

STYREDOKUMENT

Til Styremedlemmene i Helgelandssykehuset HF
Kopi Varastyremedlemmene i Helgelandssykehuset HF
Kopi Ledergruppen i Helgelandssykehuset HF
Kopi Revisoren i Helgelandssykehuset HF
Kopi Adm.dirrektør og styresekretæren i Helse Nord RHF
Kopi Helgelandsaviser, TV Nordland og NRK Nordland
Fra Foretaksdirektøren i Helgelandssykehuset HF
Dato 13.12.05

Styremøte 19. – 20.12.2005

Det innkalles med dette – i tråd med avtalt møteplan og etter samråd med styreleder – til styremøte 19.12.05 kl. 1700 på Meyergården, Mo i Rana.

Tirsdag 20.12.05 holdes møtet på møterommet sengeavdelingen Psykiatrisk senter Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Program:	Mandag 19.12. kl. 17.00	: Styremøte
	kl. 20.00	: Middag
	Tirsdag 20.12. kl. 09.00	: Styremøte forts.
	kl. 13.00	: Pressekonferanse
	kl. 13.30	: Omvisning.

Styresakene følger vedlagt i dette dokument.

Eventuelle forfall bes meldt til undertegnede på telefon eller e-post.

Vel møtt!

Med vennlig hilsen

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør
Telefon 75 12 53 60
E-post jan.erik.furunes@rasyk.nl.no

Styresak 57/2005: Godkjenning av saksliste

Møtedato: 19.-20.12.05
Møtested: Mo i Rana

Saksliste

57/2005: Godkjenning av saksliste.
58/2005: Godkjenning av protokoll.
59/2005: Regnskapsrapport per oktober 2005.
60/2005: Budsjett 2006.
61/2005: Utvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord.
62/2005: Møteplan.
63/2005: Eventuelt.

VEDTAK:

Godkjent

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Styresak 58/2005: Godkjenning av protokoll

Møtedato: 19.-20.12.05

Møtested: Mo i Rana

Styreprotokoll

Møtedato: 14.11.05

Møtested: Bodø

Tilstede:

Styreleder: Frode Mellemvik

Nestleder: Anna P. Aakre

Styrerepresentanter: Erik Fossum, Anette Fosse, Åshild Nordnes, Rolf Salvesen.

Ansatterepresentanter: Gunnleiv Birkeland, Lisbeth Ann Johansen, George André Milne.

Meldt forfall:

Administrasjonen: Jan Erik Furunes, Randi Erlandsen, Fred A. Mürer, Terje Hanssen, Per Martin Knutsen, Jan Inge Pettersen.

45/2005: Godkjenning av saksliste

Vedtak: Godkjent.

46/2005: Godkjenning av protokoll

Vedtak: Protokoll fra styremøte 12.09.05 godkjennes.

47/2005: Regnskapsrapport per sept 2005.

Vedtak: Styret godkjenner regnskapsrapport per september 2005.

48/2005: SINTEF Statistikk 2004.

Vedtak:

- Styret i Helgelandssykehuset HF vil understreke de positive resultatene som er oppnådd for helseforetaket og dokumentert gjennom sykehusstatistikken fra SINTEF Samdata. Det tyder på at det har vært utført en god jobb blant alle ansatte i 2004 med relativt nøkterne budsjetterammer.
- Styret i Helgelandssykehuset HF vil be eier merke seg resultatene fra SINTEF Samdata i det pågående arbeidet med budsjett 2006. Tallene tilsier at det vil bli svært problematisk å imøtekomme kravet om økonomisk balanse i 2006.

49/2005: Budsjett 2006.

Vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF viser til hovedutfordringene i budsjettsaken som er særdeles krevende for et lokalsykehusforetak. Styret støtter strategien og ser det som en viktig forutsetning for å lykkes i byggingen av et trygt og fremtidsrettet tjenestetilbud til befolkningen på Helgeland.
2. Styret viser videre til de gode resultatene innenfor både kostnadseffektivitet og arbeidsproduktivitet som er dokumentert av SINTEF Samdata. Det betyr at helseforetaket har mindre handlingsrom enn andre helseforetak for omstilling og effektivisering.
3. Styret mener forbedringsarbeidet likevel må fortsette da ny medisinsk teknologi, medisinske behandlingsformer og alternative organisasjonsmodeller gjør dette mulig. Det forventes at det

hentes ut økonomiske og organisatoriske gevinster av investeringer i bygninger, utstyr, IT og kompetanse.

4. Styret vil understreke at kravet om økonomisk balanse i 2006 ikke kan oppnås uten at helt grunnleggende lokalsykehusfunksjoner avvikles. Styret pålegger ikke foretaksledelsen å fremme forslag som har denne innretningen og det vises i stedet til punkt 3.
5. Styret vil påpeke at helseforetaket lojalt har fulgt opp vedtakene om omstilling av akuttkirurgisk beredskap og fødselsomsorg. Dette er et av de mest krevende prosjektene i foretaksgruppen og det kan ikke forventes at helseforetaket skal påta seg nye tunge omstillingsoppgaver av samme karakter.
6. Styret vil be styreleder og foretaksdirektør innlede en dialog med Helse Nord RHF på hvilken måte og på hvilke områder en kan løse en vanskelig situasjon for både eier og helseforetak. Det må unngås en situasjon hvor det skapes unødig dramatikk blant ansatte og tap av omdømme i befolkningen.
7. Styret støtter prinsippene i denne saken og ber om at det til neste møte legges fram en fullstendig og endelig budsjettsak som skal dekke områdene:
 - a. Hovedutfordringer – ved behov for justeringer
 - b. Aktivitetsplan – somatikk og psykiatri (som samsvarer med inntektsbudsjettet)
 - c. Budsjett – fordelingsmodell og evt. tallbudsjett
 - d. Tiltaksplan
 - e. Investeringsplan

50/2005: Tilsynssaker 2005.

Vedtak: Styret tar saken til orientering.

51/2005: Samarbeidsavtale mellom legemiddelindustrien (LMI) og helseforetakene.

Vedtak:

Styret i Helgelandssykehuset HF godkjenner det foreliggende avtaleforslag mellom Helse Nord RHF og Legemiddelindustriforeningen.

52/2005: HF - Beredskapsplan.

Vedtak:

Fremlagt plan for helsemessig og sosial beredskap i Helgelandssykehuset HF 2005 – 2009 godkjennes.

Planen oppdateres kontinuerlig og underlegges hovedrevisjon 2009.

53/2005: Gjestepasienter - pasientstrømmer.

Vedtak: Styret tar saken til orientering.

54/2005: Hurtigbåtforbindelse.

Vedtak: Styret tar saken til orientering.

55/2005: Møteplan 2005 og 2006.

Vedtak: Styret tar saken til orientering.

56/2005: Eventuelt

VEDTAK:

Protokoll fra møte 14.11.2005 godkjennes.

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Informasjonssjef Randi Erlandsen

Styresak 59/2005: Regnskapsrapport pr. oktober 2005.

Møtedato: 19.-20.12.05

Møtested: Mo i Rana

Resultatregnskapet per oktober viser et underskudd på ca. 49,8 mill.kr. Avvik mot budsjett per oktober er også negativt med ca. 20,2 mill.kr.. Resultatet, akkumulert, viser en forverring fra forrige måned med 10,2 mill.kr og budsjettavviket er forverret med 8,2 mill.kr. Isolert sett, er perioden oktober noe bedre resultatmessig enn forrige måned med over 3 mill. kr., men totalt sett er avviket bekymringsfullt da man ikke holder styringsmålet (budsjett), som per oktober er 29,6 mill.kr.

Driftsinntektene hittil i år er på ca 769 mill.kr. Sammenlignet med budsjett er det et positivt avvik med ca 33,2 mill.kr. Det er omtrent det samme som per september.

Basisrammen, dvs driftstilskuddet fra Helse Nord RHF, er periodisert på 12 måneder i henhold til en tredelt prinsipp etter beskjed fra Helse Nord RHF. Fordelingsnøkkelen er basert på variasjon i DRG-produserende aktivitet, poliklinisk aktivitet og at resterende del er fordelt med 1/12 per måned.

ISF-inntekt egen produksjon er på ca 212 mill.kr per oktober. Det gir et positivt budsjettavvik på 5 mill.kr og en forverring fra forrige måned med ca. 1,3 mill.kr. Budsjettavviket fordeles på Rana med et negativt avvik på ca. 0,5. I henhold til aktivitetsplan har Mo en tilbakegang på ca. 130 DRG-poeng som i kroner tilsvarer ca. 2,4 mill.kr. Mosjøen har et stort positivt avvik på 5,3 mill.kr. Sandnessjøen har et positivt avvik på 0,5 mill.kr. Fellesområdet har, som forrige måned, et negativt budsjettavvik med 0,4 mill.kr (fødestuen i Brønnøysund). Det innebærer nedgang i ISF- produksjon på alle plasser unntatt i Mosjøen.

ISF-inntekt av gjestepasientkostnader har et positivt budsjettavvik som delvis kommer av at gjestepasientinntektene er ført i hht til prognose (2600 DRG) og ikke budsjett (1448 DRG) hvilket gir et positivt budsjettavvik på 18 mill.kr. Helseforetaket har ikke full oversikt over antall gjestepasienter på grunn av veldig sen tilbakemelding fra Sintef. Per i dag har vi kun oversikt per april i år. Derfor er prognosen for gjestepasienter vanskelig å sette.

Gjestepasientinntekter for behandling av pasienter fra andre regioner som blir behandlet i Helgelandssykehuset viser omtrent balanse.

Polikliniske inntekter på 45,3 mill.kr, viser per oktober et lite positivt avvik på 0,4 mill.kr. Det er omtrent det samme forrige måned. Rana har et stort positivt avvik mot budsjett på 2,7 mill.kr og Mosjøen viser omtrent balanse mens Sandnessjøen har et stort negativt avvik på 2 mill.kr innenfor psykiatrien og 1,2 mill.kr innenfor somatisk virksomhet.

Øremerkede statstilskudd er for det meste tilskudd/finansiering for pasienttransport. For øvrig er budsjettet for opptrappingsplan innen psykiatrien plassert her. Inntektene bokføres løpende hver måned med 1/12 del i henhold til budsjett.

Opptrappingsplan psykiatri viser et negativt budsjettavvik på ca 1,8 Dette skyldes at foretaket fra og med september ikke får inntektsføre ikke brukte opptrappingsmidler. (En korrigerende som vi tidligere gjort i årsregnskapet, men som nå skal vurderes hver måned).

Andre drifts inntekter er 12,4 mill.kr høyere enn budsjett. Egenandelsinntekter innbetalt fra pasienter har et positivt budsjettavvik på ca 1,9 mill.kr.

Refusjonskrav til kommuner for skyss av helsepersonell og til RTV for syketransport per båt er ført i henhold til reelle tall for jan-sept og estimerte tall for oktober. Dette vises under posten andre inntekter som et positivt budsjettavvik på totalt 7,3 mill.kr. Ompostering fra båtambulansse av syketransportkostnad per båt til kostnadssted for syketransport vises også som et positivt avvik på 3,6 mill.kr. Totalt budsjettavvik for dette blir da ca 11 mill.kr. Observere at disse funksjoner medfører negative budsjettavvik på kostnadssiden og må ses på nettonivå på grunn av at man budsjettert på nettonivå.

Uløste budsjett/tilpassningsproblem vises som et negativt budsjettavvik med 0,6 mill.kr og det er på fellesområdet innenfor ambulansse.

Negativt budsjettavvik for internsalg av adm.tjenester mellom somatikk og psykiatri, som nevnt hver måned, kommer også inn under denne posten med 3,7 mill.kr da regnskapsføring og budsjettering av internt kjøp/salg føres på vanlig inntekts - og kostnadsart isteden for som tidligere i intern kontoklasse 9, i følge Helse Nord. Internt kjøp og salg blir fortsatt null på netto resultatet men fremkommer som ett budsjettavvik på bruttoresultatet.

Driftskostnadene hittil i år er på ca 818,8 mill.kr. Dette er et negativt avvik mot budsjett med ca. 53,3 mill.kr og en forverring fra forrige måned med 8,1 mill.kr. Det er postene kjøp av helsetjenester, varekostnader og andre driftskostnader som har de største avvikene.

Kjøp av helsetjenester viser et negativt budsjettavvik på 33,7 mill.kr som er en forverring fra forrige måned med ca 4,2 mill.kr. I posten Kjøp av helsetjenester inngår estimatet på gjestepasientkostnader som er ført i henhold til prognose på 2600 DRG-poeng mot budsjettert ca. 1448 DRG-poeng (negativt budsjettavvik med ca 26 mill.kr, netto gjestepasienter viser da et negativt budsjettavvik på 8 mill.kr).

I posten Kjøp av helsetjenester inngår også drifttilskudd til drivere av ambulanse. Det er et negativt avvik på denne post for ambulansebåter med 14 mill.kr. Refusjonskrav på kommuner for transport av helsepersonell på 5,9 mill.kr og ompostering av syketransporter på 3,6 mill.kr er ført som inntekt, som nevnt ovenfor, (netto båtambulanse viser totalt et negativt budsjettavvik 5,1 mill.kr).

Innleie av leger fra firma har en overskridelse mot budsjett på 7,2 mill.kr og innleie av sykepleiere fra firma har en overskridelse på 1 mill.kr. Det er en forverring fra forrige måned med 1,5 mill.kr.

Varekostnadene har økt sitt negative budsjettavvik med 0,9 mill.kr til 3,7 mill.kr. Det er implantater, proteser og medikamenter som står for det største avviket og her er sannsynligvis cytostatika-kurene en av årsakene pga nye, dyre kurer og et økende antall kreftpasienter. Hva gjelder implantater og proteser skyldes sannsynligvis en del av det store avviket at man gjort store innkjøp som kostnadsføres direkte pga at det ikke går via lagret. Kostnaden viser dermed ikke det reelle forbruket for perioden. Også laboratorierekvisita og medisinske forbruksvarer viser negativt avvik mot budsjett.

Positivt budsjettavvik for internkjøp av adm.tjenester mellom psykiatri og somatikk, som nevnt oven, kommer også inn under denne posten med 3,7 mill.kr da regnskapsføring og budsjettering av internt kjøp/salg føres på vanlig inntekts - og kostnadsart isteden for som tidligere i intern kontoklasse 9, i følge Helse Nord. Internt kjøp og salg blir fortsatt null på netto resultatet men fremkommer som ett budsjettavvik på bruttoresultatet.

Lønnspostene totalt viser per oktober omtrent balanse. Det er en forverring fra forrige måned med ca 1,6 mill.kr. Påløpt lønn, dvs periodisering av variabel lønn som tilhører oktober, men som utbetales i november, er fra og med oktober måned ført på rett artskonto. Det er innført en ny rutine med "splitting" av variabel-lønnsfilen som muliggjør dette. Men på grunn av at fristen for timelister er ca. den 15. i måneden, så må man fortsatt estimere variabel lønn for de 15 siste dagene hver måned. Estimater tar utgangspunkt i forbruk av variabel lønn i 2004 delt på 24 for å finne en ½ måned. En negativ konsekvens med å bytte regnskapsprinsipp i løpet av året er at det blir vanskelig med sammenligning på for eksempel artsnivå. I perioderesultatet for oktober har man nå både september og oktobers variable lønn på rett art, men tilbakeføringen av septembers variable lønn er kreditert på art 5090 Påløpt lønn som ble brukt til dette tidligere.

Refusjon av fødsels- og sykepenger viser et positivt budsjettavvik med 8,4 mill.kr. Avsetningen for å møte lønnsøkningen for leger og psykologer er økt med 0,7 mill.kr fra forrige måned pga at Helgelandssykehuset har økt sitt tilbud med ca. 0,5 mill.kr. Totalt avsetning per oktober er ca 2,3 mill.kr.

Andre driftskostnader viser et negativt budsjettavvik på ca. 11,6 mill.kr. Det er en forverring fra forrige periode med ca. 1,1 mill.kr. Der er overskridelse på mange driftsarter, blant annet leie av lokaler, fyringsolje, vedlikehold/reparasjon/service. Men det som utmerker seg er det utstyr som er behandlingshjelpemidler i hjemmene, ca. 1,5 mill.kr, syketransport ca. 2 mill.kr. Det er også overskridelse på forskjellige reisekostnader/diett med ca. 2,2 mill.kr.

Ordinære avskrivninger viser per september et negativt budsjettavvik på ca. 4,3 mill.kr. Det er kommentert i forrige rapport at det ligger en viss usikkerhet i avskrivningene av åpningsbalansen og at det er under utredning.

De områdene hvor det er størst usikkerhet er som tidligere gjestepasientkostnader, båtambulanse, syketransport, behandlingshjelpemidler som alle er underfinansiert av RHF. Lønn og pensjoner har også en negativ utvikling. Fra og med september har lønnskostnadene steget med ca. 5 mill. kr. per måned sammenlignet med et gjennomsnitt per 2. tertial, eller ca. 13%. I tillegg er det i år usikkerhet knyttet til både ISF og polikliniske inntekter og avskrivninger.

Årsprognosen hittil har vært basert på reelle månedstall per august og videreført med et negativt resultat på ca. 6 mill. kr. Gjennomsnittlig resultat per måned per august har vært ca. – 3,3 mill. kr., hvor august viste et negativt resultat på ca. 6 mill. kr. Basert på resultatet så langt, ble prognosen foreslått lagt på ca. – 45 mill.kr. Se tabell under.

Resultat per august	-26 118
Resultat september 2005	-6 000
Resultat oktober 2005	-6 000
Resultat november 2005	-6 000
*Resultat desember 2005	-300
Basert på tall per august	-44 418

Tabellen under viser beløp som, basert på nåværende kunnskap, kan bedre resultatet på årsbasis.

*bedret pensjonskostnad	1 700
tiilbakeført SS.psykiatri	2 000
bedret rus/gj.pas. kostn.	2 000
	5 700

Ny årsprognose basert på regnskap per oktober:

Prognose per oktober 2005

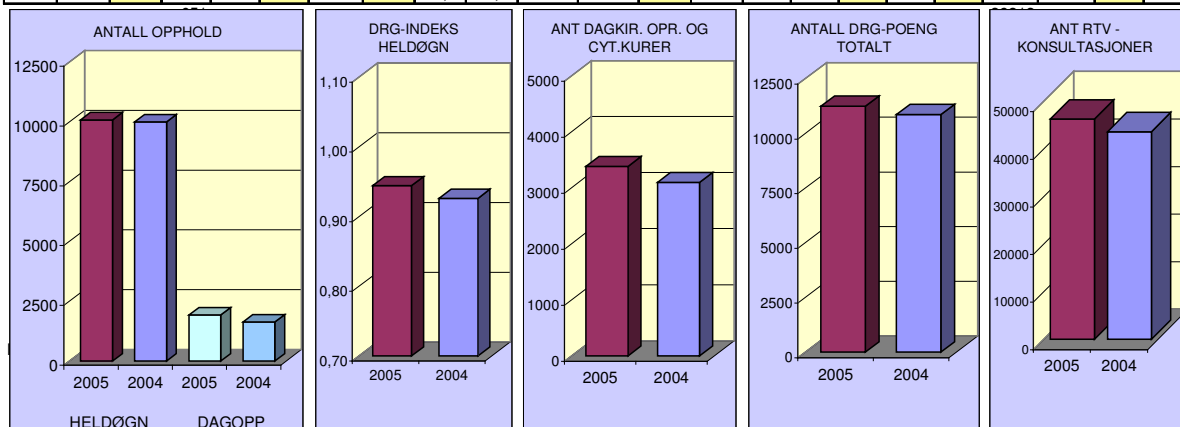
Resultat per august 2005	-26 118
Resultat september 2005	-13 474
Resultat oktober 2005	-10 165
Resultat november 2005	-10 000
*Resultat desember 2005	-4 300
Forventet årsresultat	-64 057

Helseforetak: Helgelandssykehuset HF
Resultatregnskap 2005 pr. måned

Tekst	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Regn Hittil	Bud hittil	Avvik	Just års bud
Inntekter = - kostnader = +														
Tall i 1000 kr.														
Driftsinntekter														
Basisramme	-34 440	-33 639	-35 241	-32 838	-32 838	-34 972	-28 852	-29 253	-34 061	-34 462	-330 596	-330 595	-1	-401 006
ISF egen produksjon	-19 645	-19 851	-20 368	-24 130	-22 812	-21 092	-19 941	-20 957	-22 112	-21 122	-212 030	-207 065	-4 965	-252 211
ISF av gjestepasientkjøp	-3 942	-2 365	-5 519	-3 942	-3 942	-4 246	-3 993	-3 993	-3 993	-3 993	-39 928	-21 904	-18 024	-26 680
Gjestepasientinntekter	-122	-226	-399	-224	-517	-378	-603	-631	-551	-410	-4 061	-4 048	-13	-4 600
Polikliniske inntekter	-4 353	-4 090	-4 620	-5 015	-4 368	-5 248	-4 226	-3 971	-5 368	-4 011	-45 270	-45 659	389	-55 613
Ørem. statstilskudd	-5 633	-5 699	-5 619	-5 633	-5 633	-5 683	-5 641	-5 674	-5 633	-5 633	-56 481	-56 425	-56	-67 690
Øremerket tilskudd psykisk helse	-1 717	-1 717	-1 717	-1 717	-1 717	-1 717	-1 717	-1 717	1 434	-3 039	-15 341	-17 171	1 830	-20 605
Andre driftsinntekter	-6 741	-6 849	-7 191	-6 902	-4 583	-8 944	-6 424	-6 429	-6 579	-4 744	-65 386	-53 021	-12 365	-64 150
Sum driftsinntekter	-76 593	-74 436	-80 674	-80 401	-76 410	-82 280	-71 397	-72 625	-76 863	-77 414	-769 093	-735 888	-33 205	-892 555
Driftskostnader														
Kjøp av helsetjenester	11 342	11 649	13 655	12 448	12 509	15 623	13 378	13 603	12 686	14 361	131 254	97 623	33 631	118 092
Varekostnader	6 141	7 138	6 176	6 490	6 529	5 880	5 681	4 495	7 805	6 771	63 106	59 428	3 678	71 314
Lønn eks pensjon	38 190	41 554	36 997	42 321	39 160	33 202	37 174	37 400	43 148	42 868	392 014	394 615	-2 601	482 694
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pens	3 930	4 133	4 020	4 016	4 048	4 030	4 013	4 328	3 598	4 205	40 321	37 687	2 634	45 223
Andre driftskostnader	12 431	14 104	14 111	13 205	14 100	15 672	11 843	13 351	15 001	14 036	137 854	126 238	11 616	151 062
Ordinære avskrivninger	4 899	4 899	5 024	4 941	4 941	5 443	5 026	5 609	8 070	5 357	54 209	49 904	4 305	60 170
Sum driftskostnader	76 933	83 477	79 983	83 421	81 287	79 850	77 115	78 786	90 308	87 598	818 758	765 495	53 263	928 555
Driftsresultat	340	9 041	-691	3 020	4 877	-2 430	5 718	6 161	13 445	10 184	49 665	29 607	20 058	36 000
Finansielle poster														
Renteinntekter	0	0	0	0	0	0	0	-165	-42	-21	-228	0	-228	0
Rentekostnader	2	3	5	0	1	2	6	228	71	2	320	0	320	0
Sum finansielle poster	2	3	5	0	1	2	6	63	29	-19	92	0	92	0
Ekstraord. innt. og kost.														
Ekstarord. inntekter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ekstarord. kostnader	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum ekstraord. poster	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ordinært resultat	342	9 044	-686	3 020	4 878	-2 428	5 724	6 224	13 474	10 165	49 757	29 607	20 150	36 000

Aktivitet oktober 2005

	SYKEHUSOPPHOLD								INDEKS heldøgn eks DRG 470	ANT POLIKLINISKE KONS./DAGOPPH m/DRG-refusjon				DRG-POENG alle opphold (inkl. DRG470)				ANT POLIKLINISKE KONSULTASJONER m/RTV-refusjon					
	Innl. heldøgn		Innl. dagopp		Plan		2005	2004		2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004		
	2005	2004	Avvik 05-04	2005	2004	Avvik 05-04																2005	2004
MIR	3959	3934	25	636	579	57	4855	-260	1,02	0,98	1284	1092	192	1092	4615	4407	209	4747	-131	20717	19448	1269	19448
MSJ	2314	2383	-69	524	150	374	2463	375	0,90	0,87	1315	1227	88	1272	2722	2617	105	2589	133	11390	10584	806	10584
SSJ	3813	3677	136	769	902	-133	4636	-54	0,91	0,93	786	778	8	778	3897	3832	64	4130	-234	14176	13559	617	13559
Sum	10086	9994	92	1929	1631	298	11954	61	0,94	0,93	3385	3097	288	3097	11234	10856	378	11466	-232	46283	43591	2692	43591
Gj.pas	189	217	-28	2	0	2	217	-26			23	48	-25	48	187	269	-81	269	-81				
HF	10275	10211	64	1931	1631	300	12171	35	0,94	0,94	3408	3145	263	3145	11421	11125	296	11735	-313				



DRG 470: MIR - 62/4 p= 62 Ssj - 128/76 p= 140 Msj - 16 p= 16 HF - 218 poeng Fildato:

VEDTAK:

Styret tar regnskapsrapport per oktober 2005 til orientering.

Jan Erik Furunes
foretaksdirektør

Saksbehandler: Økonomisjef Terje Hanssen

Styresak 61/2005: Utvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord.

Møtedato: 19.-20.12.05

Møtested: Mo i Rana

I denne saken orienteres styret om utviklingen av ambulansetjenesten i Helse Nord – Rapport fra SINTEF helse og RHF-styresak 127-2005/4.

Styret i Helse Nord RHF vedtok i styresak 44-2005 Videreutvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord, å utrede vesentlige forhold vedr. organisering av ambulansetjenesten av betydning for ivaretagelse av lovpålagte ansvarsforhold, sikring av kvalitet og effektiv ressursbruk.

På oppdrag av Helse Nord RHF har SINTEF Helse utarbeidet en rapport "Utviklingen av ambulansetjenesten i Helse Nord", som nå er sendt ut på høring med høringsfrist 04.01.06. Rapporten med høringsuttalelser vil danne grunnlag for styrebehandling i Helse Nord 01.02.06

Rapporten presenteres for styret i Helse Nord RHF som en orienteringssak, sak 127/2005, og det vises til denne styresaken, (vedlagt). Rapporten er tilgjengelig på Helse Nord's nettsider www.helse-nord.no/ambulanse, og rapportens sammendrag er videre vedlagt RHF-styresaken. RHF-styrets behandling av ambulansetjenesten, inkludert den aktuelle rapporten, i februar 06, er av stor betydning for videreutviklingen av ambulansetjenesten i alle helseforetakene i regionen. Helgelandssykehuset har som kjent avventet endelig avklaring mht. spørsmålet om beredskap på båt i Vega, til etter at Helse Nord-styret har behandlet saken.

RHF-styresaken belyser også andre forhold vedr. ambulansetjenesten, bl.a. hvilke parallelle prosesser som pågår som følge av utfordringer vedr. ambulansetjenesten i Helse Nord.

Forskrift "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (gjeldende fra 1.april 2005) <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20050318-0252.html> stiller krav til kvalitet, kompetanse og organisering som skal implementeres. Helse Nord RHF har i samarbeid med helseforetakene og i forståelse med Helsetilsynet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utarbeidet retningslinjer for enhetlig forståelse av forskriften. Denne prosessen var ferdig i august og ligger nå til grunn for det faglige innholdet i tjenesten.

Helgelandssykehuset har utarbeidet en ambulanseplan der forskriftens krav og Helse Nord's retningslinjer ligger til grunn.

Ambulansetjenesten må sees i forhold til:

- Faglige krav og innhold
- Driftsøkonomi
- Samfunnsmessige konsekvenser

Ikke minst det siste punktet har vist seg å være et sentralt punkt i arbeidet med ambulansestrukturen i Helgelandssykehuset, og viser at det må inngås kompromisser i forhold til hva som er strikt faglige og økonomiske begrunnelser for en struktur på ambulansetjenester.

Arbeidet med den foreliggende rapporten fra SINTEF Helse er gjort i nært samarbeid med helseforetakene, representanter for primærhelsetjenesten og arbeidstakerorganisasjonene. Helgelandssykehuset har vært representert i en referansegruppe med 2 representanter fra driftsorganisasjonen for ambulanse- og nødmeldetjenesten og 2 tillitsvalgte. Direktørmøtet RHF har fungert som styringsgruppe for prosjektet.

Rapporten er en grundig gjennomgang av de utfordringene ambulansetjenesten står overfor. Den peker bl.a. på følgende utfordringer:

- Betydelige utfordringer vedr. rekruttering og kompetanse
- Høyt forbruk av ambulansetjenester i Nord-Norge
- U hensiktsmessig med mange, små tjenester/utøvere
- Potensial for bedre samordning og effektivisering
- Kostnadene vedr. ambulansetjeneste vil øke de kommende år
- Behov for bedre virksomhetsregistrering og styringsinformasjon

En intern faggruppe i Helse Nord har i 2003 sett på fremtidig bemanning og behov for ambulansesarbeidere med fagbrev, og anslått et økt bemanningsbehov på 30% frem til 2010. Utredningen har lagt dette til grunn. For Helgelandssykehuset tilsier dette 24 nye stillinger, eller ca. 5 nye stillinger pr. år. Dette øker driftsutgiftene med ca. kr. 2 mill kr. pr. år. Som HF-budsjettsaken imidlertid viser, er det store økonomiske utfordringer i ambulansetjenesten, og en bemanningsøkning som anført vil HF'ene neppe kunne bære på egen hånd.

Rapporten behandler også fordeler og ulemper med privat og offentlig drift ut fra aspektene:

- Beredskap og tilgjengelighet
- Bemanning, kompetanse, rekruttering
- Driftskompetanse
- Samhandling, samordning
- Driftsøkonomi, investeringer, ressursutnyttelse

Anbefalingene i rapporten:

- Drift av ambulansetjenestene i offentlig regi (ved helseforetakene) som hovedmodell
- Innenfor det offentlige ansvaret for drift å inngå avtale om delleveranse fra privat aktør i et område som referanse for kostnader/kvalitet
- Fortsatt privat drift for ambulansebåter

Mht. til drift av båter antyder rapporten at det kan vurderes om man på sikt kan etablere en sentralisert enhet for eierskap og drift. Det er ikke foreslått tilsvarende for den øvrige ambulansedriften. Dette vil løse spørsmålet knyttet til en samlet koordinering av ressursene for bil- og båtambulansene. Med de store utfordringene ambulansetjenesten står overfor både faglig og økonomisk, bør imidlertid en helhetlig utredning også vurdere en samlet organisering på regionnivå, for både bil-, båt- og luftambulans. Om dette også vil innebære en sentralisering av tilgrensende funksjoner som nødmeldetjenesten og ansvar for syketransport, vil være avhengig av en nøye vurdering av fordeler og ulemper ved en sentral vs. desentral løsning. Med de svære utfordringene som helseforetaksgruppen nå står overfor, spesielt på den økonomiske siden, må man imidlertid vurdere ulike alternativer.

Rapporten inneholder som vedlegg også et utkast til mal for ambulanseplan. Det arbeidet som har vært gjort med ambulanseplanen i Helgelandssykehuset har vært en viktig premiss til dette utkastet.

Mht. til pågående prosesser for øvrig vises det til RHF-styresaken.

En regional arbeidsgruppe har gjennomført en kartlegging av alle ambulansetjenestene. En analyse viser at 19 tjenester har for høy belastning ved eksisterende beredskapsnivå. I konsekvens kan dette gi en kostnadsvekst på ca. 20 mill. kroner, med virkning allerede på slutten av 2005. Helgelandssykehuset har imidlertid ingen av sine tjenester blant disse 19.

VEDTAK:

Styret tar den foreliggende rapporten til orientering.

Styret er imidlertid bekymret for den økonomiske utvikling i ambulansetjenesten.

Det er et stort behov for optimal koordinering i forhold til øvrig syketransport, men forøvrig skyldes kostnadsøkningene forhold som er vanskelig å kontrollere for det enkelte helseforetaket.

De store utfordringene tjenestene står overfor tilsier at en helhetlig utredning også må vurdere en samlet organisering på regionnivå for hele ambulansetjenesten.

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Medisinsk direktør Fred A. Mürer

Vår dato:

Vår referanse: Arkivnr:

6.12.2005

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Deres dato:

Deres referanse:

Saksbehandler: Trond Elsbak, tlf. 75 51 29 17

STYRESAK 127-2005/4

AMBULANSEPROSJEKTET – UTVIKLING AV AMBULANSETJENESTEN I HELSE NORD

Møtedato: 13. desember 2005

Hensikt/bakgrunn

Det vises til styrets vedtak i styresak 44-2005 Videre utvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord. Her besluttet styret å få utredet vesentlige forhold vedr. organisering av ambulansetjenesten som er av betydning for ivaretagelse av lovpålagte ansvarsforhold, sikring av kvalitet og effektiv ressursbruk. Dette er en foreløpig orientering om bl.a. sak som fremmes for behandling i møtet 01.02.06. Styret i Helse Nord RHF inviteres da til en bred behandling med fastsetting av langsiktig strategi for utvikling av ambulansetjenesten.

Utfordringer

Forskrift "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (gjeldende fra 1.april 2005)" stiller krav til kvalitet, kompetanse og organisering som skal implementeres. Helse Nord RHF har i samarbeid med helseforetakene og i forståelse med Helsetilsynet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utarbeidet retningslinjer for enhetlig forståelse av forskriften. Denne prosessen var ferdig i august og ligger nå til grunn for det faglige innholdet i tjenesten. Fordi ny forskrift allerede har trådt i kraft må helseforetakene implementere en del forskriftskrav så snart som praktisk mulig.

Styret forutsatte som premiss en desentralisert struktur slik at ambulansetjenestens nærhet til befolkningen sikres. Dette er i tråd med føringer som Stortinget har gitt vedr. responstider, og i samsvar med den generelle trenden med vektlegging av rask igangsetting av avanserte behandlingstilbud prehospitalt. For behandling av akutt hjerteinfarkt er det dokumentert at denne strategien gir økt helsegevinst for befolkningen. Dette forutsetter samhandling med mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og tilfredsstillende kompetanse i ambulansetjenesten.

Arbeidstakere i mange ambulansetjenester i Nordland og Troms har vært misfornøyde med arbeidsbelastning og hviletid. Dette har resultert i at Arbeidstilsynet har utstedt varsel om pålegg / pålegg til arbeidsgiverne. Det mest presserende pr. dato er pålegg til Nordtrafikk Ambulans AS (NTA) vedrørende avtaler i Nordland pga. manglende avtaler med tillitsvalgte arbeidstakere. NTA er også pålagt døgnbøter. Avtale med tillitsvalgte er en forutsetning for å kunne benytte fleksibiliteten innenfor Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Dette – sammen med retningslinjenes klargjøring av unntaksbestemmelsene fra forskriftens hovedregel om tilstedevakt – legger grunnlaget for en fortsatt desentralisert ambulansetjeneste i Helse Nord.

Helse Nord bistår helseforetakene i disse sakene og samordner innsats, bl.a. gjennom nedsatt regional arbeidsgruppe. Det er gjennomført en kartlegging av alle ambulansetjenestene og analyse viser at 19 tjenester har for høy belastning ved eksisterende beredskapsnivå. I konsekvens kan dette gi en kostnadsvekst på ca. 20 mill. kroner, med virkning allerede på slutten av 2005.

Sintef Helse har utført ambulanseutredningen på vegne av Helse Nord RHF. Arbeidet er gjort i nært samarbeid med helseforetakene, representanter for primærhelsetjenesten og arbeidstakerorganisasjonene. Rapporten er nå sendt ut på høring. Rapporten ble også presentert for interesserte høringsinstanser i eget møte, den 5. desember 2005.

Rapporten peker bl.a. på følgende utfordringer:

- Betydelige utfordringer vedr. rekruttering og kompetanse
- Høyt forbruk av ambulansetjenester i Nord-Norge
- U hensiktsmessig med mange, små tjenester/utøvere

- Potensial for bedre samordning og effektivisering
- Kostnaden vedr. ambulansetjeneste vil øke de kommende år
- Behov for bedre virksomhetsregistrering og styringsinformasjon

Og anbefaler bl.a.:

- offentlig leveranse av tjenesten (ved helseforetakene) som hovedmodell
- innenfor det offentlige ansvaret for drift å inngå avtale om delleveranse fra privat aktør i et område som referanse for kostnader/kvalitet

Pågående prosesser

Det løper/har løpt flere viktige prosesser som følge av utfordringer vedr. ambulansetjenesten i Helse Nord:

Ambulanseprosjektet

Fagseksjonen HN, helseforetakene m.fl. har bistått i arbeidet med Sintef-utredningen. Rapporten inneholder vurderinger/forslag vedr. tre eksempelområder – dette har ikke annen status enn å være innspill i ambulanseplanarbeidet.

Ambulanseplanarbeid

Ambulanseplanarbeid pågår i alle helseforetakene. Helgelandssykehuset har ferdigstilt sin plan. Dagens kontrakter utløper 30.11 2006 i Nordland og i Troms, Helse Finnmarks avtaler løper t.o.m. 31.12.2007.

Regional arbeidsgruppe arbeid/hviletid/belastning/arbeidstilsyn

Helse Nord leder en regional arbeidsgruppe for å ivareta en strategisk og samordnet innsats vedr. pålegg fra Arbeidstilsynet, oppbemanning og bistand til helseforetakene. Gjennomførte og pågående aktiviteter er:

- virksomhetskartlegging av ambulansetjenestene i Nord-Norge
- utvikling av modell for identifisering av belastning
- beregning av belastning pr. tjeneste
- utarbeidelse av retningslinjer for døgnhvile
- flere møter i arbeidsgruppen, med helseforetakene og Arbeidstilsynene
- bistand ved prosesser og forhandlinger i UNN
- møter med arbeidstakerforeningene og konserntillitsvalgte
- utarbeidelse av felles forhandlingsgrunnlag vedr. krav fra NTA som berører 3 helseforetak

Bestillerdokument 2006

Administrasjonen vil i arbeidet med bestillerdokumentet ha fokus på problemstillingene i ambulansetjenesten og spesielt utfordringene knyttet til rekruttering, lærlinger og kompetanse.

System for ressursstyring

Etter drøfting med direktørene for helseforetakene er det besluttet å gjennomføre et tilbud på et system for ressursstyring (såkalt flåtestyring). Dette vil helseforetakene kunne avrope på. Slikt system er i hovedsak på plass i de øvrige regionene. Systemet skal kunne integreres med AMIS (akuttmedisinsk informasjonssystem) som er / vil være på plass ved alle AMK-sentralene primo 2006. Systemet forventes å løse, eller bedre, viktige problemstillinger og generelt gi en bedre kvalitet i ambulansetjenesten, herunder også en bedre service til primærhelsetjenesten. Viktigst er:

- Ivareta pålegg fra Datatilsynet vedr. sensitiv informasjon (begrensninger i helseradionettet) - stille kommunikasjon
- Bedre ivareta krav i AML - monitorere belastning ambulanspersonell, bedre fordeling / bruk av ressursene
- Ivareta krav i ny forskrift "Krav til akuttmedisinsk tjenester utenfor sykehus" (AMK skal disponere/koordinere ambulansene)
- Verktøy for å tryggere kunne differensiere ressursdimensjonering i forhold til aktivitet i døgnet
- Redusere responstid – alltid kunne bruke nærmeste ressurs, herunder returressurser og alltid finne raskt frem. Rett ressurs til rett tid.
- Muliggjør en effektiv styring av et stort geografisk område, noen HF har 3 sykehus
- Virksomhetsregistrering, kontroll av ressursbruk og oppfølging.
- Effektivisering – færre utkjørte km, bedre ressursutnyttning

Kravspesifisering ambulansebåt

Administrasjonen ønsker å videreføre påbegynt spesifikasjonsarbeid i Helgelandssykehuset vedr. krav til (nye) ambulansebåter. Hensikten er å sikre egnethet for nordnorske farvann, sikkerhet, standardiserte løsninger og nødvendig fleksibilitet (f. eks legekantor, brannpumpe, opp-plukk fra sjø, søk- og redningsoppdrag). Dette er et arbeid som må gjennomføres uavhengig av privat eller offentlig drift av båtambulansetjenesten. Helgelandssykehuset har behov for to nye båter, Hålogalandssykehuset har behov for en.

Tidsperspektivet

- Ambulanseprosjektet – styrebehandling 01.02.06 gir mulighet for evt. konkurranseutsetting, men krever stor effektivitet i den videre prosess i helseforetakene, herunder ferdigstilling kriteriesett for anbud. En konkurranseutsetting forutsetter også et arbeid med "leverandørutvikling" i forkant med sikte på å legge et best mulig grunnlag for å oppnå konkurranse og gode tjenester
- Ambulanseplanarbeidet i helseforetakene – bør i hovedsak være ferdigstilt på nyåret.
- Arbeidsgruppe "arbeidstilsyn" – fortsetter arbeidet så lenge som nødvendig
- Flåtestyringssystem – anbudskonkurranse, implementering koordinert med bilskifte og ny drift. Gjennomføring av investering og installasjon/idriftsettelse forutsetter beslutninger i det enkelte helseforetak
- Kravspesifisering ambulansebåt – stipulert ferdigstilling 28.02.06

Vedlegg: - Rapportens sammendrag (kapitel 2)
 - Retningslinjer til "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus"

Sammendrag (kapittel 2) – rapport fra Sintef Helse:

Nye forskrifter for de prehospitalt, akuttmedisinske tjenestene stiller økte krav til faglig kvalitet, kompetanse, samhandling og organisering av ambulansetjenestene. Systemansvar og ansvar for finansiering av tjenesten ligger hos de regionale helseforetakene som har delegert dette til helseforetakene. Den operative tjenesten er en integrert del av den prehospitalt, akuttmedisinske tjenesten, som omfatter AMK-sentralene, ambulansetjenesten og den kommunale legevakta, hvor helseforetakene har ansvaret for AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Forskriften legger vekt på behovet for samhandling og samordning av leddene innenfor tjenesten i tillegg til økte krav til beredskap og kompetanse.

Forbruket av ambulansetjenester er høyere, i Helse Nord enn i de øvrige helseregionene i landet, og man har også hatt en sterkere økning i forbruk enn resten av landet. Helse Nord har, på grunn av sin geografi og sitt bosettingsmønster, utviklet en desentralisert modell for ambulansetjenesten som innebærer et stort antall små enheter eller tjenester. Sammen med en omfattende og kostbar båtdrift, gir dette høye kostnader i forhold til aktivitet.

Dagens drift medfører utfordringer på en rekke områder (lav kapasitetsutnyttelse, få oppdrag per ansatt, lite mengdetrening, rekrutteringsproblemer for personell med fagbrev til små tjenester, mange små private drivere). Utfordringene er gjennomgående knyttet til oppdelingen i mange små tjenester. I tillegg er det behov for å utvikle samhandlingen med primærhelsetjenesten og samarbeidet med kjørekontorene.

Helse Nord har som målsettinger at tjenesten skal utvikles slik at den oppfyller krav om faglig forsvarlighet, trygghet for befolkningen og at driften er i henhold til lover og forskrifter. Faglig forsvarlighet er knyttet til kompetanse, beredskap og responstid. Beredskapsnivået er fastlagt i tolkninger av regelverket, men responstiden er ikke definert og den kan avklares gjennom etablering av ambulanseplaner for hvert helseforetak. Helgelandssykehuset HF har i sitt forslag til ambulanseplan forutsatt at 90 % av befolkningen skal kunne nås innenfor 25 minutter. Det er gjennomført en gapanalyse som viser at man kan gjennomføre tiltak på en rekke områder, som vil bidra til at målene nås.

Vi forventer økte driftskostnader knyttet både til den operative driften (økt aktivitet, faglig kvalitet og bemanning), og administrative oppgaver. Gjennomgang av geografiske eksempelområder viser at det kan oppnås faglige forbedring og effektiviseringsgevinster gjennom endring av lokalisering, samordning av tjenester og endringer i bruken av ambulansebåter.

Hvilken driftsmodell som velges (offentlig eller privat drift) vil også påvirke mulighetene til måloppnåelse. På et generelt grunnlag kan det argumenteres for at privat drift er mer kostnadseffektiv enn offentlig drift av samme tjeneste. Vi har ikke funnet studier som viser om det innenfor ambulansedrift kan dokumenteres systematiske kostnadsforskjeller som kan forklares med forskjeller i driftsmodell. Med utgangspunkt i de krav som forskriften stiller og Helse Nord sine utfordringer, anbefaler vi at man som hovedmodell velger offentlig drift. Dette begrunnes med at man lettere kan løse utfordringene knyttet til struktur (små tjenester), rekruttering, fagutvikling og samhandling innenfor en offentlig driftsmodell. Vi peker imidlertid på behovet for å opprettholde privat drift innenfor ett område som grunnlag for utvikling av klare krav og systemer for styring og oppfølging, og som referanse for kostnader og kvalitet. Det vil også være behov for styrking av driftsorganisasjonen i f. m. overføring av de private tjenestene til offentlig drift.

Vi anbefaler ellers at man samler tjenestene i større enheter som er mer robuste og effektive organisasjoner for drift, rekruttering og opplæring. Vi peker på behovet for en rask utvikling av rekrutteringsprogrammer og programmer for fagutvikling og samhandling. Det er også behov for bedre kvalitetsstyring, noe som vil kreve bedre tilgang til styringsinformasjon. Til slutt peker vi på at det kan hentes ut effektiviseringsgevinster på en rekke områder. De økte krav til kvalitet på mange områder synes imidlertid å få som konsekvens at kostnadene samlet sett vil øke.

Retningslinjer i Helse Nord vedr. forskrift: "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus"

1. Innledning

Forskrift vedrørende krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er gjort gjeldende fra 01.04 2005. På bakgrunn av forskriften har Helse Nord RHF i samarbeid med helseforetakene utarbeidet et sett retningslinjer. Paragrafene retningslinjene henviser til, gjelder denne forskrift. Målet har vært å legge grunnlag for en felles forståelse av vesentlige deler av forskriften og samtidig peke på andre forhold som er med på definere faglig forsvarlig standard, bl.a. aktuelle tilsynsvedtak. Områder der departementet forutsetter at helseregionene må sette egne krav, omhandles i disse retningslinjene.

Retningslinjene er utarbeidet med tanke på:

- Ivareta intensjonen med forskriften
- Utvikle felles forståelse av problemområder
- Ivareta krav til forsvarlighet
- Legge grunnlag for planarbeid i Helse Nord

Retningslinjene tenkes brukt i planlegging for morgendagens akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus bl.a. som et verktøy for å identifisere handlingsrommet for å nå målene:

- God praksis - faglig forsvarlig
- I tråd med helselovgivningen
- I tråd med arbeidsmiljølovgivningen
- Trygghet for befolkningen

Helse Nord RHF forutsetter at helseforetakene samhandler med kommunene og tilgrensende helseforetak i sin planlegging av de akuttmedisinske tjenester.

2. Definisjoner

De definisjoner som har sin opprinnelse i den gamle "Lov om sykehus" erstattes med definisjonene som fremkommer i ny forskrift:

§ 3. Definisjoner

Akuttmedisinske tjenester er: medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten.

Med akuttmedisin menes kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, herunder akutte psykiske lidelser, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse.

Med akuttmedisinsk beredskap menes forberedte tiltak som iverksettes for å sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske helsetjenester

§ 15 Bil- og båtambulansetjenesten

Bil- og båtambulansetjenesten utgjør sammen med kommunal legevaktordning den lokale akuttmedisinske beredskap og skal primært:

- dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander*
- bringe syke/skadde pasienter til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten når pasienten har behov for overvåkning og/eller behandling.*

Syketransport og skyss av helsepersonell faller dermed utenom det som inngår i denne forskriften, jfr. også "Lov om folketrygd" som definerer syketransport som transport der det ikke er behov for ambulanse. Dette innebærer bl.a. at helsetransport med skyssbåt og båtambulanse av liggende pasienter - der det ikke er et medisinsk behov for ambulanse, jfr. def. - ikke ansees for å være ambulansetjeneste. Slike transportressurser kan inngå i helseforetakenes beredskaps- og ambulansplaner i områder der dette er hensiktsmessig/kostnadseffektivt.

Helsetilsynet har i IK 16/99 slått fast at "syketransport i motsetning til ambulansetjeneste utelukkende er å anse som en transporttjeneste."

En rutegående båt med avtale om helseoppdrag (samfunnsbåt med basis ambulansetstyr) vil ved ambulansetoppdrag kunne tilføres kompetanse, avansert utstyr og legemidler slik at den oppfyller kravene til ambulansetjeneste (akuttmedisinsk tjeneste).

3. Tilstedevakt vs. responstid

Formål

Formålet med innføringen av kravet om tilstedevakt var å redusere responstid og muliggjøre undervisning, ferdighetstrening, faglig oppdatering og kontroll av bil og utstyr. Det presiseres i forklaring til § 17 at ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres.

§ 17. Bemanning og helsefaglig kompetanse sier

Ambulansene skal som hovedregel være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres for stasjoner:

- a) Som har et lavt antall akuttoppdrag pr. år
- b) Hvor personell kan være ved ambulansen innen forsvarlig tid etter "oppringning"

Tilstedevakt betyr at helsepersonellet skal oppholde seg i umiddelbar nærhet av utrykkingskjøretøyet.

Tilstedevakt innebærer beredskapsnivå "aktiv tid" eller "vakt på vaktrom".

Unntaksbestemmelsene åpner for fortsatt hjemnevakt eller kombinasjonen "hjemnevakt" og "aktiv tid".

Følgende føringer foreligger i denne sammenhengen:

Responstidsføringer fra NOU 98:9

Akutt: 12 min. for 90 % ved 10.000/15.000 innbyggere eller mer

Akutt: 25 min for 90 % ved "grisgrendte strøk"

St.m. nr. 43 (Akuttmeldinga) og Stortingets behandling av I-300 om bedre responstider i ambulansetjenesten:

"Flertallet vil understreke at det er en forutsetning at øhj.plikten overholdes, og kan ikke akseptere for lang responstid med de alvorlige konsekvenser det kan få for pasientene".

Aktivitet

Gjennomsnittlig antall ambulansetoppdrag i Norge pr. 1000 innbyggere i 2003 var 102, mens det i Helse Nord var 132 (Kilde SSB). En grov/generell fordeling mellom oppdragstypene er "Akutt" 20 %, "Haster" 30 % og "Vanlig" 50 %.

Beregnet andel ut i fra virksomhetsregistrering

Gjennomsnittlig antall oppdrag pr. 1000 innbyggere:

0,06 Akuttoppdrag pr døgn – ett hvert 16. døgn

0,08 Hasteoppdrag pr. døgn – ett hvert 12. døgn

Dette gir

- ved 3500 innb. → 0,2 Akutt/ 0,3 Haster/ 0,5 vanlig – ca. ett akuttoppdrag hvert 5. døgn

- ved 8000 innb. → 0,5 Akutt/ 0,7 Haster/ 1,2 vanlig - ca. ett akuttoppdrag hvert 2. døgn

RETNINGSLINJER

Generelt:

For å imøtekomme krav om forsvarlig responstid må ambulansetjenestene i Nord-Norge ha en desentralisert struktur og forsvarlig dimensjonering. Unntaksreglene fra tilstedevakt skal ivareta behov for fleksibilitet i forhold til befolkningsgrunnlag og geografiske forhold. Helseforetakene må gjøre vurdering - herunder hensynet til responstid - og tilpasning til lokale forhold som aktivitet, geografi og hensiktsmessig organisering. Helseforetakene må samhandle med kommunene i sin planlegging.

Minimumskrav:

- Tilgang til oppvarmet garasje for ambulanse
- Forskriftsmessig oppbevaringsmulighet for medisinteknisk utstyr, journalmateriale og legemidler
- Tilgang til lokaler for faglig egentrening og samtrening med primærhelsetjenesten
- Tilgang til PC, Internett og ha fast e-postadresse
- Aktiv tid for å ivareta utstyr, trening og internkontroll, må defineres, minimum 6 timer pr. uke (Minimumskrav Helse Nord).

Ambulanseområder (primærområde) med befolkning under ca. 8000:

Kombinert tilstede- og hjemmevakt. Grad av tilstedevakt og fastsetting av tidsrom skal være avhengig av aktivitet og være faglig begrunnet. Aktiveringstid skal være uten unødig forsinkelse og senest innenfor 10 minutter ved hjemmevakt (Helse Nord standard)

Ambulanseområder (primærområde) med befolkning over ca. 8000:

Tilstedevakt hele døgnet for minimum én bil.

Rekruttering og kompetanse

Forskriftens § 17 krever bl.a.:

Minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider.

Øvrige helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse.

Kompetansekravene som nevnt i annet ledd kan fravikes for en periode av inntil fem år fra det tidspunkt forskriften trer i kraft. Denne overgangsordningen vil bare gjelde personell som er ansatt i ambulansetjenesten ved forskriftens ikrafttredelsestidspunkt.

RETNINGSLINJER

Helseforetakene må ha en langsiktig plan for kompetansebygging, slik at kompetansekravene innfris senest ved overgangsperiodens utløp. Det forutsetter at minimum 70 % av ambulansepersonellet har autorisasjon.

I overgangsperioden kan kompetansekravene i forskriften fravikes også for vikarer.

Bemanningen skal til enhver tid minimum oppfylle kompetansekravene som er gitt i forskriften (dvs. minimum én med autorisasjon eller lisens). Krav til kompetanse hos vikarene i overgangsperioden må innebære relevant akuttmedisinsk og pleiefaglig kompetanse, og det bør også være krav til kjøreopplæring. Helseforetakene ved medisinsk systemansvarlig for ambulansetjenesten har ansvaret for å vurdere at samlet kompetanse i bilen er forsvarlig.

Helseforetakene oppfordres til å samarbeide om "NOU 76:2" – kurs / utrykningskurs/kompetansebevis for rekruttering til tjenestene og for tilgang til vikarer.

Det skal foreligge program for opplæring, resertifisering og individuell oppfølging av personellet.

4. Nødmeldetjenesten – struktur, begreper, ansvarsforhold

Den nye forskriften erstatter tidligere forskrift. Alt som dekkes av annet lovverk er tatt vekk.

Funksjonskrav beskrives i større grad enn detaljering av løsninger. Nødmeldetjenesten plasseres i den akuttmedisinske kjede.

Kommunen har ansvar for

- Å etablere et fast legevaktsnummer hvor befolkningen skal kunne melde fra behov om øyeblikkelig hjelp direkte til kvalifisert helsepersonell
- Motta og håndtere henvendelser fra faste nummer
- Kommunisere direkte og videreformidle henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentralen
- Ha forsvarlig system for dokumentasjon og journalføring
- Kunne kommunisere i felles lukket enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett
- Samarbeid med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom
- den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester

Det regionale helseforetak har ansvar for

- Etablering og drift av medisinsk nødnummer
- Etablering av AMK-sentraler
- Kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for ambulansetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten som inngår i det regionale helseforetakets beredskapsplan
- Samarbeid med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med LV-sentraler, brannvesen, politi, hovedredningsentral og andre samarbeidspartnere
- Fastsettelse av AMK med overordnet koordineringsansvar og hvilke AMK-sentraler som skal ha mottak av nødnummer
- Sørgje for at AMK-sentralene driver forsvarlig medisinsk faglig virksomhet
 - a. Håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand
 - b. Gi medisinsk faglige råd og veiledning
 - c. Styre og koordinere ambulanseoppdrag

Sykehus med akutfunksjon uten mottak av medisinsk nødnummer

Må ha kommunikasjonssentral med prioriterte linjer for å ivareta kommunikasjon ved disponering av egne akuttmedisinske ressurser og eksterne ressurser for mottak av pasienter. Forskriften beskriver en akuttmedisinsk koordinatorfunksjon (akuttmedisinsk kontaktpunkt).

RETNINGSLINJER

Akuttmedisinsk kontaktpunkt i sykehus uten mottak av medisinsk nødnummer skal ikke betegnes AMK-sentral. Funksjonen kan legges til akuttmottak, FAM, LV-sentral i sykehus eller i annen aktuell klinisk avdeling.

Helseforetakene må sørge for nødvendig kommunikasjonsutstyr og opplæring av helsepersonellet. Nødvendig utstyr vil normalt være helsestudio (f.eks. mobilradio med fast strømforsyning, batteribackup og utvendig antenne) og telefonapparat med nødvendig linjer forhåndslagring/direkteknapper.

AMK-sentral - bemanning – kompetanse

Det medisinsk faglige ansvar må ivaretas hele døgnet gjennom AMK-lege funksjon. Forsvarlig bemanning og kompetanse i AMK-sentral er helseforetakenes ansvar.

Faglig forsvarlig håndtering av medisinske nødmeldinger forutsetter at det er minst to kvalifiserte AMK-operatører i tilstedevakt. Det skal foreligge program for opplæring, resertifisering og individuell oppfølging. KoKom sitt nasjonale opplæringsprogram for AMK-operatører anbefales brukt av alle helseforetak.

Det må etableres relevante samarbeidsfora med ambulansetjeneste - AMK-sentraler - kommunehelsetjeneste - brann - politi - HRS m. fl.

Det bør dessuten etableres et forum for AMK-ledere i regionen for å ivareta samhandling mellom sentralene og utvikling av felles systemer, prosedyrer og rutiner.

Helseforetakene har ansvar for å ivareta medisinsk faglig ledelse, medisinske støttesystemer, dokumentasjonsverktøy og verktøy for ambulansesamordning som skal sikre forsvarlig og effektiv bruk av ressursene i den akuttmedisinske kjeden.

Datatilsynets restriksjoner på bruk av helseradionettet er svært problematisk. Det finnes pr i dag ikke tilgjengelig kommunikasjonsmuligheter i vår region som både ivaretar behov for rask alarmering og fullstendig diskresjon i forhold til pasientsensitiv informasjon. Øvrige regioner har løst dette gjennom bruk av elektroniske flåtestyringsystemer. Dette forutsettes på plass i helseforetakene i løpet av 2006.

Krav til faglig forsvarlighet og pasientens behov må ha fokus. Krav til taushetsplikt må underordnes pasientens behov for forsvarlig medisinsk behandling, inntil flåtestyringsverktøy som sikrer både rask alarmering og diskresjon i forhold til pasientsensitiv informasjon er på plass.

5. Ambulansebåt - Samhandling med kommunene

RETNINGSLINJER

Forskriften beskriver krav til ambulansebåt svarende til ambulansetjeneste. Forskriften legger initiativ til samhandling med kommunene om planarbeid i ambulansetjenesten på helseforetakene.

Ved ambulanseoppdrag med ambulansebåt/skyssbåt vil helsepersonellbemanning ivarett av lege være i tråd med intensjonen i forskriften. Slik bemanning må organiseres på en måte som minimaliserer responstid. I planlegging av ambulansebåttjeneste må helseforetakene trekke primærhelsetjenesten tidlig inn i prosessen, jfr. også forskrift om samordning ambulansebåt.

6. Luftambulansetjenesten

Forskriftens § 17 forutsetter at ambulansefly skal være bemannet med anestes- eller intensivsykepleier. I tillegg skal det etableres beredskap for lege eller annen bemanning ved oppdrag der dette er nødvendig.

RETNINGSLINJER

Sykehusene i Tromsø og Bodø skal ha anestesilege i vakt for bemanning av ambulansefly ved behov. Den AMK-sentral med ansvar for flykoordineringen (AMK-Tromsø) har myndighet til å avgjøre hvilke oppdrag som skal bemannes med lege. I de tilfeller det er behov for annen kompetanse eller myndighet, må dette løses av oppdragsansvarlig AMK i samarbeid med AMK-Tromsø.

7. Samhandling i den akuttmedisinske kjede

Ny forskrift krever samhandling. Dialog og felles trening er nøkkelelementer i samhandling.

Samhandling utfordres ved endring av legevaktstruktur, med sammenslåing av distrikt gjennom interkommunalt legevaktsamarbeid. Kommunalt helsepersonell er en viktig del av de samlede akuttmedisinske ressurser. Ambulansetjeneste og helsepersonell i hver enkelt kommune må samhandle og trene utenom vaktberedskap.

Den lokale akuttmedisinske beredskap består av kommunal legevaktordning og ambulansetjeneste. De regionale helseforetakene må i sin planlegging av ambulansetjenesten bl.a. ta hensyn til lokal organisering av legevakt og sykehusstruktur. Dette innebærer ikke automatisk endringer i dimensjonering av ambulansetilbud ved endret legevaktstruktur. Ambulansetjeneste kan ikke erstatte lege i vakt. Kommunene har ansvar for at for øyeblikkelig hjelp beredskap ivarettas og lege i vakt har ansvar for "å være tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett, samt ivareta utrykningsplikten"

Forskriften sier også "Ved opprettelse av interkommunal legevaktordning bør kommunene ta beredskapsmessige hensyn"

Aktuelle vedtak fra Statens Helsetilsyn:

Kunes saken

- Kommunen har et selvstendig ansvar for å sikre ett øyeblikkelig hjelp tilbud som innebærer at både kommunenes faste innbyggere, men også andre som midlertidig oppholder seg i kommunen, hele døgnet kan komme i kontakt med lege.

- Kommunen plikter å utarbeide beredskapsplaner for sin virksomhet, gjennomføre risiko og sårbarhetsanalyser og å iverksette forebyggende og skadebegrensende tiltak i f. t. avdekket risiko og sårbarhet.

Brev om interkommunalt legevaktsamarbeid av 19. desember 2001

- Kommuner og helseforetak har både hver for seg, og i fellesskap, ansvar for fortløpende å vurdere om, og sikre at, den lokale akuttmedisinske beredskapen er forsvarlig.
- Ut fra en helhetlig vurdering vil bruk av ambulanse for transport av pasient til legevakt i noen tilfeller være hensiktsmessig. Helsetilsynet forutsetter at bruk av ambulanse til dette formål er medisinskfaglig begrunnet og at alternative transporttilbud er vurdert.
- Tilgjengeligheten til lege ved behov for øyeblikkelig hjelp ved alvorlige tilstander bør ikke reduseres som følge av etablering av interkommunale samarbeidsordninger.
- Det bør foreligge særlige grunner for ikke å ha bakvaksordninger i kommuner der det blir mer enn 50-60 km langs veg – eller tilsvarende reisetid - til nærmeste lege.

8. Dokumentasjon og virksomhetsregistrering

For å kunne planlegge og styre fremtidige prehospitaltjenester basert på kunnskap, stiller Helse Nord RHF krav til virksomhetsregistrering for både ambulanse- og nødmeldetjenesten.

Styresak 62/2005: Møteplan.

Møtedato: 19.-20.12.05

Møtested: Mo i Rana

Møteplan for styret i Helgelandssykehuset HF 2006:

Mandag 30. januar

Mandag 27. februar

Tirsdag 25. april

Torsdag 15. juni

Mandag 25. september

Mandag 6. november

Torsdag-fredag 14.-15. desember

VEDTAK:

Møteplan for 2006 godkjennes.

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Informasjonssjef Randi Erlandsen

Styresak 63/2005: Eventuelt

Møtedato: 19.-20.12.05

Møtested: Mo i Rana

VEDTAK:

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør