

Styresak 50/2016: Ny ambulanseplan for Helgelandssykehuset

Møtedato: 14.06.16

Møtested: Mo i Rana, Scandic Meyergården hotell

Innledning

Helgelandssykehuset har en ambulansetjeneste som leverer høy kvalitet til befolkningen på Helgeland. Basestrukturen har meget god geografisk dekning og vi løser våre oppdrag innen anbefalte responstider. Nå-situasjonen er god, men vi ser store utfordringer i å utvikle kvalitet og kompetanse i tråd med de utfordringer tjenesten vil så overfor i framtida. Det vil kreve strukturelle grep.

Dette stiller helseforetaket overfor et dilemma: Ulike hensyn skal veies mot hverandre, og det finnes ikke enkle svar. Vi skal sikre likeverdige helsetjenester av god kvalitet til alle innbyggerne på Helgeland, men det er ikke gitt at løsningen vi foreslår oppleves rettferdig og riktig av alle. Vår oppgave er å organisere en forsvarlig ambulansetjeneste som er bærekraftig fram i tid, både faglig og ressursmessig. Det krever klare prioriteringer og bevissthet rundt de ulike problemstillingene som følger med.

Hvorfor er endring nødvendig?

Ambulansetjenesten har gått fra å være en ren transportvirksomhet til å bli en sentral del av den akuttmedisinske kjeden. Å få ambulansen raskt fram til pasienten er ikke et mål i seg selv. Det viktige er å gi pasienten riktig behandling så raskt som mulig. I tillegg til kort responstid krever det kompetanse. Stadig mer avansert behandling startes utenfor sykehuset og utføres av ambulanspersonell. Det blir stadig viktigere, uavhengig av sykehusstruktur. For å opprettholde og utvikle kvaliteten i tjenesten må vi satse på kompetansehevede tiltak. Det vil også gjøre bemanningssituasjonen mer stabil og redusere antall brudd på Arbeidsmiljøloven. Vi må finne krysningspunktet der vi er nok desentralisert til å levere forsvarlige tjenester i desentraliserte strøk og nok sentralisert til å utvikle personellens kompetanse i tråd med framtidens krav. For pasientene betyr de foreslåtte endringene bedre kvalitet i tjenesten. For de fleste betyr forslaget kortere responstid, mens det for mindretallet betyr lengre responstid. Det er vårt dilemma.

De viktigste endringene som foreslås i ny ambulanseplan er:

1. Ambulansestasjonen i Hattfjelldal avvikles og erstattes av felles stasjon for Grane og Hattfjelldal på Trofors. Vakt på vaktrom.
Kompenserende tiltak i Hattfjelldal: Ambulansen i Hattfjelldal gjøres om til enmannsbetjent akuttbil. Vakt på vaktrom, nært samarbeid med kommunen om utnyttelse av bilen.
2. Ambulansestasjonen i Kongsvikosen og Nesna avvikles og erstattes av ny stasjon i Utskarpen. Vakt på vaktrom.
Kompenserende tiltak i Nesna: Ambulansebil på Nesna uten eget personell som bemannes av personell fra ambulansebåt.
Kompenserende tiltak i Lurøy: Ambulansebil på Tonnes uten eget personell som bemannes av personell fra ambulansebåt.
3. Ambulansebåten i Rødøybassenget flyttes fra Rødøy til Tonnes.
4. Ambulansebåten på Vega flyttes fra Rørøy i Vega til Horn i Brønnøy. Basen på Vega opprettholdes som base for bilen på Vega og som reservebase for båten

Ressursbruk

Forslag til ny ambulanseplan er utarbeidet på grunnlag av offentlige utredninger og føringer som sier noe om hvordan den prehospitale akuttmedisinen best skal utvikles og organiseres for å møte framtidens behov. Kompetanse og kvalitet har vært retningsgivende når vi har vurdert og foreslått endringer i basestrukturen.

Foreløpig kostnadsoverslag viser at de foreslåtte endringene vil innebære en årlig merkostnad på ca. 1,5 millioner kroner sammenliknet med dagens struktur. Det er imidlertid usikkerheter knyttet til dette tallet, det kan bli lavere dersom løsningen fører til mindre bruk av overtid, og høyere dersom utgiftene til nye stasjoner blir høyere enn anslagene. Hvis vi skal fortsette med dagens løsning, uten å gjøre noen strukturelle endringer, må vi tilføre ambulansetjenesten ca. 20 nye stillinger for å kunne levere en tjeneste som oppfyller pålagte krav og forskrifter.

Kostnadsestimat ny struktur

Tiltak	Verdi
Reduksjon av 2.2 stillinger, pr stilling ca. 745.000.-	1 639 000
Reduksjon av fagtimer - ca.1.1 stilling	819 500
Reduksjon 2 biler – pr. bil pr. år kr 247.000	494 000
Opphør av 5 stasjoner – pr stasjon kr. 155.000	775 000
Etablering av ny base Tonnes – mellomstor stasjon, årlig leie	214 000
Årlig leie kai Tonnes	144 000
Etablering av ny base Horn – stor stasjon, årlig leie	540 000
Etablering av ny base Utskarpen – mellomstor stasjon, årlig leie	214 000
Etablering av ny base Trofors - mellomstor stasjon, årlig leie	214 000
Soneinstruktører 4 x 40 % stilling	1 192 000
NAKOS ansvarlig 20 % stilling	149 000
Akuttbil Hattfjelldal årlig drift, personell + bil	2 462 500
Samlet økning av årlige kostnader	1 402 000

Kritikk mot forslaget

Som vedlegg X (høringssvarene) og X(medierapport) viser har forslag til ny ambulansplan blitt møtt med betydelig engasjement mange kritiske røster, spesielt fra politikere og befolkning i de kommunene som er direkte berørt, men også fra egne ansatte. Mange av høringssvarene uttrykker kritikk mot planen, og peker spesielt på økt responstid i de områdene som blir liggende lengst unna ambulansestasjonene. Det har vi stor forståelse for. Vi mener likevel at de foreslåtte endringene, med de kompensierende tiltakene det er tatt høyde for, vil gi befolkningen på Helgeland en kvalitativt bedre og mer bærekraftig ambulansetjeneste – en tjeneste som sikrer befolkningas behov i en lang tidshorisont.

Vedtaksforslag:

1. Styret vedtar fremlagt ambulanseplan
2. Styret ber om at det utarbeides en detaljert gjennomførings- og implementeringsplan
3. Styret ber om at adm. dir. rapporterer på kvalitet og økonomi i henhold til ROS-analysen
4. Styret ber om at iverksettelse av planen skjer i nært samarbeid med berørte kommuner, tillitsvalgte og vernetjeneste

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

Saksbehandler: Bjørn Haug, Enhetsdirektør Prehospitale tjenester, Helgelandssykehuset

Vedlegg:

1. Ambulanseplan generell del
2. Ambulanseplan spesiell del
3. ROS-analyse
4. Høringsbrev
5. Høringsprotokoll - sammenstilling av høringssvar
6. Medierapport
7. Kravspesifikasjon akuttbil
8. Drøftingsprotokoll av 06.06.16

Om dagens ambulansetjeneste

Bil og båtambulansen er selve ryggraden i ambulansetjenesten. Luftambulanse får ofte mer oppmerksomhet, men i vår region med store klimamessige utfordringer, er det bakkeambulansene som representerer det stabile akuttmedisinske sikkerhetsnettet for befolkningen.

Den oppbygging av medisinsk kompetanse som er gjennomført i tjenesten de siste årene har vært en forutsetning for utvikling av ambulansetjenesten som akuttmedisinsk aktør. I dag gjennomføres viktige behandlingsmessige tiltak av ambulanspersonell. Tidlig behandling av hjerteinfarkt, stabilisering av alvorlig skadde og tidlig behandling av lungesyke pasienter ivaretas av ambulanspersonell stasjonert nært der pasienten bor, fortrinnsvis sammen med kommunehelsetjenesten, men også alene. Det er ingen tegn som tyder på at denne utviklingen vil stoppe.

Helgelandssykehuset planlegger å samle viktige akuttmedisinske funksjoner på ett sted. Det vil innebære lenger transport til sykehus og øke behovet for akuttmedisinsk kompetanse i ambulansetjenesten. Samtidig foregår det en utvikling av akuttmedisinske behandlingsopplegg med sikte på å flytte tidskritiske prosedyrer ut av sykehusene og inn i ambulansen (akutt respirasjonssvikt, hjerneslagbehandling). Alt i alt trenger vi en utvikling av kompetanse i tjenesten. Det er også en økende erkjennelse i sentrale nasjonale føringer at vi trenger større fokus på kompetanse. Det gjenspeiles også i de føringer vi får fra sentralt hold, der det antydedes at man på sikt bør bringe ambulanspersonellet opp på bachelornivå.

Dersom vi skal greie å holde det høye kompetansenivået i ambulansetjenesten, må vi stadig arbeide med utdanning og kompetansehevede tiltak. Det innebærer også, så langt det er mulig, å sørge for at personellet har tilstrekkelig aktivitet til å bli gode.

Legevaktmedisinen er også under endring. Faglige krav har gjort at legevakt nå er en stasjonær virksomhet i faste lokaler, i motsetning til 20 år tilbake da de fleste vaktlegene reiste hjem til pasienten. Krav om regulert og begrenset arbeidstid har ført til at mange kommuner inngår legevaktsamarbeid som innebærer at befolkningen får lenger reisetid til legevakt.

I løpet av de kommende 10 årene vil helsetjenesten på Helgeland endre seg. Det vil være færre legevakter og lenger transport til sykehus. Ambulansetjenesten må tilpasses den nye strukturen.

Offentlige utredninger og føringer

NOU 2015:17 Først og fremst: Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

Utredningen kom rett før jul. Følgende punkter har betydning for ambulansetjenesten på Helgeland:

- Utvalget framholder fem kjerneverdier:
 - Trygghet
 - Nærhet
 - Kvalitet/kompetanse
 - Forutsigbarhet
 - Stabilitet
- Foreslår at en revidert akuttmedisinforskrift skal inneholde en forpliktelse for kommuner og helseforetak om å samarbeide felles planer for akuttmedisinsk beredskap. Ønsker en gjensidig forpliktelse om samarbeid og dialog når det skal gjøres endringer i akuttmedisinsk beredskap
- Foreslår utbygging av lokale akuttmedisinske team og at det etableres opplæringsarenaer i førstehjelp for alle deler av befolkningen.
- Påpeker behovet for kompetanseheving i bil- og båtambulansetjenesten og foreslår å etablere en utdanning i prehospital akuttmedisin på bachelornivå. Påpeker behovet for å balansere hensynet til nærhet mot hensynet til kvalitet og medisinsk-faglig kompetanse.
- Foreslår en samordning av ambulansetjeneste og primærhelsetjeneste i akuttmedisinske team
- Foreslår etablering av kvalitetsindikatorsett for prehospitaltjenester der responstider inngår som en av flere indikatorer.

- Framholder legevaktslege og ambulansepersonell som gode akuttmedisinske team og mener at legevakt må ha tilgang til uniformert bil med støttepersonell.
- Foreslår økt tilgjengelighet på kompetanse innenfor psykiatri og rus utenfor kontortid og i helger

Utvalget er opptatt av konflikten mellom kompetanse og beredskap.

Helsedirektoratet: Kompetansebehov i ambulansesfag. Rapport fra arbeidsgruppe. 2014, IS-0425

Rapporten konkluderer med at det er behov for å etablere utdanning i ambulansesfag på bachelornivå. Den oppsummerer på en god måte hvilke samfunnsmessige endringer som påvirker behovet for økt kompetanse i tjenesten og hvilke muligheter som foreligger for slik utdanning.

Stortingsmelding 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan

Planen er ikke spesielt opptatt av prehospitale tjenester, men kapittel 13 er likevel i sin helhet viet temaet. Det framheves at prehospitale tjenester vil måtte overta en større del av behandlingsansvaret dersom sykehustjenester sentraliseres. Det vises også til at behandlingsopplegg som tidligere var sykehusbehandling i stadig større grad flyttes ut i ambulansetjenesten. Alt i alt forventer man at tjenesten vil få større ansvar i åra som kommer, både på kapasitet og kompetanse.

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)

Forskrift trådte i kraft 1. mai 2015 og er omtalt i arbeidsgruppas planutkast. I likhet med NOU 2015:17 setter forskriften skarpere krav til kompetanse, spesielt gjennom å begrense muligheten for bruk av personell som ikke oppfyller alle kompetansekrav i situasjoner der det er vanskelig å skaffe ambulansarbeidere med vanlig godkjenning. Responstider er ikke omtalt spesielt. Det er ventet at forskriften vil bli revidert ganske raskt i tråd med NOU 2015:17.

Kvalitet i ambulansetjenesten, kvalitetsindikatorer og oppfølging

Kvalitet er et vidt begrep som rommer alt fra responstider og kompetanse til bilenes utrustning og teknisk stand. Målet med reformen er å utvikle tjenestens kvalitet i en videre betydning. Til det trenger vi kvalitetsindikatorer. Vi har tatt utgangspunkt i kapittel 7 i NOU 2015:17 og modifisert forslagene der slik at de passer i vår hverdag.

Helgelandssykehuset leverer data til en rekke medisinske kvalitetsregistre. I tillegg registrerer tjenesten selv aktivitet og prestasjoner. Dette gir oss et datagrunnlag for å kunne måle kvalitet.

Vi har valgt parametere som vi relativt enkelt kan hente fra de data vi registrerer. Nesten alle innebærer måling av tidsintervaller. Indikatorene er imidlertid utformet slik at de måler mer enn kjøretid. Eksempelvis vil tid fra første medisinske kontakt til trombolysedose ved hjerteinfarkt i tillegg til kjøretid også måle personellens evne til å identifisere infarkt, hvor godt drillet de er i selve prosedyren, hvor raskt de får nødvendig tilbakemelding fra AMK og legevakt osv.

På bakgrunn av dette har vi valgt følgende kvalitetsparametere:

- Andel av akutte oppdrag i tettbygde strøk som betjenes med responstid under 12 minutter
- Andel av det totale antall akutte oppdrag som betjenes med responstid under 25 minutter
- Andel pasienter med hjertestans som får vedvarende ROSC (Return of Spontaneous Circulation).
- Hjertestans: Tid til første elektroshokk avgitt
- Hjerteinfarkt: Tidsintervall mellom første medisinske kontakt trombolytisk behandling.
- Hjerneinfarkt: Tidsintervall mellom symptomdebut og innleggelse
- Traume: Tid til første sykehus som kan gjennomføre stabiliserende kirurgisk behandling

I vedlagte ROS-analyse er målsetting for disse parameterne tatt inn.

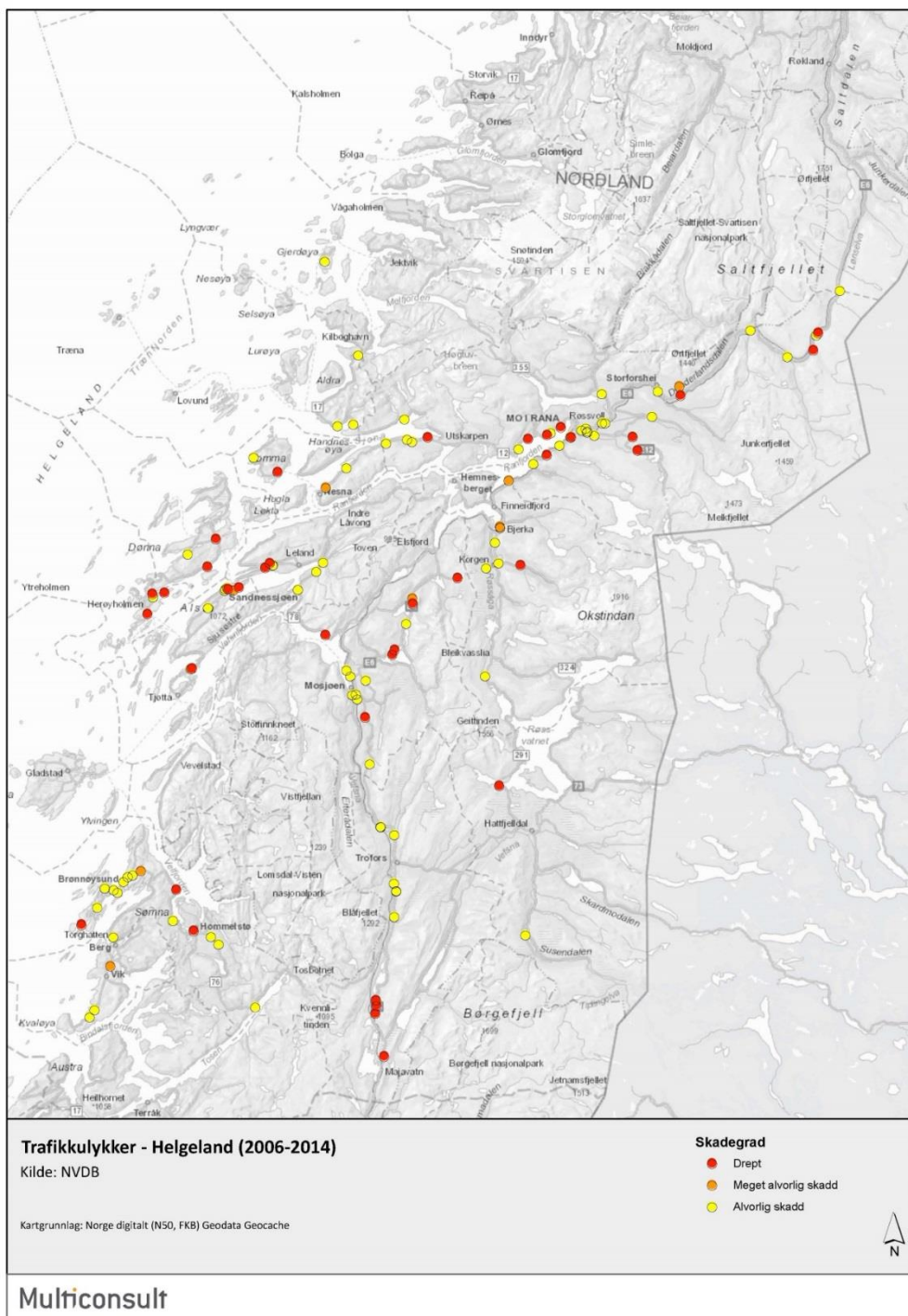
Geografisk fordeling av aktivitet

Aktiviteten i ambulansetjenesten er vanskelig å beskrive fordi den spenner over så mange typer oppdrag, fra hjemkjøring av relativt ubesværet pasient fra legevakt til tunge og kompetansekrevede hendelser som hjertestans og trafikkulykker.

Ambulanseressurs	Antall oppdrag 2015
Ambulansebåt Dønna	636
Ambulansebåt Rødøy	343
Ambulansebåt Vega	888
Bindal Bil	250
Brønnøy Bil	982
Dønna Bil	439
Grane Bil	363
Hattfjelldal Bil	314
Hemnes Bil	545
Lurøy Bil	237
Nesna Bil	256
Rana Bil	3287
Sandnessjøen Bil	3018
Sømna Bil	369
Vefsn Bil	1947
Vega Bil	222
Totalt	14096

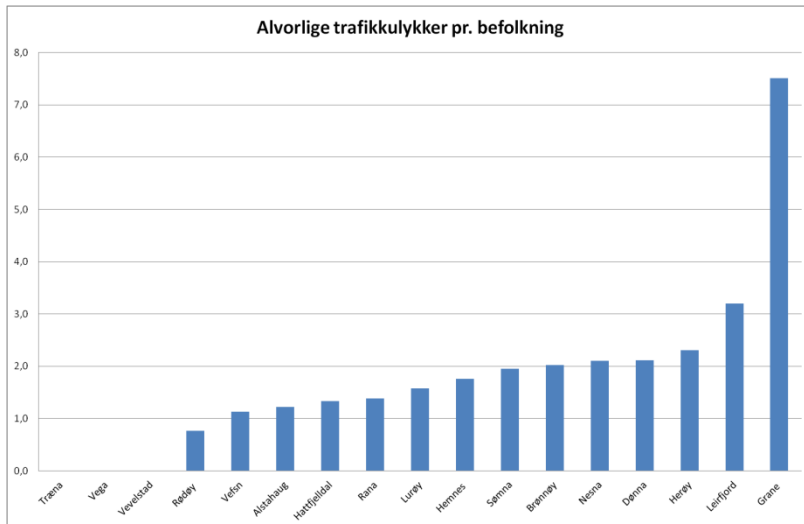
Tabell 1 Totalt antall oppdrag 2015 (Ambustat). Her er tatt med alle registrerte hendelser, men bare litt over 75 % er ordinære ambulanseoppdrag. I tillegg er mange av de ordinære oppdragene ikke primære akutte, men ledd i en kjede der flere ambulanseressurser deltar. Eksempelvis krever en pasient fra Brønnøysund som skal innlegges i Sandnessjøen først ambulansebil fra hjemmet til Horn, deretter ambulansebåt fra Horn til Tjøtta og til slutt ambulansebil fra Tjøtta til Sandnessjøen. En slik tur genererer tre oppdrag i denne tabellen.

Aktiviteten er stort sett knyttet til hvor folk bor. Det eneste som avviker fra det er trafikkulykker, der aktiviteten er bemerkelsesverdig mye høyere langs kysten og langs E6 i sør, sammenliknet med befolkning og forekomst av ulykker i nord.



Figur 1 Geografisk lokalisering av alvorlig skadde og drepte i trafikken i perioden 2006 – 2014

Beredskap for trafikkulykker er en viktig oppgave for ambulansetjenesten. Dersom ambulansene lokaliseres med et ensidig fokus på demografi, risikerer vi å få for svak kapasitet for ulykker. Figuren over viser at trafikkulykkene fordeler seg annerledes enn befolkningen. Vi har gjort en liknende vurdering av arbeidsulykker. Antallet alvorlige yrkesrelaterte ulykker er antakelig mindre og de fleste ulykkene er i landbruk, bygg/anlegg og fiske/havbruk, men statistikken er dårligere fordi ulykker som ikke medfører dødsfall sjeldnere meldes inn. I og med tilknytning til primærnæringer fordeler de seg antakelig nokså likt trafikkulykker.



Figur 2 Antall drepte og alvorlig skadde pr. 1000 innbyggere og pr. kommune. Periode 2006 – 2014. Kilde: Multiconsult 2015

Figur 2 viser at det ikke er noen skarp sammenheng mellom folketall og alvorlige trafikulykker. Det er for eksempel like mange alvorlige trafikulykker i kommunene Brønnøy, Leirfjord og Grane som det er i Rana, til tross for at folketallet i Rana er dobbelt så høyt.

Forsvarlighetsbetraktninger

Generelt

Ambulansetjenesten er helseforetakets ansvar. Helgelandssykehuset HF er gjennom Lov om spesialisthelsetjenester § 6 pålagt å levere forsvarlige helsetjenester. Ambulansstrukturen må planlegges slik at den oppfyller forsvarlighetskravet.

Forsvarlighet i helsetjenesten omfatter mange sider av virksomheten. Ambulansetjenesten måles oftest på om basestrukturen er tilstrekkelig desentralisert til å opprettholde kort responstid til hele befolkningen. Det er imidlertid like viktig å sørge for at alle ansatte holder en akseptabelt faglig standard, at arbeidsforhold og arbeidstid er slik at det er mulig å utføre oppgavene på en forsvarlig måte og at teknisk utstyr og infrastruktur holder en forsvarlig standard.

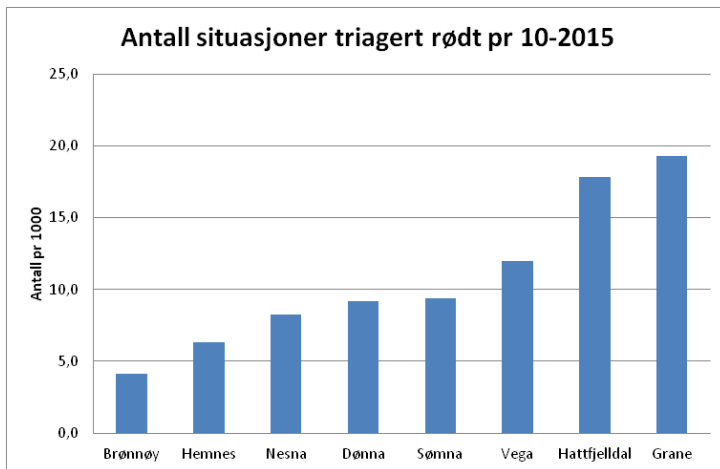
Aktivitetsmål og kompetanse

Ambulansestasjoner der personellet opplever hele uker uten akuttoppdrag og der hver enkelt er involvert i mindre enn 10 akutte oppdrag i året er utfordrende i forhold til å opprettholde tilstrekkelig faglig standard. Slike tjenester krever spesielle tiltak i forhold til trening, hospitering og undervisning. Det krever at personellet er spesielt motivert og at de er tett knyttet til et aktivt fagmiljø. I Helgelandssykehuset fordeler aktiviteten seg slik:

	Triage rød	HLR	Luftvei
Bindal	18	2	2
Brønnøy	32	1	6
Dønna/Herøy	29	0	0
Grane	28	1	1
Hattfjelldal	26	1	1
Hemnes	29	1	2
Lurøy	20	0	1
Nesna	15	0	0
Rana	260	12	20
Sandnessjøen	263	5	10
Sømna	19	1	2
Vefsn	150	3	9
Vega	15	1	2

Tabell 2 Tabellen viser tre viktige parametre for aktivitet i våre forskjellige tjenester. Tallene er hentet fra vår egen database for ambulanseaktivitet og angir aktivitet for 2015. Det må bemerkes at det dreier seg om små tall og at det ikke er gjort statistiske analyser. Variasjonene man ser kan derfor skyldes tilfeldigheter. Kolonnen "Triage rød" angir antall pasienter som tjenesten selv har vurdert som røde (tiltregende akutt hjelp) etter gitte kriterier. "HLR" angir hvor mange situasjoner med hjerte- lungeredning hver tjeneste er involvert i og "Luftvei" angir hvor mange pasienter som har trengt assistert ventilasjon.

Som utgangspunkt må vi kunne anta at det ikke er store forskjeller på sykkelighet fra kommune til kommune. Dermed er det sannsynlig at triageringstradisjonene er forskjellige. Figuren under viser antall pasienter triagert som røde pr 1000 innbyggere og pr ambulanseområde:



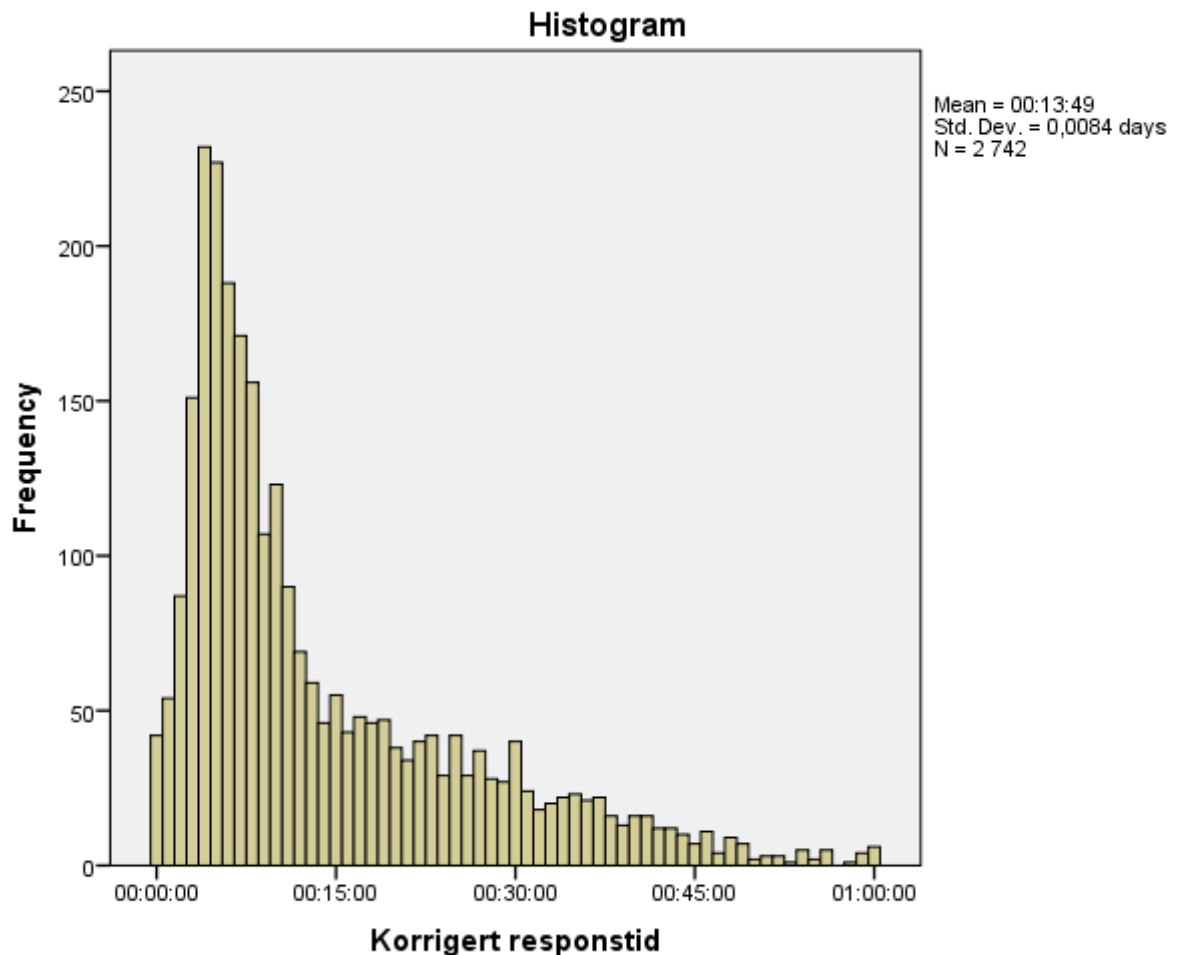
Figur 3 Antall pasientsituasjoner triagert rødt pr 1000 innbyggere i ambulanseområdet. Enkelte områder er utelatt fordi dobbeltregistreringer ved omlasting fra båt og helikopter gjør tolkning umulig.

Sammenholdt med data for gjennomførte prosedyrer, som i større grad fordeler seg likt fra stasjon til stasjon, er det derfor rimelig å anta at antall reelle akuttsituasjoner i befolkningen ligger rundt 10 pr. 1000 innbyggere. Det innebærer at antall reelle kompetansegivende akuttsituasjoner i våre minste ambulanseområder neppe ligger høyere enn mellom 15 og 20. Gjennomgang av antall kompetansekrevene prosedyrer knyttet til disse viser at det i de fem minste tjenestene bare er 2-3 av akuttsituasjonene som krever slike tiltak. Dersom dette fordeler seg jevnt utover de 4-5 ansatte på de minste basene, vil hver enkelt oppleve mindre enn 5 akutte situasjoner årlig og det vil fort kunne gå 2-3 år mellom hver gang de må utføre en prosedyre.

Responstid

Responstid kan betraktes fra to vinkler:

- Beregnet responstid er en teoretisk betraktning basert på beregnede kjøretider og oversikt over bosettingsmønster. Vi har laget slike beregninger både for dagens ambulansestruktur og for strukturen slik den vil se ut dersom forslagene til ambulansestruktur gjennomføres.
- Målt responstid er responstidene for tjenesten slik den faktisk utføres. For 2015 fordeler turene seg slik:



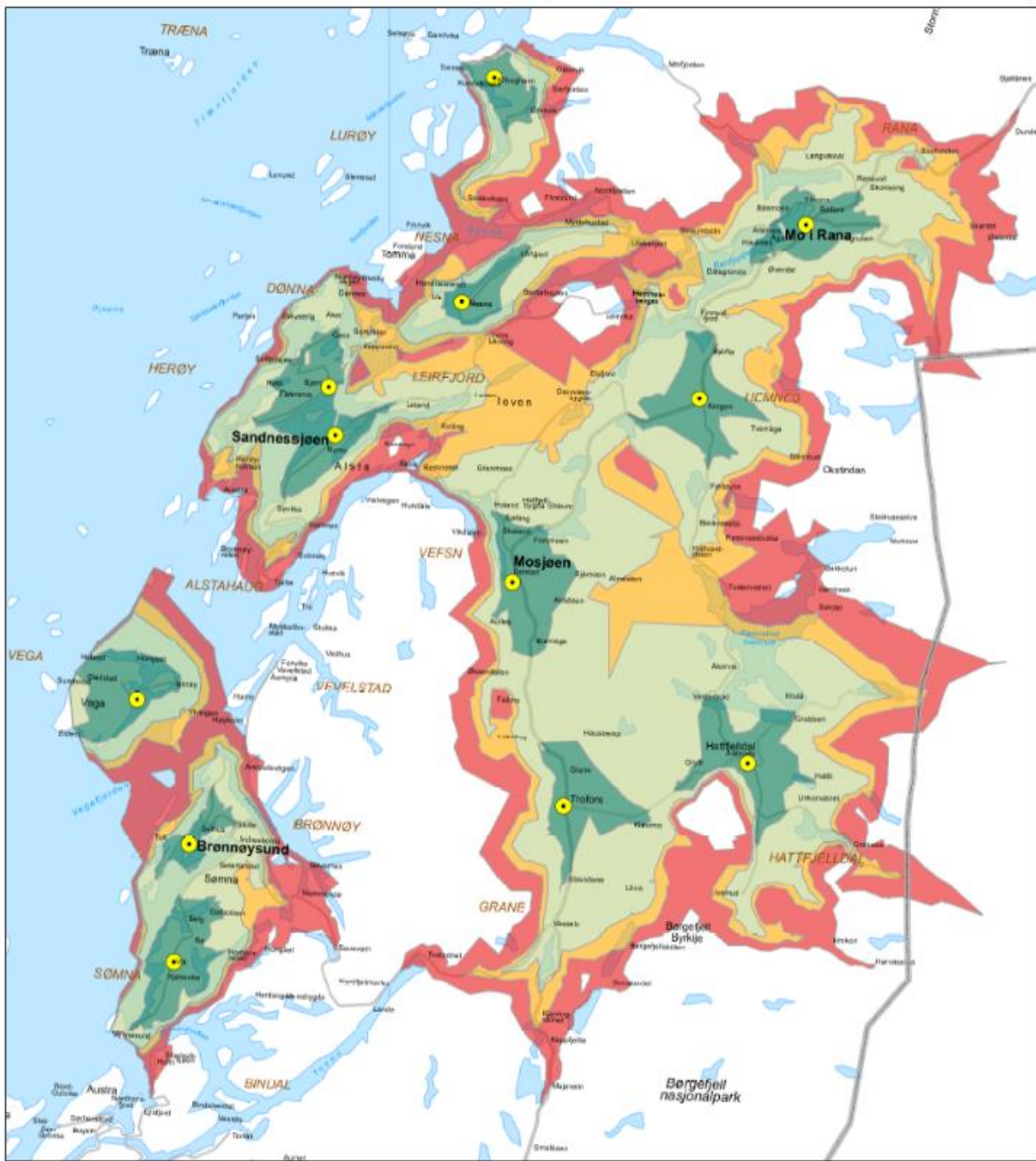
Figur 4 Frekvenshistogram for responstid ved akutte ordinære ambulanseoppdrag i 2015.

Gjennomsnittlig responstid er 13 minutter, median responstid er 9 minutter og 90-persentilen er 32 minutter. 88 % av akutthenvendelsene er betjent inne 25 minutter.

Det finnes ingen absolutte krav til responstider i ambulansetjenesten. I NOU 1998:9 «Hvis det haster» er det foreslått å sette et krav om at 90 % av befolkningen i grisgrendte strøk skal kunne nås i løpet av 25 minutter. Grisgrendte strøk i denne sammenheng er definert sånn at bare Mo i Rana og Mosjøen er å regne som tettbebyggd.

Spørsmålet om lovfesting eller på annen måte skjerping av kravet til responstid i ambulansetjenesten har vært behandlet i mange sammenhenger. Spørsmålet ble tatt opp i St.prp.nr 1 (2002-2003) (statsbudsjettet), i forarbeidene til forskrift om akuttmedisinsk behandling utenfor sykehus i 2004, i revisjon av den samme forskriften i 2014-2015 og seinst i NOU 2015:17. Det har vært gjort kostnadsberegninger av forslaget ved flere anledninger. Konklusjonen har hele tiden vært at et ensidig fokus på responstid vil vanskeliggjøre og til dels fjerne fokus på kvalitet i tjenesten. I tillegg vil en slik endring være uforholdsmessig dyr i forhold til hva man kan forvente å få igjen.

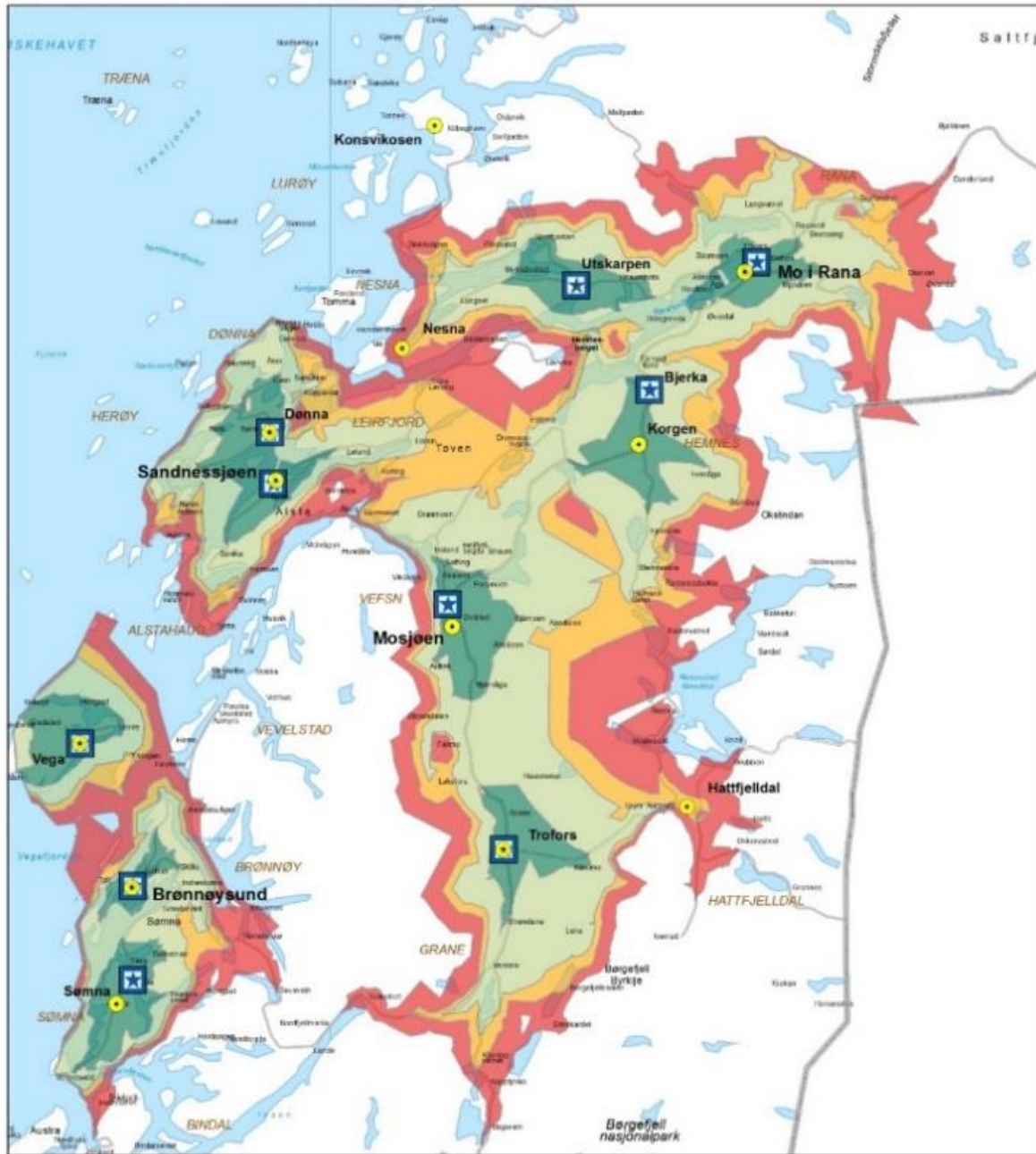
Ambulansetjenesten på Helgeland har med dagens struktur en meget god dekning. Kartet under angir dekning med dagens fordeling av ambulansestasjoner:



Figur 5 Beregnede responstider i nåværende basestruktur

Med denne fordelingen og beregnet pr ambulansesone betjener vi med dagens ambulansfordeling med god margin befolkningen innenfor de rammene som er foreslått i NOU 1998:9.

Arbeidsgruppa foreslår en slik basestruktur:



Figur 6 Beregnede responstider i arbeidsgruppas utkast til ny basestruktur

Et viktig moment i beregning av forventet responstid er vaktordningen i tjenesten. Ambulansetjenesten i Helgelandssykehuset har i dag hjemmevakt ved 8 av tjenestens 12 stasjoner. Aktiveringstid ved hjemmevakt er 10 minutter, mens den er 5 minutter ved vakt på vaktrom. Dermed vil en omlegging fra hjemmevakt til vakt på vaktrom kunne ha positiv effekt på responstiden, selv om det innebærer litt lenger utrykningstid enkelte steder.

Med en slik struktur vil ambulansetjenestens responstidsgrenser fordele seg slik:

Ambulansesone	Prosent av befolkning som nås på 25 min
Brønnøysund	91,3
Mosjøen	89,7
Sandnessjøen	90,8
Mo i Rana	87,4

Tabell 3 Responstidsberegninger for foreslått ambulansestructur. Multiconsult 2015

Den *målte* evnen til å dekke befolkningen innen 25 minutter fordeler seg i 2015 slik på de forskjellige ambulanseområdene:

Ambulanse	Alle akutte			Korrigerte akutte		
	Antall<25 min	Antall>25 min	% <25 min	Antall<25 min	Antall>25 min	% <25 min
Hattfjelldal	61	19	76 %	61	18	77 %
Grane	63	16	80 %	63	15	81 %
Hemnes	95	21	82 %	95	15	86 %
Dønna	72	12	86 %	72	11	87 %
Brønnøy og Sømna	176	29	86 %	176	21	89 %
Nesna	35	6	85 %	34	4	89 %
Rana	542	73	88 %	542	57	90 %
Sandnessjøen	423	117	78 %	421	30	93 %
Lurøy	35	11	76 %	31	2	94 %
Vefsn	364	24	94 %	364	14	96 %
Vega	38	1	97 %	39	0	100 %
Helgeland	1904	329	85 %	1898	187	91 %

Tabell 4 Tabellen kan være vanskelig å tolke. Den er basert på alle akutte ordinære ambulansetrykninger med bil utført av ambulansetjenesten i 2015. For områder som overtar pasienter fra båt eller helikopter blir responstidene feil fordi turene koordineres med båtenes og helikopterets anløp slik at bilen venter på ambulansestasjonen til båten eller helikopter er ventet. Dermed får slike stasjoner mange falskt forlengede responstider. Det samme gjelder transporter fra sykehus, sykehjem og legekantor, der ambulansen bestilles litt tid før planlagt avgang fordi det er nødvendig å stabilisere pasient før transport. I tillegg er det en del feilføring som først og fremst gir feil i retning for lange responstider fordi systemet kontrollerer for feil der responstida blir <0. I tabellens første tre kolonner er tallene ført uten at det tas hensyn til slike feil (n=2233). I de siste tre kolonner er de turene der det åpenbart er feil fjernet (n=2085). Feilkilden er ikke helt korrigert, men feilen i de siste kolonnene er mindre enn i de første.

Ambulansetjenesten på Helgeland leverte i 2015 responstider innenfor anbefalingene fra NOU 1998:9. Tabell 4 viser betydelige variasjoner mellom de forskjellige stasjonene.

Samtidighetskonflikter

Helgeland har 16 bilambulanser med døgnvakt til å betjene en befolkning på 80.000. Til sammenlikning har Trondheim kommune fire ambulanser på vakt om natten for en befolkning på 185.000. De geografiske områdene er selvsagt ikke sammenlignbare, men sjansen for at vi skal ende opp med et uforsvarlig antall samtidighetskonflikter er liten.

Kommunehelsetjenesten i Hattfjelldal har gjennom 2015 registrert samtidighetskonflikter. Meldinger om slike konflikter er gjennomgått av Enhet for prehospitaltjenester og sammenholdt med data fra AMK og data innmeldt av ambulansetjenesten selv. Det har vist seg å være så stor divergens mellom våre data og kommunehelsetjenestens meldinger at vi ikke har kunnet trekke noen slutninger på bakgrunn av en slik tilnærming.

Gjennomgang av ambulansetjenestens database med innmeldte tidspunkt for utrykk og ledigmelding for bilene i Hattfjelldal og Grane viser imidlertid at det i løpet av 2015 var ni samtidighetskonflikter der den ene bilen var opptatt når det kommer en hendelse som ambulanspersonellet selv vurderer som rød og der overlappet var mer enn ti minutter. Tilsvarende tall for ambulansene i Lurøy og Nesna er fem.

Ambulansetjenesten arbeider med å redusere antallet unødvendige turer. Ambulansens hovedoppgave skal være å være en akuttmedisinsk ressurs med beredskap for prehospital behandling og transport av pasienter som trenger tilsyn og behandling underveis. All annen transport kan gjøres av mindre ressurskrevende enheter. Når en slik omlegging er gjennomført vil antallet samtidighetskonflikter bli ytterligere redusert.

Det er viktig at ny ambulansstruktur følges opp med kontinuerlig måling av kvalitetsparametere. Enhet for prehospitaltjenester må pålegges å utvikle gode måleverktøy- og rutiner og regelmessig rapportere til adm.dir. Dersom antallet samtidighetskonflikter øker og fører til uforholdsmessig økning i responstid kan det kompenseres med flere biler på hver stasjon, eventuelt i de deler av døgnet hvor problemene er størst.

Brudd på arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser

Ambulansestasjonene har forskjellige arbeidstidsordninger som er utarbeidet og godkjent av avdelingsleder og tillitsvalgt. Ambulansetjenesten er organisert med arbeidstidsordninger er basert på aktiv vakt (tilstedevakt), vakt på vaktrom og kombinasjon aktiv vakt/hjemmevakt. Turnusene er gjennomsnittsberegnet. I distriktene har man hjemmevakt 2-7 døgn på vakt og ved sykehusområdene stasjonsvakt med 1-3 døgn vakt.

Det er i dag store utfordringer i forhold at det registreres mange AML brudd i ambulansetjenesten, spesielt ved stasjoner med kort aktiv tid og høy aktivitet på passiv tid. Ambulansetjenesten har størst antall slike brudd i helseforetaket og hadde i 2015 til sammen 14496 brudd som fordelte seg som anført i tabell 5.

2015		01.01 – 31.03.2016	
Bruddtype	Antall brudd	Bruddtype	Antall brudd
Samlet tid per dag	3425	Samlet tid per dag	1527
AML timer per uke	2950	AML timer per uke	673
AML timer per 4 uker	3830	AML timer per 4 uker	778
AML timer per år	2087	AML timer per år	40
Søndager på rad	415	Søndager på rad	120
Samlet tid per uke (snitt)	615	Samlet tid per uke (snitt)	145
Planlagt tid per uke	698	Planlagt tid per uke	187
Ukentlig arbeidsfri	476	Ukentlig arbeidsfri	111
Søndager på rad (snitt)	0	Søndager på rad (snitt)	0

Tabell 5 Oversikt over typer og antall brudd på arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser (AML-brudd). Oversikt hentet ut fra GAT turnusprogram viser at hyppigst bruddårsaker er samlet tid pr dag, AML timer per uke, AML timer pr 4 uker og AML timer pr år.

Ambulansetjenesten bør som hovedregel være organisert med tilstedevakt. Utrykning i forbindelse med hjemmevakt registreres som overtid i motsetning til utrykning ved vakt på vaktrom som registreres som ordinær arbeidstid. Dette gir færre AML brudd, bedre responstid, bedre arbeidsmiljø og bedre forutsetninger for å bygge fagmiljø. Sammenslåing av tjenester og turnusordninger med vakt på vaktrom og lengre perioder med aktiv vakt vil også være et godt virkemiddel og vil ha positiv effekt på både arbeidsmiljø og antall AML brudd. Rullering av personell på ambulansestasjonene i hver ambulansesone vil redusere og fordele arbeidsbelastningen jevnere. Økt samarbeid med sykehusenheter, kommuner, legevaktsleger og psykiatrisk ambulans akutteam vil være med å redusere antall ambulanseoppdrag og brudd på arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. AMK sentralens vil gi mindre belastning på de ansatte.

Transport av pasienter med behov for akutt psykiatrisk hjelp

Psykiatrisk akutt hjelp er på linje med somatiske akutte tilstander en del av prehospital akuttmedisin. Helgelandssykehuset har ingen egen egen psykiatrisk akuttavdeling. Mange av disse pasientene må derfor transporteres til sykehus. Ofte er dette ressurskrevende pasienter og ofte går transporten med ordinær ambulansebil, selv om pasienten ikke har behov for somatisk observasjon eller behandling. Om lag 15 % av kjørte kilometer i ambulansetjenesten går med til transport av pasienter for vurdering ved Nordlandssykehuset avd. psykiatri.

Denne ordningen er ikke optimal. Bruk av ordinær ambulans er i mange situasjoner unødvendig ressurskrevende, pasienten får en lite tilfredsstillende omsorg underveis og mange av transportene kunne like gjerne vært gjennomført som vanlig pasienttransport.

Aktivitet og økonomi

Det foreslås her konkrete endringer i ambulansetjenestens basestruktur. I tillegg må drift av øvrige stasjoner optimaliseres. Det er ikke sikkert at stasjonene i Sandnessjøen, Mo og Mosjøen skal ha to døgnbaserte biler. Pasientreiser arbeider med å etablere egne transportressurser for transport av pasienter som ikke har behov for medisinsk behandling eller observasjon, men som krever mer hjelp enn det som tilbys i en vanlig drosje. I tillegg skal pasienter med behov for transport til psykiatrisk vurdering i Bodø tas ut av den ordinære ambulanseberedskapen. Til sammen vil dette friggi kapasitet slik at sykehustjenestene kanskje vil kunne greie seg med én bil deler av døgnet.

Antall akutt- og hasteturer ved sykehustjenestene nattetid er ikke større enn at det med god margin kunne vært betjent med én bil. Det ville antakelig ha fordret endringer i vaktordningene. En slik løsning må vurderes parallelt med at vanlige transporter flyttes over på mindre ressurskrevende transportmidler.

Hattfjelldal

Forslaget om endring av basestrukturen for kommunene Grane og Hattfjelldal har skapt betydelig engasjement. Åtte av 21 innkomne høringsnotater er negative til endring av ambulansestrukturen i området. Kritikken rettes mot to forhold:

- Reduksjon av antall ambulanser vil svekke beredskapen i Hattfjelldal
- En ambulanse er for lite til å dekke befolkningens behov i området

Som det fremgår av tabell 4 har det området som dekkes av ambulansen i Hattfjelldal allerede i dag lange responstider. Området er, som det fremgår av den spesielle delen i utkastet til ambulanseplan, svært spredt befolket. Bare om lag halvparten av befolkningen bor i sentrum der ambulansen er plassert i dag. De øvrige bor langt unna og våre målinger av responstider viser at man allerede med dagens organisering ikke når fram til den halvparten som bor lengst borte innenfor anbefalte tidsfrister.

Beregninger viser at en bil fra en stasjon ca 3 km øst for E6 i Trofors vil kunne nå Hattfjelldal sentrum på 25 minutter dersom den følger fartsgrensen. I utrykning vil tiden kunne tas noe ned. Sett i sammenheng med at vi også plasserer besetningen på vaktrom vil dette gi en reell forsinkelse i forhold til dagens løsning på ca 20 minutter.

Samtidig er ambulansetjenesten i Hattfjelldal den av våre tjenester der vi har størst problemer med bemanning. Vi har fire fastboende ansatte i kommunen, men mangler dekning ved ferier, høytider og sykdom.

Hattfjelldal har Helgelands nest høyeste antall akutte ambulanseresponser i forhold til befolkning, nesten dobbelt så høyt som gjennomsnittet i de øvrige tjenestene. Det er ingen holdepunkt for større sykkelighet i kommunens befolkning enn på Helgeland for øvrig og antall medisinske tiltak er likt de øvrige ambulanseområdene. I tillegg ser vi av AMK's statistikker at svært mange av de akutte oppdragene er bestilt som akutte av kommunehelsetjenesten. Dermed er klassifiseringen basert på subjektive kriterier og ikke Norsk index eller en annen objektiv referanse. Den mest sannsynlige forklaringen på det høye antallet akutte oppdrag er lokale tradisjoner.

Grane og Hattfjelldal har i dag to døgnambulanser som betjener 3000 mennesker. Sammenliknet med de fleste andre ambulanseområder i Norge er dette svært bra. Samtidighetskonflikter er sjeldne, men kan selvsagt ikke utelukkes. Det arbeides med å endre ressursbruken i tjenesten i retning færre vanlige oppdrag. I tillegg vil vi etter hvert flytte ansvaret for transport av psykiatriske pasienter ut av ambulansetjenesten. Til sammen vil dette ytterligere redusere risiko for samtidighetskonflikter.

Likevel ser adm.dir Hattfjelldal som såpass spesiell at det må brukes mer ressurser på ambulansetjeneste der enn i helseforetaket for øvrig. Det foreslås derfor følgende:

1. Ambulansen i Hattfjelldal gjøres om til en enmannsbetjent akuttbil, slik beskrevet i eget vedlegg, bemannet med godkjent ambulansarbeider, på rotasjon fra de øvrige tjenestene i Mosjøen ambulansesone. Personellet skal ha vakt på vaktrom.
2. Det etableres samarbeidsprosjekt med kommunen om utnyttelse av akuttbilen. Bilen vil være en romslig personbil med gode kjøreegenskaper også på vanskelig føre. Den vil ikke kunne transportere liggende pasient. I akuttmedisinsk sammenheng vil den kunne rykke ut og starte livreddende førstehjelp i påvente av ambulanse. Når legen i Hattfjelldal har vakt vil den kunne fungere som legebil og ambulansepersonell og vaktlege vil utgjøre et akuttmedisinsk team slik beskrevet i NOU 2015:17.
3. Det settes av egne ressurser i ambulansesone Mosjøen for etablering av dedikerte akuttmedisinske team etter mønster av NLAs "Mens vi venter på ambulanse". Det bør være slike team i alle bygder med mer enn 20-30 innbyggere.
4. Det etableres et særskilt oppfølgingsprosjekt for å måle effekter av tiltakene. Prosjektet må støttes på tilgjengelige kvalitetsparametre og registrering av akuttbilens aktivitet. Denne typen organisering er ny i nasjonal sammenheng og oppfølgingen bør organiseres som et forskningsprosjekt.

Lurøy

Ambulansebilen for Lurøy planlegges flyttet fra Konsvikosen til Utskarpen og slått sammen med ambulansen i Nesna. Samtidig flyttes ambulansebåten fra Rødøy til Tonnes i Lurøy. Det etableres en ambulansestasjon på Tonnes bemannet med båtenes personell (Skipssjef, matros/sidemann ambulanse og godkjent ambulansarbeider. Det settes en godkjent ambulansebil på Tonnes i tilslutning til ambulansestasjonen.

Det vil fra sommeren 2016 og i noen år fremover bli gjennomført et større veiutbedringsprosjekt i Aldersundet.

Denne løsningen vil gi mer jevn fordeling av båtressursene i Rødøy/Lurøy/Træna. Den primære ambulanseressurs for Lurøy innland vil være bilen fra Utskarpen. Ved stor grad av hast vil det være mulig å bemanne bilen på Tonnes med ambulansepersonell og matros fra båten for å starte førstehjelp og eventuelt møtekjøring mot Utskarpen. Dette vil også gi en trygghet for situasjoner der veien gjennom Aldersundet ikke er fremkommelig på grunn av anleggsarbeid. Da vil båtenes personell kunne hente pasient med bilen til Tonnes, laste om til båt og bringe pasienten i møte med bilen fra Utskarpen i Stokkvågen.

Rødøy

Base for båt vil bli flyttet fra Rødøya i Rødøy til Tonnes i Lurøy. Det vil gi noe lenger responstid for øybefolkningen i Rødøy, men vil bedre den totale båtberedskapen i Rødøy, Lurøy og Træna, slik beskrevet i utkastet til plan. For befolkningen i Rødøy vil løsningen gi ca 20 min lenger responstid. For båt har en slik forlengelse mindre betydning enn for bil fordi båten sjelden når helt frem dit folk bor. Dermed må det uansett etableres lokale team som kan gi initial førstehjelp i påvente av transport.

Det har gjennom flere år vært utredet forskjellige løsninger for legevaktsamarbeid i området Lurøy/Rødøy/Træna. Før eller siden vil det antakelig finne sin løsning og ambulansebåtberedskapen vil måtte tilpasses den.

Nesna

Ambulansebilen som i dag er stasjonert med hjemmevakt på Nesna vil bli flyttet og slått sammen med ambulansen i Lurøy til en stasjon med vakt på vaktrom i Utskarpen i Rana. Beregninger viser at det er om lag 25 min kjøretid fra Utskarpen til Nesna sentrum, dersom man kjører i henhold til fartsgrensen. Kjøretiden vil selvsagt variere med årstid og føre, men en ambulanse i utrykning uten pasient om bord vil i store deler av året kunne kjøre denne strekningen på kortere tid.

Det vil bli plassert en godkjent ambulansebil på Nesna som vil kunne bemannes av personell fra båten på Dønna eller båten fra Lurøy. Båten fra Dønna vil kunne være på Nesna i løpet av 20 minutter, i bilen og klare til utrykning i løpet av 30 min og vil kunne starte avansert førstehjelp og eventuelt møtekjøring mot Utskarpen.

Det har vært anført at veien mellom Utskarpen og Nesna kan være stengt ved uvær vinterstid. Statens vegvesen oppgir at veien i perioden 1. januar 2014 til 30. april 2016 (28 måneder) var stengt fire ganger i til sammen 24 timer. Med tanke på at vi i slike situasjoner også kan nå Nesna med båt finner vi at risiko er akseptabel.

Vega

Båten på Vega flyttes til Horn i Brønnøy. Ambulansesbilen i Vega har hjemmevakt og lav aktivitet. Den dekker en befolkning omtrent på størrelse med bilen i Hattfjelldal, men selv om man ikke kan se bort fra forskjeller i triageringstradisjoner er antall oppdrag minst.

Vega er en øy uten mulighet for assistanse fra nærliggende bilambulansestasjoner. Befolkningen er så stor at helseforetaket uansett må ha en dedikert transporttjeneste på øya. Vi har derfor valgt å ikke foreslå endringer på Vega. Det innebærer imidlertid at vi på sikt kan finne en måte å utnytte ambulansen på som er mer rasjonell enn slik vi driver i dag. Det kan innebære alternativ utnyttelse av personellet, omgjøring til syketransportressurs, endring i sammensetningen av personellet på bilen etc.

NOU 1015:17 anbefaler et mye tettere samarbeid mellom kommuner og helseforetak i planlegging av akuttmedisinske tjenester. Samarbeidet er tenkt like sterkt begge veier og innebærer at Vega kommune og Helgelandssykehuset må starte arbeidet med å utarbeide en felles strategi for utvikling av beredskap på Vega. Planer for kommunens legevakt, samarbeidet med LMS i Brønnøysund, en helhetlig plan for bil-, båt- og luftambulansetjenesten på Sør-Helgeland og systemer for effektiv ordinær pasienttransport (Pasientreiser) må inngå.

Sømna

Av våre seks minste tjenester er det ambulansetjenesten i Sømna som har størst trafikk. Befolkningsgrunnlaget er bare litt større enn i Vega og Hattfjelldal, men 25 % av bilens oppdrag i 2015 foregikk i Brønnøysund og den opparbeider derfor flere oppdrag enn Sømna's befolkning skulle tilsi. Tjenesten har hjemmevakt. Den er plassert på Berg og ligger 30 km fra ambulansestasjonen i Brønnøysund.

På sikt må også Sømna betjenes av ambulansetjeneste med vakt på vaktrom. Det vil neppe være hensiktsmessig å ha to tjenester med vakt på vaktrom så nært og det vil derfor være nødvendig å se på alternative organisasjonsformer, for eksempel utstasjonering av ambulanse i Sømna deler av døgnet. En slik løsning må sees på i samarbeid med berørte kommuner.

Hemnes

Ambulansetjenesten som i dag er lokalisert i Korgen er relativt stor og har høyest aktivitet av våre hjemmevaktbaserte tjenester. Hjemmevaktordningen fungerer i dag godt, det er stabilt personell og lett å få tak i vikarer. Tjenesten har imidlertid svært mange AML-brudd og på sikt må det derfor etableres tilstedevakt. Det vil innebære behov for en ambulansestasjon med andre fasiliteter enn det vi har i dag. Det er viktig at det gjennomføres en grundig analyse av aktiviteten slik at en ny ambulansestasjon får en plassering som gjør oss i stand til både å betjene både befolkning og en betydelig trafikkert strekning av E6 på en optimal måte. Det innebærer at man ikke nødvendigvis trenger å plassere stasjonen i Korgen og at også andre lokaliteter i kommunen må vurderes. Arbeidet må sees i sammenheng med kommunale planer og bør gjøres i nært samarbeid med kommunen.

Sammendrag og anbefalinger

Målet er i framtida å levere bedre ambulansetjenester. Vårt dilemma ligger i skjæringspunktet mellom kompetanse og responstid. Vi skal fortsatt arbeide med å redusere responstida, men fokus de neste 10 år være kvalitet. For å få det til må vi sørge for å ha så store fagmiljø at bemanningssituasjonen blir stabil. Vi må bort fra hjemmevaktordninger som fører til at de ansatte på våre minste stasjoner ikke kan hospitere for å høste erfaring fra større miljøer. Vi må satse på utdanning og vi må redusere antall brudd på Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Vi må i størst mulig grad flytte transporter som ikke krever ambulansens kompetanse over på andre transportenheter og rydde plass for at personellet skal kunne se seg selv som akuttmedisinsk innsatspersonell og ikke transportarbeidere.

Område	Fordeler	Ulemper
Pasienter	<ul style="list-style-type: none">• Kortere responstider• Mer kompetanse	<ul style="list-style-type: none">• Lengre responstider i enkelte områder
Personell	<ul style="list-style-type: none">• Mindre hjemmevakt• Mindre overtid• Færre AML-brudd	<ul style="list-style-type: none">• Endret arbeidssted, lenger pendling
Økonomi	<ul style="list-style-type: none">• Mer forutsigbar• Mindre overtid	<ul style="list-style-type: none">• Flere stillinger• I utgangspunktet dyrere