



Gjennomgang av ROS-analyser av AMK-sentraler

Optimal organisering av nødmeldetjenesten

April 2016

Versjon 1.0, 25. april 2016

Oppsummering av innspill til rapporten pr 22. april 2016

- Deloitte presenterte hovedfunnene fra analysen for arbeidsgruppen den 16. mars 2016
- Arbeidsgruppens representanter fikk så mulighet til å lese igjennom og komme med innspill til rapporten innen 6. april 2016. Innspillene som kom til rapporten kan oppsummeres i følgende punkter (fullstendig innspill legges også ved rapporten):
 - Flere påpekte at det foreligger flere utredninger og rapporter som ikke er tatt med i gjennomgangen siden det i forespørselen konkret ble etterspurt ROS-analyser. Dette gjør at funnene i rapporten kan gi et skjevt bilde av virkeligheten, da andre former for utredninger og rapporter har berørt områder som i denne analysen fremstår som mangelfulle
 - Krav nevnt i den nye Akuttmedisinforskriften som ikke var gjeldene på tidspunkt for gjennomført ROS-analyser bør ikke betegnes som manglende, men som elementer som bør suppleres
 - Det var noe uenighet i hvordan en skal tolke Akuttmedisinforskriftens §15 som omhandler oversikt over den akuttmedisinske beredskapen utenfor eget ansvarsområde. Kom innspill om at denne bør fjernes fra GAP-analysen
 - Rapporten bør skille tydeligere mellom lovverk som gjelder aktivitet i normalsituasjon og ekstraordinære situasjoner, samt ta et tydeligere utgangspunkt i forskrift om Internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
 - NKLM mener det er uheldig at prosjektet og denne rapporten ikke inkluderer legevakter og legevaktsentraler og at det bør tydeliggjøres i rapporten at det kun er sett på AMK-sentralene. Det var ønskelig at rapporten burde enda tydeligere problematisert at de foreliggende ROS-analysene i for liten grad har berørt samhandlingen med legevaktsentraler
- Både gjennom rapportens hovedfunn og innspill fra arbeidsgruppens deltakere er det tydelig at det ikke foreligger en felles, entydig definisjon og måte å gjøre ROS-analyser på. I tillegg fremkommer at det er ulik fortolkning og operasjonalisering av dagens lovverk og forskrifter
- Det gjøres ingen større oppdatering av analysens innhold basert på innspillene, men prosjektledelsen vil vurdere hvordan analysens innhold og funn benyttes i det videre arbeidet

Innhold

Kapittel	Side
Innledning	4
Metode	7
Relevante lover og forskrifter	12
Sammenstilling av ROS-analyser og GAP-analyse	15
Tiltak og veien videre	29
Oversikt over innsendt materiale	31

Prosjektet har sammenstilt foreliggende ROS-analyser av landets AMK-sentraler og vurdert behovet for supplerende analyser

Bakgrunn for prosjektet

- Helse- og Omsorgsdepartementet gjennomfører en utredning av optimal organisering av den medisinske nødmeldetjenesten med vekt på AMK-sentralene. Utredningen skal blant annet vurdere samordning av nødetatenes geografiske ansvarsområder, fysisk samlokalisering, behovet for faglig utvikling og kompetansebygging, samt gjennomgå og vurdere AMK-sentralenes oppgaveportefølje. Utredningen skal framskaffe et tilstrekkelig grunnlag for de regionale helseforetakene til å treffe beslutninger om framtidig organisering av nødmeldetjenesten innen sine ansvarsområder.
- Deloitte bistår med leveransen «Sammenstille foreliggende risikovurderinger av nødmeldetjenesten og vurdere behovet for supplerende risikoanalyser som kan ha innvirkning på framtidig organisering». Dette innebærer:
 - Strukturering og analyse av eksisterende beredskapsplaner, risiko- og sårbarhetsanalyser
 - Forankre analyse med relevante fagmiljøer
 - Identifisere mangler i identifiserte, eksisterende beredskapsplaner, risiko- og sårbarhetsanalyser dvs. om det finnes risikovurderinger eller ikke, samt innenfor hvilke områder
 - Identifisere, beskrive og anbefale videre tiltak
- Hovedfokuset i arbeidet vil være å se på hvordan de ulike delene av en virksomhet er ivaretatt i de ulike ROS-analysene, med fokus på de delene som har direkte påvirkning på organisering

Avgrensninger/ ikke vurderte deler:

- Utredningen er begrenset til den delen av den medisinsk nødmeldetjeneste som tilligger spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, altså AMK-sentralene og ikke legevaktsentraler
- Det er ikke gjennomført GAP-analyse av de områdene som ansees å ikke ha direkte betydning for organisering (se inndeling og begrunnelse på side 7-8). Disse områdene er mer overordnet beskrevet på side 25
- Andre faglige referanser og utredninger som f.eks. «NOU 2015:17, Først og fremst» er ikke tatt med i vurderingen av hva som bør dekkes og ikke

Overordnet beskrivelse av innsendt relevant materiale og bakgrunn for utførte ROS-analyser per region

AMK-sentraler:

- AMK Finnmark
- AMK Helgeland
- AMK Tromsø
- AMK Bodø
- (AMK Harstad - avviklet)

- AMK Møre og Romsdal
- AMK Nord-Trøndelag
- AMK Sør-Trøndelag
- (AMK Nordmøre og Romsdal - avviklet)

- AMK Innlandet
- AMK Sørlandet
- AMK Oslo
- AMK Vestfold Telemark
- AMK Vestre Viken
- (AMK Østfold - avviklet)

- AMK Stavanger
- AMK Haugesund
- AMK Førde
- AMK Bergen

Helse Nord (HN)

- I forbindelse med innføring av nytt nødnett ble det i 2014 gjort en vurdering av fremtidig AMK-struktur i regionen (ny vurdering vil bli gjort i 2017)
- Som en del av vurderingen i 2014 ble alle helseforetakene bedt om å gjøre en ROS-analyse av sin AMK-virksomhet
- ROS-analysene vurderte kompetanse & holdninger, reaksjonstid, samhandling med andre, tekniske løsninger, AMK-lege, ressursbruk, samt beredskap/ håndtering av større hendelser

Helse Midt-Norge (HMN)

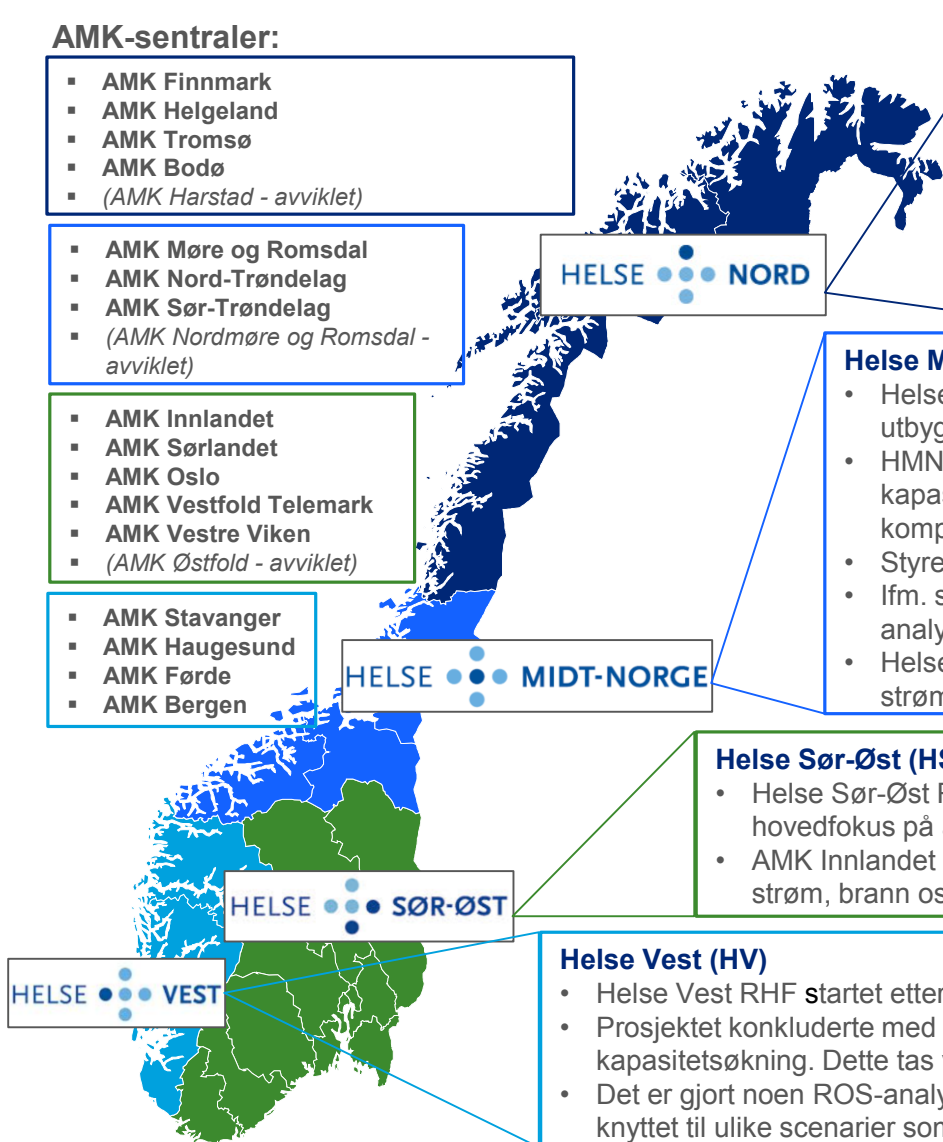
- Helsedirektoratet ba Helse Midt-Norge RHF vurdere sin AMK-struktur før utbyggingen av nytt nødnett startet i 2014
- HMN RHF gjorde en ROS-analyse av regionens AMK-sentraler i 2013 med fokus kapasitet, reserveløsning, tekniske systemer, kommunikasjon, bemanning & kompetanse, organisering, AMK-lege og prehospitale ressurser
- Styret i HMN vedtok i 2013 å redusere antall AMK-sentraler til tre
- Ifm. sammenslåingen av AMK-sentralene i Møre og Romsdal ble det gjort en ROS-analyse med fokus på etablering og faglig forsvarlig drift
- Helseforetakene har i tillegg gjort ROS-analyser med fokus på tekniske løsninger, strøm, lokaler osv.

Helse Sør-Øst (HSØ)

- Helse Sør-Øst RHF utførte i 2013 en nåsituasjonsanalyse av regionens AMK-sentraler med hovedfokus på arbeidsprosesser og aktivtetsdata. Lite knyttet til organisering
- AMK Innlandet har gjort ROS-analyser i hovedsak knyttet til tekniske løsninger/ applikasjoner; strøm, brann osv.

Helse Vest (HV)

- Helse Vest RHF startet etter 22/7 VAMK-prosjektet for å sikre nødvendig kapasitet i AMK-sentralene
- Prosjektet konkluderte med at et virtuelt samarbeid mellom de fire AMK-sentralene kunne gi ønsket kapasitetsøkning. Dette tas videre i det nå pågående nasjonale anskaffelsesprosjektet «Ny teknologi AMK»
- Det er gjort noen ROS-analyser av HF'ene i hovedsak knyttet til tekniske forhold, samt en ROS-analyse knyttet til ulike scenarier som har påvirkning på sentralenes funksjoner



Innhold

Kapittel	Side
Innledning	4
Metode	7
Relevante lover og forskrifter	12
Sammenstilling av ROS-analyser og GAP-analyse	15
Tiltak og veien videre	29
Oversikt over innsendt materiale	31

Enhver organisasjon kan brytes ned i flere ulike komponenter. Noen av komponentene har direkte innvirkning på organiseringen

Komponent/dimensjon		AMK-sentraler	Relevans for organisering
 KUNDER/ BRUKERE	Hvilke kunder/ bruker benytter tjenesten direkte?	Fokuset her er de eksterne kundene/ brukerne; pasienter og pårørende	✗
 KANALER	Gjennom hvilke kanaler?	Telefoni	✗
 PRODUKTER OG TJENESTER	Skal tilbys hvilke produkter og tjenester?	Medisinsk veiledning og hjelp ved akutt sykdom og skade. Døgnskategorisk beredskap 365 dager i året	✓
 PROSESSER	Understøttet av hvilke prosesser?	Prosedyrer og retningslinjer i AMK og sykehus, samt basert på Norsk medisinsk indeks (beslutningsstøtteverktøy)	✗
 INFORMASJON OG DATA	Som krever hvilken informasjon?	Pasientinformasjon, trafikkinformasjon, folkeregister, ressursstyringsinformasjon m.m.	✗
 ORGANISASJON	Organisert på hvilken måte for å levere?	Døgnskategorisk bemanning. Krav til tilstrekkelig bemanning til enhver tid. Ulike roller; medisinsk operatør, ressurskoordinator, AMK-lege, m.m.	✓
 MENNESKER	Som krever hvilke ressurser og kompetanse?	Helsefaglig kompetanse og andre egenskaper (egnethet) basert på ulike rollene. Tilstrekkelig aktivitet til å opprettholde trening og kompetanse	✓
 TEKNOLOGI	Ved bruk av hvilken teknologi?	Oppdragsbehandling og beslutningsstøttesystemer. Krav til robusthet/oppetid og reserveløsninger	✗
 LOKASJON	Ved hvilke fysiske lokasjoner?	Strengt krav til lokalene sentralen er i, f.eks. skallsikring, brannsikring, strøm, sikkerhet osv.	✗
 LOVVERK OG KRAV	Organisasjonen må forholde seg til følgende lovverk?	Stor grad av lovstyrt; Akuttmedisinforskriften, Helseforetaksloven, Helsebredsloven osv.	✓
 SAMARBEID NØDETATER	Som må samarbeide tett med?	AMK-sentralene samarbeider tett med de andre nødetatene på enkelte oppdrag og er på den måten i en viss grad avhengig av deres organisering	✓
 SAMARBEID INTERNT HELSE	Som må samarbeide tett med?	Andre interne helseressurser som samarbeider med AMK-sentralen. Fokus her: Primærhelsetjenesten (eks. legevakt, fastleger, helsehus) og sykehus	✓

Noen dimensjoner har direkte påvirkning på hvordan tjenesten organiseres, mens andre har det ikke, men kan være muliggjørere

Komponent/dimensjon	Relevans for organisering	Hvorfor/hvorfor ikke?
 KUNDER/BRUKERE	✗	Brukerne som her er pasient og pårørende har ikke like stor relevans for organisering da de fysisk ikke oppsøker nødmeldesentralen (kontakt skjer via telefoni) og de dermed ikke setter krav til lokasjon
 KANALER	✗	Kanaler , som her er i hovedsak telefoni, kan tilpasses i større grad og har derfor ikke like stor relevans for hvordan tjenesten organiseres
 PRODUKTER OG TJENESTER	✓	Produkter og tjenester er relevante fordi de former hvordan virksomheten bør være/organiseres for å kunne tilby døgnskutinuerlige, likeverdige tjenester av god kvalitet
 PROSESSER	✗	Prosesser, prosedyrer og retningslinjer kan tilpasses i større grad og har derfor ikke like stor relevans. Prosedyreverk lages/tilpasses utfra en gitt organisasjon og ikke så ofte motsatt
 INFORMASJON OG DATA	✗	Pasientinformasjon , trafikkdata, folkeregister, ressursstyringsinformasjon m.m kan fremskaffes og tilpasse uavhengig av organisering, og har derfor ikke like stor relevans
 ORGANISASJON	✓	Organisasjonsstrukturen er relevant fordi både rekrutteringsgrunnlag, roller og ansvarsområder direkte er med på å forme sentrale deler av virksomheten f.eks. tilgangen på riktige ressurser
 MENNESKER	✓	Menneskefaktoren er meget sentral ift. forvaltningen av riktig kompetanse slik at virksomheten både klarer å opprettholde og utvikle relevant kompetanse
 TEKNOLOGI	✗	Teknologi kan utvikles og tilpasses i større grad, og har derfor ikke like stor relevans for organisering av virksomheten. Teknologi kan heller være en muliggjørere for ulik form for organisering
 LOKASJON	✗	Lokasjon (ikke geografisk, mer bygningsmessig) kan tilpasses, og bør ikke ha stor relevans for en organisering av virksomheten
 LOVVERK OG KRAV	✓	Lovverk og fagmessige krav har stor relevans da det setter tydelige premisser for de fleste aspekter ved organisering av virksomheten. Aktuelt lovverk og krav vil derfor flettes inn i alle dimensjonene av analysen
 SAMARBEID NØDETATER	✓	Samarbeid nødetater er relevant da etatene samarbeider om krevende oppdrag, og samlokalisering og felles nedslagsområder er politisk aktuelle tema som kan legge føringer for tjenesten i fremtiden
 SAMARBEID INTERNT HELSE	✓	Samarbeid internt i helse er relevant for organisering siden behov, samarbeidsformer og avtaler legger føringer for hvordan grenseflaten mellom AMK-sentralene og andre helsetjenester skal organiseres

Kommentarer til sammenstillingen og vurdering av innhold

- I sammenstillingen og vurderingen av innsendt materiale har følgende inndeling blitt gjort:
 - «Manglende vurdering»: Området er ikke dekket i innsendte analyser
 - «Delvis manglende vurdering»: Området er delvis manglende i innsendte analyser. Dette benyttes i følgende tilfeller:
 - Kun noen av AMK-sentralene i regionene har gjort vurdering av området
 - Kun deler av området er vurdert
 - Hvis området kun er «kort» vurdert (se definisjon under)
- Ordet «kort» brukes i den forstand at analysene fremstår som korte ved at det (eksempelvis) kun er et punkt med en tilhørende tallverdi og ingen beskrivelser/begrunnelse knyttet til vurderingen av risiko
- Vurderingene er gjort regionsmessig
- Det er ikke gjort en vurdering av om *kvaliteten* på innsendte analyser, kun om de har dekket et område eller ikke
- Det er grunn til å tro at det kan finnes mer relevant materiale (som utredninger og rapporter) som ikke er direkte ROS-analyser og som dermed ikke er med i underlaget som er vurdert
- Flere av lovene og forskriftene som vurderingen henviser til, eksempelvis ny akuttmedisinforskrift, kom *etter* at de innsendte ROS-analysene ble utført og var dermed ikke gjeldene på analysetidspunktet. Det er dermed ikke overraskende at helseforetakene mangler vurdering av enkelte lovpålagte krav, som f.eks. krav til aksestid

En risiko- og sårbarhetsanalyse er et verktøy som kan brukes for å systematisere og kartlegge risiko knyttet til en virksomhet, og brukes som beslutningsunderlag

Metodikk Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)

- ROS-analyser er en systematisk metode for å kartlegge risiko i et system og kan gi støtte ved beslutninger som angår sikkerhet, f.eks. i forbindelse med strategiske valg eller prioriteringer, valg av løsninger, gjennomføring av aktiviteter, prioritering av tiltak ved drift av systemer eller tjenester
- For å gi en visuell og kvantifiserbar fremstilling av en ROS-analyse benyttes det som oftest en risikomatrise som vist i figuren til høyre
 - Rødt indikerer uakseptabel risiko. Tiltak må iverksettes for å redusere denne til gul eller grønn
 - Gult indikerer risiko som bør vurderes med hensyn til tiltak som reduserer risikoen
 - Grønt indikerer akseptabel risiko
 - Akseptansekriteriene bør baseres på aktuelle forskrifter, standarder, erfaring og/eller teoretisk kunnskap som legges til grunn for beslutninger om akseptabel risiko
- En ROS-analyse er tradisjonelt inndelt i følgende faser:
 - Beskrivelse av analyseobjekt
 - Kartlegging av mulige hendelser/potensielle farer
 - Vurdering av årsaker og sannsynlighet
 - Vurdering av konsekvenser
 - Systematisering og risikovurdering
 - Forslag til tiltak og oppfølging
- En ROS-analyse kan brukes på en rekke ulike dimensjoner av en virksomhet som eksempelvis vurdering av tekniske løsninger og infrastruktur, skallsikring, katastrofeberedskap, kompetanse osv.

Eksempel på risikomatrise

Konsekvens: Sannsynlighet:	1. Ubetydelig	2. Mindre alvorlig/ en viss fare	3. Betydelig/ kritisk	4. Alvorlig/ farlig	5. Svært alvorlig/ katastrofalt
5. Svært sannsynlig /kontinuerlig	5	10	15	20	25
4. Meget sannsynlig/ periodevis, lengre varighet	4	8	12	16	20
3. Sannsynlig /flere enkelttilfeller	3	6	9	12	15
2. Mindre sannsynlig/ kjenner tilfeller	2	4	6	8	10
1. Lite sannsynlig/ ingen tilfeller	1	2	3	4	5

Innsendte ROS-analyser i prosjektet

- Prosjektet har mottatt ca. 25 ROS-analyser som dekker en rekke ulike områder som f.eks. tekniske løsninger, infrastruktur, telefoni, nødnett, skallsikring, strøm, funksjoner, kompetanse, bemanning, beredskap, m.m.
- ROS-analysene har ulik utforming og omfang, men følger i store trekk samme metodikk

Kilder:

- Regjeringen.no
- Samfunnssikkerhet i arealplanlegging, kartlegging av risiko og sårbarhet» Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2011
- «Krav til risikovurderinger» Norsk Standard, NS 5814:2008

Innhold

Kapittel	Side
Innledning	4
Metode	7
Relevante lover og forskrifter	12
Sammenstilling av ROS-analyser og GAP-analyse	15
Tiltak og veien videre	29
Oversikt over innsendt materiale	31

Prosjektet har gjennomgått relevante lover og forskrifter for å kartlegge hvilke krav som stilles til tjenesten og bruke dette i gjennomgangen av ROS-analysene

Relevante lover og forskrifter som er gjennomgått:

- Lov om helsemessig og sosial beredskap (Helseberedskapsloven)
- Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgsloven)
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (Spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften)
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap

Andre offentlige planer/reformer og prosedyrer som er gjennomgått

- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold – PLIVO
- Felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere, versjon 3, Politidirektoratet

Relevante lover og forskrifter knyttes fortløpende direkte opp mot de ulike dimensjonene som presenteres på side 15-24. Relevante lover og forskrifter som gjelder tjenesten og/eller ROS-analyser mer generelt presenteres på side 13

Relevant uttrekk fra lover som gjelder AMK-sentralene generelt og krav til ROS-analyser

Helseberedskapsloven

- §2-1 Ansvarsprinsippet: «Den som har ansvaret for en tjeneste, har også *ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser* og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også *føre tilsyn med virksomhetens beredskap*».
- § 2-2. Planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid: «Kommuner, fylkeskommuner, *regionale helseforetak* og staten plikter å *utarbeide en beredskapsplan* for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for»

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap

- § 2 Fastsettelse og oppdatering av beredskapsplan mv.: «Det skal fremgå av beredskapsplanen *hvor ofte* planen og *risiko- og sårbarhetsanalysen* den bygger på *skal evalueres og oppdateres*. Evaluering og oppdatering skal dateres og dokumenteres»
- § 3. Risiko- og sårbarhetsanalyse - grunnlag for beredskapsplan: «Virksomheten skal *gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser* skaffe oversikt over hendelser som kan føre til *ekstraordinære belastninger for virksomheten*. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal ta utgangspunkt i og *tilpasses virksomhetens art og omfang*. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal alltid *omfatte selve virksomheten, virksomhetens ansvarsområde og lokale forhold som innvirker på virksomhetens sårbarhet*. Forutsetningene risiko- og sårbarhetsanalysen bygger på skal dokumenteres. Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Beredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbarhet (...)»

Helseforetaksloven

- §37a. «RHF'ene skal etablere *uavhengig og objektiv internrevisjon*. Internrevisjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til *forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring*. (...) Internrevisjonen skal også omfatte helseforetakene som det regionale helseforetaket eier»

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

- §3 Internkontroll: «I denne forskriften betyr internkontroll systematiske tiltak som skal *sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar* med krav fastsatt i eller i medhold av *sosial- og helselovgivningen*»
- §4 Innholdet i internkontrollen: «Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal: a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt f) *skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav*, g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen»
- §5 Dokumentasjon: «Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. *Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig*».

Innhold

Kapittel	Side
Innledning	4
Metode	7
Relevante lover og forskrifter	12
Sammenstilling av ROS-analyser og GAP-analyse	15
Tiltak og veien videre	29
Oversikt over innsendt materiale	31

Produkter og tjenester: Regionene har gjort vurderinger av beredskap i eget område og ved større hendelser, få har vurdert aksestid (1/2)

Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) er en døgkontinuerlig tjeneste som skal tilby medisinsk veiledning og hjelp ved akutt sykdom og skade 365 dager i året, både ved mindre og større hendelser

- Akuttmedisinforskriften setter en rekke krav til AMK-sentralene som har implikasjoner for organiseringen av denne tjenesten. Forskriften påpeker blant annet:
 - §14 «Det regionale helseforetaket har ansvar for a) å etablere og drifte det til enhver tid **gjeldende telefonnummer** for medisinsk nødhjelp i helseregionen. b) å etablere og drifte AMK-sentraler (...)»
 - §15 – Krav til AMK-sentralene: «AMK-sentralene skal.. a) håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand b) **besvare 90 prosent** av henvendelsene fra publikum innen 10 sekunder, i) ha et system for å holde oversikt over den **akuttmedisinske beredskapen i og utenfor eget ansvarsområde** o) ha **beredskap** for å dekke behovet for kapasitet ved **større ulykker og kriser**

	AMK-sentraler vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Nord	▪ AMK Finnmark ▪ AMK Helgeland ▪ AMK Tromsø (inkl. tidligere AMK Harstad) ▪ AMK Bodø	▪ I forbindelse med vurdering av fremtidig AMK-struktur (ref. styresak 48-2014) gjorde alle AMK-sentralene ROS-analyser som vurderte de samme områdene ▪ Alle sentralene gjorde en vurdering av om sentralens reaksjonstid var for lang. Det ble påpekt at tekniske forhold gjør målinger unøyaktige og at disse ikke er stabile. Tiltak foreslått ▪ Alle sentralene gjorde en omfattende vurdering av om sentralene kan takle større hendelser innenfor helseforetakets område på en forsvarlig måte, samt foreslo forbedringstiltak. Vurderingen omhandlet både operatørens kompetanse og trening til å takle større hendelser, tekniske løsninger, tilgjengelige beredskapsplaner, samt evne til å øke kapasiteten ved behov	▪ Har gjort vurdering av reaksjonstid, men mangler vurdering av aksestid ▪ Manglende vurdering av oversikt over akuttmedisinsk beredskap <u>utenfor</u> eget ansvarsområde ▪ Dekkende vurdering av kapasitet til å takle større hendelser
Helse Midt-Norge	▪ AMK Møre og Romsdal ▪ Felles vurdering av alle AMK-sentralene (Nord-Trøndelag, tidligere Sunnmøre, Sør-Trøndelag og Nordmøre & Romsdal (nå avviklet))	▪ Gjorde i 2014 en vurdering av om sentralen er riktig dimensjonert ift. aktivitetsnivået og hvilken konsekvens dette har (bla. på responstider), samt foreslått tiltak ▪ Gjorde i 2013 en felles ROS-analyse av alle AMK-sentralene i HMN hvor samtidighet og kapasitet ble vurdert (både ved større hendelser og mange enkeltstående hendelser). Tiltak foreslått	▪ Manglende vurdering av aksestid ▪ Manglende vurdering av oversikt over akuttmedisinsk beredskap <u>utenfor</u> eget ansvarsområde ▪ Vurdering av kapasitet ved større hendelser delvis dekket (beskrevet felles, men ikke per AMK-sentral)

Produkter og tjenester: Regionene har gjort vurderinger av beredskap i eget område og ved større hendelser, få har vurdert aksestid (2/2)

	AMK-sentraler vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Sør-Øst	- AMK Innlandet - AMK Sørlandet - AMK Oslo - AMK Vestfold - Telemark - AMK Østfold (nå avviklet) - AMK Vestre Viken	- RHF'et gjorde i 2013 en nåsituasjonsanalyse av AMK-sentralene med fokus på aktivitetsanalyser og kartlegging av arbeidsprosesser. Lite fokus på områder som har direkte kobling mot organisering. Analysen inneholdt: - En kartlegging av sentralenes AMK-reaksjonstider. Ingen tiltak - En overordnet kvalitativ og kort vurdering av sentralenes kapasitet til å takle større hendelser	- Har gjort vurdering av reaksjonstid, men mangler vurdering av aksestid - Manglende vurdering av oversikt over akuttmedisinsk beredskap <u>utenfor</u> eget ansvarsområde - Delvis manglende vurdering av beredskap knyttet til større hendelser per AMK-sentral (kvantitativt)
Helse Vest	- AMK Stavanger og AMK Haugesund - AMK Førde - Felles for AMK-sentralene (Førde, Bergen, Haugesund, Stavanger)	- Gjorde i 2016 en felles kort analyse av sårbarheten i de viktigste funksjonene i AMK som inkl. håndtering av større hendelser (kun ett kulepunkt, ingen særlig tekst). Ingen tiltak foreslått - Gjorde i 2016 en vurdering av kapasitet/antall operatører på vakt og evnen til å håndtere større hendelser/ samtidighetskonflikter, samt krise- og beredskapshåndtering. Tiltak foreslått - Gjorde i 2003 en kort vurdering av sannsynlighet for stor belastning/trykk på sentralene pga. større hendelser og foreslått tiltak knyttet til dette	- Manglende vurdering av aksestid - Manglende vurdering av oversikt over akuttmedisinsk beredskap <u>utenfor</u> eget ansvarsområde - Delvis manglende vurdering av sårbarhet ved større hendelser (med unntak av AMK Førde)

Organisasjon: Rekrutteringsgrunnlag og tilgang på AMK-lege er i ulike grad vurdert (1/2)

AMK-sentralene tilbyr en døgnkontinuerlig tjeneste som er avhengig av å ha tilgjengelig personell til enhver tid. Tjenesten er organisert med ulike roller som bemannes med ulik helsefaglig bakgrunn/utdannelse, for eksempel medisinsk operatør, ressurskoordinator og AMK-lege

- Akuttmedisinforskriften §15 – krav til AMK-sentralene påpeker at «AMK-sentralene skal... l) bemannes med sykepleier eller ambulansearbeider som har gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør, m) ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis»
- Kravene til en døgnkontinuerlig beredskapstjeneste og fagkompetanse gjør at AMK-sentralene er avhengig av et tilstrekkelig **rekrutteringsgrunnlag** av relevant personell for å sikre sine tjenester
- **AMK-lege funksjonen** dekkes i dag for flere av AMK-sentralene av enten utvalgte luftambulanseleger SeaKing leger, overleger inne på sykehus eller egne dedikerte AMK-leger som er lokalisert ved AMK-sentralene

	AMK-sentraler vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Nord	▪ AMK Finnmark ▪ AMK Helgeland ▪ AMK Tromsø (inkl. tidligere AMK Harstad) ▪ AMK Bodø	▪ Alle sentraler gjorde i 2014 en vurdering av AMK-legens tilgjengelighet og/eller kompetanse. Tiltak foreslått	▪ Manglende vurdering av rekrutteringsgrunnlag/ tilstrekkelig personell ▪ Dekkende vurdering av tilgangen til AMK-lege
Helse Midt-Norge	▪ AMK Sunnmøre ▪ AMK Møre og Romsdal ▪ Felles vurdering av alle AMK-sentralene (Nord-Trøndelag, tidligere Sunnmøre, Sør-Trøndelag og Nordmøre & Romsdal (nå avviklet))	▪ Utførte i 2013 en ROS-analyse som vurderte mangel på kompetanse/personell i AMK-sentralen med vekt på mangel på ansatte, lav bemanning og opplæringsbehov som tar operatørene bort fra vaktturnus. Tiltak foreslått ▪ Utførte i 2014 en ROS-analyse som vurderte rekrutteringsproblemer og tilstedeværelse av AMK-lege. Tiltak foreslått ▪ Gjorde i 2013 en felles ROS-analyse som vurderte mangel på tilgjengelig AMK-lege. Tiltak foreslått ▪ Vurderte også kort rekrutteringsproblemer for sentralene. Tiltak foreslått	▪ Vurderingene knyttet til rekrutteringsgrunnlag fremstår som korte/delvis dekkende (med unntak av AMK Møre og Romsdal) ▪ Vurderingene knyttet til AMK-legefunksjonen fremstår som korte/delvis dekkende (med unntak av AMK Møre og Romsdal)

Organisasjon: Rekrutteringsgrunnlag og tilgang på AMK-lege er i ulike grad vurdert (2/2)

	AMK-sentraller vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Sør-Øst	- AMK Innlandet - AMK Sørlandet - AMK Oslo - AMK Vestfold - AMK Telemark - AMK Østfold (nå avvirket) - AMK Vestre Viken	Gjorde i 2013 en kvalitativ, kort vurdering av rekrutteringsgrunnlaget i en nåsituasjonsanalyse (ikke ROS-analyse). Ikke tiltak	- Delvis manglende vurdering av rekrutteringsgrunnlag/ tilstrekkelig personell - Manglende vurdering av tilgjengelig AMK-lege
Helse Vest	AMK Haugesund og AMK Stavanger	Gjorde i 2016 en kort vurdering av rekrutteringsgrunnlag og døgntkontinuerlig AMK-legetjeneste (to kulepunkt, ingen særlig tekst). Ingen tiltak foreslått	- Delvis manglende vurdering av rekrutteringsgrunnlag/ tilstrekkelig personell - Delvis manglende vurdering av tilgjengelig AMK-lege

Mennesker: Kompetanse og opplæring er høyt på dagsorden hos mange.

Tilstrekkelig aktivitet er i lavere grad vurdert (1/2)

AMK-sentralene bemannes med helsepersonell i tillegg til at de gjennomgår en omfattende opplæring. For å kunne tilby tjenester av god kvalitet er det viktig med opprettholdelse og videreutvikling av kompetanse, også over tid

- Akuttmedisinforskriften §15 – krav til AMK-sentralene påpeker at «AMK-sentralene skal bemannes med sykepleier eller ambulansearbeider som har gjennomført **tilleggsopplæring** for arbeid som operatør»
- Spesialisthelsetjenesteloven §3-10 påpeker at: «Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik **opplæring, etterutdanning og videreutdanning** som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid **forsvarlig**»
- Problemstillinger ved menneske-dimensjonen som kan være aktuelt knyttet til organisering av tjenesten er:
 - **Få oppdrag/lav aktivitet (inkl. lav stillingsprosent)** kan gjøre det vanskelig å vedlikeholde kompetansen
 - Personell tilbys ikke tilstrekkelig **opplæring, etterutdanning eller videreutdanning**. For små miljøer kan ha vanskeligheter med å ivareta **kompetansehevingsaktiviteter (inkl. resertifiseringer)**

	AMK-sentraler vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Nord	▪ AMK Finnmark ▪ AMK Helgeland ▪ AMK Tromsø (inkl. tidligere AMK Harstad) ▪ AMK Bodø	▪ Alle sentralene gjorde i 2014 en vurderingen av om de har tilstrekkelig volum for å oppnå god kompetanse, samt om lokalkunnskapen er god nok. Tiltak foreslått ▪ Alle sentraler gjorde også en vurdering av om kompetansen på ansatte og om opplæringsløpet er tilfredsstillende for å tilby helsehjelp av god kvalitet (dette inkl. kapasiteten til å følge opp opplæring/personell på kompetanseaktiviteter) Tiltak foreslått	▪ Dekkende vurdering av tilstrekkelig aktivitet for å opprettholde kompetanse ▪ Dekkende vurdering av tilstrekkelig opplæring og kompetansemiljø
Helse Midt-Norge	▪ AMK Møre og Romsdal ▪ Felles vurdering av alle AMK-sentralene (Nord-Trøndelag, tidligere Sunnmøre, Sør-Trøndelag og Nordmøre & Romsdal (nå avviklet))	▪ Gjorde i 2014 en ROS-analyse som bla. vurderte om det er tilstrekkelig med kvalifiserte personell i sentralen og om det er faglig forsvarlig. Analysene vurderer både fagutviklingsmuligheter og opplæring (inkl. om lav grunnbemanning skaper problemer med å sende folk på opplæring). Tiltak foreslått ▪ Gjorde i 2013 en kort felles vurdering av totalkompetansen knyttet til nyopplærte medarbeider	▪ Manglende vurdering av tilstrekkelig aktivitet for å opprettholde kompetanse ▪ Delvis manglende vurdering av tilstrekkelig opplæring og kompetansemiljø (med unntak av AMK Møre og Romsdal)

Mennesker: Kompetanse og opplæring er høyt på dagsorden hos mange.

Tilstrekkelig aktivitet er i lavere grad vurdert (2/2)

	AMK-sentraller vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Sør-Øst	- AMK Innlandet - AMK Sørlandet - AMK Oslo - AMK Vestfold - Telemark - AMK Østfold (nå avviklet) - AMK Vestre Viken	- Utførte i 2013 en nåsituasjonsanalysen som bla. kartla aktivitetsnivåer (antall henvendelser) og antall henvendelser per årsverk, men ikke knyttet opp mot kompetanse - Nåsituasjonsanalysen kartla også ulikheter innen opplæringsløp, men ikke om opplæringen er tilstrekkelig	- Delvis manglende vurdering av tilstrekkelig aktivitet for å opprettholde kompetanse - Delvis manglende vurdering av tilstrekkelig opplæring og kompetansemiljø
Helse Vest	- AMK Haugesund og AMK Stavanger - AMK Førde	- Gjorde i 2016 en kort vurdering av om det er tilstrekkelig opplæring, stillingsprosenter og resertifisering (kun noen kulepunkter, ingen særlig drøfting). Ingen tiltak foreslått - Gjorde i 2016 en vurdering av en rekke ulike elementer knyttet til operatørens egnethet, kompetanse og ferdigheter. Vurderingen inkluderte aktivitetsnivå/mengdetrening knyttet til kompetanse og ulike kurs/opplæringsløp. Tiltak foreslått	- Manglende vurdering av tilstrekkelig aktivitet for opprettholdelse av kompetanse (med unntak av AMK Førde) - Delvis manglende vurdering av tilstrekkelig opplæring og kompetansemiljø (med unntak av AMK Førde)

Samarbeid nødetater: Samarbeid og samlokalisering med de andre nødetatene er i svært begrenset grad vurdert (1/2)

AMK-sentralene samarbeider tidvis med de andre nødetatene og spesielt ved større hendelser og katastrofer. Et godt samarbeid mellom nødetatene er essensielt for å tilby pasienten den tryggheten og hjelpen de har behov for

- Akuttmedisinforskriften §14 påpeker at «Det regionale helseforetaket har ansvaret for d) **å samarbeide** med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med den kommunale legevaktsordningen, legevaktsentralene, **brannvesen, politi**, hovedredningssentralene og andre samarbeidspartnere, og d) umiddelbart iverksette varsling (trippelvarsling) ved behov for samtidig innsats fra flere nødetater»
- I 2015 ble det innført «Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold – **PLIVO**», som er et verktøy for bedre samhandling for å redde liv og begrense skade i en ekstrem situasjon»
- Det ble i 2013 innført felles sambandsreglement og prosedyrer for samhandling mellom nødetatene (nivå 1 prosedyrer) for å «*ivareta samfunnets krav til god samhandling mellom nødetatene når felles oppgaver skal løses*». Prosedyrene omhandler i hovedsak kommunikasjon, varslingsrutiner og bruk av ulike talegrupper
- Iht. Avtale mellom regjeringspartiene og Venstre som grunnlag for et fremtidsrettet, robust nærpolti skal brann og politi i fremtiden samlokaliseres og det skal legges til rette for at helse også kan **samløkaliseres** med de andre nødetatene på sikt

	AMK-sentraler vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Nord	▪ AMK Bodø ▪ AMK Finnmark ▪ AMK Helgeland ▪ AMK Tromsø (inkl. tidligere AMK Harstad) ▪ AMK Bodø	▪ AMK-Bodø skal etter planen samlokaliseres med brann og politi fra april/mai 2016. Separat ROS-analyse vil gjennomføres i forbindelse med flyttingen (er ikke en del av innsendt materialet) ▪ Styresaken om fremtidig AMK-struktur fra 2014 som er bakgrunnen for gjennomførte ROS-analyser påpeker kort at det er utfordringer knyttet til samhandling med andre nødetater og ulike geografiske nedslagsfelt. Ingen vurderinger av dette i gjennomførte analyser	▪ Manglende vurdering av samarbeid (inkl. bruk/trening på prosedyrer) med de andre nødetatene ▪ Manglende vurdering av samlokalisering
Helse Midt-Norge			▪ Manglende vurdering av samarbeid (inkl. bruk/trening på prosedyrer) med de andre nødetatene ▪ Manglende vurdering av samlokalisering

Samarbeid nødetater: Samarbeid og samlokalisering med de andre nødetatene er i svært begrenset grad vurdert (2/2)

	AMK-sentraler vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Sør-Øst	- AMK Innlandet - AMK Sørlandet - AMK Oslo - AMK Vestfold - Telemark - AMK Østfold (nå avviklet) - AMK Vestre Viken	Kartla i nåsituasjonsanalysen i 2013 volumet/aktiviteten som AMK-sentralene samarbeider med de andre nødetatene. Gjorde ingen vurdering av kvaliteten i samarbeidet. Ingen tiltak foreslått	- Delvis manglende vurdering av samarbeid (inkl. bruk/trening på prosedyrer) med de andre nødetatene - Manglende vurdering av samlokalisering
Helse Vest	- AMK Haugesund og Stavanger - Alle sentralene (Haugesund, Stavanger, Bergen og Førde)	- Gjorde i 2016 en kort vurdering av informasjonsdeling og pasientlogistikk mellom nødetatene. Ingen foreslåtte tiltak - Gjorde i 2004 en kort vurdering av kommunikasjonen med de andre nødetatene. Tiltak foreslått	- Delvis manglende vurdering av samarbeid (inkl. bruk/trening på prosedyrer) med de andre nødetatene - Manglende vurdering av samlokalisering

Samarbeid internt helse: Samarbeidet og kommunikasjonene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er i ulik grad vurdert (1/2)

Et godt samarbeid internt i helse, både internt i spesialisthelsetjenesten, men også mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, er viktig for at pasienten skal få et helhetlig og godt tilbud, samt at pasienter behandles på riktig og effektivt behandlingsnivå. Fokuset her er i hovedsak andre samarbeidspartnere enn ambulansetjenesten.

- Krav til samarbeid og samhandling internt i helse, både mellom helseforetak og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten påpekes i flere lover og forskrifter: Akuttmedisinforskriften §4 og §14, Spesialisthelsetjenesteloven §2-1e og Helse- og omsorgstjenesteloven §6.1 til 6.5. Kravene er i hovedsak ganske overordnet og ikke konkrete på hvordan samarbeidet skal operasjonaliseres. For å trekke frem noen aktuelle lover/forskrifter:
 - Akuttmedisinforskriften §4, påpeker at «Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden (...). Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får (...) **trening i samhandling og samarbeid** mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden»
 - Akuttmedisinforskriften §14 påpeker at «Det regionale helseforetaket har ansvaret for d) **å samarbeide** med relevante parter for å sikre **nødvendig samordning** med den **kommunale legevaktsordningen, legevaktsentralene, brannvesen, politi, hovedredningssentralene og andre samarbeidspartnere**»
 - Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 5 omhandler Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv. og påpeker at det skal inngås **samarbeidsavtaler** og at disse blant annet skal omfatte **omforente beredskapsplaner** og **planer** for den akuttmedisinske kjede
- Det varierer noe mellom AMK-sentralene i Norge hvilke arbeidsoppgaver de er tillagt i tillegg til det som kan ansees som AMK-sentralers kjerneoppgaver. Dette er blant annet å håndterer legevaktformidling for kommunene og ha sentralbordfunksjoner for sykehus. Slike tilleggsopgaver kan stille ekstra krav til samarbeid internt i helse.

	AMK-sentraler vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Nord	▪ AMK Finnmark ▪ AMK Helgeland ▪ AMK Tromsø (inkl. tidligere AMK Harstad) ▪ AMK Bodø	▪ Alle sentraler gjorde i 2014 en vurdering av samhandlingsrutiner og kommunikasjon/informasjonsoverføring til kommunehelsetjenesten. Tiltak foreslått ▪ Alle sentraler gjorde i tillegg en vurdering av om beredskapsplaner er samordnet bla. med kommuner. Tiltak foreslått	▪ Dekkende vurdering av samarbeid med kommunehelsetjenesten ▪ Dekkende vurdering av kommunikasjon og informasjonsdeling (i hovedsak knyttet til kommunehelsetjenesten)
Helse Midt-Norge			▪ Manglende vurdering av samarbeid med kommunehelsetjenesten ▪ Manglende vurdering av informasjonsdeling og kommunikasjon internt i helse

Samarbeid internt helse: Samarbeidet og kommunikasjonene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er i ulik grad vurdert (2/2)

	AMK-sentraler vurdert	Sammenstilling	GAP-analyse
Helse Sør-Øst	- AMK Innlandet - AMK Sørlandet - AMK Oslo - AMK Vestfold - Telemark - AMK Østfold (nå avviklet) - AMK Vestre Viken	Kartla i nåsituasjonsanalysen i 2013 volumet/aktiviteten som AMK-sentralene samarbeider/varsler lege i primærhelsetjenesten. Gjorde ingen vurdering av kvaliteten i samarbeidet. Ingen tiltak	- Delvis manglende vurdering av samarbeid med kommunehelsetjenesten - Manglende vurdering av informasjonsdeling og kommunikasjon internt i helse
Helse Vest	- AMK Stavanger og Haugesund - AMK Førde - Alle sentralene (Haugesund, Stavanger, Bergen og Førde)	- Gjorde i 2014 og 2016 en kort vurdering av kontakt/kommunikasjon med kommunale ressurser og sykehus. Ingen tiltak foreslått - Gjorde i 2016 en vurdering av kommunikasjon med 330 skvadronen og internvarsling i sykehus, samt samarbeid og overføring av henvendelser til legevakt. Tiltak foreslått - Gjorde i 2004 en kort vurdering av varsling/kommunikasjonen med eksterne ressurser i helsevesenet. Tiltak foreslått	- Manglende vurdering av samarbeid med kommunehelsetjenesten - Dekkende vurdering av informasjonsdeling og kommunikasjonsdeling internt i helse

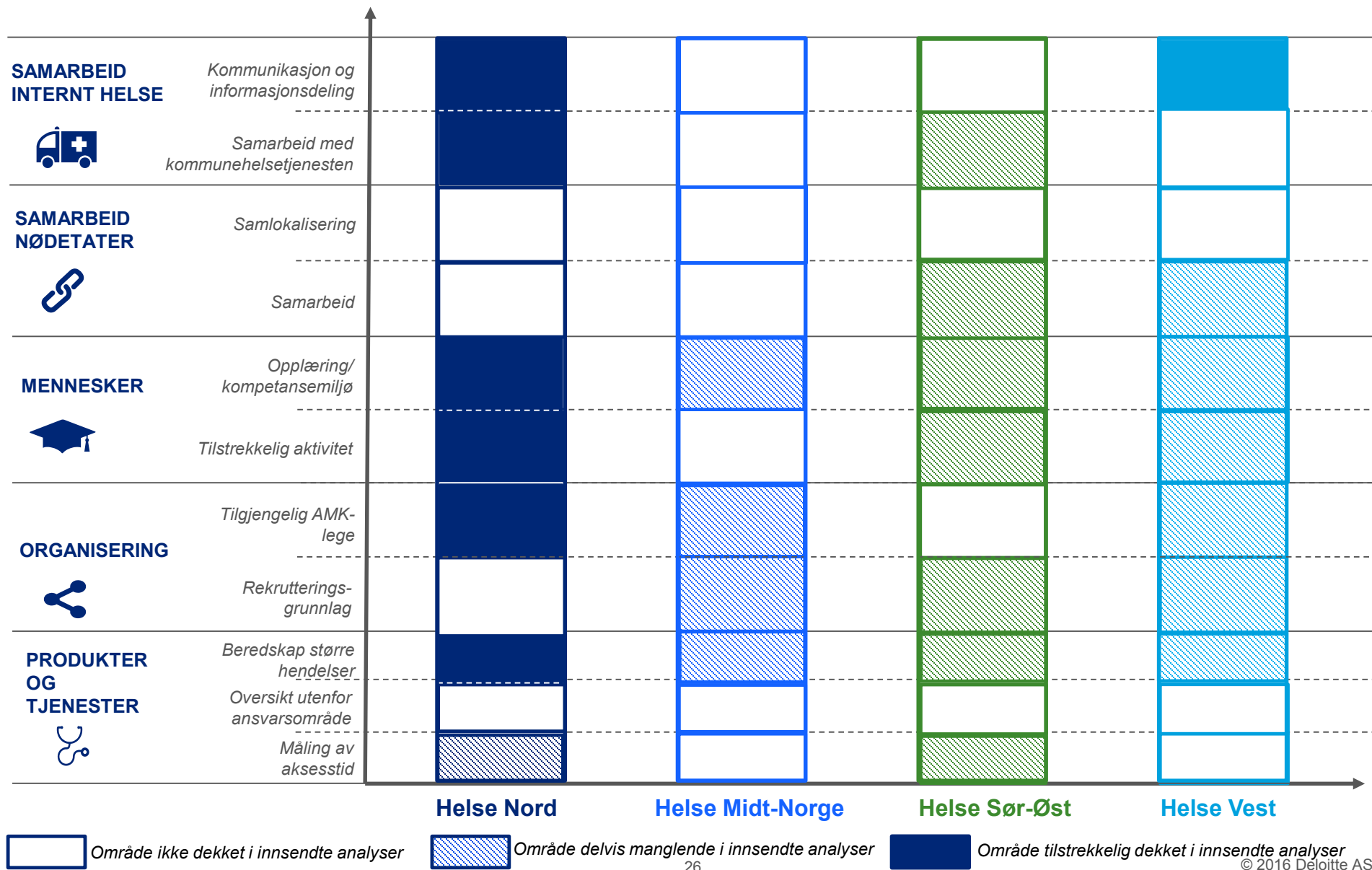
Andre komponenter/dimensjoner som ikke har en direkte påvirkning på organisering, men som må vurderes ved eksempelvis etablering av en ny sentral

Det stilles en rekke krav til flere av de andre dimensjonene i en virksomhet gjennom dagens lovverk. Dette inkluderer blant annet krav til skallsikring og sikkerhet, robuste IKT-løsninger, kanaler pasienter og pårørende kan kontakte AMK-sentralen gjennom osv.

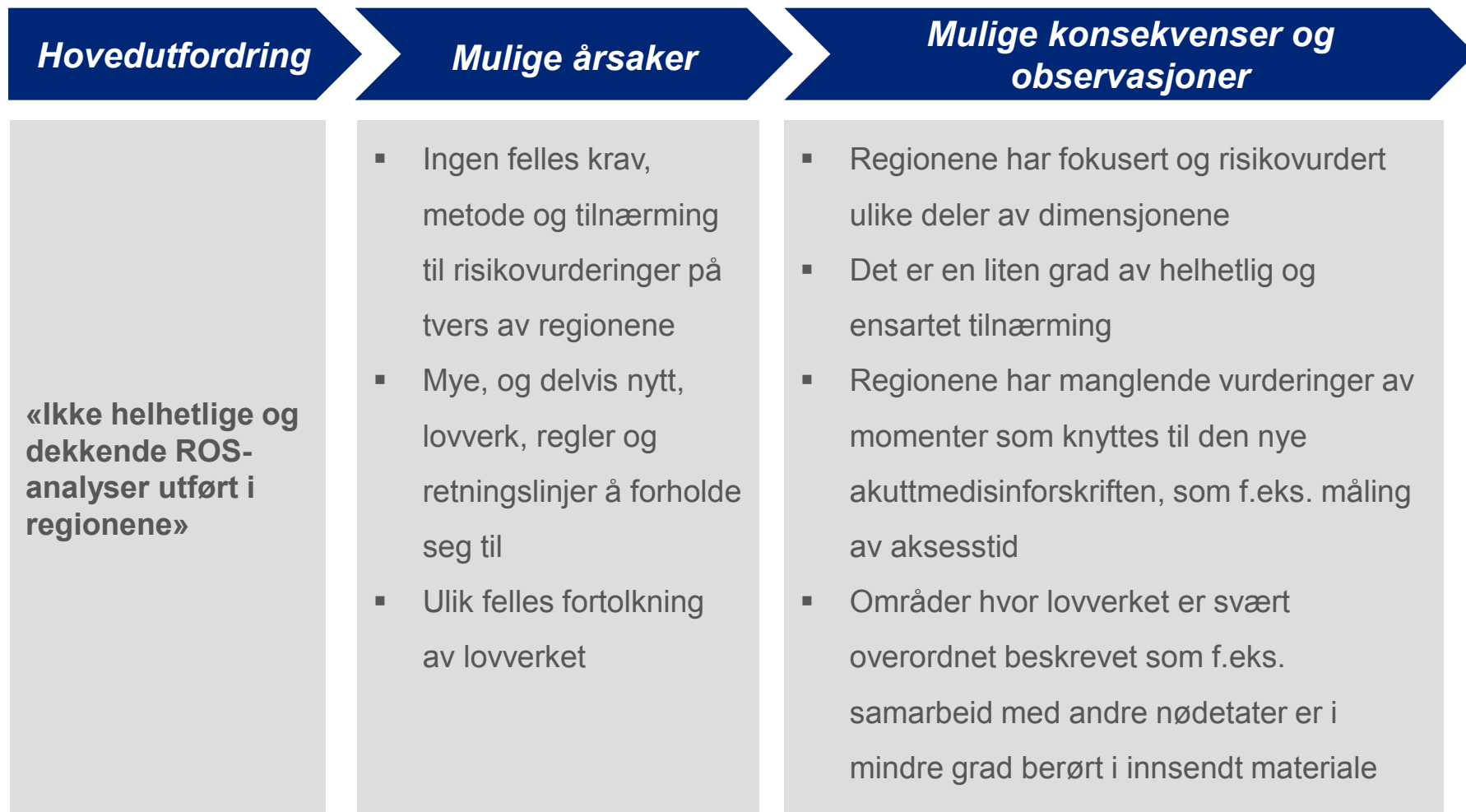
- Kanaler, informasjon & data, lokasjon, prosesser og teknologi kan på ulike måter sees på som muliggjørere for en fremtidig organisering av virksomheten. Spesielt utvikling av ny teknologi kan endre rammene for fremtidens AMK-sentraler
- Ved en flytting, sammenslåing eller etablering av en AMK-sentral må det gjøres risikovurderinger også av disse dimensjonene av virksomheten

	AMK-sentraler vurdert	Sammenstilling	Berørt dimensjon
Helse Nord	AMK: Finnmark, Helgeland, Tromsø (inkl. tidligere AMK Harstad), Bodø	▪ Alle sentraler har gjort vurdering av mangelfulle tekniske løsninger, strøm, adgangskontroll/sikring, reserveløsning og overflow (samlet – ikke per applikasjon) ▪ Alle sentraler har gjort en vurdering av deres ressursstyring/ressursbruk (knyttet til arbeidsprosesser) ▪ Alle sentralene har gjort en vurdering av brudd i telenett/publikums mulighet til å kontakte AMK-sentral, samt løsning for overflow og reserveløsning	TEKNOLOGI LOKASJON KANALER PROSESSER
Helse Midt-Norge	AMK: Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nordmøre & Romsdal (nå avviklet))	▪ Det er gjort en felles vurdering av ulike hendelser knyttet til IKT-bortfall, strømstans, bortfall av telefoni og muligheter for å nå 113 utenom tale ▪ Omfattende vurdering av strømforsyning og ulike områder innen sikkerhet i AMK Namsos ▪ Omfattende ROS-analyse gjort av teknisk infrastruktur i AMK Møre og Romsdal i 2015 ▪ Det er gjort en vurdering av redundans i infrastruktur og applikasjoner i HEMIT (helse Midt-Norge IT)	TEKNOLOGI LOKASJON KANALER
Helse Sør-Øst	AMK: Innlandet, Sørlandet, Oslo Akershus, Vestfold Telemark, Østfold (nå avviklet), Vestre Viken	▪ Det er gjort en omfattende vurdering av systemene/applikasjonene i AMK-sentralen, samt strøm, evakuering m.m. for AMK Innlandet ▪ Det er gjort en nåsituasjonsanalyse som blant annet dekker arbeidsprosesser i AKM-sentralene, informasjon og teknologi (inkl. overflow og reserveløsning)	TEKNOLOGI LOKASJON PROSESSER INFORMASJON OG DATA
Helse Vest	AMK: Stavanger, Haugesund, Førde, Bergen	▪ AMK Stavanger har gjort vurdering telefoni i AMK-sentralen ▪ AMK Haugesund har gjort en kort vurdering av skallsikring og tekniske løsninger ▪ AMK Førde har gjort en analyse av tekniske forhold (inkl. overflow og reserveløsning), infrastruktur, telefoni (inkl. publikums mulighet for kontakt med 113), strøm og bygningsmessige forhold ▪ Det er gjort en generell ROS-analyse av alle AMK sentralene (i 2003) som ser på tekniske løsninger, applikasjoner, skallsikring osv	TEKNOLOGI LOKASJON KANALER

GAP-analyse - Oppsummerende oversikt over vurderte risikokategorier



Hovedkonklusjonen fra gjennomført GAP-analyse er at det er stor grad av variasjon i *hva* helseregionene har risikovurdert og liten grad av helhetlig tilnærming



Innhold

Kapittel	Side
Innledning	4
Metode	7
Relevante lover og forskrifter	12
Sammenstilling av ROS-analyser og GAP-analyse	15
Tiltak og veien videre	29
Oversikt over innsendt materiale	31

Veien videre

Overordnede forslag til tiltak

- Sikre felles fortolkning og operasjonalisering av lovverk og forskrifter gjennom utvidet samarbeid
- Valg av felles nasjonal metode og tilnærming for videre analyse- og vurderingsarbeid
 - Bør være en tydelig kobling mellom tjenestens mål og hva som risikovurderes
 - Bør etableres felles rammeverk for analyser
- Områder ikke dekket i tidligere analyser og som iht. lover og forskrifter skal hensyntas, må som et minimum dekkes inn i fremtidige analyser
- Regioner/helseforetak bør sammen beslutte nødvendig analysefrekvens og innhold basert på relevant lovverk og identifiserte behov, samt nasjonale føringer
 - Alle dimensjonene av tjenesten bør vurderes ved flytting og/eller etablering av nye AMK-sentraler

Innhold

Kapittel	Side
Innledning	4
Metode	7
Relevante lover og forskrifter	12
Sammenstilling av ROS-analyser og GAP-analyse	15
Tiltak og veien videre	29
Oversikt over innsendt materiale	31

Oversikt over innsendt materiale (1/2)

#	Helseregion	HF	AMK-sentral	Dokument (navn og type)	Årstill
1	Helse Midt	Helse Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	ROS-analyse/prosjektrapport: Faglig forsvarlighet etablering og drift ved AMK Møre og Romsdal	2014
2	Helse Midt		Nord-Trøndelag, Nordmøre og Romsdal (Molde), Sunnmøre, Sør-Trøndelag	ROS AMK-sentralene i HMN	2013
3	Helse Midt	Helse Møre og Romsdal	Sunnmøre	ROS HMS ny AMK Sunnmøre	2013
4	Helse Midt	Helse Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	ROS-rapport: Strømforsyning ny AMK	2014
5	Helse Midt	Helse Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	ROS-analyse: Innføring av Nødnett og ombygging akuttinntak/AMK	2014
6	Helse Midt	Helse Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	ROS-analyse: AMK Møre og Romsdal	2015
7	Helse Midt	Helse Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	ROS-analyse vedrørende AMK og akuttinntak Sykehuset Namsos	2012
8	Helse Midt			Risikovurdering av AMK HEMIT	2012
9	Helse Nord			Styresak 48-2014: Fremtidig AMK-struktur i Helse Nord	2014
10	Helse Nord	Nordlandssykehuset	Bodø	ROS-analyse AMK 2014	2014
11	Helse Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)	Tromsø og Harstad	ROS-analyse AMK-Tromsø og AMK Harstad	2014
12	Helse Nord	Helgelandssykehuset	Helgeland	ROS-analyse AMK Helgeland	2014
13	Helse Nord	Finnmarkssykehuset	Finnmark	ROS-analyse: AMK Finnmark	2014

Oversikt over innsendt materiale (2/2)

#	Helseregion	HF	AMK-sentral	Dokument (navn og type)	Årstall
14	Helse Sør-Øst	Sykehuset Innlandet	Innlandet	ROS-analyse av IKT-systemer ved AMK SIHF	2012
15	Helse Sør-Øst	Sykehuset Innlandet		Beredskapsportal - Sykehuset Innlandet	2015
16	Helse Sør-Øst	Sykehuset Innlandet	Innlandet	ROS-analyse før og etter driftstiltak, Brosplan	2015
17	Helse Sør-Øst	Sykehuset Innlandet	Innlandet	ROS - Nødnett, mottaksprosjektet IS	?
18	Helse Sør-Øst		Innlandet, Sørlandet, Vestre Viken, Oslo, Vestfold/ Telemark, Østfold	Prosjektrapport: Analyse av nåsituasjon "Fellesarbeidsprosesser" og «Styring av luftambulanse»	2013
19	Helse Vest	Helse Fonna/ Helse Stavanger	Stavanger og Haugesund	Brev til klinikkdirektør	2016
20	Helse Vest	Helse Førde	Førde	Strategidokument Amk-Førde (kvalitet og kompetanseheving)	2016
21	Helse Vest	Helse Fonna/ Helse Stavanger	Stavanger og Haugesund	ROS-analyse Funksjoner	2016
22	Helse Vest	Helse Førde	Førde	ROS-analyse AMK Førde	2016
23	Helse Vest	Helse Fonna/ Helse Stavanger	Stavanger og Haugesund	ROS-analyse Flytting til AMK Stavanger	2015
24	Helse Vest	Helse Stavanger	Stavanger	ROS-analyse Stavanger	2015
25	Helse Vest	Helse Fonna	Haugesund	ROS-analyse Teknisk installasjon	2014
26	Helse Vest	Helse Fonna/ Helse Stavanger	Stavanger og Haugesund	ROS-analyse Tekniske forhold	2016
27	Helse Vest	Helse Fonna/ Helse Stavanger	Stavanger og Haugesund	ROS-analyse av strakstiltak	2016
28	Helse Vest			Beredskapsdokument (inkl. ROS): Beredskap i den medisinske nødmeldetjenesten	2003
29	NAKOS			Mail fra NAKOS om rapport «Fremtidens prehospitale tjenester»	2014



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.no for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

This communication contains general information only, and neither Deloitte AS nor Deloitte Advokatfirma AS is, by means of this publication, rendering professional advice or services and shall not be responsible for any loss whatsoever sustained by any person who relies on this communication.