

Styresak 52/2017: Kvalitet i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevaktsentral (LV)

Møtedato: 23.05.2017

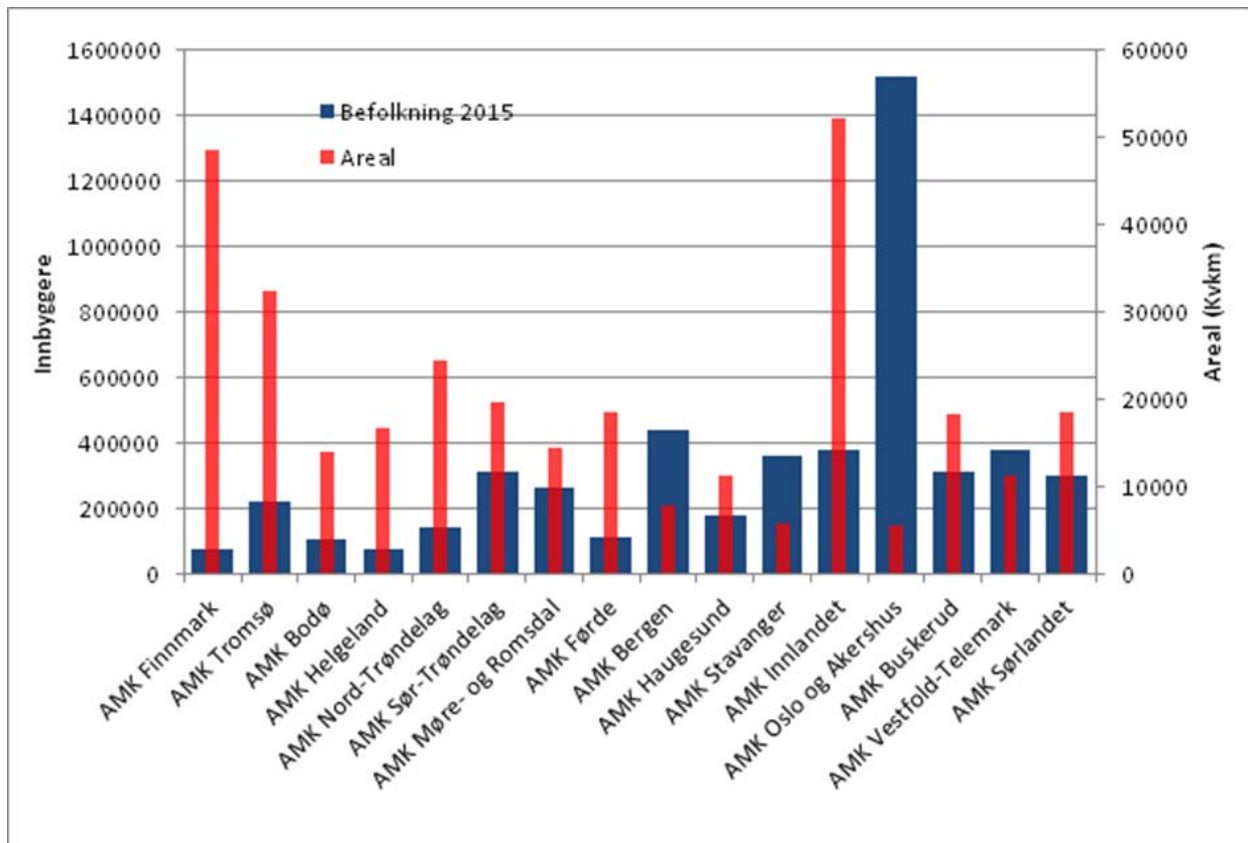
Møtested: Mosjøen, Fru Haugans hotell

Status akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevaktsentral (LV)

Norge har 16 AMK-sentraler. Helgelandssykehuset har hatt egen sentral siden 2006. Da ble de tre tidligere sentralene slått sammen til en felles, lokalisert til Sandnessjøen. Sentralen mottar medisinske nødmeldinger fra Helgelandssykehusets lokalsykehusområde, koordinerer Helgelandssykehusets ambulansetjeneste og er LA-AMK for luftambulansen i Brønnøysund. Legevaktsentralen i Sandnessjøen (LV) er felles sentral for formidling av henvendelser til legevaktstjenesten i 12 av Helgelands 18 kommuner. Den drives på vegne av kommunene som finansierer virksomheten. Sentralen styres av et fagråd som består av representanter for helseforetaket og kommunene som også er rådgiver i faglige spørsmål og kontaktledd mellom kommunene som oppdragsgiver og helseforetaket som utøver. Linjeledelsen i AMK er ansvarlig for driften. Sentralen er samlokalisert med AMK, men drives som en separat enhet med eget personell.

Virksomhetsdata AMK

AMK Helgeland er landets nest minste AMK-sentral målt etter antall innbyggere i opptaksområdet, men blant de største målt etter opptaksområdets areal. Arealberegningen gir dessuten et skjevt bilde av kompleksiteten fordi havområder og fjorder ikke er regnet med i arealet, mens fjellområder og innsjøer regnes med for innlandssentralene. I og med Helgelands svært spredte befolkning er Finnmark og Troms de områdene som representerer like store logistiske utfordringer.



Virksomhetsdata LV

Sentralen har hatt 15.200 henvendelser pr 13. mai 2017. Snittbelastningen ligger rundt 3,8 samtaler pr. time, med størst belastning på ettermiddagen og en topp mellom kl. 15 og 20.

Kvalitet AMK

Det arbeides nasjonalt med å etablere et robust sett med kvalitetsindikatorer for prehospitaltjenester. Foreløpig registreres bare tidsintervaller, men når verktøy og solide definisjoner foreligger vil virksomheten også bli målt på kliniske data.

Tidsintervaller gir bare delvis inntrykk av hvilken kvalitet enheten leverer. De beskriver hvor raskt pasienter får hjelp, men sier lite om hvilken standard hjelpen holder. Enheten gjør derfor på eget initiativ en systematisk oppfølging av tilgjengelige kliniske data.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Både for AMK og LV registreres svartid. Svartid er definert som tid fra innringer hører ringesignal i telefonen til operatør svarer i sentralen. Nasjonale krav er at AMK skal besvare 90 % av 113-henvendelser innen 10 sekunder og at LV skal bevare 90 % av henvendelser på 116117 innen 2 minutter. Våre operatører oppfylder disse kravene med god margin.

Kunde	Antall 113	Antall 113 / 1000 innb.	% innen 10 sek.	Snitt samtaletid 113	Innk. samt. / time	Innb.
Bergen	15 220	96,97	96 %	03:11 min	17,21	451 092
Bodø	4 611	96,05	93 %	02:48 min	6,69	137 975
Drammen	10 983	104,47	94 %	04:17 min	11,06	302 146
Førde	3 325	88,49	98 %	04:12 min	5,97	107 987
Haugesund	5 101	81,4	94 %	03:31 min	7,5	180 112
Helgeland	2 763	103,05	98 %	03:06 min	4,33	77 057
Innlandet	14 786	112,84	94 %	03:27 min	11,81	376 594
Møre og Romsdal	8 459	92,03	96 %	03:32 min	13,23	264 168
Nord-Trøndelag	3 858	78,94	98 %	03:17 min	7,19	140 465
Oslo	63 570	114,37	92 %	04:01 min	48,57	1 560 607
Stavanger	10 226	81,57	98 %	03:03 min	11,35	360 310
Sør-Trøndelag	10 543	95,12	95 %	03:57 min	16,68	318 551
Sørlandet	13 548	127,05	98 %	03:12 min	10,38	306 460
Tromsø	6 899	103,58	97 %	03:30 min	16,01	191 433
Vestfold/Telemark	13 967	96,25	98 %	03:10 min	14,42	417 054
Nasjonalt	187 859	101,59	95 %	03:38 min	198,22	5 192 011

Tabell 1 Aktivitetsdata og statistiske data for AMK-sentralene i Norge som legerer data til Bliksund. Kilde: Bliksundweb, AMKstat.

AMK Helgeland har landets nest korteste gjennomsnittlige svartid og leverer godt innenfor kravet om at 90 % av samtalene skal vær besvart i løpet av 10 sekunder.

Kliniske data

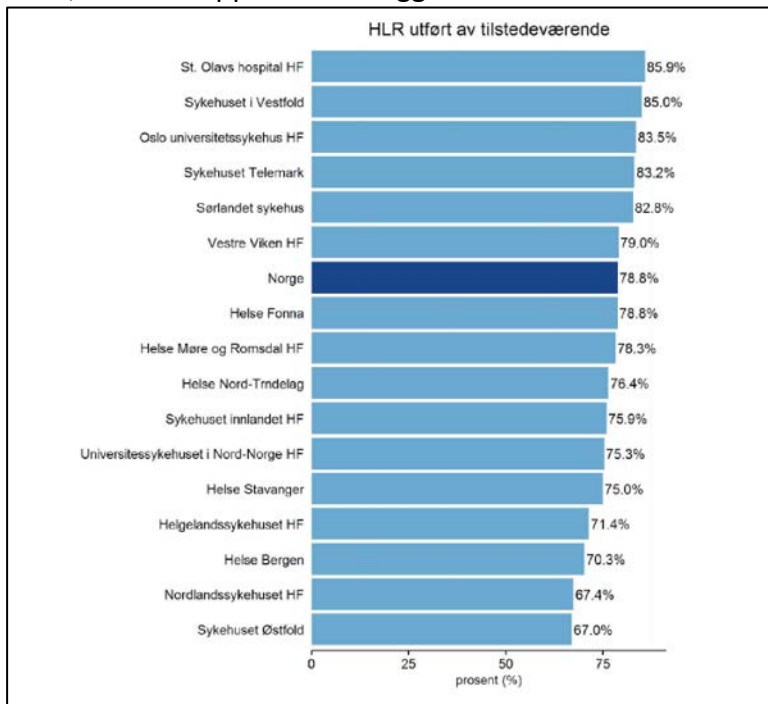
Helgelandssykehusets ambulansetjeneste startet i 2013 å levere data til Norsk hjertestansregister. De første årene har det vært noen utfordringer i forhold til å få tak i komplette data, men data for 2016 er rimelig robuste.

Under er det trukket ut fire tabeller fra registerets årsrapport for 2015.

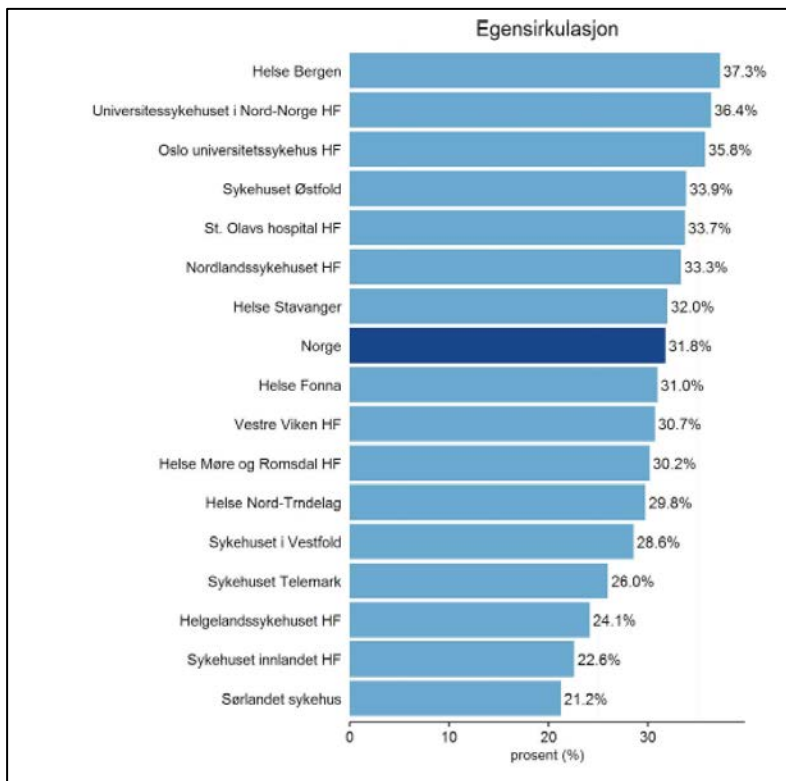
Helseforetak	Antall hendelser, n	Forekomst per 100.000 innbyggere
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	68	35
Nordlandssykehuset HF	74	55
Helgelandssykehuset HF	26	34
Nord-Trøndelag HF	70	50
St. Olavs hospital HF	151	49
Helse Møre og Romsdal HF	43	49
Helse Bergen HF	186	42
Helse Fonna HF	91	51
Helse Stavanger HF	124	34
Sørlandet sykehus HF	104	35
Sykehuset i Vestfold HF	135	59
Sykehuset Telemark HF	88	52
Vestre Viken HF	121	40
Sykehuset Innlandet HF	124	31
Oslo og Akershus universitetssykehus HF	467	39
Sykehuset Østfold HF	104	36
Helse Finnmark HF		
Helse Førde HF		
Hele landet	1976	41

Tabell 2 Antall registrerte hjertestans i helseforetakenes nedslagsfelt, og antall per 100.000 innbyggere.

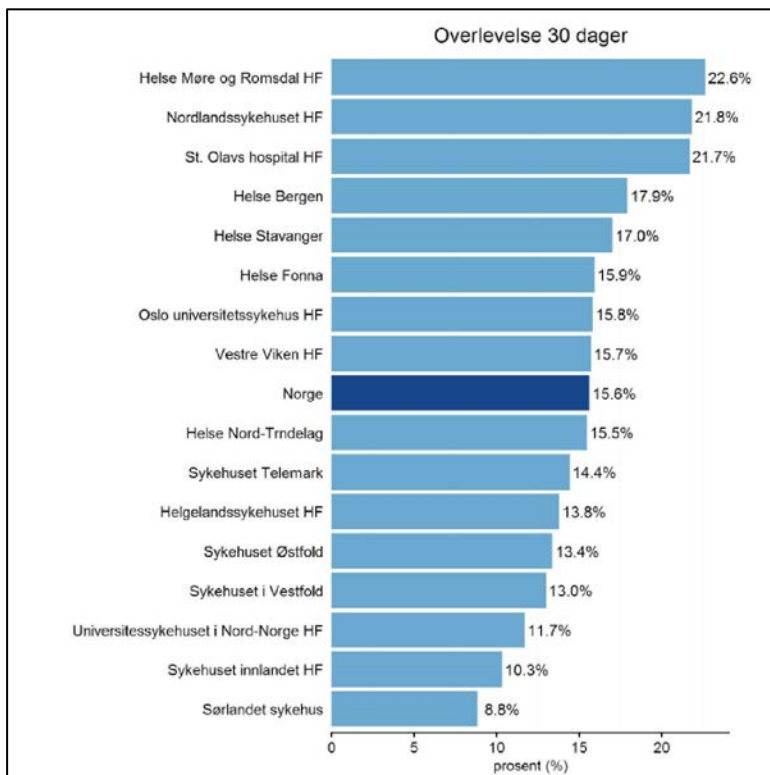
Tabell 1 gir et inntrykk av registreringenes dekningsgrad. Den viser at Helgelandssykehuset har relativt få registrerte hjertestans. Det kan skyldes at vi ikke fanger opp alle hendelsene, eller at få hendelser møter kriteriene for å bli inkludert i registeret. Antallet hendelser er noe større i 2016, men årsrapporten foreligger ikke før over sommeren.



Figur 1 Andel pasienter som får HLR av tilstedeværende før ambulansen ankommer



Figur 2 Andel pasienter med gjenopprettet egensirkulasjon.



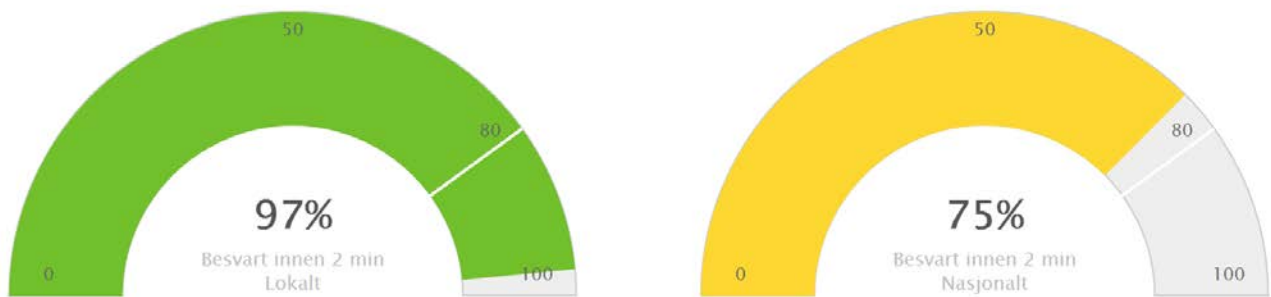
Figur 3 Andel pasienter som fortsatt var i live 30 dager etter hjertestans, fordelt på helseforetak hvor behandlingen ble påbegynt

Figur 1 til 3 gir en indikasjon på behandlingskvaliteten, både i hvilken grad AMK greier å få tilskuere til å iverksette HLR før ambulansen kommer (figur 1) og hvordan hele den akuttmedisinske kjeden presterer (figur 2 og 3). Indikatoren i figur 1 tester AMK spesifikt ved at den måler om AMK har identifisert situasjonen som hjertestans, og at den måler AMKs evne til å stimulere tilskuere til å starte HLR. De øvrige to indikatorene tester hele den akuttmedisinske kjeden, men er avhengig av velfungerende AMK for å gi et godt resultat.

AMK Helgeland leverer bra på tidsintervaller, mens indikatorer på behandlingskvalitet er under landsgjennomsnittet. Noe av forklaringen kan ligge i at dekningsgraden foreløpig er lav, og det blir spennende å se hvordan det ser ut i rapporten for 2016. I tillegg har Helgeland en utfordrende geografi som gjør at utgangspunktet for vår befolkning er svakere enn landet ellers. Uansett har vi et forbedringspotensial på dette området

Kvalitet LV

Foreløpig er det ikke utviklet kliniske kvalitetsindikatorer på LV-sentraler. Det eneste vi har nå er måling av tidsintervaller og nasjonal målsetting er at 80 % av henvendelsene skal være besvart innen 2 minutter. Figur 4 viser data for LV-sentralen i Sandnessjøen og nasjonalt gjennomsnitt.



Figur 4 Gjennomsnittlig svartid for LV Sandnessjøen (grønn) og landsgjennomsnitt (gul). Tall fra Bliksundweb, LVstat, pr. 13. mai 2017

Fasiliteter

Lokaler

AMK og LV-sentralenes nye lokaler i sykehusbygget i Sandnessjøen ble innviet i 2016 og oppfattes etter et års drift som velfungerende. Det mangler møterom og et situasjonsrom. Det er planer for etablering, men foreløpig ikke bevilget penger.

Utstyr

Begge sentraler er tungt avhengig av et velfungerende IKT-system. I forbindelse med installasjon av nytt nødnett ble alt byttet ut i 2016 og all hardware er nytt og velfungerende. I en overgangsperiode har nødstrømsforsyningen i sykehuset i Sandnessjøen vært usikker, og sentralen har måttet etablere en separat nødstrømsforsyning. Sykehusets nye UPS/nødstrømanlegg har gjort teknikken vesentlig sikrere. Strømforsyning, data og telefoni har nå redundante løsninger av høy standard.

Software i AMK er gammelt og lite funksjonelt. Her er sentralen henvist til nasjonale anbud og løsninger. Ny programvare er i emning, men leveringstidspunkt er usikkert.

Personale og HR

De ansatte i begge sentraler angir at de er fornøyd med arbeidssituasjonen. Staben er tungt belastet med vakter, og av forskjellige grunner har det det siste året vært stort behov for å leie inn det faste personellet på overtid. Det er ingen spesiell misnøye å spore i medarbeiderundersøkelsen. Medarbeiderne skårer stort sett innenfor normalområdet for Helse Nord, eller bedre.

Det siste året har sentralen opplevd stor utskifting av personell. Det kan ha sammenheng med stor arbeidsbelastning i forbindelse med innføring av nytt nødnett og med etablering av LV-sentral. Det er likevel ingen særlig misnøye med arbeidsbelastningen i data fra MU. Vi har derfor valgt å oppfatte det høye antallet oppsigelser som tilfeldig.

Rekruttering av nytt personell er god. Det er mange kvalifiserte søkere til hver stilling. Opplæring av nye medarbeidere er dyr og langvarig. Dermed påfører stor utskifting av personellet i sentralene til relativt store utgifter.

Økonomi

AMK

Sentralen hadde et underskudd i 2016 på 1,7 mill. 2016 var et spesielt år med utskifting av all teknologi, flytting til nye lokaler og en svært dyr og omfattende opplæring av alt personell. Sentralen er pr 30. april i år i økonomisk balanse. Vi oppfatter likevel fortsatt risiko som høy, i og med fortsatt sårbar bemanningssituasjon og dyr opplæring.

LV-sentral

Økonomien er stabil. Alle utgifter dekkes av kommunene gjennom et faktureringsystem basert på antall innbyggere. Det har vært noe misforhold mellom anslått ressursbehov og reelt forbruk under sentralens oppstartperiode, men det ser nå ut til at det er stabilisert. Kommunene har akseptert dette og finansiert misforholdet. Et usikkerhetsmoment er uforutsigbare krav fra forskjellige sentrale myndigheter på lisensavgifter knyttet til sentralens datasystemer.

Konklusjon

Selv om situasjonen nå oppfattes som stabil og relativt lys, er det fortsatt utfordringer. Det mest presserende er å få i gang en prosess for å bedre de medisinskfaglige kvalitetsindikatorerne.

Et tiltak er å få mer medisinskfaglig kompetanse inn i AMK, både på et administrativt nivå og operativt. Det er stort behov for revisjon av prosedyrer og for økt fokus på avvikshåndtering. I tillegg må den individuelle oppfølgingen av hver enkelt operatør intensiveres. For å få dette til er det inngått en avtale med en lege som skal drive et tre måneders prosjekt for prosedyrerevisjon, avvikssystematisering og opplæring, med oppstart 1. september i år. AMK har fra i høst brukt helikopterlegene i Brønnøysund som AMK-leger. Det har ikke vært en optimal løsning fordi de ofte er opptatt og fordi de ikke er fysisk lokalisert i nærheten av sentralen. Fra 1. september vil vi erstatte denne ordningen med leger i Sandnessjøen, først og fremst anestesileger. Det vil gi bedre tilgang til kompetanse hele døgnet og åpne mulighet for fysisk deltakelse i sentralen.

Helse Nord utredet i 2014 AMK-strukturen i landsdelen. Konklusjonen i [Helse Nords styresak 48-2014](#) var at det skulle gjennomføres en ROS-analyse av sentralene i 2014 og at organiseringen skulle gjennomgås på nytt. ROS-analysen ble gjennomført uten at det kom fram behov for tiltak utover det som allerede var planlagt. I tillegg varslet HOD en nasjonal gjennomgang, noe som førte til at regionale tiltak ble satt på vent.

Regjeringen oppnevnte høsten 2015 [et utvalg](#) som høsten 2016 blant annet konkluderte med at det på sikt bør være færre AMK-sentraler i Norge. Tanken er at utvalgets anbefalinger skal følges opp i regionale prosjekter. Foreløpig har ingen av regionene kommet i gang med det, men vi er forberedt på at det kan komme endringer i framtida.

Vedtaksforslag:

1. Styret ber om at det utarbeides en konkret handlingsplan som ivaretar utvikling med tanke på kvalitet, økonomi og ressursbruk.
2. Styret ber om ny orientering av saken i 3.tertial 2017

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

Saksbehandler: Enhetsdirektør Prehospitale tjenester Bjørn Haug