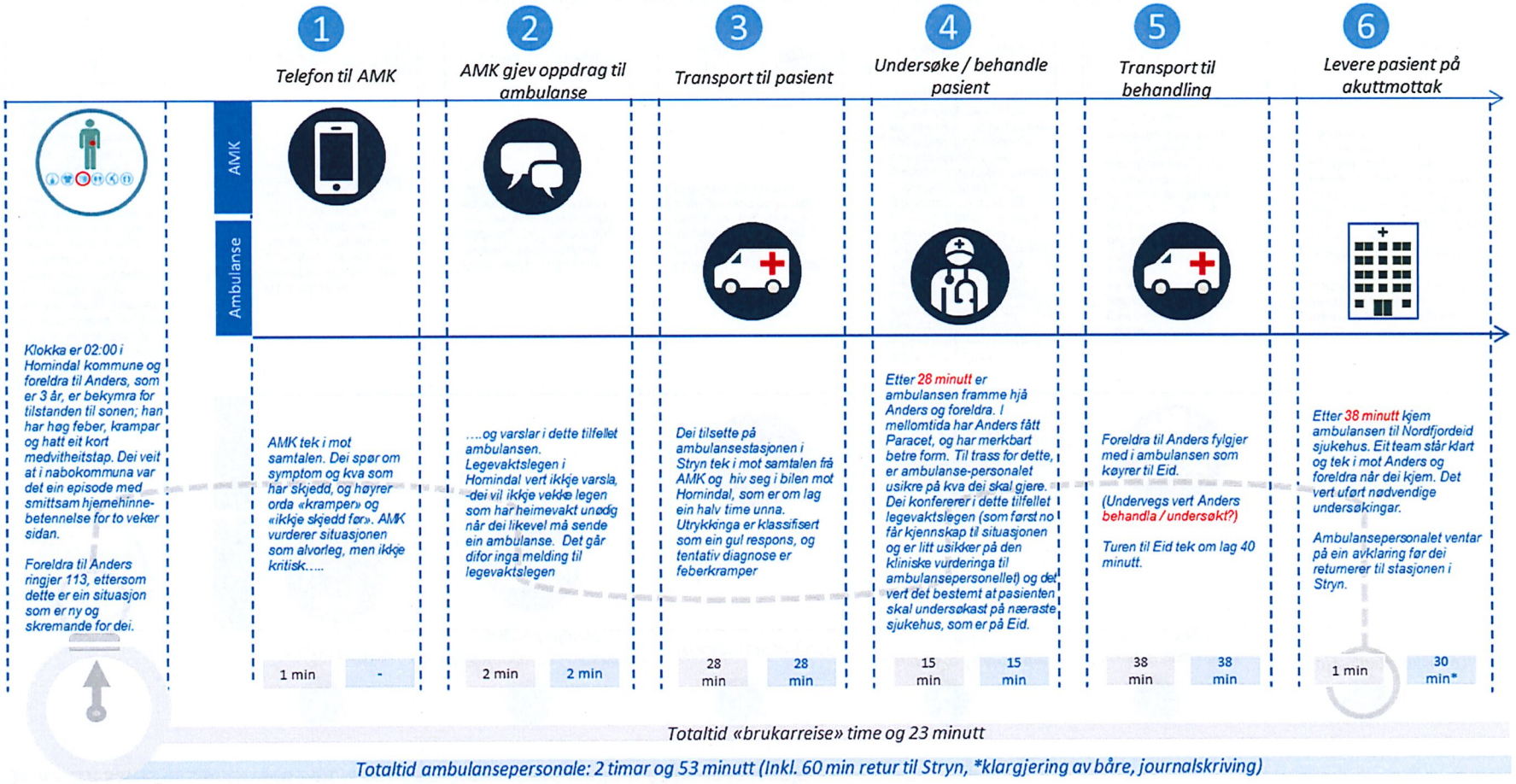
Felles prosedyrar som følgjer som vedlegg til avtalen:

- Prosedyrar for bruk av naudnettet på nivå 3.

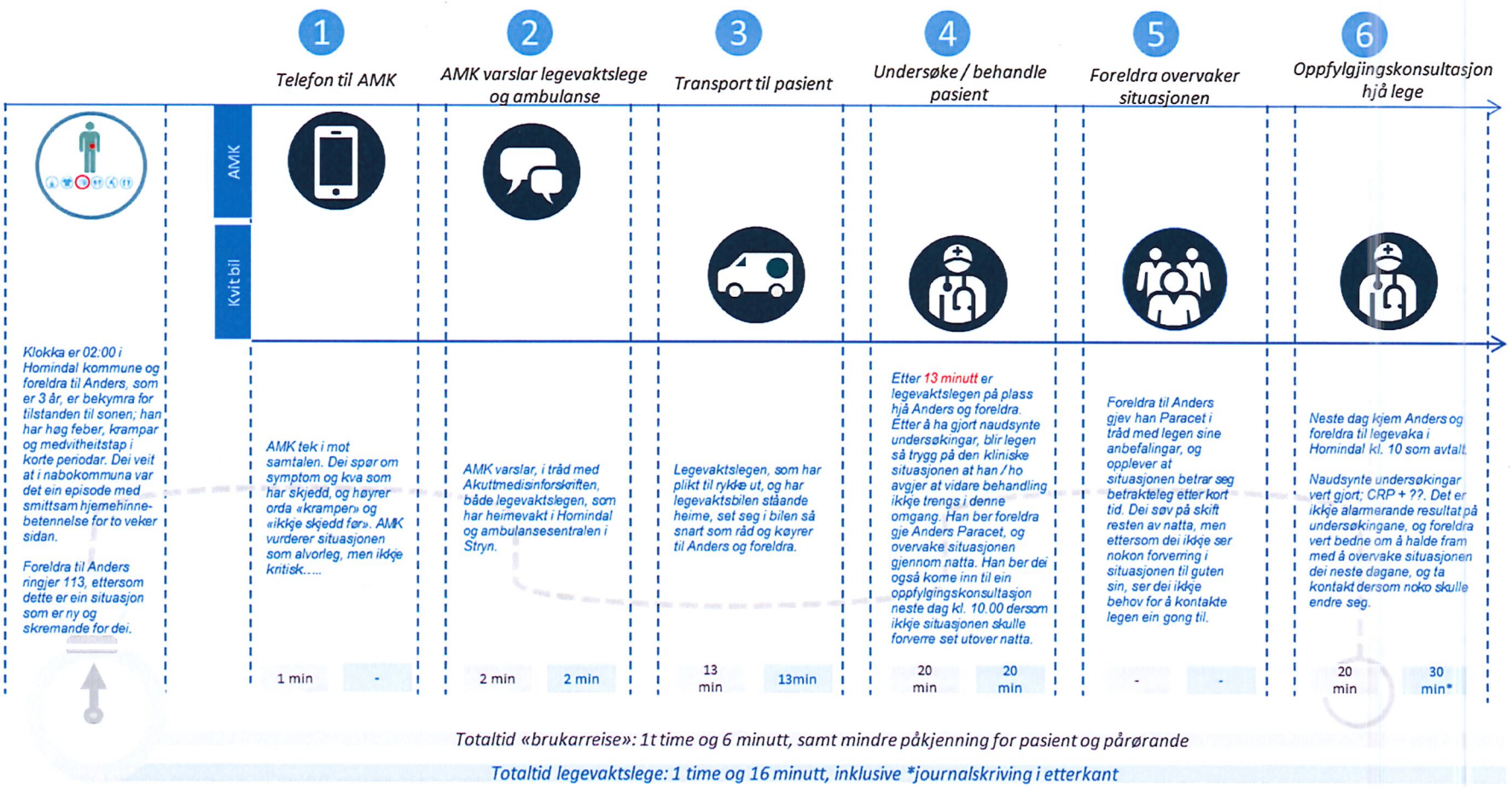
| | |
|---|---|
| ---------- | 07.03.16 |
| Dato | |
| ---------- | ---------- |
| xx kommune | Helse Førde HF<br>(e. f.) |

# Vedlegg 8: Døme på pasientforløp

**Døme 1a: Forløp med manglande samarbeid mellom AMK og legevakt**



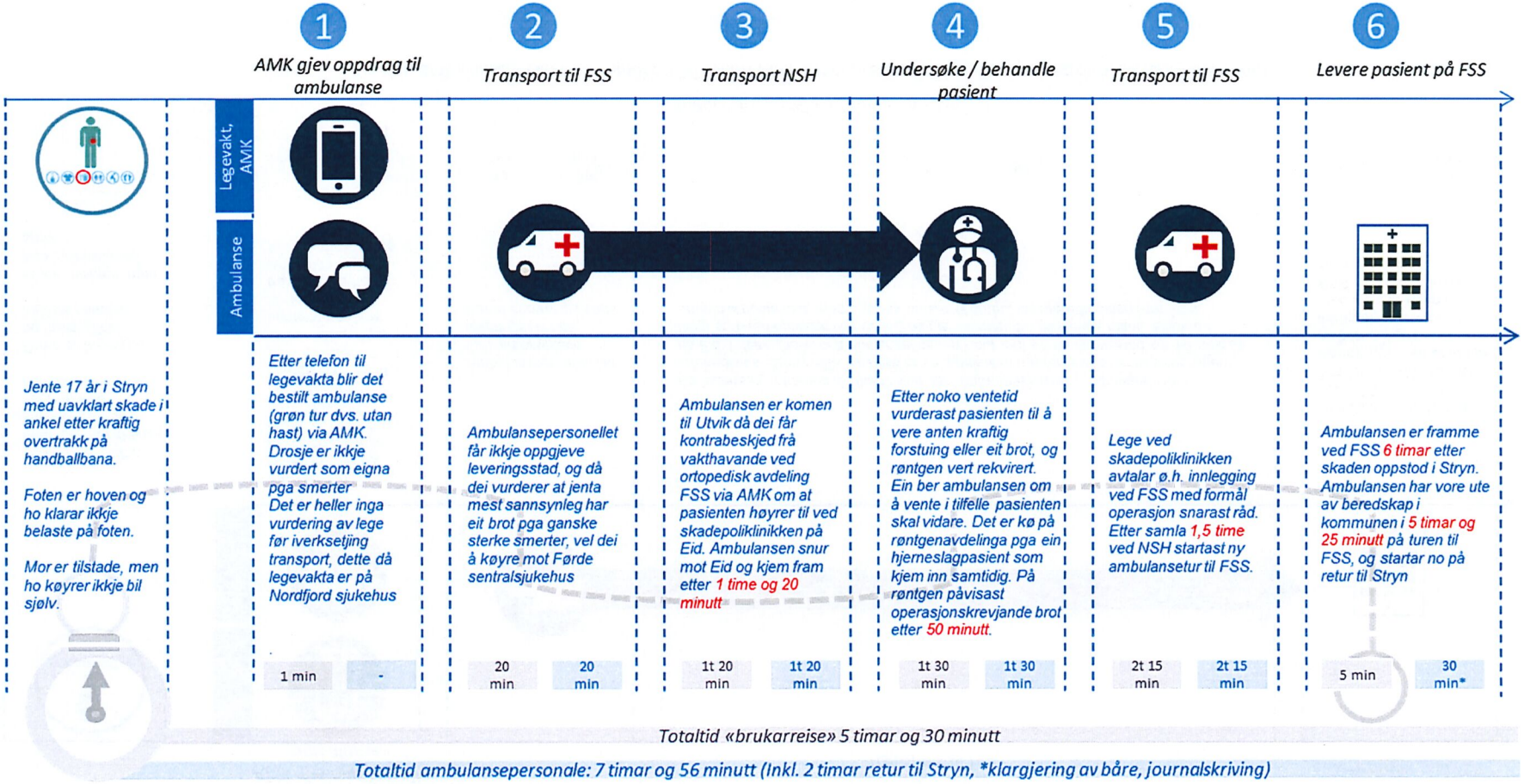
## Døme 1b: Same pasientforløp i eit tenkt betre samarbeid mellom AMK og legevakt



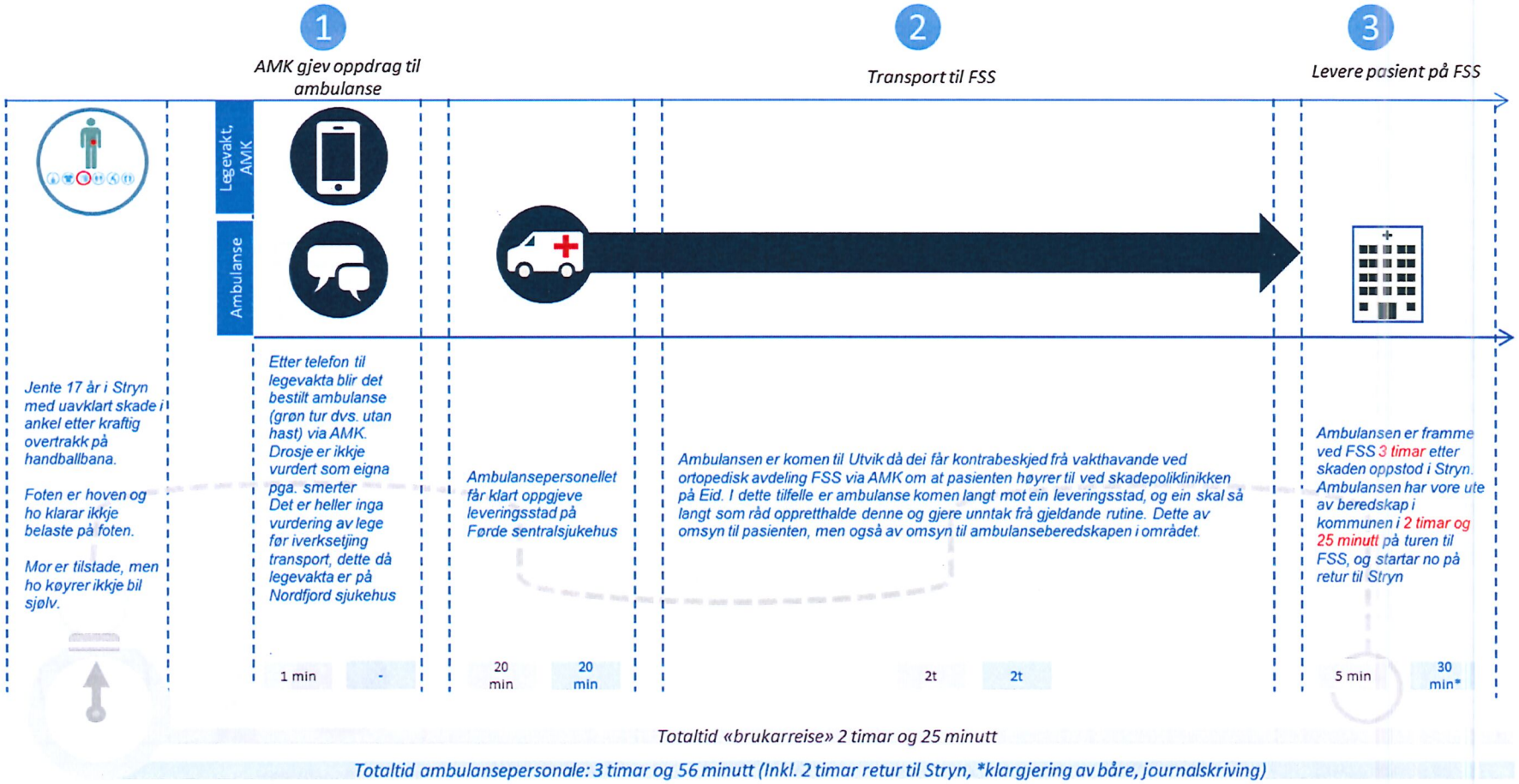

*Totaltid «brukarreise»: 1t time og 6 minutt, samt mindre påkjenning for pasient og pårørande*

*Totaltid legevaktslege: 1 time og 16 minutt, inklusive *journalskriving i etterkant*

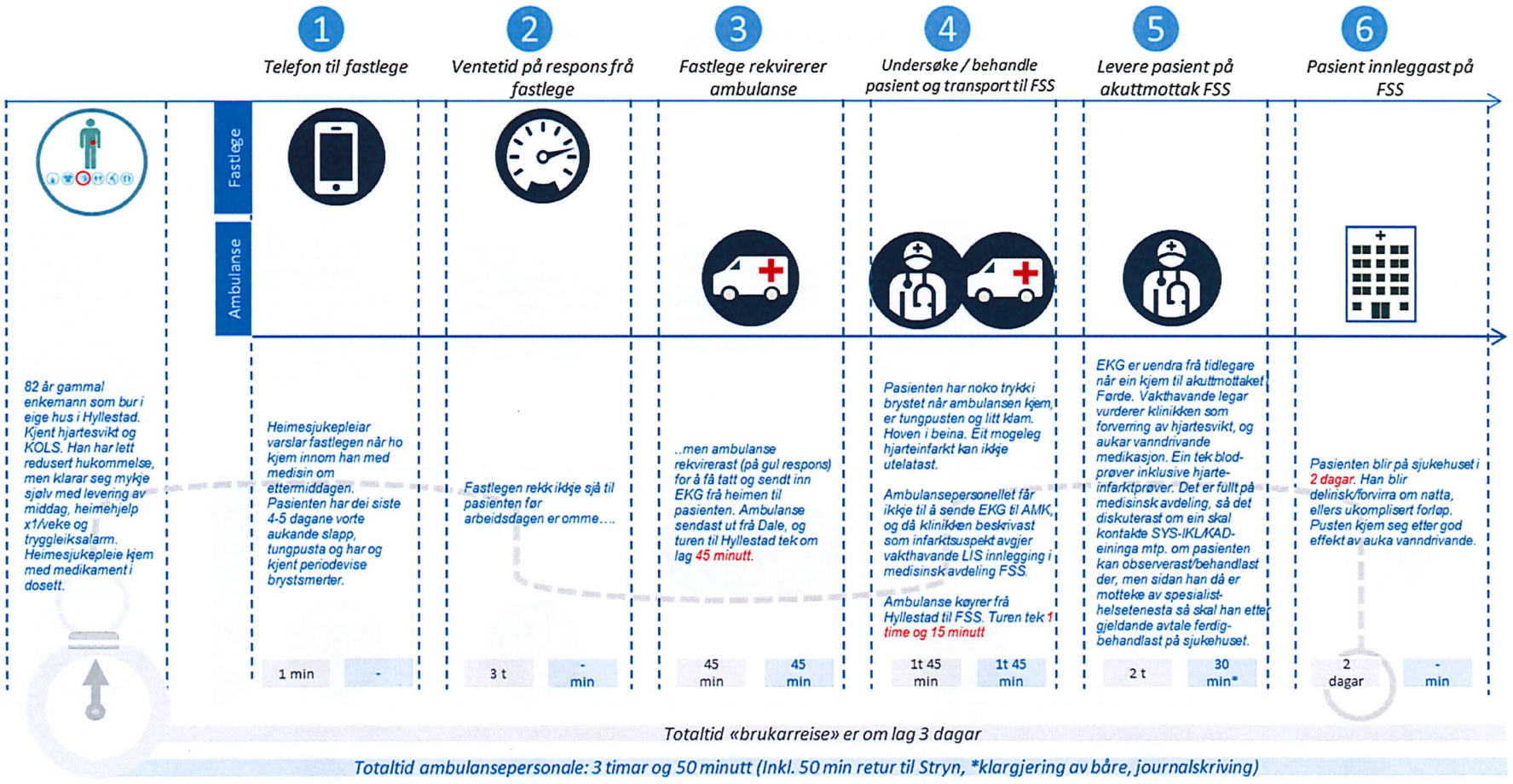
## Døme 2a: Pasientforløp med manglande leveringsadresse for ambulansen og rigid rutine-oppfylging i Helse Førde



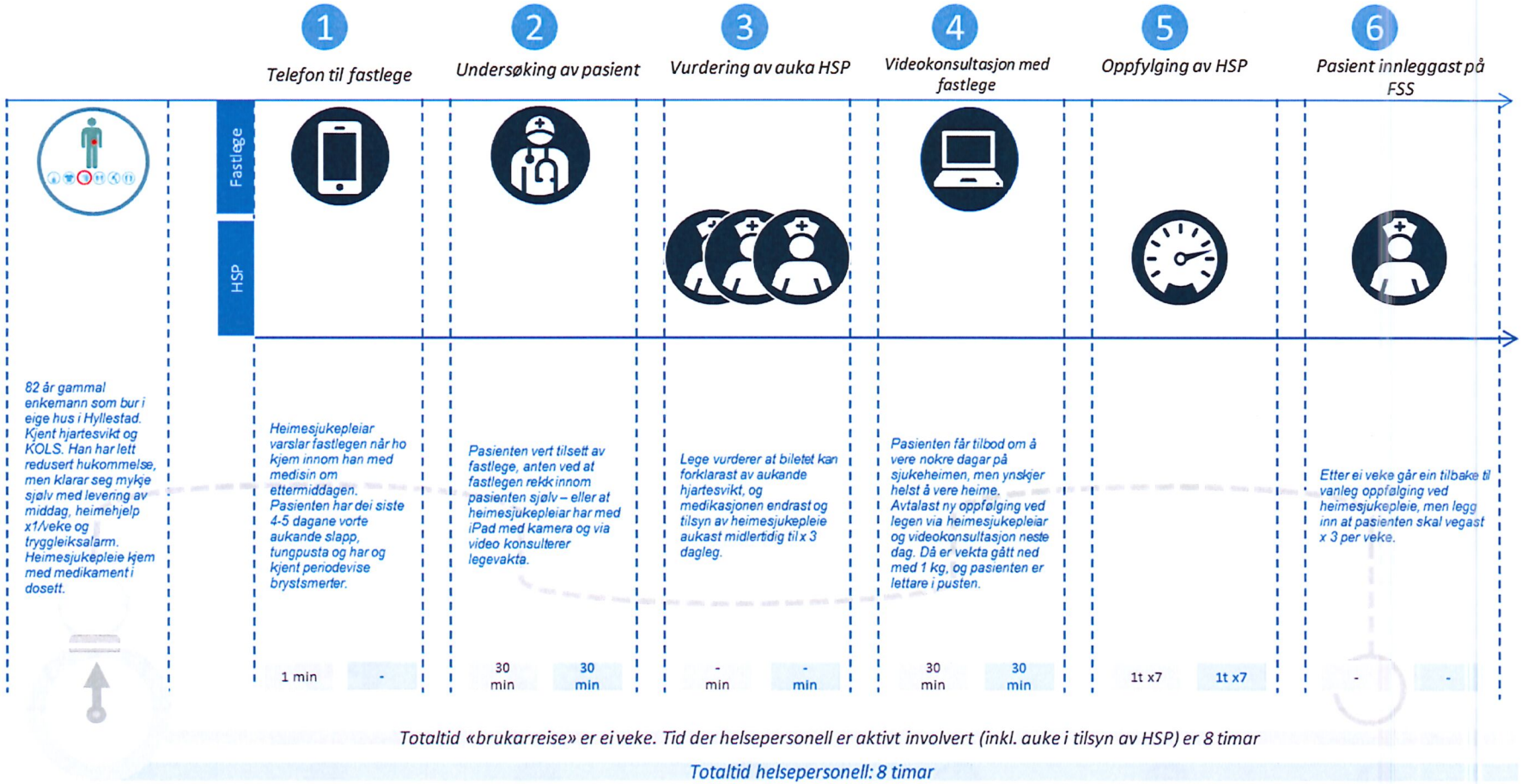
**Døme 2b: Same pasientforløp som i 2a men her med klar leveringsadresse og fokus på pasientens beste (betre fleksibilitet i Helse Førde)**



**Døme 3a: Tenkt pasientforløp der manglande tilsyn av legevaktslege inneber ambulansetransport og innlegging i sjukehus for eldre pasient.**



**Døme 3b: Same tenkte pasient som i døme 3a, men der tilsyn av legevaktslege og oppfylging av heimesjukepleie gjer at pasienten slepp transport og sjukehusinnlegging.**




*Totaltid «brukarreise» er ei veke. Tid der helsepersonell er aktivt involvert (inkl. auke i tilsyn av HSP) er 8 timar*

*Totaltid helsepersonell: 8 timar*

# Vedlegg 9: Statusrapport per 12.03.18 til Arbeidstilsynet vedrørande stasjonstilhøve i ambulansetenesta.

## Rapportering til Arbeidstilsynet - stasjonstilhøve

| Stasjon | Garasje | Garderobe | Vaskerom | Toalett dusj | Ventilasjon | Kvilerom /soverom | Merknad | Tidfesta plan for lukke avvik | Mellombelse tiltak | Status |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Eid | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonen manglar treningsrom. Vask av bilar må skje utanfor garasje. Stasjonen manglar balansert vent. | | Avklare vask av bil | |
| Fjaler | Ja | Ja - delvis | Nei | Nei, delt på fleire | Nei | Ja | Stasjonen er i mellombelse lokale som i 2017 vart noko forbetra for å kunne samle beredskap for tidlegare bil i Askvoll. Stasjonen fekk to soverom til, desse med dusj og toalett. Komfyrvakt i nytt kjøkken. Saman med nødetatar er det starta forarbeid for eit felles beredskapsbygg i Fjaler. Verneombod støttar mellombels samling av to døgnbilar i noverande areal, med skissert mellombels utbetring. | | Mellombels leige av ekstra garasjeplass og utvida leilegheit. | |
| Florø | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Utfordringar med ventilasjon på natt og høg varme i garderobe. Stasjonen i Svelgen er satellitt frå Florø. Her har det tidvise støyproblem med garasje i naboseksjon. | | | |
| Førde | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nytt bygg i 2014. Moment på ventilasjonsstyring og varmt vatn står ope etter garantisynfaring. Personell etterspør utskifting til opne vindauge, då mange rapporterer om luftvegsplager og hovudverk grunna tørr luft. KAMU sak i 2018. | | | |
| Skei i Jølster | Nei | Nei | Nei | Ja, toalett | Ja | Ja | Stasjonen er satellitt frå Førde. Nyttast på dagtid vekedagar. Flutta i meir sentrumsnært og eigna lokale i 2017. VO støtta opp om flyttinga. | | | |
| Solund | Nei | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonen er satellitt frå Førde. HF leiger ei standard vertikaldelt leiligheit med standard bufasilitetar for fagarbeidar med Solund bustadstifting. HF er i dialog med Solund kommune om ny stasjon i samband med nytt anbod på båt. | | | |
| Gloppen | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonen var ny i 2013 og er bygt etter krav / pålegg frå Arbeidstilsynet. Stettar alle krav. | | | |
| Høyanger | Nei | Nei | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonen held til å mellombelse lokale. Det inngått langsiktig leigeavtale med Leira næringspark i Høyanger sentrum. Arbeid med arkitekt og brukargruppe pågår. Håpar på innflytting hausten 2018. | | Balansert vent, varmepumpe, skifta nokre vindauge | |
| Lavik | Nei | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonen held til å mellombelse lokale, kor det seinare tid har blitt skifta ventilasjonsanlegg. Stasjonen har heimevakt. For tilreisande er det i samråd med tilsette endra leigetilhøve for opphald i fritid. Avventar avklaring på endeleg struktur før meir langsiktig løysingar vert vurdert. | | | |
| Luster | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonen var ny i 2011 og er bygt etter krav som stettar pålegg frå Arbeidstilsynet. | | | |
| Lærdal | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonen er del av Lærdal sjukehus. Stasjonen stettar krav frå Arbeidstilsynet. Vask av bil må skje utanfor garasje. | | Avklare vask av bil | |
| Selje | Ja | Delvis | Nei | Ja | Ja | Ja | Stasjonen har flytta i andre lokale enn ved Arbeidstilsynet si førre tilsynsrunde. Flyttinga kom i stand etter påtrykk frå eigne tilsette. Stasjonen har heimevakt med stasjonsvakt på dagtid. Delar herregarderobe med Politiet, som er i ferd med å flytte ut no. Kjøkken er av type hybelkjøkken i ein gang, mest tenkt som lunsjrom. Ikkje eige vaskerom, vaskemaskin står i garasje. Avventar avklaring på framtidig struktur. | | | |
| Sogndal | Nei | Nei | Ja | Ja | Ja | Ja | Noverande stasjon har mange avvik og er ei kjendt sak. Det er starta bygging av ny garasje og det skal rehabiliterast del av bygningsmasse som skal innhehalde bueining. Brukargruppe og VO har delteke tett i prosess leia av DoE. Stasjonen er klar til bruk kring årsskiftet 2018, om enn noko tidlegare. | 01.08.2018 | | |
| Stryn | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonen stettar krav frå Arbeidstilsynet. Nyleg oppgradert opphaldsrom og kontor med gulvvarme og ny og betre veggisolering. Saman med andre nødetatar starta forarbeid for eit felles beredskapsbygg i Stryn. | | | |
| Vik | Ja | Nei | Ja | Ja | Nei | Ja | Det er skrive kontrakt på ambulansestasjon i Vik sentrum. Stasjonen skal inngå som satellitt stasjon til Sogndal. Stasjonen får garasje til reservebil. Mål om at stasjonen er klar ved årsskiftet 2018/2019. | I løpet av 2019 | Stasjonen har avvikla heimevakt i februar 2018. | |
| Vågsøy | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonen vart modernisert i 2011 og stettar krav frå Arbeidstilsynet. Helse Førde har utvida leigearealet som og er kontor for områdeleiar. | | | |
| Ytre Bremanger | Nei | Nei | Nei | Nei, delt på fleire | Nei | Ja | Stasjonen er heimevaktstasjon. Sidan tilsynsrunde er stasjonen flytta i nye lokale, ei rorbu ved Hauge. Lokala er mellombelse i påvente av endeleg struktur. | | | |
| Årdal | Ja | Nei | Ja | Ja | Ja | Ja | Stasjonane Årdal og Lærdal var våren 2017 slått saman til eit arbeidsområde, med Årdal som satellitt til Lærdal. Det er ikkje fullverdig garderobeløysing i Årdal. | | | |
| | | | | | | | | | Status pr 12.03.2018 | |