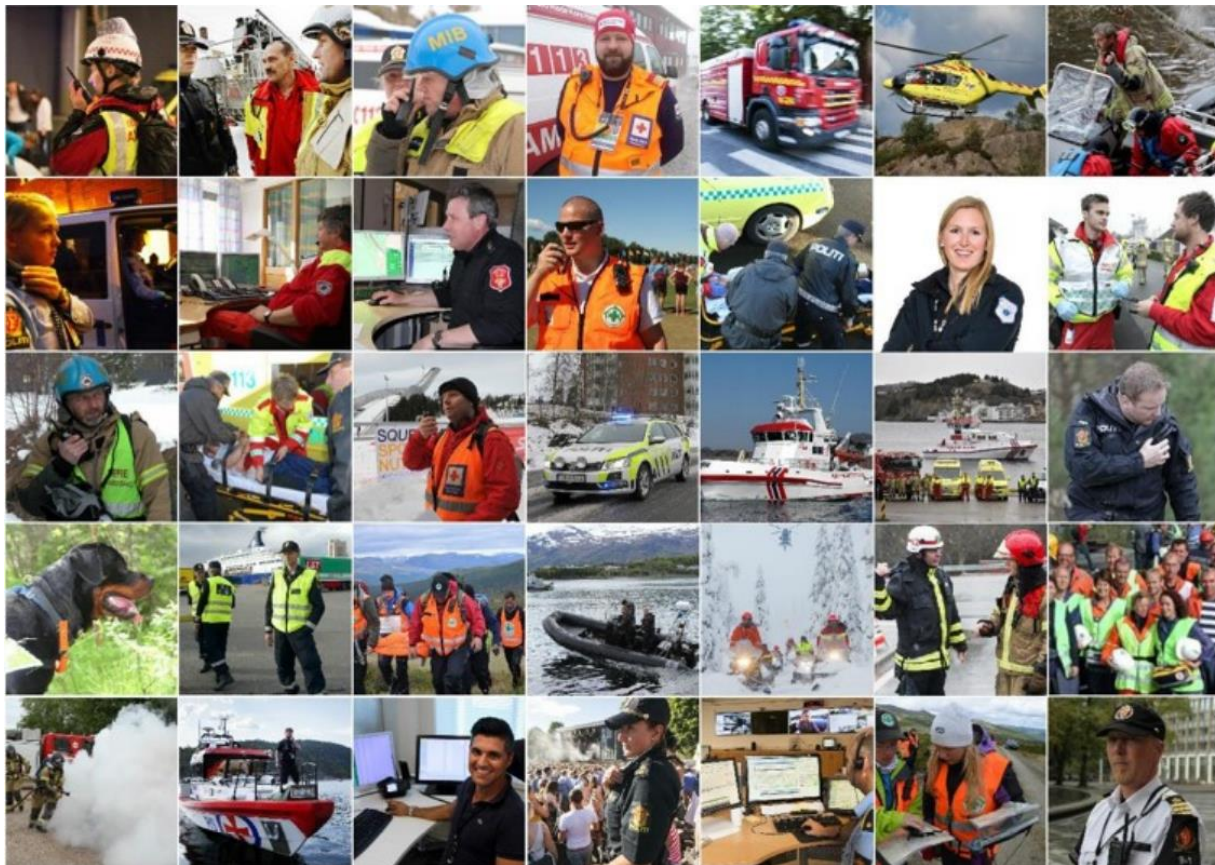


Strategi for prehospitale tjenester

Helse Nord 2024–2027



Forord

Jeg har gleden av å presentere Helse Nords strategi for prehospitaltjenester. Strategien bygger på nasjonale mål og rammer for utvikling av de prehospitaltjenestene slik dette framkommer i ulike lover, forskrifter og nasjonale retningslinjer. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 gir tydelige føringer for at planlegging og utvikling av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus skal skje i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, der helsefelleskapene blir en viktig arena.

Strategi for prehospitaltjenester 2023-2026 skal gi rammer for helseforetakenes utviklingsplaner der de i samarbeid med kommunene skal gjennomgå de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.

Helse Nord er en helseregion med store landarealer og spredt befolkning. Dette forutsetter en svært desentralisert ambulansetjeneste, med mange små tjenestesteder med få oppdrag. Regional standardisering og god utnyttelse av potensialet i moderne teknologi er viktige satsingsområder for å sikre kvalitet og kompetanse i alle ledd og bevisst og god prioritering av de samlede ressursene i tjenesten. Luftambulansetjenesten vil fortsatt være en viktig ressurs i Nord-Norge, og vi vil videreføre det gode samarbeidet med redningshelikoptertjenesten.

Vi skal sikre transport av pasienter både når det haster og ved oppdrag som har mindre hast, og vi skal tilstrebe transport på rett nivå sammen med pasientreiser.

Vi skal også bidra til å videreføre arbeidet i den nasjonale førstehjelpsdugnaden «Sammen redder vi liv». Der er målet at hele befolkningen skal gjenkjenne tegn på tidskritiske akuttmedisinske tilstander, sørge for tidlig varsling til 113 og kunne yte enkle livreddende førstehjelpstiltak.

Jeg vil takke alle som har bidratt til arbeidet med denne strategien. Jeg ser fram mot et godt og spennende samarbeid med helseforetakene, tillitsvalgte, verneombud, pasient- og brukerorganisasjonene, kommunene og andre samarbeidsaktører om utvikling av de prehospitaltjenestene i årene framover. Målet er å sikre trygge, forutsigbare og profesjonelle tjenester for befolkningen.

1. august 2022

Cecilie Daae
adm. direktør
Helse Nord RHF

Innhold

Forord	2
Ordliste/forkortelse	5
Sammendrag	8
1. Innledning	20
2. Nasjonale mål og rammer	21
2.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023	21
2.2 Lover, forskrifter, retningslinjer og utredninger	21
2.3 Nærmere om enkelte bestemmelser og krav i lov og forskrift	23
2.4 Aktører og organisering av prehospitaltjenester	26
3. Regionale mål og rammer	31
3.1 Regional utviklingsplan 2035	31
3.2 Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024	31
3.3 Regional beredskapsplan	31
3.4 Endringer i struktur med betydning for prehospitaltjenester	32
3.4.1 Nye Helgelandssykehuset	32
3.4.2 PCI-tilbudet i Bodø	32
3.4.3 Planlagte endringer i infrastruktur i regionen.....	32
3.4.4 Landingsplasser for helikopter ved sykehus	33
4. Dagens situasjon - utviklingstrekk og utfordringer	36
4.1 Prehospitaltjenester i Helse Nord	36
4.1.1 Akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK).....	36
4.1.2 Bil-, båt og luftambulansetjenesten	36
4.1.3 Teoretisk dekningsgrad av ambulanseressurser	41
4.1.4 Pasientreiser	42
4.2 Aktivitet og ressursutnyttelse	43
4.2.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk	43
4.2.2 Identifiserte utfordringer	49
4.3 Kvalitet i prehospitaltjenester	50
4.3.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk	50
4.3.2 Identifiserte utfordringer	52
4.4 Transporttilbudet til psykisk syke og ruspasienter	53
4.4.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk	53
4.4.2 Identifiserte utfordringer	54
4.5 Samhandling med kommunehelsetjenesten	55
4.5.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk	55

4.5.2	Identifiserte utfordringer	57
4.6	Organisering og samhandling i spesialisthelsetjenesten.....	57
4.6.1	Dagens situasjon og utviklingstrekk	57
4.6.2	Identifiserte utfordringer	59
4.7	Teknologi og IKT-løsninger	59
4.7.1	Dagens situasjon og utviklingstrekk	60
4.7.2	Identifiserte utfordringer	61
4.8	Rekruttering, opplæring og kompetanse.....	62
4.8.1	Dagens situasjon og utviklingstrekk	62
4.8.2	Identifiserte utfordringer	63
4.9	Samfunnsikkerhet og beredskap	63
4.9.1	Dagens situasjon og utviklingstrekk	63
4.9.2	Identifiserte utfordringer	65
4.10	Finansiering og kostnadsutvikling.....	66
4.10.1	Dagens situasjon og utviklingstrekk	66
4.10.2	Identifiserte utfordringer	68
5.	Referanser.....	69

Ordliste/forkortelse

AMIS – Akuttmedisinsk informasjonssystem

Et IT-støtteverktøy som benyttes ved AMK-sentraler og LV-sentraler samt ambulansetjenesten i Norge.

AMK - Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

Spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske fagsentral for mottak og håndtering av henvendelser om behov for medisinsk nødhjelp og ambulanseoppdrag.

AMK mottar nødmeldinger på «113», gir veiledning til innringer og iverksetter tiltak basert på Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.

R-AMK - Regional AMK-sentral

Regional AMK-sentral (én i hver region) har koordineringsansvar i regionen og skal bistå lokale AMK-sentraler i situasjoner der flere AMK-sentraler er involvert.

AMK-LA

AMK-LA (én i hver region) koordinerer ambulanshelikoptre mht. alarmering og utfører «flight following» (følger med på flygningen) for sine respektive helikoptre.

AW-101 «Sar Queen»

Det nye redningshelikopteret som eies av Justis- og beredskapsdepartementet og som erstatter «Sea King»-redningshelikopter ved basene i Bodø og Banak, og etableres ved ny redningshelikopterbase i Tromsø.

FKS - Flykoordineringssentralen

FKS iverksetter oppdrag og har ansvar for operative forberedelser og koordinering av ambulansflyene. FKS er organisert under Luftambulansetjenesten HF.

FRAM – Felles faglige retningslinjer for ambulansetjenesten i Midt-Norge

Retningslinjer og prosedyrer for ambulanspersonell i Midt-Norge. Disse er også tatt i bruk av Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset.

HDO HF – Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett

HDO er driftssenter for helsetjenestens bruk av løsninger for nødnett og kontrollrom med installasjoner. HDO er et helseforetak eid av de fire regionale helseforetakene.

Helse Nord vs. Helse Nord RHF

Med begrepet «Helse Nord» menes hele foretaksgruppen, med alle helseforetakene. «Helse Nord RHF» betyr eieren/det regionale helseforetaket.

KoKom – Nasjonal kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap

KoKom skal bidra til å utvikle og sikre høy kompetanse og likeverdig kvalitet i den medisinske nødmeldetjenesten i hele landet, uavhengig av geografi og rolle i helsetjenestene.

Luftambulansetjenesten HF (LAT HF)

LAT HF har ansvar for den flyoperative delen av ambulansetjenesten i Norge. LAT HF er eid av de fire regionale helseforetakene.

LV-sentral - Legevaktsentral

Legevaktsentral er en kommunal eller interkommunal sentral for formidling av legevakt og andre kommunale helsetjenester.

Medisinsk operativ manual (MOM)

Medisinsk operativ manual er en prosedyresamling for ambulansetjenesten.

MKA - Medisinsk koordinering ambulansefly

MKA har ansvar for medisinske avklaringer, hastegrad, ledsagerbehov, bestilling av ambulanser og praktisk gjennomføring av ambulanseflyoppdrag.

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Et veilednings- og støttesystem for personell i AMK-sentral og legevaktsentral, og i hovedsak et verktøy for fastsettelse av hastegrad, valg av respons, medisinsk rådgivning og instruksjon.

Nødnett

Nasjonalt, digitalt samband for politi, brann og helsetjeneste, samt andre aktører med nød- og beredskapsansvar.

Pasientreiser HF

Pasientreiser HF har ansvar for oppgjør for pasientreiser uten rekvisisjon og bidrar til harmonisering av regelverk og praktisering i forvaltningen av pasientreiser på nasjonalt nivå. Pasientreiser HF er eid av de fire regionale helseforetakene.

PCI-behandling

Metode hvor man blokker opp trange partier i hjertets kransårer ved hjelp av et kateter som føres gjennom huden, via en pulsåre til hovedpulsåren, og deretter inn i de trange kransårene.

PECC: Patient Evacuation Coordination Cell

I denne sammenhengen bruk om sanitet-celle/avdeling i Heimevernet.

P-EPJ – Prehospital elektronisk pasientjournal

Elektronisk pasientjournal for ambulansetjenesten.

STEMI (ST-elevasjon myokardinfarkt)

Dersom en blodpropp fullstendig har tettet igjen en kransarterie i hjerte, vil all hjertemuskulatur forsynt av denne arterien dø dersom ikke behandling blir iverksatt. Dette vil gi et STEMI-infarkt.

Sammendrag

Utredningen som ligger til grunn for strategi for prehospitaler tjenester 2023-2026 tar utgangspunkt i nasjonale og regionale mål og rammer som gir føringer for utvikling av de prehospitaler tjenestene. Samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for å styrke kompetanse, innsikt og forståelse, og sikre god utnyttelse av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, vil være grunnleggende for utviklingen framover. Helsefelleskapene vil være en viktig arena for dette.

Det har vært og vil komme en ytterligere styrking av luftambulanseressursene i Nord-Norge. Ambisjonen er å utnytte disse ressursene best mulig, også i samspill med bil- og båtambulanser. Det er ulike forbruksmønstre for bruk av transportressurs, og det er mangelfull skriftlig dokumentasjon av hvilke vurderinger og prioriteringer som ligger til grunn for valg av ressurs. Det fordrer et forbedringsarbeid for å sikre riktig prioritering av ressursene mellom pasientgrupper og geografiske områder i regionen. Dette involverer både brukere av tjenestene, AMK-sentraler og vaktpersonell.

Det er manglende kunnskap om kvaliteten i de prehospitaler tjenestene. Dette skyldes mangel på sammenlignbare styringsdata. Helseforetakene kan heller ikke monitorere virksomheten fra dag til dag. Helsetilsynet har påpekt at helseforetakene ikke har gode nok systemer for avviksrapportering og systematisk oppfølging av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

Ambulanse stasjonert i utkantstrøk har få oppdrag og i sum lite pasientkontakt. Det er en utfordring å få tilstrekkelig kompenserte trening og øvelser som bidrar til å opprettholde kvaliteten i tjenesten. Dette gjelder spesielt for enkelte prosedyrer. Standardisering av prosedyrer og beslutningsstøtte blir en viktig satsing. Implementering av prehospital elektronisk pasientjournal (P-EPJ), moderne teknologi og IKT-løsninger er viktig for å understøtte utviklingen av de prehospitaler tjenestene framover.

Helsetilsynet har konkludert med at det ikke er felles og omforent praksis for hvordan psykisk syke og ruspasienter prioriteres for transport til behandling i tvungent psykisk helsevern. Konsekvensen er at mange pasienter opplever lang ventetid på transport med ambulansefly. I ventetiden kan det oppstå krevende og uverdige situasjoner for alvorlig syke pasienter der det blant annet må benyttes nødrett som hjemmel for bruk av tvang. Lang ventetid på transport kan også medføre et større behov for bistand fra politiet. Det er et mål i seg selv å redusere antall transporter gjennom å styrke behandlingstilbudene lokalt. For dem som likevel må til behandling i Bodø eller Tromsø, må det sikres raskere tilgang på ambulansefly og en profesjonell og forutsigbar ledsagertjeneste.

Det er etablert mange gode samhandlingstiltak mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i Helse Nord. Leger i primærhelsetjenesten ønsker imidlertid

bedre prosesser ved inngåelse av samarbeidsavtalene, og at avtaler om øvelser og samtrening blir mer forpliktende for begge nivåer. Det er behov for gode samarbeidsarenaer mellom tjenestenivåene hvor helsepersonell kan bli kjent og trygge på hverandres kompetanse. Det er også behov for å styrke felles situasjonsforståelse i akuttmedisinske situasjoner og tydeliggjøre hvem som har beslutningsmyndighet for innleggelse av pasienter. Det er behov for bedre involvering av legene i primærhelsetjenesten ved utarbeidelse og implementering av prosedyrer. Nødnett og potensialet i nye IKT-løsninger og teknologi, slik som overføring av vitale parametere og videoløsninger, må inngå i utviklingen av samarbeid lokalt. Nye tjenestemodeller bør tas i bruk for å styrke tjenestene distriktene.

Innføring av ny teknologi vil være en viktig premis for å forbedre organiseringen og samhandlingen innad i spesialisthelsetjenesten i akuttmedisinske situasjoner. Utredning av AMK-strukturen, avklaring av rollen til AMK-legen, og bedre involvering av akuttmottakene og sykehusspesialistene i den prehospitale behandlingen er identifiserte områder med forbedringspotensial.

Rekruttering, opplæring og kompetanse innenfor det prehospitale området er avgjørende for utvikling av tjenestene framover. Det er behov for mer regional standardisering innenfor bilambulansetjenesten, både når det gjelder arbeidstids- og vaktordninger, fag- og kompetanseutvikling og øvelser og trening. Standardisering av utstyr og opplæring er avgjørende for mer fleksibel bruk av personell og hospitering mellom ambulansestasjoner.

Helse Nords rolle i egenberedskap og i internasjonalt samarbeid i nordområdene vil bli stadig viktigere fremover som følge av satsing på nærings- og samfunnsutvikling, og på grunn av klimaendringene og påfølgende forventede beredskapshendelser. Helse Nord må vurdere behov for beredskapsmessige forsterkninger lengst nord i helseregionen for å kunne ha en akuttmedisinsk kjede som når lenger ut enn nå, og som kan samhandle med andre beredskapsaktører. Dette må kunne skje uten at den fastlandbaserte beredskapen og beredskapen i de nære kystområdene svekkes uforholdsmessig ved utrykning over lange avstander.

Helse Nord har ambisjoner om å lage en regional inntektsfordelingsmodell for det prehospitale området som reflekterer den faktiske beredskapen og aktiviteten for alle ressurser. Dette er utfordrende fordi det ikke er standardisert registrering av innsatsfaktorer mv. i tjenesten. Helse Nord har en svært desentralisert bilambulansetjeneste med store beredskapskostnader. Det blir viktig å ta høyde for dimensjonering av ambulanseressursene blant annet ved endringer oppgavefordeling mellom sykehusene.

Prioriterte strategiske innsatsområder for de prehospitalene tjenestene i Helse Nord

Strategi for prehospitalene tjenester i Helse Nord 2023–2026 bygger på strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 og konkretiserer hvilke tema og problemstillinger som skal prioriteres innenfor det prehospitalene området.

Strategi for prehospitalene tjenester i Helse Nord 2023–2026 identifiserer områder der det skal arbeides videre med regional standardisering og utvikling av felles prosedyrer. Gjennomføring av tiltakene vil blant annet skje gjennom årlige oppdragsdokumenter til helseforetakene.

Strategien gir også overordnede rammer for helseforetakenes utviklingsplaner, som i henhold til styringskrav fra departementet skal gjennomgå de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.

Befolkningen skal ha trygghet for at de får kompetent og rask hjelp når de trenger det ved akutt sykdom og skade. De akuttmedisinske tjenestene skal være en godt koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. Tjenesten skal ha kompetente medarbeidere som har fått opplæring og trening i samhandling. Pasientene skal oppleve en sammenhengende akuttmedisinsk tjeneste der innsats settes tidlig inn og informasjonen følger pasienten hele veien.

Strategi for prehospitalene tjenester i Helse Nord 2023–2026 tar utgangspunkt i de samme fem innsatsområdene som er vektlagt i strategi for Helse Nord RHF 2021–2024:

1. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
2. Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
3. Vi forbedrer gjennom samarbeid
4. Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
5. Vi er forberedt

Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig

Vi skal arbeide for å få en sammenhengende og godt koordinert akuttmedisinsk kjede som bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp og trygghet i befolkningen. Vi må sikre riktig dimensjonering av beredskapen i helseforetakenes geografiske områder, blant annet gjennom å redusere uønsket variasjon i tilbudet og kapasitetsutnyttelsen i de akuttmedisinske tjenestene.

Det blir flere eldre og flere i den eldste aldersgruppen over 80 år, sykdomsbyrden endres og det vil bli knappere tilgang til kvalifisert arbeidskraft. Dette må ligge til grunn for planlegging og hvordan vi utnytter ressursene.

Både demografi og geografi gjør at vi fortsatt kommer til å ha en desentralisert bil- og båtambulansetjeneste. Det er en utfordring med mange små tjenester som har få oppdrag og lange kjøreavstander. Vi må ta i bruk ny teknologi og nye tjenestemodeller, i samarbeid med kommunene, for å utvikle en mer bærekraftig tjeneste for framtida. Luftambulansetjenesten er betydelig styrket de siste årene, og er en viktig ressurs både for å få akuttmedisinsk kompetanse ut til pasienten og for å spare tid til sykehus hvor endelig behandling kan finne sted. I deler av regionen er luftambulansse avgjørende for å nå tidsnok fram til sykehus på riktig nivå.

Vi skal videreføre den overordnede organiseringen av de prehospitale tjenestene, med en klinikk i hvert helseforetak og revitalisere arenaer for samarbeid på tvers av helseforetakene. Pasientreiseområdet bør integreres bedre med de prehospitale tjenestene for å sikre bedre utnyttelse av de samlede ressursene og tilby transport på riktig nivå.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- arbeide systematisk med bedre prioritering og fordeling av luftambulanseressursene – både mellom pasientgrupper og mellom geografiske områder i regionen
- utrede AMK-strukturen i Helse Nord, herunder realisere faglige og organisatoriske forbedringer, samt økonomiske gevinster knyttet til innføring av ny teknologi
- forbedre kapasiteten i tilbringertjenesten til og fra flyplass/landingsplass for helikopter, basert på bilambulanser med fagpersonell fra sykehusene
- differensiere og øke kapasiteten i bilambulansetjenesten gjennom felles regionale retningslinjer for- og økt bruk av syketransportbiler («hvite biler»)
- ta i bruk mulighetene i ny teknologi for forbedret tilgjengelighet og beredskap i bilambulansetjenesten
- utvikle felles regionale prosedyrer og opplæringspakker for personell i bilambulansetjenesten og i samarbeid med kommunene utvikle strukturer for å ivareta regional fag- og systemutvikling, forskning, forvaltning og rapportering i Helse Nord, herunder lederforum og fagråd

Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling

Vi skal sikre god faglig kvalitet i pasientbehandlingen i de prehospitale tjenestene. En viktig forutsetning for dette er at pasientene får riktig tilbud til riktig tid. Ny teknologi legger til rette for å gi avansert behandling prehospitalt, og slik flyttes tjenestene nærmere pasienten.

En viktig forutsetning for styring og utvikling av tjenestene er at det foreligger sammenlignbare styringsdata der ledere både lokalt og på klinikknivå kan monitorere virksomheten fra dag til dag. Kvalitetsindikatorer og rapporter fra tilsyn er viktige verktøy for å evaluere og korrigere tjenestene.

Nye teknologiske løsninger er under innføring i de prehospitale tjenestene. Nye IKT-løsninger vil sammen med nødnett gi bedre kommunikasjonsløsninger og muligheter også for overføring av video og pasientdata i sanntid. Prehospital elektronisk journal (P-EPJ) vil i tillegg til pasientdokumentasjon gi grunnlag for bedre samhandling gjennom strukturert kommunikasjon i akuttkjeden og være kilde for data for styring, tjenesteutvikling, kvalitetsutvikling og forskning. Felles prosedyrer og standardiserte verktøy for beslutningsstøtte er en forutsetning for å utnytte disse mulighetene optimalt. Trygg akuttmedisin og FRAM-samarbeidet er et godt utgangspunkt for å bredde dette i hele regionen.

Det er dokumentert at transporttilbudet til psykisk syke og ruspasienter ikke er godt nok. I tillegg til tiltak som blir iverksatt på nasjonalt nivå, skal vi gjennomføre flere tiltak for å forbedre pasientforløpene og tilbudet til denne pasientgruppen. Det er et mål i seg selv å redusere antall transporter gjennom å styrke tilbudene lokalt. For de som likevel må transporteres til behandling i Bodø og Tromsø, må vi både sikre raskere tilgang på ambulansefly og en profesjonell og forutsigbar ledsagertjeneste.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- profesjonalisere og etablere en mer forutsigbar ledsagertjeneste ved transport med ambulansefly for pasienter til behandling i tvungent psykisk helsevern – i samarbeid med fagmiljøer i psykisk helsevern og politiet
- utvikle og innføre opplæringsprogram for hele ambulansetjenesten for god ivaretagelse av pasienter med sykdomsutløst utagerende atferd
- innføre og ta i bruk nye IKT-løsninger og P-EPJ i de prehospitale tjenestene og utnytte mulighetene i de teknologiske løsningene til å få felles styringsdata, felles systemer for avviksrapportering og oppfølging av tjenesten i hele regionen
- følge opp og etterleve funn i riksrevisjons- og tilsynsrapporter som berører det prehospitale området med egne handlingsplaner i helseforetakene
- implementere omforente behandlingsprosedyrer for aktuelle pasient- og diagnosegrupper i hele regionen, i samarbeid med kommunene
- innføre felles regionalt prosedyreverk i ambulansetjenesten gjennom deltakelse i FRAM-samarbeidet og bidra til at leger i primærhelsetjenesten får tilgang til dette digitalt
- vurdere etablering av én eller flere prehospitale opplærings- og treningssentre i regionen
- tydeliggjøre og profesjonalisere rollen til AMK-legen
legge til rette for felles kompetanseplan for AMK-leger og AMK-

Vi forbedrer gjennom samarbeid

Samarbeid og samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og de akuttmedisinske tjenestene i spesialisthelsetjenesten er en avgjørende forutsetning for en godt koordinert og sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Videreføring av initiativet i den nasjonale førstehjelps-dugnaden «Sammen redder vi liv» (2017), med særlig fokus på publikum som førstehjelpsressurs, er også viktig for pasientens utkomme i akutte medisinske situasjoner.

Helseforetakene skal gjennomgå de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene. Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene skal på bakgrunn av dette revideres når ny nasjonal veileder foreligger. Gjennom arbeidet med utviklingsplaner og samarbeidsavtaler skal det legges til rette for samhandlingsarenaer, felles opplæring, trening og kompetanseoverføring mellom aktørene lokalt.

Det er utviklet flere samarbeidsmodeller for å forbedre behandlingsforløpene og informasjonsflyten i akuttmedisinske situasjoner. Prosjektet Trygg akuttmedisin er utviklet ved UNN. Akuttkjedeprojektet i Telemark har hatt pasientfokus og likeverdighet mellom sykehus og kommuner som suksessfaktorer. «Rørosprosjektet» er inspirert av et konsept kalt «mobil integrert helsetjeneste», der strategien er at flere helsetjenester leveres i fellesskap av kommunen og helseforetaket. Ett element er at personell i akuttberedskap med lav forekomst av akuttoppdrag, utnytter ledig tid til å ivareta deler av kommunens og helseforetakets forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunen.

Nødnett og potensialet i nye IKT-løsninger og teknologi, slik som overføring av vitale parametere og videoløsninger, må inngå i utviklingen av samarbeid lokalt. Dette kan skje på flere nivåer; både for å bygge relasjoner mellom helsepersonell, for å øve sammen og som beslutningsstøtte mellom tjenestene. Et konsept kalt «Sammen på vakt» går ut på at lokale vaktlag – i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – har en digital konferanse, for eksempel ved vaktstart, der de orienterer seg om hvem som er på vakt og om det finnes utfordringer i tjenestene lokalt de andre aktørene bør kjenne til.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- sikre at kommunene blir involvert i arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner og at det gjennomføres felles ROS-analyser som grunnlag for revidering av samarbeidsavtalene
- utrede og utvikle alternative modeller for tilpasset akuttmedisinsk beredskap i distriktene i samarbeid med kommunene
- sikre involvering og forankring i relevante fagmiljøer både i kommuner og sykehus ved utvikling av felles prosedyrer og tjenestemodeller
- legge til rette for digital deling av prosedyrer og verktøy og systemer for tilbakemelding og evaluering
- styrke det faglige samarbeidet mellom pre- og intrahospitale fagmiljøer i akuttmedisinske situasjoner
- bidra i opplæring og trening av frivillige førstehjelpsgrupper (akutthjelpere) og kommunalt helsepersonell sammen med ambulansetjenesten i samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner
- utnytte teknologiske nyvinninger innen video-kommunikasjon og annen elektronisk kommunikasjon for bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten, ambulansetjenesten, AMK- og LV-sentralene og akuttmottakene

Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser

Rekruttering og stabilisering av kompetente medarbeidere er en forutsetning for å yte forsvarlige tjenester. Trygge og kompetente medarbeidere med gode og forutsigbare arbeidsvilkår gir sikker pasientbehandling.

Vi har et ansvar for at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver, og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden. Standardisering av prosedyrer, nytt teknologisk utstyr og nye IKT-løsninger vil være viktige bidrag.

Systematisk fag- og kompetanseutvikling, trening og simulering, erfaringsutveksling og rotasjonsordninger mellom virksomheter blir viktig for å opprettholde kvalitet i tjenestene framover. Bemanningsplanleggingen kan bidra til å redusere behovet for vikarer og sikre nødvendig kompetanse. Det bør også vurderes muligheter for kombinasjonsstillinger mellom prehospitale tjenester og i sykehus, som også inkluderer sykepleiere og spesialister i akutt- og mottaksmedisin.

Helse Nord RHF's delstrategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK) omfatter også det prehospitale området.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- initiere et arbeid som sikrer god medvirkning med tillitsvalgte og vernetjenesten, for å gjennomgå arbeidstidsordningene i ambulansetjenestene, med sikte på mer ensartede ordninger på tvers av helseforetakene
- Ambulansebiler skal være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres der det er et lavt antall akuttoppdrag pr. år og ambulansen kan være bemannet innen forsvarlig tid etter varslings.
- sikre at krav til arbeidslokaler mv. i ambulansetjenesten blir ivaretatt
- innføre bemanningsplanlegging som også omfatter ferieavvikling og fagutvikling
- ha bevissthet om og tilrettelegge for at det fortsatt skal være personell med ulik utdanningsbakgrunn i ambulansetjenesten, der ambulansefagarbeidere fortsatt vil være grunnstammen
- i samarbeid med aktuelle læresteder tilrettelegge for videreutdanning og kompetanseutvikling for alle ansatte i ambulansetjenesten og prehospitale tjenester for øvrig, samt sikre lærlinge- og studieplasser i tjenesten
- tilrettelegge for seniortiltak gjennom mer differensierte arbeidsoppgaver, for eksempel ved flere syke transportbiler («hvite biler») i tjenesten
- benytte systematikken i medarbeiderundersøkelsen ForBedring for å

Vi er forberedt

Vår rolle i egenberedskap og internasjonalt samarbeid i nordområdene vil bli stadig viktigere framover. Helse Nord RHF er gitt en nøkkelrolle i arbeidet med helhetlig beredskap i nært samarbeid med andre kritiske samfunnsinstitusjoner. Samarbeid mellom helseforetakene, kommuner og andre beredskapsaktører er viktig for å etablere felles situasjonsforståelse, dele informasjon, samordne og samhandle i øvelser og respons ved aktuelle hendelser.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- følge opp læringspunkter etter evaluering av øvelser og hendelser, herunder covid-19-pandemien
- følge opp arbeidet knyttet til operative beredskapsplaner med Forsvaret, herunder samhandling og kommunikasjon i den akuttmedisinske kjeden
- utdanne innsatsledere helse i regi av politihøgskolens innsatslederutdanning (ILH) i tråd med nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested
- sikre kontinuerlig oppdatert oversikt over masseskaderessursene til andre etater og organisasjoner
- sikre kompetanse innen smittevern, CBRNe- og PLIVO-hendelser
- ha en realistisk plan for opplæring og øvelser
- utarbeide dimensjonerende scenario for katastrofeberedskap i hele krisespekteret i samarbeid med nasjonale myndigheter og regionale samvirkeaktører
- videreutvikle det internasjonale samarbeidet med våre samvirkeaktører i nordområdene for å skape en større robusthet i vår region

1. Innledning

Befolkningen i Nord-Norge skal ha trygghet for at de får kompetent og rask hjelp når de trenger det ved akutt sykdom og skade. Pasientene skal oppleve en sammenhengende akuttmedisinsk tjeneste, basert på samhandling mellom kommuner og helseforetak, der riktig innsats settes inn tidlig og informasjon følger pasienten hele veien.

Bil- og båtambulanser er sammen med legevaktene, bærebjelkene i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Ambulansefly og -helikoptre er viktige, både for å få akuttmedisinsk kompetanse ut til pasienten og for å spare transporttid til sykehus hvor endelig behandling kan finne sted. AMK-sentralene koordinerer alle disse ressursene. I deler av Nord-Norge er luftambulanse også avgjørende for å nå tidsnok fram til regionsykehus. I den komplette akuttmedisinske kjeden inngår også kommunale helsetjenester med fastleger, legevakter, pleie- og omsorgstjenester, sykestuer, øyeblikkelighjelp tilbud, «first responders» og medisinsk nødmeldetjeneste.

Luftambulansetilbudet i Nord-Norge har blitt betydelig styrket i løpet av få år. Det er opprettet to nye ambulanshelikopterbasen og det er vedtatt etablert et nytt jetfly i Tromsø. De nye redningshelikoptrene AW101, som eies av redningstjenesten, vil ha større hastighet og derfor nå ut til et større geografisk område, samt bedre evne til å operere i dårlig vær enn dagens Sea King-helikopter. Det er etablert en ny redningshelikopterbase i Tromsø i 2022.

Helse Nord besluttet å utrede helikopterbasestrukturen i egen region, sett i en helhetlig akuttmedisinsk sammenheng. Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) er det gitt oppdrag om at helseforetakene skal gjennomgå de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, i forbindelse med arbeidet med sin neste utviklingsplan. Strategi for prehospitale tjenester i Helse Nord 2023–2026 skal gi overordnede rammer og føringer for dette arbeidet. Et viktig formål er også å sikre at den totale beredskapen i regionen blir ivarettatt, i tråd med mandatet som ble behandlet av styret i Helse Nord RHF 26. mai 2021¹.

¹ Helse Nord RHF: Styresak 61-2021

2. Nasjonale mål og rammer

Dette kapittelet gir en oversikt over dokumenter fra nasjonale myndigheter som gir overordne mål og rammer for utvikling av de prehospitale tjenestene.

2.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023² går det fram at Regjeringen vil (...) «fortsette arbeidet med å styrke kapasitet og kompetanse i de akuttmedisinske tjenestene. Det handler blant annet om å legge til rette for gode pasientforløp i akuttmottakene, sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede utenfor sykehus, fortsette satsingen på førstehjelp i befolkningen og utvikle god styringsinformasjon og bedre kunnskap om tjenesten. Ny teknologi legger til rette for å gi avansert behandling prehospitalt, og kan flytte tjenester nærmere pasienten.»

I tillegg ble blant annet følgende tiltak fremhevet i meldingen:

- å styrke kompetanse, innsikt og forståelse, samarbeid og samhandling, og sikre god ressursutnyttelse i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus
- at kompetansetjenestene innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin i spesialisthelsetjenesten gjennomgås
- at regelverket for båtambulansen gjennomgås i lys av akuttutvalgets utredning

Et viktig tiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er at kommuner og helseforetak skal etablere helsefellesskap. Helseforetakene er gjennom krav i foretaksmøte pålagt å legge til rette for at samarbeidet innrettes i tråd med prinsippene i avtalen og føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan. I forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble det inngått en avtale mellom regjeringen og KS i oktober 2019: «Regjeringen og KS ønsker at kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene. Regjeringen og KS ønsker derfor at helseforetak og kommuner sammen etablerer helsefellesskap»³.

I foretaksmøte i januar 2020 ba departementet om at de regionale helseforetakene stiller krav til helseforetakene om i sin neste utviklingsplan å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.

2.2 Lover, forskrifter, retningslinjer og utredninger

Dette er en oversikt over utvalgte lover, forskrifter, rundskriv mv. som legger føringer for organisering og utvikling av de prehospitale tjenestene:

Lover

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999)

² Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 jf. Innst. 73 S. (2020-2021)

³ Vedlegg 1 i Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

- Lov om helseforetak m.m. (2001)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999)
- Lov om helsepersonell (1999)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999)
- Lov om helsemessig og sosial beredskap (2001)
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer (1994)

Aktuelle forskrifter, rundskriv mv.

- Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (2015), samt veiledere. I [forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\)](#) er det gjort endringer som trådte i kraft 1. mai 2022.
- Forskrift om samordning av ambulansetjenesten med syketransport og transport av helsepersonell med båt (2004)
- Forskrift om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (2011)
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (2011)
- Forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester (2015)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016)
- Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede (2012)
- Rundskriv: Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid (IS 5/2012)

Stortingsmeldinger

- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen
- Meld. St. nr. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
- Meld. St. nr. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)
- Meld. St. nr.38 (2020–2021) Nytt, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Utredninger og rapporter

- NOU 2015: 17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus
- NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
- Beredskapsmessige forhold i luftambulansetjenesten. Rapport fra arbeidsgruppe (2014)
- Sentrale elementer vedrørende organisering av AMK-sentralene. Rapport fra utredningsgruppe (2016)
- Organisering av luftambulansetjenesten. Rapport fra ekspertgruppe (mars 2021)

Utredning av responstider

Veiledende responstider for ambulansetjenesten ble fastsatt i forbindelse med St. meld 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap, med følgende mål:

- Akuttoppdrag: 90 pst. av befolkningen skal nås med ambulanse innen 12 minutter i byer og tettsteder⁴ og 25 minutter for 90 pst. av befolkningen i griskrendte strøk.
- Hasteoppdrag: 30 minutter for 90 pst. av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 pst. av befolkningen i griskrendte strøk. Tiden måles fra et anrop til medisinsk nødtelefon 113 begynner å ringe i AMK-sentralen til første ambulanse er på hendelsesstedet.

I forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 5 (2020–2021), Innst. 275 S (2020–2021) Samfunnssikkerhet i en usikker verden, ble det fattet følgende vedtak (726):

«Stortinget ber regjeringen forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten og sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og på ambulansebasene.»

Helse- og omsorgsdepartementet har høsten 2021 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan dette kan gjøres, med frist desember 2022.

I Hurdalsplattformen⁵ går det fram at regjeringen vil legge fram en ny stortingsmelding om prehospitale tjenester som omfatter legevakttjenesten, responstider og en faglig standard for innholdet i ambulansetjenesten.

2.3 Nærmere om enkelte bestemmelser og krav i lov og forskrift

Regionale helseforetak har etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a ansvar for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Dette omfatter akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt båt. Det regionale helseforetaket har plikt til å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen.

Kommunene skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, inkludert legevakt, døgnskuttetjeneste og akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste.

⁴ I St. meld. nr. 43 (1999 – 2000) Om akuttmedisinsk beredskap ble det lagt til grunn at et rimelig og realistisk krav for å utgjøre by/tettsted er mellom 10 000 og 15 000 innbyggere. Innrapporterte data fra AMK inneholder ikke informasjon om hvorvidt hendelsen har skjedd i by og tettsted eller i griskrente strøk. Responstidene er derfor beregnet på kommunenivå, der kommuner med 10 000 innbyggere eller flere er definert som urbane strøk.

⁵ Regjeringsplattformen (2021-2025)

Krav til faglig forsvarlighet

Det er et grunnleggende krav at helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell. Virksomhetene skal legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard som betyr at innholdet utvikles i takt med kunnskapen fagområdene og må bl.a. vurderes ut fra eksisterende normer, herunder Helsedirektoratets faglige retningslinjer, retningslinjer utarbeidet i tjenesten, tilsynsmyndighetenes avgjørelser eller domsavgjørelser. Virksomheten må styre med siktemål om at tjenestene er i samsvar med god praksis.⁶

Krav til internkontroll

Helseforetaket skal sikre at krav til forsvarlighet i virksomhetene er ivaretatt gjennom internkontroll, jf. § 5 i lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten mv

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 fastslår at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Personell i kommunale helse- og omsorgstjenester har tilsvarende plikt overfor spesialisthelsetjenesten etter § 5-11 i helse- og omsorgstjenesteloven.

Akuttmedisinforskriften

Akuttmedisinforskriften regulerer både kommunenes og de regionale helseforetakenes tjenester utenfor sykehus. Formålet er å bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester. Forskriften stiller krav til bemanning og kompetanse og pålegger virksomhetene å sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Båtambulansetjenesten er regulert av akuttmedisinforskriften og forskrift om ambulansetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt et eget oppdrag, ledet av Helse Nord RHF, om å gjennomgå disse forskriftene og forenkle regelverket. Det tas sikte på å oversende forslag til departementet i desember 2021.

⁶ Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. Organisering av luftambulansetjenesten. Rapport 2021.

Helsedirektoratet har utarbeidet flere veiledere til akuttmedisinforskriften:

- Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested (2020) [Helsetjenestens organisering på skadested - Nasjonal veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Legevakt og legevaktsentral (2020) [Legevakt og legevaktsentral - Helsedirektoratet](#)
- Nasjonal veileder for masseskadetriage (2013/2020) [Masseskadetriage - Helsedirektoratet](#)
- Nasjonal faglig retningslinje for CBRNE-hendelser med personskade (2017) [CBRNE-Helsedirektoratet](#)
- Nødnett i helsetjenesten (2018) [Nødnett i helsetjenesten - Helsedirektoratet](#)
- Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (2018) [Norsk indeks for medisinsk nødhjelp - Helsedirektoratet](#)

KOKOM har utarbeidet Håndbok i kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner. [Håndbok 2018 - KOKOM](#)

Lov og forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Lovens kapittel 3 setter krav til etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern. Forskriftens § 1 omtaler plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. § 7 inneholder bestemmelser om begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke

Rundskriv IS-5/2012 har til formål å klargjøre ansvars- og oppgavefordeling samt rammer for samarbeid mellom helsetjenesten og politiet i forhold til psykisk syke. Helsetjenesten har hovedansvar for personer under tvungent psykisk helsevern og skal ved behov følge personer til undersøkelse eller behandling. Politiet har bistandsplikt ved tvungent psykisk helsevern i situasjoner der helsetjenesten vurderer dette som nødvendig. Dette kan blant annet være aktuelt for å «bringe en person til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern». I henhold til dagens regelverk dekkes politiets reise-, oppholds- og arbeidsgodtgjørelse av de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet og Politidirektoratet har fått i oppdrag å revidere rundskrivet.

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e stiller krav om at det inngås samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner. Tjenesteavtale nr. 11 omhandler beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Partene plikter å samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet samlet blir tilgjengelig og av god kvalitet. Dette gjelder bl.a.:

- a) Holde hverandre oppdatert om faktiske tilbud i de ulike tjenestene i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som nødvendig kommer frem til riktig behandlingssted/-nivå
- b) Avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner, for å unngå overlapping i, og usikkerhet omkring hvilket tilbud som gis hvor
- c) Etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner, herunder bruk av nødnett
- d) Avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling i akutte situasjoner (alvorlig sykdom og traumer) i henhold til gjeldende lovverk, avgrenset mot syketransport (transport av pasienter som ikke trenger ambulanse) og luftambulanse
- e) Delta i og følge opp nasjonale og regionale satsinger innenfor prehospital akuttmedisin
- f) Tilrettelegge for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller
- g) Ta initiativ til og delta i trening og øvelser

Samarbeidsavtalene skal bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakene og kommunenes ansvarsområder. Lokalisering og dimensjonering av legevakt og ambulansestasjoner skal sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene skal konkretiseres slik at de kan være et felles planleggingsverktøy. Det må være dialog mellom helseforetak og kommuner om eventuelle endringer i tilbudet. Virksomhetsledelsen skal påse at personellet får nødvendig opplæring og trening og sikre at det gjennomføres regelmessige øvelser sammen med øvrige akuttmedisinske tjenester og øvrige nødetater.

Helsedirektoratet skal revidere «Veileder for samarbeidsavtaler» (2011) i samarbeid med KS og de regionale helseforetakene. Endelig nasjonal veileder forventes å bli formelt publisert innen mars 2022⁷.

2.4 Aktører og organisering av prehospitaltjenester

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

De regionale helseforetakene har ansvar for å etablere og drive AMK-sentraler og medisinsk nødnummer 113. AMK mottar nødmeldinger, gir veiledning og iverksetter tiltak basert på «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp». AMK fastsetter hastegrad og velger den ambulanseressursen som er best egnet for oppdraget. Dette skjer ofte i samarbeid med legevaktlegen, når legevakt er involvert. AMK koordinerer ambulanseressursene og er «navet» i samhandlingen i den akuttmedisinske kjede. AMK-sentralene skal bemannes med sykepleier eller ambulansesarbeider som har gjennomført

⁷ Helsedirektoratet: Brev 27. mai 2021.

tilleggsutdanning som operatør. Lege med akuttmedisinsk kompetanse skal være tilgjengelig på døgnbasis.

Regional AMK-sentral (R-AMK) har koordineringsansvar i regionen og skal bistå lokale AMK-sentraler for å sikre god varsling og effektiv ressursutnyttelse og godt samarbeid i situasjoner der flere AMK-sentraler er involvert; ved større aksjoner og ekstraordinære hendelser. AMK-LA (én per region) koordinerer ambulanshelikoptre og utfører «flight following» for sine respektive helikoptre.

Koordinering av ambulansfly

Ambulansflyene blir koordinert operativt av Flykoordineringsentralen (FKS) som er organisert under Luftambulansetjenesten HF og samlokalisert med AMK-Tromsø. FKS iverksetter oppdrag og har ansvar for operative forberedelser og koordinering av ambulansflyene. Medisinsk koordinering ambulansfly⁸ (MKA) har ansvar for medisinske avklaringer, hastegrad, ledsagerbehov, bestilling av ambulans og praktisk gjennomføring av oppdrag.

Bilambulansetjenesten

Bilambulansetjenesten er en viktig del av den akuttmedisinske kjeden. Ambulansbiler skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansarbeider. Der det er bare én ambulansarbeider, må den andre ha autorisasjon som helsepersonell og nødvendig ambulansfaglig kompetanse. Videreutdanning i paramedic/ paramedisiner har løftet kompetansen på tjenesten ytterligere. Utvikling av ambulansfaget og ny teknologi har gitt økte muligheter for avansert diagnostikk og behandling utenfor sykehus. Ambulansetjenesten har en sentral rolle i å sikre pasienten rett behandling til rett tid og på rett nivå.

De senere årene er det i økende grad arbeidet med å differensiere transport av pasienter ved å etablere et tettere samarbeid med pasientreiser og introdusere syketransportbiler (hvite biler). Dette er biler som er utstyrt med bære og brukes når pasienten ikke har behov for medisinsk overvåkning eller behandling under transport.

Båtambulansetjenesten

Båter brukes til ulike oppdragstyper som ambulansetransport, syketransport og skyss av helsepersonell⁹. Det er tre hovedtyper ambulansbåt; dedikert og uniformert ambulansbåt, legeskyssbåt og rutegående fartøy (samfunnsbåt) som er forberedt for helseoppdrag. Båtene kan ha to oppdragsgivere når det er inngått avtale mellom kommuner og helseforetak. Mange helseforetak har også avtale med Redningsselskapet som har fartøy i beredskap langs hele kysten, for bruk til helseoppdrag ved behov.

⁸ MKA er i dag lokalisert på tre steder; Tromsø, Ålesund og Lørenskog, men det pågår en utredning for å se på endelig organisering.

⁹ Det er flest båtambulansoppdrag i Helse Nord.

Ambulansebåter skal være bemannet med minst én person med autorisasjon som ambulansearbeider, i tillegg til båtfører. Helseforetakene kan inngå avtale med private aktører, ideelle organisasjoner eller det offentlige om ambulansébåttjeneste.

Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten er sentral for effektiv behandling, transport og beredskap ved akutt sykdom eller skade. Ambulansefly er også viktig for transport av pasienter mellom sykehus. Tjenesten bidrar til et mer likeverdig helsetilbud i hele landet og til at pasientene kan dra nytte av moderne behandlingstilbud ved tidskrisiske tilstander og når det er lang avstand til aktuelt sykehus. Ambulansehelikoptre er bemannet med anestesilege og redningsmann, ambulansfly er tilsvarende bemannet med intensiv- eller anestesisykepleier og i noen situasjoner også med anestesilege.

Redningshelikoptrene eies av redningstjenesten og disponeres av HRS. Disse inngår også som ressurs i luftambulansetjenesten, er bemannet med anestesilege og redningsmann og har samme medisinske utstyr som ambulanshelikoptrene.

Luftambulansetjenesten HF, som eies av de fire regionale helseforetakene i fellesskap, har det overordnede driftsansvaret for luftambulansetjenesten i Norge og inngår avtaler med sivile operatører om den operative driften. Helseforetakene har det medisinske ansvaret i luftambulansetjenesten, herunder ansvaret for lege- og sykepleierbemanning. Luftambulansetjenesten samarbeider med redningstjenesten og Hovedredningssentralen (HRS) benytter ambulanshelikoptrene til søk- og redningsoppdrag over hele landet.

I Hurdalsplattformen varsler regjeringen forberedelse av statlig overtakelse av luftambulansen og utredning av modeller for samarbeid med ideelle, for å avskaffe tilbud i tjenesten.

Pasientreisekontorene

Pasientreisekontorene i helseforetakene har ansvaret for planlagte reiser til og fra medisinsk behandling og står for planlegging og bestilling av reiser med rekvisisjon. Pasientreiser HF administrerer oppgjør for reiser uten rekvisisjon og yter juridisk bistand og opplæring, gjennomfører nasjonale prosjekter og bidrar til harmonisering av regelverk og praktisering i forvaltningen av pasientreiser på nasjonalt nivå.

Kommunal legevakt og legevaktsentraler

Kommunene skal ha en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunen kan ha egen legevaktordning eller samarbeide med andre kommuner i et interkommunalt legevaktdistrikt. Hvert legevaktdistrikt skal være tilknyttet en legevaktsentral (LV-sentral). LV-sentralen skal normalt besvare telefonhenvendelser på nasjonalt legevaktnummer 116117 innen to minutter. LV-

sentraler og leger i vakt skal være tilgjengelige i nødnett.¹⁰ Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart. Legevakt og AMK skal legge til rette for at vaktlege kan følge med i ambulansen dersom det er behov for legekompentanse for å undersøke, behandle eller overvåke pasienten. Det presiseres imidlertid at lege i vakt i kommunen har et selvstendig ansvar for å rykke ut.

Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Det følger av egen forskrift at dette både gjelder pasienter og brukere med somatisk sykdom og sykdom innenfor psykisk helse- og rus-området¹¹. I Nord-Norge var det i 2019 totalt 120 døgnplasser (inkl. sykestuer i Finnmark) med totalt 7 137 innleggelser (derav 3455 i sykestuer).¹²

Akutthjelpere

Akuttmedisinforskriften slår fast at kommunene og de regionale helseforetakene kan inngå avtale om bistand fra akutthjelpere som del av sin akuttmedisinske beredskap. Akutthjelpere kan være medlemmer av frivillige organisasjoner eller kommunalt brannvesen. Bistand kan komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder for akutthjelpere som ble sendt på høring sommeren 2019. Veilederen er ikke endelig fastsatt.

Andre aktører

De andre nødetatene og frivillige organisasjoner har en viktig rolle i akuttberedskapen. Det er samarbeidsarenaer mellom nødetatene helse, politi og brann blant annet om utvikling av kompetanse og teknologi. Nødmeldetjenestene er samlokalisert flere steder i landet. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO) er driftssenter for helsetjenestens bruk av løsninger for nødnett og kontrollrom med installasjoner. Brukere er regionale helseforetak, helseforetak og alle landets kommuner.

Publikum er en viktig ressurs som kan redde liv i akutte situasjoner. Den nasjonale strategien «Sammen redder vi liv» handler om tidskritiske tilstander som hjerneslag, hjerteinfarkt, alvorlige skader og hjertestans. Målet er at hele befolkningen skal gjenkjenne tegn på disse tilstandene, sørge for tidlig varsling til 113 og kunne yte enkle livreddende førstehjelpstiltak. Den nasjonale førstehjelpsdugnaden har etablert

¹⁰ [Helsedirektoratet: Legevakt og legevaktsentral. Nasjonal veileder.](#)

¹¹ Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud (2016)

¹² [Helsedirektoratet: Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Status 2019](#)

samarbeid mellom helsemyndigheter, helsetjenesten, ideelle og frivillige organisasjoner, pasient- og brukerorganisasjoner og kommersielle aktører.

Det er etablert flere nasjonale kompetansemiljøer for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus: Nasjonal kompetansetjeneste for prehospitalet akuttmedisin, Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KOKOM), Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin, og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM).

Private og ideelle aktører inngår også i de prehospitale tjenestene, blant annet som operatører innenfor luft- og båtambulansetjenesten, pasientreiser og syketransport. Frivillige og ideelle organisasjoner som f.eks. Redningsselskapet, Norsk Folkehjelp, Røde Kors Hjelpekorps og Stiftelsen Norsk luftambulans, er viktige bidragsytere for helsetjenesten.

3. Regionale mål og rammer

I dette kapitlet er det en oversikt over sentrale dokumenter og endringer i Helse Nord som gir rammer for utvikling av de prehospitale tjenestene.

3.1 Regional utviklingsplan 2035

Styret i Helse Nord RHF behandlet Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord i desember 2018 (sak 158-2018). Planen skal ligge til grunn for prioriteringer og utviklingsarbeid i Helse Nord, og konkretiseres i oppdragsdokument (ettårig), handlingsplaner (fireårige) og investeringsplaner (åtteårige). Det er lagt til grunn at Helse Nord skal organisere prehospitale tjenester slik at de er tilpasset et desentralt bosettingsmønster og at det ved endringer skal gjøres risikovurdering i samarbeid med berørte kommuner.

[Regional utviklingsplan 2035](#)

3.2 Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024

Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024¹³ bygger på føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, der utvikling av pasientens helsetjeneste er et overordnet mål.

Strategien viser hvilke strategiske grep Helse Nord RHF vil prioritere for å nærme seg de langsiktige, strategiske målene og styringsmålene de neste fire årene. Den omtaler hvilke tiltak det regionale helseforetaket må iverksette og som skal lede til at helseforetakene når styringsmålene det stilles krav om i oppdragsdokumentet. Dokumentet skal suppleres av delstrategier for spesifikke deler av virksomheten, regionale fagplaner og økonomisk langtidsplan.

Strategien angir fem innsatsområder/prioriterte strategiske grep:

1. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
2. Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
3. Vi forbedrer gjennom samarbeid
4. Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
5. Vi er forberedt

Satsingsområder som har særlig relevans for strategi for prehospitale tjenester, er å forbedre pasientforløp gjennom bruk av teknologi, samt å videreutvikle felles regionale prosedyrer, standarder og metoder. [Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024](#)

3.3 Regional beredskapsplan

Regional beredskapsplan beskriver Helse Nord's beredskap for eksterne og interne hendelser ved kriser og katastrofer i fred og krig. Dette gjelder for hendelser som

¹³ Helse Nord RHF: Styresak 10-2021.

overstiger den normale akuttberedskapen i daglig drift. Planen er overordnet og gir blant annet forutsetninger og krav til helseforetakenes beredskapsplaner. Regionale beredskapsplan inneholder også delplaner for ulike hendelsestyper. Regional beredskapsplan (2013–2016) blir revidert i 2021–2022. Det blir også utarbeidet plan for samordning av beredskapsplaner for IKT-hendelser mellom Helse Nord IKT og de øvrige helseforetakene. Helse Nord's rolle i totalforsvaret vil bli beskrevet i regional beredskapsplan.

3.4 Endringer i struktur med betydning for prehospitaler tjenester

I det følgende blir det gitt en oversikt over planlagte endringer i sykehusstruktur og infrastruktur som vil kunne påvirke de prehospitaler tjenestene i regionen.

3.4.1 Nye Helgelandssykehuset

I foretaksmøte med Helse Nord RHF 27. januar 2020 ble det besluttet å endre sykehusstrukturen i Helgelandssykehuset (HSYK) fra en tre-sykehusmodell til en to-sykehusmodell med akuttstasjon i Mo i Rana og i Sandnessjøen og omegn. Distriktmedisinsk senter i Brønnøysund ferdigstilles våren 2022. I Mosjøen skal det fortsatt være psykiatri tilbud, og det vil være somatisk poliklinisk tilbud i samarbeid med kommunal helsetjeneste. Prehospitaler tjenester vil bli styrket i dette området. Prosjektet er nå i konseptfasen og målet er at Nye Helgelandssykehuset skal ferdigstilles innen 2028.

Det er utarbeidet en faglig utviklingsplan (2021–2035) for Nye Helgelandssykehuset. Prehospital klinikk har utarbeidet Strategiplan 2021–2027 som vil bli lagt til grunn blant annet for arbeidet med revidert plan for prehospitaler tjenester.

3.4.2 PCI-tilbudet i Bodø

I desember 2017 besluttet styret i Helse Nord at det skulle opprettes et dagtilbud for PCI-behandling ved sykehuset i Bodø. Tilbudet ble etablert i februar 2020. Dette har ført til redusert bruk av ambulansely for pasienter som ellers ville fått sitt tilbud i Tromsø. Tilbudet skal evalueres våren 2023. Evalueringen vil også være grunnlag for å vurdere om tilbudet skal utvides til døgnberedskap.

3.4.3 Planlagte endringer i infrastruktur i regionen

Ifølge Avinor har de fleste flyplassene i Nord-Norge god kapasitet til å møte den forventede veksten framover. I Kirkenes vil rullebanen bli forlenget for å bedre tilgjengeligheten, særlig om vinteren. Stortinget har vedtatt å bygge ny og større lufthavn i Mo i Rana som skal erstatte dagens kortbaneflyplass. Den nye flyplassen skal etter planen stå klar i 2025. I Bodø skal bygging av ny lufthavn skal starte i 2022 og etter planen være ferdigstilt i 2027. Andøya flystasjon planlegges nedlagt i 2022, men det berører ikke den sivile luftfarten.

Avinor har utredet framtidige transportløsninger for Lofoten, Ofoten og Vesterålen, herunder ny lufthavnstruktur, men dette er ikke prioritert i første seksårsperiode av Nasjonal Transportplan (NTP). For Hammerfest er det konkludert med å videreføre dagens lufthavnsløsning. Prosjektet vil evt. bli vurdert på nytt i neste rullering av NTP¹⁴.

En av Avinors oppgaver er å holde lufthavnene åpne for ambulansefly og helikopter både innenfor og utenfor lufthavnenes ordinære åpningstid. I 2017 var det over 33 000 bevegelser (landing og take off) med ambulansefly ved lufthavnene, over 22 000 av disse var i Nord-Norge¹⁵. Dette tilsvarer 60 bevegelser daglig. Følgende lufthavner hadde over 1000 bevegelser siste år¹⁶: Tromsø (5924) Bodø (2923) Alta (2223) Hammerfest (1496) Kirkenes (1 528) Brønnøysund (1630).

Kortbanenettet er en viktig del av infrastrukturen for de prehospitaltjenestene i Nord-Norge. Alle lufthavner har beredskapsplaner for aktivering ved ambulanseflyoppdrag. Dette innebærer at for hvert ambulanseflyoppdrag utenom flyplassenes åpningstid, må i noen tilfeller inntil tre lufthavner aktiveres (og brøytes om vinteren). Ved Svolvær lufthavn ble beredskap for deler av døgnet og helgedagene avviklet høsten 2016. Det er en selvbetjent drivstoffpumpe slik at lufthavnen fortsatt kan være tilgjengelig for ambulansetransport utenom lufthavnenes åpningstider.

Rapporten «Ambulanseberedskap ved Avinors lufthavner» (2016) ble avgitt på bakgrunn av et prosjekt mellom Helsedirektoratet, Avinor AS og de regionale helseforetakene, der en skulle utrede om ambulanseberedskapen kunne organiseres og driftes mer effektivt. Med bakgrunn rapporten er det etablert et kontaktutvalg mellom Avinor og de regionale helseforetakene for å bidra til et profesjonelt og mest mulig optimalt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og Avinor.

Det arbeides med en samarbeidsavtale mellom Avinor og det enkelte regionale helseforetak. Avtalene skal regulere kravet om å samarbeide ved større strukturelle endringer som i vesentlig grad vil kunne påvirke samarbeidspartene. Avtalene skal beskrive forventet leveranse fra Avinor til den enkelte helseregion, herunder krav til ambulanseberedskap. Den er viktig at spesialisthelsetjenestens behov for tilgang til lufthavnene blir løst på en hensiktsmessig måte, og at ambulanseberedskapen ved Avinors lufthavner drives så effektivt og optimalt som mulig.

3.4.4 Landingsplasser for helikopter ved sykehus

Luftfartstilsynet stiller krav til landingsplasser for helikopter ved sykehusene. Disse er forskriftsfestet blant annet gjennom forskrift om konsesjon for landingsplasser¹⁷ og Forskrift om utforming av små helikopterlandingsplasser.¹⁸

¹⁴ Meld. St. 20 (2020-2021) Nasjonal transportplan 2022-2033

¹⁵ [Avinor og nordområdene mot 2040. Nordområdestrategi \(2018\)](#)

¹⁶ Med unntak av Hammerfest er dette lufthavner med ambulanseflybaser.

¹⁷ [Luftfartstilsynet. Forskrift om konsesjon for landingsplasser](#)

¹⁸ [Luftfartstilsynet. Forskrift om utforming av små helikopterplasser](#)

Det går fram av Hurdalsplattformen at «Regjeringen vil sørge for landingsplasser for nye redningshelikoptre i NAWSARH-prosjektet ved sykehusene der det er behov». Basert på ny kunnskap om rotorvind fra AW101/Sar Queen etter at det nye redningshelikoptret har testflydd i noen områder av landet, blir det nå arbeidet med avbøtende tiltak for å sikre forsvarlige og trygge landingsplasser.

330-skvadronen i Bodø arbeider systematisk med å kartlegge alle lokale landingsplasser for helikoptre, og samarbeider med kommunene om eventuelle tilpasninger for at AW101 kan lande og hente syke og skadde. Helse Nord RHF vil ta initiativ til møter med fylkesberedskapsrådene både i Nordland og i Troms og Finnmark slik at tilsvarende forberedelser kommer i gang i alle kommuner i Nord-Norge.

Tabell 1: Helikopterplasser som har konsesjon og teknisk-operativ godkjenning for ambulanshelikopter

Finnmarkssykehuset	
Kirkenes	Godkjent (midlertidig)
Hammerfest	Flyplass benyttes, inntil landingsplass ved sykehus ferdigstilles tentativt 2024
Universitetssykehuset Nord-Norge	
Tromsø	Godkjent
Harstad	Godkjent
Narvik	Tilrettelagt landingsplass ved sykehuset. Nytt sykehus bygges med helikopterplass.
Nordlandssykehuset	
Bodø	Godkjent
Vesterålen	Godkjent
Lofoten	Ikke tilrettelagt. Landing på gress i nærheten.
Helgelandssykehuset	
Sandnessjøen	Godkjent
Mosjøen	Godkjent
Mo i Rana	Godkjent

Tabell 2: Status for tilpasning for landingsplass for AW101 ved sykehusene i Helse Nord

Finnmarkssykehuset	
Kirkenes	Sea King lander på flyplass. Det samme vil gjelde for AW101.
Hammerfest	Sea King lander på flyplass. Det samme vil gjelde for AW101. Landingsplass ved det nye sykehuset skal etableres.
Universitetssykehuset i Nord Norge	
Tromsø	Sea King lander på helikopterlandingsplass ved UNN. Det pågår utredning av tiltak for landing med AW101. Inntil videre vil AW 101 lande på Langnes lufthavn.
Harstad	Sea King lander ved sykehus. Landingsplass for AW101 vil være helikopterbase Stangnes. (Det vil bli få operasjoner med AW101 til Harstad.)

Narvik	Sea King lander midlertidig ved dagens sykehus. Landingsplass for AW101 vil måtte være Evenes lufthavn. (Det vil bli få operasjoner med AW101 til Narvik.)
Nordlandssykehuset	
Bodø	NLSH Bodø har operativ godkjenning for landing med AW101.
Vesterålen	NLSH Vesterålen har operativ godkjenning for landing med AW101.
Lofoten	Sykehuset har ikke landingsplass for helikopter. Sea King benytter Leknes lufthavn. Dette vil også gjelde AW101.
Helgelandssykehuset	
Mo i Rana	Sea King lander ved sykehuset. Landingsplass for AW101 vil være Røssvoll lufthavn. Det arbeides med å tilrettelegge for landingsplass nærmere sykehuset.
Mosjøen	Sea King lander på flyplass. Det vil også gjelde AW101.
Sandnessjøen	Sea King lander ved sykehuset. Nødvendige tiltak for AW101 vurderes i forbindelse med nytt sykehus. Flyplass benyttes inntil videre for AW101.

4. Dagens situasjon - utviklingstrekk og utfordringer

I dette kapittelet er det en oversikt over tilgjengelige prehospitale ressurser i Helse Nord, og en gjennomgang av status, utviklingstrekk og utfordringer i tjenestene. Omtalen er basert på foreliggende statistikk, tidligere utredninger, kvalitetsindikatorer og rapporter fra tilsyn, samt kartlegging og innspill i forbindelse med arbeidet med strategien.

4.1 Prehospitale tjenester i Helse Nord

4.1.1 Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK)

Det er fire AMK-sentraler i Helse Nord, en i hvert helseforetak. I Finnmark og i Bodø er AMK-sentralene samlokalisert med politiets operasjonssentral (112) og brann (110). Det pågår et arbeid for å vurdere samlokalisering også i Tromsø. UNN Tromsø ivaretar både R-AMK, AMK-LA og MKA-funksjon (ambulansedyt).

Helse Nord gjennomførte i 2014 en utredning for å vurdere behovet for antall AMK-sentraler i forbindelse med nytt nødnett¹⁹ som førte til at AMK-sentralen i Harstad ble nedlagt og ansvaret for området ble flyttet til UNN Tromsø. For å følge opp styrets vedtak skal det også utredes en mulig organisering med to AMK-sentraler i Nord-Norge.

4.1.2 Bil-, båt og luftambulansetjenesten

Helse Nord RHF vedtok i 2006 offentlig drift av bilambulansetjenesten, og at den skal ha en desentralisert struktur der geografi og bosetning i stor grad avgjør ressursbehovet. Det er til sammen 119 bilambulanse og 13 ambulansebåter i drift i Helse Nord (2020).

Minst 23 400 innbyggere har ambulansebåt som eneste eller raskeste «bakke-ressurs» ved behov for øyeblikkelig hjelp, de fleste knyttet til Helgelandssykehuset.

Helseforetakene har også avtale med Redningsselskapet om bruk av redningsskøyte ved behov.

Alle helseforetakene i Nord-Norge har syketransportbiler. Finnmarkssykehuset og UNN driver tjenesten i egen regi, Nordlandssykehuset har avtale med ekstern leverandør, mens Helgelandssykehuset har en kombinasjon av eksterne leverandører, frivillige lag og organisasjoner og egen regi. De fleste bilene er enmanns-betjente.

Oversikt over helseforetaksområdene

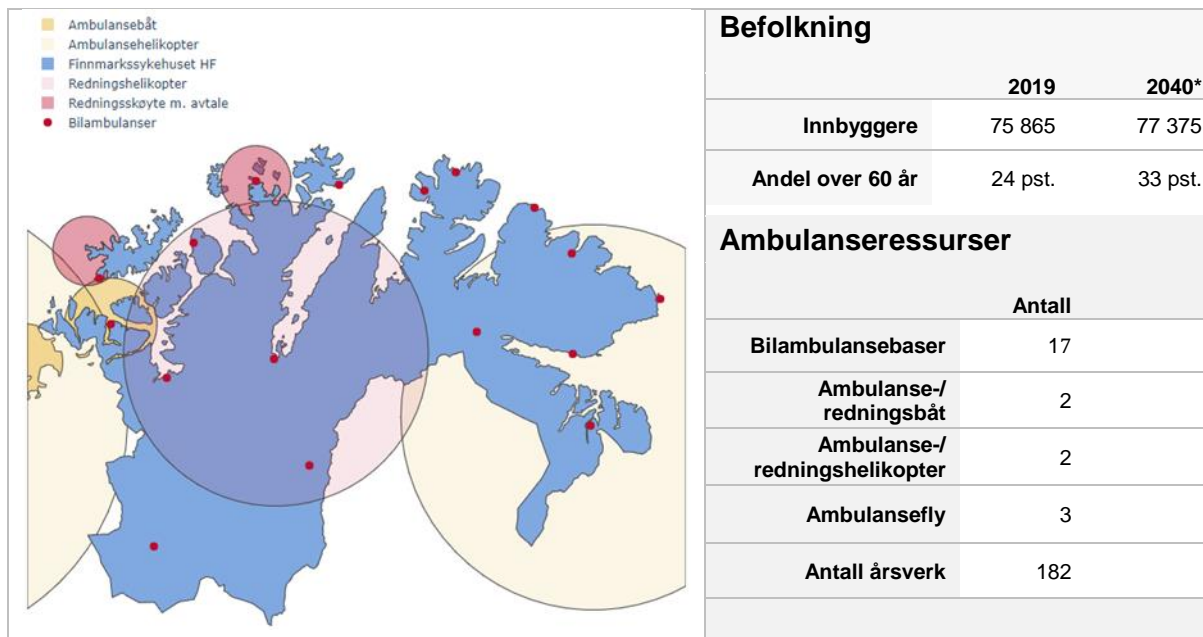
Under er det en oversikt over ambulanseressursene per helseforetaksområde sett opp mot befolkningstall mv²⁰. Sirklene i kartet viser rekkevidde for hhv. helikopter og ambulansedyt med kjøretid på 30 minutter²¹:

¹⁹ [Helse Nord RHF - Styresak 048-2014 - Fremtidig AMK-struktur](#)

²⁰ SSB sine framskrivninger (Hovedalternativet (MMMM))²⁰- se vedlegg 5.

²¹ Se vedlegg 6.2 for beregning av kjøretider/marsjart.

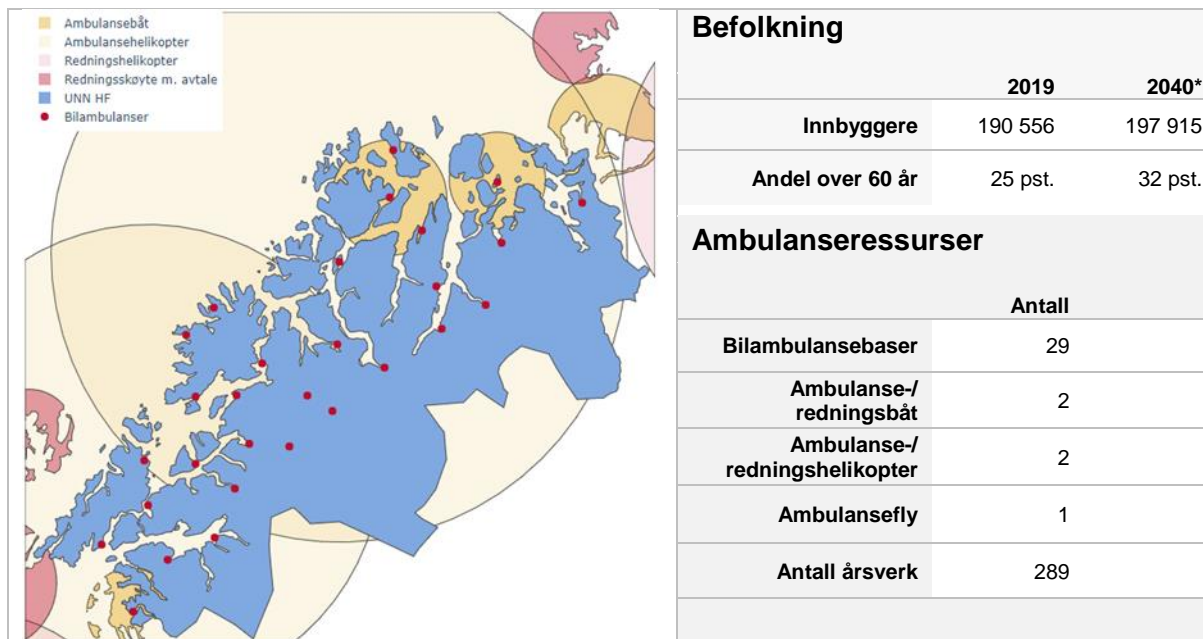
Finnmarkssykehuset



Ansvarsområdet til Finnmarkssykehuset omfatter 18 kommuner og til sammen omlag 76 000 innbyggere. Basert på framskrivningene til SSB forventes befolkningsveksten å være flat over de neste 20 årene (+2 pst.). Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 60 år vil øke med 42 pst., og antall innbyggere under 60 år vil bli redusert med 9 pst.

Det er ambulanshelikopter i Kirkenes, ambulansfly i Kirkenes og Alta (2) og redningshelikopter i Banak. Ambulanshelikopteret i Tromsø når også noen av innbyggerne i området innenfor en flytid på 30 minutter. Finnmarkssykehuset har 17 bilambulansebaser, en ambulansbåt i Øksfjord og avtale med redningsskøyte i Havøysund og Sørvær (samt tidvis bruk av fire andre redningsskøyter). Finnmarkssykehuset har også tre syketransportbiler som i hovedsak brukes til lange turer til/fra sykehus.

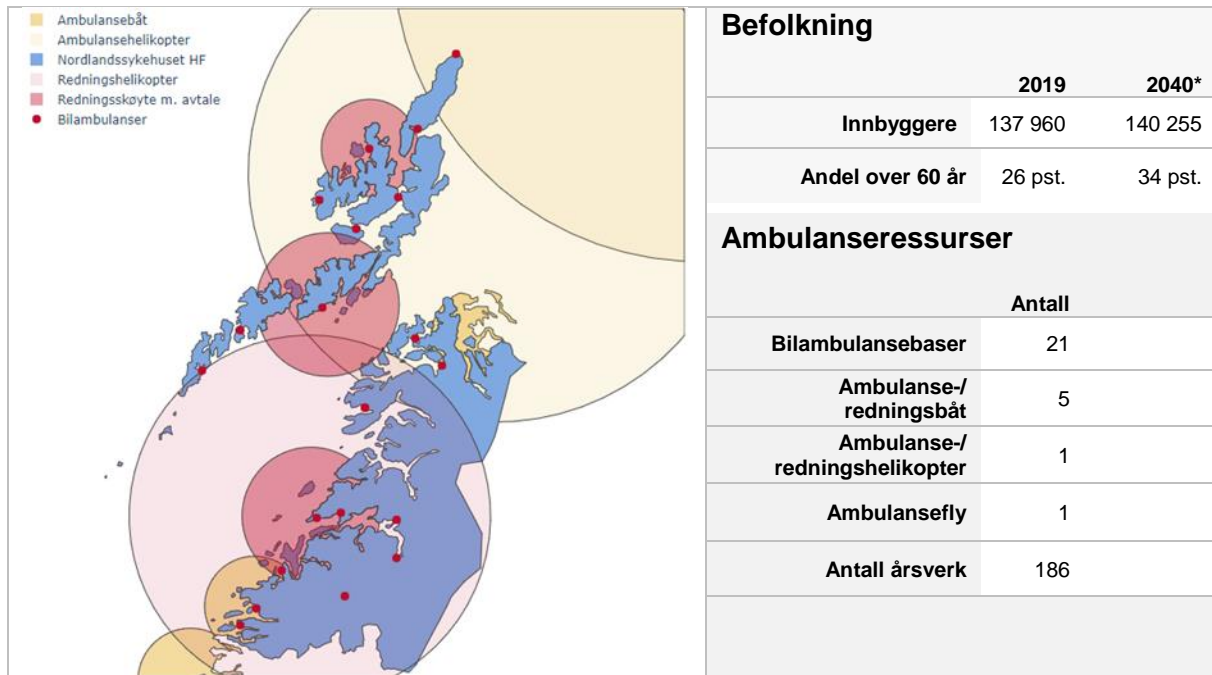
Universitetssykehuset Nord-Norge



Ansvarsområdet til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) omfatter 25 kommuner og til sammen omlag 191 000 innbyggere, i tillegg til øvrig befolkning i Nord-Norge som skal ha behandling på universitetssykehus. Basert på framskrivningene til SSB vil befolkningen øke med omtrent 4 pst. over de neste 20 årene. Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 60 år vil øke med 32 pst., og antall under 60 år vil bli redusert med 7 pst.

Det er ambulanshelikopter i Tromsø og i Harstad (midlertidig), samt ett ambulansfly og ett redningshelikopter i Tromsø. I samarbeid med EU er det etablert et nytt ambulans-jetfly i Tromsø. Universitetssykehuset Nord-Norge har 29 bilambulanserbaser, ambulansbåt i Karlsøy og Skjervøy, samt avtale om bruk av beredskapsferge, Grytøya. UNN har én syketransportbil som er stasjonert ved UNN, Tromsø.

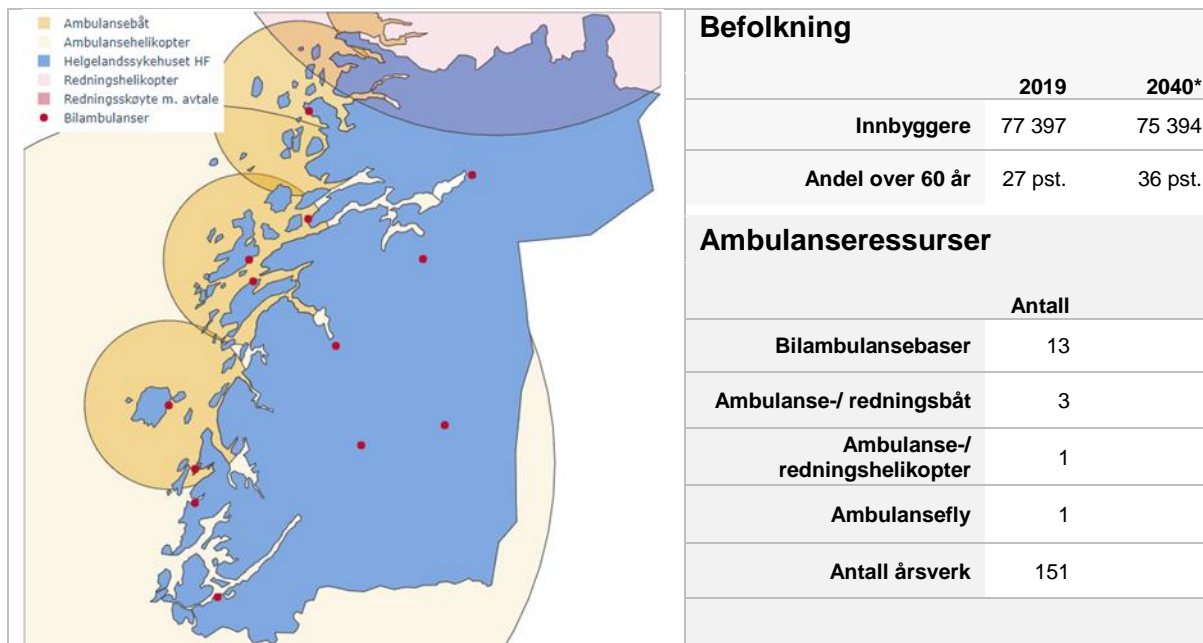
Nordlandssykehuset



Ansvarsområdet til Nordlandssykehuset omfatter 20 kommuner og til sammen omlag 138 000 innbyggere. Basert på framskrivningene til SSB vil antall innbyggere i området øke med 4 pst. mellom 2019 og 2040. Antall som er over 60 år vil øke med 36 pst., som implisitt betyr at antall innbyggere under 60 år i perioden forventes å bli redusert.

Det er redningshelikopter og ambulansfly i Bodø. Nordlandssykehuset har 21 bilambulanserbaser, ambulansebåt i Tysfjorden/Kjøpsvik og Ørnes, samt avtale med redningsskøyter i Svolvær, Ballstad, Myre og Bodø. Nordlandssykehuset har 6–7 syketransportbiler som er tilgjengelige alle dager unntatt helligdager (reduisert kapasitet helg).

Helgelandssykehuset



Ansvarsområdet til Helgelandssykehuset omfatter 18 kommuner og til sammen omlag 77 500 innbyggere. Basert på framskrivningene til SSB vil antall innbyggere bli redusert med 4 pst. de neste 20 årene, samtidig som antall innbyggere over 60 år vil øke med 28 pst.

Menon Economics har gjennomført flere prosjekter om Helgeland siste årene²². Det er angitt to anslag for økning i sysselsetting og befolkningsvekst fram mot 2035²³. Det øvre anslaget legger til grunn en økning i sysselsetting på Helgeland som kan føre til en samlet befolkningsvekst på 23 630 innbyggere. Det konservative anslaget angir en samlet befolkningsvekst på 3 800 innbyggere.

Det er ambulanshelikopter og ambulansefly i Brønnøysund. Helgelandssykehuset har 13 bilambulansebaser og tre ambulansebåter lokalisert til Lurøy, Dønna og Vega. Helgelandssykehuset har 22 syke transportbiler; 13 av disse er lokalisert på øyer der de er tilgjengelige 24/7/365. Disse brukes primært til transport av pasienter til kai, der ambulansbåt overtar. Helgelandssykehuset har også en Helseekspress (buss) som går alle hverdager mellom Brønnøysund og Mo i Rana via Sandnessjøen. Helseekspressen har en kapasitet på 18 sittende og to liggende pasienter og er bemannet med helsearbeider i tillegg til sjåfør.

²² Menon-publikasjon 76/2021: Helgelandssykehuset. En mulighetsstudie fram mot 2035.
Menon-publikasjon nr. 111/2021 «Ringvirkninger og samfunns-effekter av Freyrs etablering i Mo i Rana»

²³ [Menon Economics. Notat til Sykehusbygg 15. november 2021. Helgelandssykehuset: Styresak 93-2021. Vedlegg 2.](#)

4.1.3 Teoretisk dekningsgrad av ambulanseressurser

Det er gjort en beregning av teoretiske dekningsgrad av ambulanseressursene. Dette gir en overordnet oversikt over hvor mange av innbyggerne som kan nås av ambulanspersonell og få akuttmedisinsk hjelp innen definerte tidsfrister. Teoretiske dekningsgrader er imidlertid ikke et uttrykk for faktisk responstid²⁴, der blant annet samtidighet av hendelser, vær og føreforhold vil kunne påvirke situasjonen. Pasientenes behov for ambulansetjenester inngår heller ikke i beregningen

dekningsgrad luft tegnes som en sirkel rundt hver helikopterbase. Størrelsen på sirkelen er en funksjon av helikopterets oppgitte marsjhastighet i 30 minutter. Det forutsettes at ressursen kan fly direkte i en «nullvindsituasjon».

dekningsgrad bilambulanse er beregnet med veinettet fra Google Maps med dens algoritmer for å velge raskeste kjørerute mellom bil-basene og midtpunktet i hver km² med innbyggere. For bilambulansene er det her lagt til grunn andel av befolkningen som kan nås innen 25 minutter, med reaksjonstid på 5 minutter, og kjøretid på 20 minutter i angitt fartsgrense.

dekningsgrad ambulansebåter beregnes på tilsvarende måte som for ambulanshelikopter – nedslagsfeltet tegnes som en sirkel rundt hver båt-ambulansbase basert på båtens oppgitte marsjhastighet i 30 minutter. Alle innbyggere på fastlandet er ekskludert, på den måten gjenstår innbyggere i øysamfunnet eller steder som ikke nås direkte via veinettet (for eksempel halvøyen).

Ambulansebil, -båt og helikopter²⁵ er her rangert i et hierarki i beregningene. Det er lagt til grunn at bilambulanser alltid brukes når de kan, båtambulanser brukes der bilambulanse ikke er aktuell ressurs, og helikopter i de tilfellene der bil eller båt ikke kan nås innenfor responstidsberegningene som er lagt til grunn²⁶.

Teoretisk dekningsgrad – oppsummert

De teoretiske beregningene viser at 85 pst. av innbyggerne i Helse Nord kan nås av bilambulanse innen 25 minutter. 22 pst. av de gjenstående (15 pst.) kan nås av båtambulanse innen 45 minutter. Av de resterende som hverken nås av bil- eller båtambulanse, kan nesten samtlige nås av ambulans- eller redningshelikopter innen 45 minutter.

²⁴ Se avsnitt 4.3.1 vedr. resultater for 2020 på kvalitetsindikatorer for responstid.

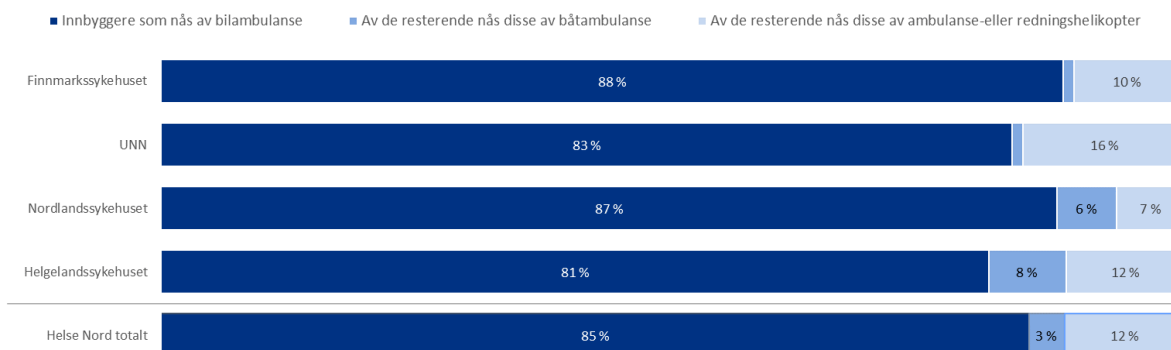
²⁵ Helikopter omfatter både ambulans- og redningshelikopter. Ambulansfly er ikke inkludert i beregningene. Dette fordi ambulansfly er avhengig av flyplass, og slik sett ikke et utrykningsfartøy som kan gi akuttmedisinsk hjelp på selve hendelsesstedet.

²⁶ Se vedlegg 6.

Figur 1 Teoretisk dekningsgrad med bil- og båtambulanse og helikopter innenfor definerte responstider per helseforetaksområde

Teoretisk dekningsgrad med bil, båt og helikopter

%-andel av innbyggere som nås av ressursene i Helse Nord sitt ansvarsområde



- Opptaksområdet til Finmarkssykehuset har de lengste avstandene i Helse Nord. 88 pst. av innbyggerne nås av bil- eller båtambulanse innenfor de definerte responstidene. 99,5 pst. av innbyggerne nås av bil, båt eller helikopter innen 45 minutter.
- I opptaksområdet til Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) nås 84 pst. av innbyggerne av bil- eller båtambulanse innen de definerte responstidene. De øvrige innbyggerne nås av helikopter innen 45 minutter.
- I opptaksområdet til Nordlandssykehuset nås 93 pst. av innbyggerne av bil- eller båtambulanse innenfor de definerte responstidene. De øvrige innbyggerne kan nås med helikopter innen 45 minutter.
- I opptaksområdet til Helgelandssykehuset kan 89 pst. av innbyggerne nås av bil- eller båtambulanse innenfor de definerte responstidene. De øvrige innbyggerne kan nås med helikopter innen 45 minutter.

4.1.4 Pasientreiser

Noen utviklingstrekk går i retning av lavere forbruk av pasientreiseordningen i årene framover. Mer hjemmebehandling, mer som kan behandles og følges opp i kommunehelsetjenesten og innføring av ny teknologi som ikke krever fysisk oppmøte (telefon, video og chat mv.), er eksempler på dette. Andre utviklingstrekk, slik som flere eldre, fritt behandlingsvalg, lengre transportavstander som følge av mer spesialisering og sentralisering av enkelte behandlingstjenester, trekker i retning av høyere forbruk.

Alle helseforetak har pasientreisekontor som administrerer reiser med rekvisisjon. Pasientreisekontorene knyttes tettere til prehospitaltjenester framover. Felles ledelse kan bidra til å styrke målsettingen om transport på rett nivå og bedre ressursutnyttelse. Finmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har samorganisert denne virksomheten.

4.2 Aktivitet og ressursutnyttelse

I avsnitt 4.1 er det gitt en oversikt over de prehospitale ressursene i helseforetakene i Helse Nord og en beregning av teoretisk dekningsgrad ut fra de eksisterende ressursene. I det følgende er det en framstilling av aktivitetsutviklingen innenfor de ulike tjenestene.

4.2.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Bil- og båtambulansetjenesten

Det var i 2020 til sammen 80 527 oppdrag med ambulansebil og det ble kjørt 4 884 845 km, som tilsvarer gjennomsnittlig 60 km per oppdrag²⁷. Det har vært en relativ jevn årlig vekst i antall oppdrag de siste åra med om lag 1 700–3 500 oppdrag per år. I 2020 var det imidlertid en nedgang på 4 500 oppdrag sammenliknet med året før. Ifølge SSB har det vært en samlet nedgang nasjonalt for oppdrag med ambulansebil på 4 pst. knyttet til lavere aktivitet under covid-19-pandemien²⁸.

Helgelandssykehuset har hatt størst økning i årlige antall ambulansoppdrag i perioden med gjennomsnittlig 4,4 pst. per år, mens Finnmarkssykehuset har hatt en liten nedgang med -1,1 pst. per år i gjennomsnitt. Universitetssykehuset Nord-Norge har en økning i antall oppdrag på +1,6 pst. per år og Nordlandssykehuset har hatt en økning i antall oppdrag på +0,5 pst. per år i gjennomsnitt.

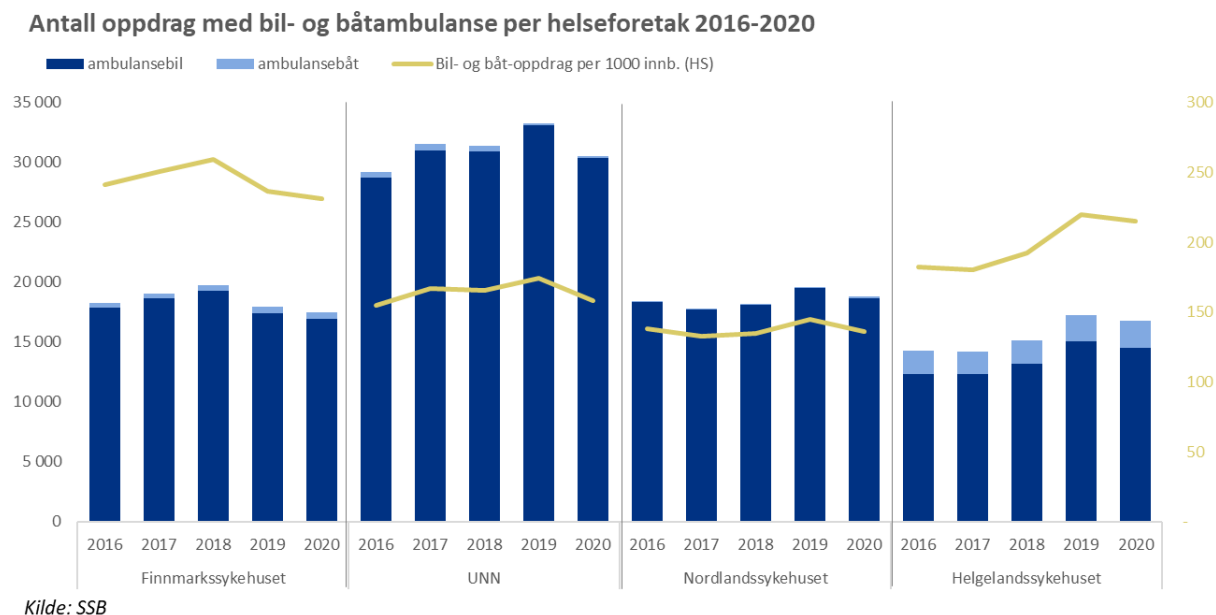
Møtekjøring med ambulans praktiseres i noen grad der det er lange avstander. Dette er et viktig tiltak for å ivareta beredskapen kommunen/ regionen. Det er imidlertid viktig at forflytning av pasientene skjer under verdige forhold, og gjennomføres etter gjeldende rutinger/ prosedyrer.

Ambulansebåtene i Helse Nord utførte 3 122 oppdrag i 2020. De kjørte 220 950 km som er 60 pst. av utkjørte km med ambulansebåter i Norge. Det har vært en liten økning på om lag 100 oppdrag per år fra 2017. Det har vært størst økning i Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset, mens UNN har hatt nedgang etter 2018. Nasjonalt var det i 2020 en samlet reduksjon på drøyt 6 pst. oppdrag med ambulansebåt fra 2019 (SSB).

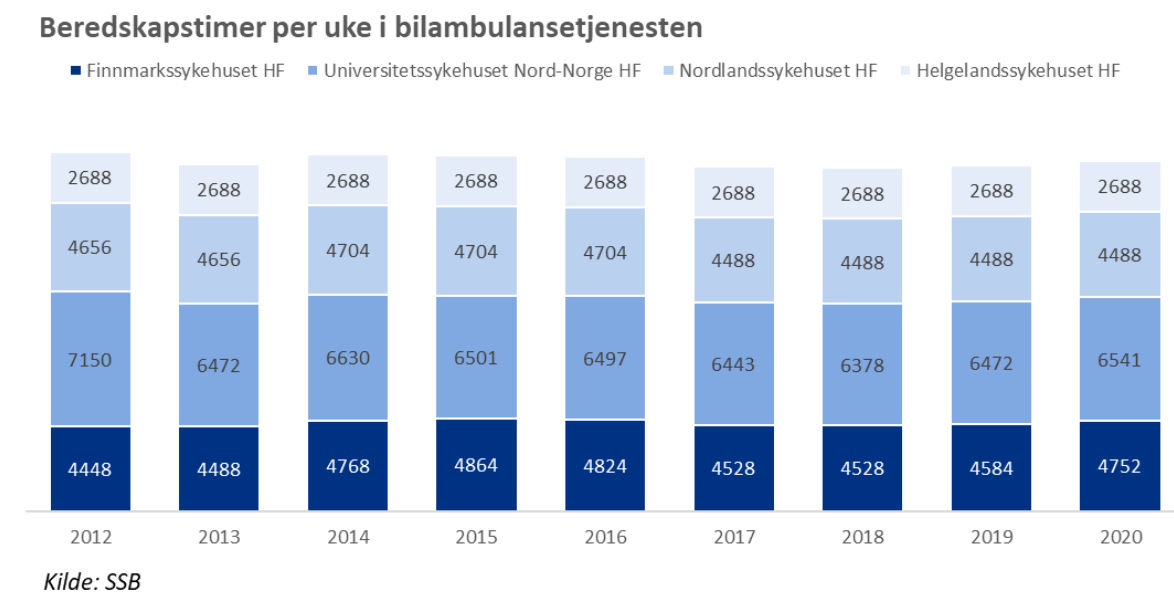
²⁷ [SSB: Tabell 09556 Ambulansetjenesten 2011 - 2020](#)

²⁸ [SSB: Artikkel \(2021\) Færre ambulansoppdrag i 2020.](#)

Figur 2 Antall oppdrag med bil og båtambulanse per helseforetak 2016-2020

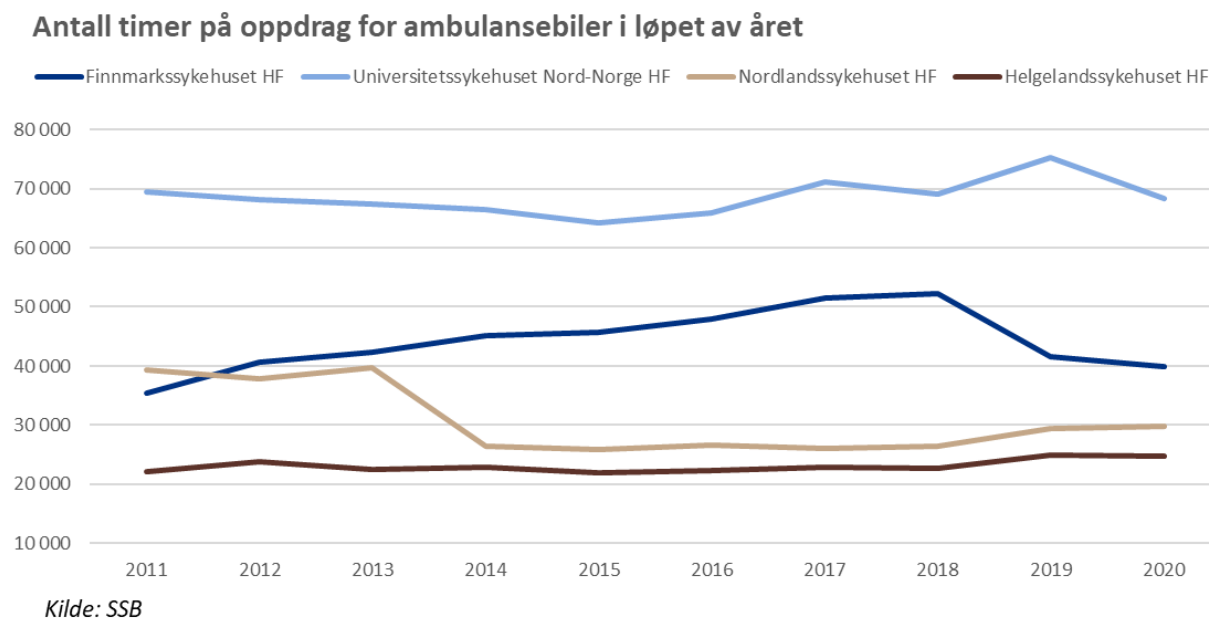


Figur 3 Beredskapstimer per uke i bilambulansetjenesten per helseforetak 2012-2020



Det går fram av figur 3 at antall beredskapstimer per uke i bilambulansetjenesten stabilt. Dette indikerer at det ikke har vært endringer i den totale ressursituasjonen. Det samme gjelder timer på oppdrag (figur 4), selv om det varierer fra år til år. Andelen av beredskapstiden som brukes på oppdrag varierer mellom foretakene (fra 13–20 pst), men alle helseforetakene har fram mot 2020 en relativt flat utvikling, samtidig som bruken av luftambulanse øker.

Figur 4 Antall timer på oppdrag for bilambulanse per helseforetak 2011-2020



Luftambulansetjenesten

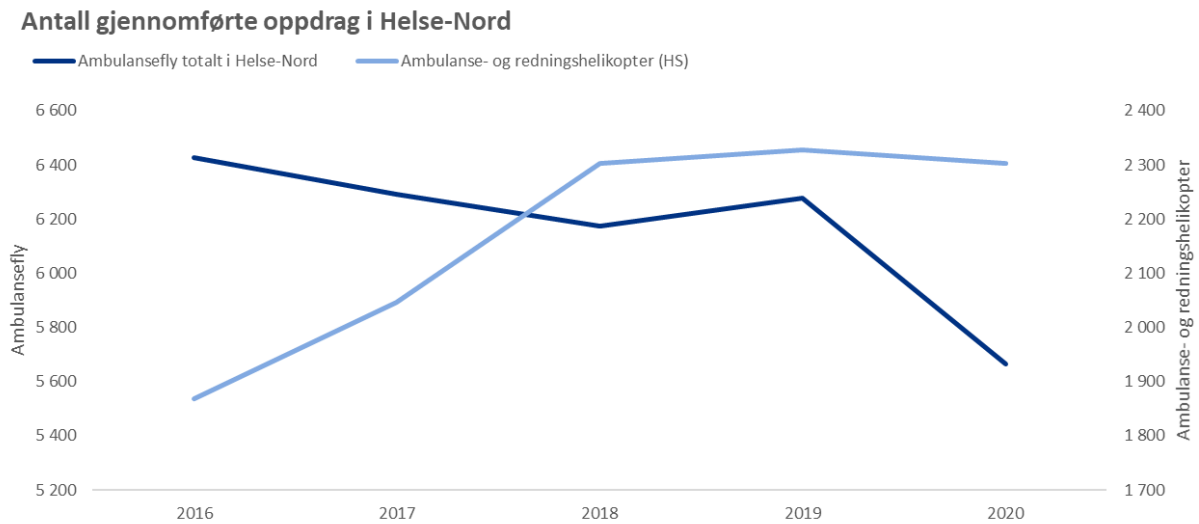
Helse Nord har hatt en økning i gjennomførte²⁹ oppdrag med ambulanshelikopter de siste ti årene fra 1487 oppdrag i 2010 til 2327 oppdrag i 2019 (ekskl. Svalbard) (jf. figur 5 og 6). Etablering av Evenes/Harstad-basen forklarer i hovedsak økningen. Det var en nedgang i luftambulansoppdrag samlet sett fra 2019 til 2020. I følge SSB var det nasjonalt en samlet reduksjon på 10 pst. for oppdrag med luftambulans på grunn av redusert aktivitet under pandemien.

Samtidig som antall helikopteroppdrag øker, har det vært en nedgang i gjennomførte oppdrag med ambulansfly de siste fem årene. Sett i et tiårs-perspektiv har det imidlertid også vært økning for ambulansfly (jf. figur 7). I 2010 ble det gjennomført 6 034 oppdrag med ambulansfly ved basene i Helse Nord, mens det var 6 279 oppdrag i 2019 (inkl. innleide ressurser).

Det er legebiler ved alle ambulans- og redningshelikopterbasene, som bemannes med luftambulanspersonell. Det var totalt 236 oppdrag med legebil i Helse Nord i 2020.

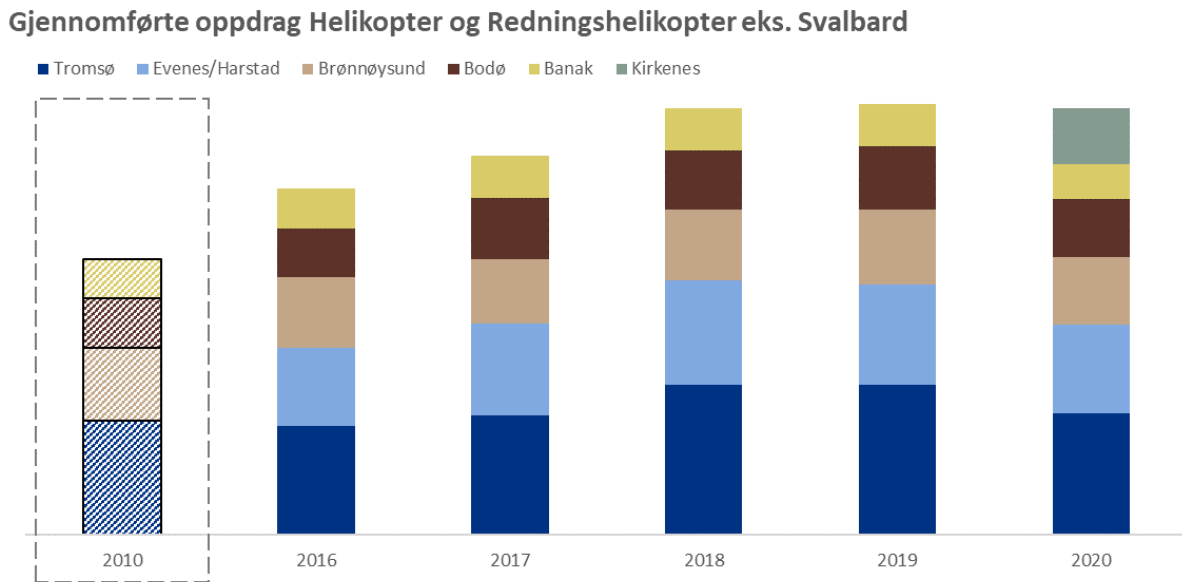
²⁹ Det skilles mellom antall henvendelser om oppdrag, iverksatte oppdrag og gjennomførte oppdrag. Antall henvendelser om oppdrag skal være et uttrykk for hvor mange ganger AMK-LA-sentralene alarmerte ambulanshelikopter som ressurs. Et oppdrag er iverksatt idet helikopteret letter fra bakken. Noen oppdrag iverksettes ikke («avvist») fordi de medisinske opplysningene indikerte at det ikke er behov for utrykning eller fordi flyging av en eller annen grunn ikke kan gjennomføres. Andre oppdrag avbrytes av ulike årsaker før man har nådd fram til pasienten («avbrutt»).

Figur 5 Gjennomførte oppdrag med luftambulanse i Helse Nord 2016–2020



Kilde: Luftambulansetjenesten HF

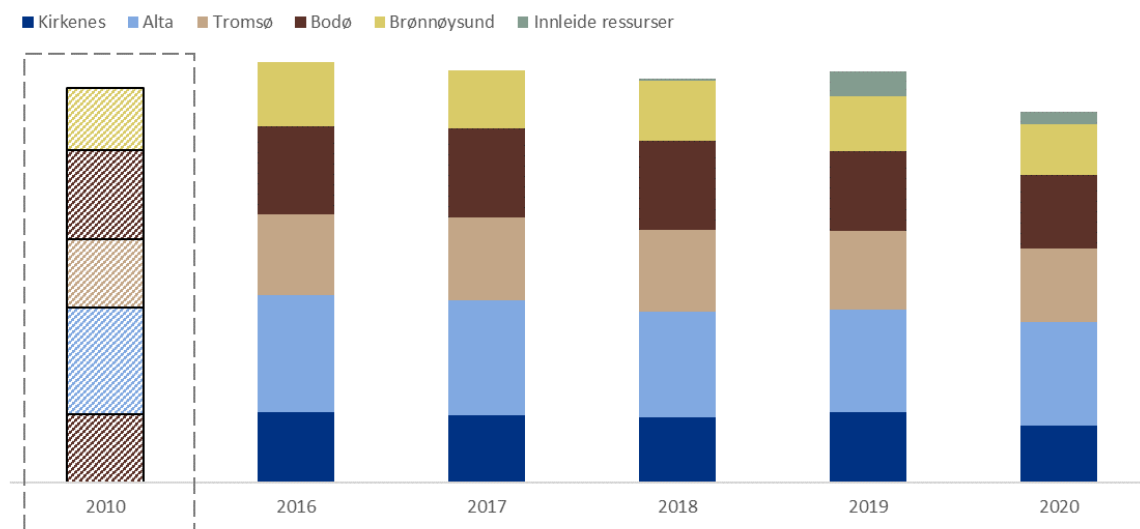
Figur 6 Gjennomførte ambulanseoppdrag per helikopterbase i Helse Nord (2010) 2016–2020



Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Figur 7 Gjennomførte oppdrag per ambulansflybase i Helse Nord (2010) 2016–2020

Gjennomførte flyoppdrag



Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Tabell 3 Hastegrad for gjennomførte oppdrag med ambulanshelikopter i 2020

Hastegrad	Helse Nord	Kirkenes	Tromsø	Harstad	Brønnøysund
Akutt	84 %	83 %	85 %	82 %	87 %
Haster	14 %	17 %	14 %	15 %	11 %
Vanlig	1 %	0 %	1 %	3 %	2 %
Sum antall oppdrag 2020	1795	298	656	476	365

Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Tabell 3 viser forskjeller i hastegrad for gjennomførte oppdrag med ambulanshelikopter i 2020. Andelen akuttoppdrag er på 84 pst. for Helse Nord samlet. Brønnøysundbasen har størst andel akuttoppdrag med 87 pst., Harstad har laveste andel akuttoppdrag med 82 pst. av alle oppdragene. Kirkenes har den største andelen hasteoppdrag.

Tabell 4 Oppdragstype for gjennomførte oppdrag med ambulanshelikopter i 2020

Oppdragstype	Helse Nord	Kirkenes	Tromsø	Harstad	Brønnøysund
Primæroppdrag	81 %	100 %	85 %	63 %	83 %
Sekundæroppdrag	12 %	0 %	7 %	26 %	14 %
Tilbakeføring	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
SAR	6 %	0 %	8 %	11 %	3 %
Sum antall oppdrag 2020	1785	298	649	475	363

Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Tabell 4 viser forskjeller i oppdragstype for gjennomførte oppdrag med ambulanshelikopter. Ved primæroppdrag befinner pasienten seg utenfor sykehus. Dette er for eksempel utrykning til et skadested eller pasientens hjem. Sekundæroppdrag er overføring av pasient mellom to sykehus fra lavere til høyere omsorgsnivå, eventuelt overføring til et sykehus med en spesialisert funksjon.

Kirkenes hadde i 2020 bare primæroppdrag. Harstad har den største andelen både av sekundæroppdrag og SAR-oppdrag (søk og redning). Harstad har overtatt mange av sekundæroppdragene som tidligere ble utført av Tromsø-basen, og som kan forklare hvorfor Tromsø har lavere andel sekundæroppdrag.

Strukturendringer og funksjonsfordeling mellom sykehusene skulle tilsi at stadig flere pasienter må flys fra lokalsykehus til de større sykehusene (sekundæroppdrag). Men andelen sekundæroppdrag har ligget stabilt på 20–22 pst. på nasjonalt nivå gjennom mange år. Flere baser forklarer dette ved at lokalsykehusene overflys, altså at man flyr pasienten direkte fra hendelsesstedet til et ressursykehus i tråd med nasjonale behandlingsretningslinjer. De mest aktuelle pasientgruppene her er alvorlig traume og hjerteinfarkt som er aktuelle for primær PCI.³⁰

Tabell 5 Oppdragstype for gjennomførte oppdrag med ambulansfly i 2020

Oppdragstype	Helse Nord	Kirkenes	Alta (2)	Tromsø	Bodø	Brønnøysund
Primæroppdrag	28 %	43 %	48 %	14 %	12 %	12 %
Sekundæroppdrag	47 %	33 %	31 %	56 %	68 %	56 %
Tilbakeføring	25 %	24 %	21 %	30 %	20 %	33 %
Sum antall oppdrag 2020	5472	871	1577	1119	1118	787

Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Det også ulik oppdragsprofil for ambulansflyene. Ambulansfly brukes hyppigere til primæroppdrag når det er lange avstander og/eller dårlig vær. Tabell 5 viser at basene i Finnmark har den langt største andelen primæroppdrag (43 og 48 pst.) og tilsvarende lavere andel sekundæroppdrag, sammenlignet med de øvrige basene. Brønnøysundbasen har største andelen tilbakeføringsoppdrag (33 pst.).

Tabell 6 Hastegrad for gjennomførte oppdrag med ambulansfly i 2020

Hastegrad	Helse Nord	Kirkenes	Alta (2)	Tromsø	Bodø	Brønnøysund
Akutt	21 %	23 %	24 %	19 %	24 %	9 %
Haster	26 %	30 %	29 %	21 %	27 %	23 %
Vanlig	12 %	8 %	9 %	16 %	13 %	13 %
Bestilt	41 %	39 %	37 %	44 %	37 %	55 %
Sum antall oppdrag 2020	5480	871	1582	1120	1120	787

Kilde: Luftambulansetjenesten HF

³⁰ LAT HF: Aktivitet i luftambulansetjenesten 2020.

Når ambulansefly benyttes i primæroppdrag er hastegraden oftest høy, men en del sekundæroppdrag har også høy hastegrad. Hastegrad reflekterer ikke alltid alvorlighetsgraden av pasientens tilstand. Mange sekundær- og tilbakeføringsoppdrag, er intensivtransporter som bestilles en dag eller to i forveien.

Oppdragsprofilen endres også over tid. Basene i Kirkenes, Tromsø og Bodø (i tillegg til Ålesund og Gardermoen), har anestesilege i bakvakt. Flylege i vakt ble etablert for ambulanseflyet i Kirkenes september 2019³¹. Basen rapporter at de nå flyr flere intensiv-/respiratoroppdrag enn tidligere. Dette sikrer samme beredskap i Øst-Finnmark som i resten av landet. Med anestesilege fra Kirkenes heves beredskapen og kvaliteten, samtidig som man avlaster legeflyet i Tromsø. Etableringen av ambulanshelikopter i Kirkenes har ført til en dreining i bruk fra ambulansefly til helikopter, som er en raskere ressurs og som kan rykke direkte ut til pasienten.

Det har vært og vil bli en ytterligere styrking av luftambulanseressursene i Nord Norge. Ambisjonen er best mulig utnyttelse av ressursene (fly, helikopter, kombinerte oppdrag fly/helikopter, helikopter/helikopter), inkludert samspillet med bil- og båtambulanser. Dette fordrer et forbedringsarbeid for å sikre riktig prioritering av ressursene mellom pasientgrupper og geografiske områder i regionen som vil måtte involvere både brukere av tjenestene, AMK-sentraler og vaktpersonell.

Helse Nord har funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene som innebærer at noen behandlingstilbud, bl.a. traumesenter, er lokalisert til UNN Tromsø. For å sikre at det til enhver tid er tilgjengelig kapasitet ved regionsykehuset, er det viktig å sikre tilstrekkelig transportkapasitet for tilbakeføring av pasienter til lokalsykehus for videre behandling. Samtidig er det viktig å sikre at lokalsykehusene bevarer sin akuttmedisinske funksjon for mottak og stabilisering av pasienter.

På grunn av lange avstander i Finnmark kan det tidvis oppstå lang ventetid på bilambulanse når ambulansen er på oppdrag ut av kommunen. I slike tilfeller brukes det av og til ambulansefly eller helikopter for at pasienten ikke skal vente for lenge.

4.2.2 Identifiserte utfordringer

- Det mangler sammenlignbare styringsdata i de prehospitale tjenestene. Dette skyldes ulike systemer og ulik registreringspraksis i helseforetakene.
- Det mangler verktøy for elektronisk informasjonsdeling og kommunikasjon i sanntid mellom aktørene ved ambulanseflyoppdrag.
- Det er tidvis samtidighetskonflikter i bilambulansetjenesten. Dette gjelder både i byene og i de små tjenestene som har få oppdrag, men kjører lange avstander.

³¹ I 2020 deltok flylege på 13,7 pst. av oppdragene ved basen i Kirkenes, 13,1 pst. i Tromsø, 20,6 pst. i Bodø. Ved basene uten flylege var det hhv. 0,5 pst. i Alta og 0,25 pst. i Brønnøysund. I Sør-Norge var andelen 19 pst. på Gardermoen og 14,1 pst. i Ålesund.

- Det er en utfordring at responstidskravet i de prehospitaltjenestene bare måles for bilambulansetjenesten og ikke omfatter alle prehospitaltjenester, også legevakt og andre kommunale helsetjenester.
- Transport av pasienter med ambulansely tar for lang tid på grunn av manglende tilgang på bilambulansely. Dette kan både gi konsekvenser for pasienten og påvirker tilgjengeligheten på ambulansely (gjelder også når helikopteret må lande på flyplass). Det har vært en utfordring i flere år.³²
- Enkelte steder er ledsagertjeneste for intensivpasienter en utfordring. Flysykepleier og lege må hente pasienten ved avleverende sykehus eller helsesenter/legevakt, og/eller følge pasienten inn til mottakende sykehus. Dette påvirker både den operative tilgjengeligheten av ambulanselyene der og da, og den etterfølgende tilgjengeligheten, siden tiden ambulanselyet står på bakken og venter utenfor basen inngår i tjenestetiden. Dette er også påpekt av Helsetilsynet.
- Det er ulike forbruksmønstre mellom helseforetakene for bruk av transportressurs (bil, helikopter, fly). Det mangler skriftlig dokumentasjon av hvilke vurderinger og prioriteringer som ligger til grunn for valg av ressurs, herunder mangelfulle verktøy for beslutningsstøtte og kommunikasjon som sikrer digital informasjonsdeling i sanntid. Dette er også påpekt av Helsetilsynet.
- Legevaktleger opplever at transport av syke pasienter (både somatisk og psykisk syke) blir nedprioritert av hensyn til beredskap for eventuelle framtidige hendelser.

4.3 Kvalitet i prehospitaltjenester

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2017) pålegger den som har overordnet ansvar for virksomheten å etablere og gjennomføre systematisk styring av aktiviteten. Dette omfatter planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende i samsvar med krav som følger av lovgivingen. Det skal også dokumenteres hvordan pliktene etter forskriften etterleves. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

4.3.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Det er få prosedyrer som er utviklet i samarbeid mellom kommuner og prehospitaltjenester. UNN har sammen med kommunene i sitt nedslagsfelt utviklet prosedyrer for akutte brystmerter, hjerneslag og sepsis. I tillegg er det utviklet en overordnet prosedyre for varsling av akutte tilstander. UNN fikk i 2019 øremerkede midler til utrulling, opplæring og plan for implementering av prosedyrene i prosjektet Trygg akuttmedisin i andre helseforetak i nord, men det gjenstår fortsatt noe arbeid for å fullføre prosjektet i UNN og å gjøre prosedyrene kjent i regionen for øvrig, noe UNN fikk i oppdrag i 2022.

Det foreligger ikke et felles, nasjonalt prosedyreverk for prehospitaltjenester.

³² Identifisert i forbindelse med pågående effektiviseringsarbeid i ambulanselytjenesten (LAT HF) og oppfølging av Helsetilsynets rapport etter tilsyn med luftambulansetjenesten. Styret for LAT HF har vedtatt at forsinkelser av ambulanselyer ved lufthavner skal registreres i FKS. Arbeidet med systematisk registrering startet opp høsten 2021.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset deltar i et samarbeid med Ambulansetjenesten i Midt-Norge som har utviklet eget prosedyreverk (FRAM). Nordlandssykehuset benytter medisinsk operativ manual (MOM) og UNN har en egen tiltaksbok. Det foreligger heller ikke et standardisert nasjonalt opplæringsprogram for AMK-operatører, opplæringen er derfor basert på bedriftsinterne opplegg³³. Det foreligger heller ikke et standardisert nasjonalt opplæringsprogram for AMK-leger.

Det er innført fire nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor området «akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus»³⁴. Indikatoren «Svartid på medisinsk nødnummer 113» er p.t. under revisjon. I 2020 er det rapportert på følgende indikatorer:

Indikatoren «AMK – Tid fra AMK varsles til ambulanse er på hendelsessted» viser andel av hendelsene hvor ambulansen er framme på hendelsesstedet innen 12 minutter i tettbygde strøk og innen 25 minutter i grisgrendte strøk³⁵. Ingen av helseregionene nådde målsettingen i 2020. I Helse Nord var ambulansen framme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 77,7 pst. av hendelsene i tettbygde strøk. Andelen i Helse Vest var i 65,5 pst. av hendelsene, i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge var andelen henholdsvis 74,4 og 71,1 pst. I grisgrendte strøk var ambulansen framme i 78,1 pst. av hendelsene innen 25 minutter i Helse Nord. Andelen i Helse Sør-Øst var 86,0 pst., i Helse Midt-Norge og Helse Vest var andelen på henholdsvis 82,4 og 78,9 pst.

Indikatoren «AMK – Median tid fra AMK varsles til ambulanse er på hendelsessted (kommune)» viser middelverdien (median) av tiden det tar fra AMK varsles til ambulansen er på hendelsesstedet i henholdsvis tettbygde og grisgrendte strøk³⁶. Resultatene for 2020 viser at mediantiden i tettbygde strøk var 9,7 minutter på landsbasis. I Troms og Finnmark var mediantiden 9,4 minutter og i Nordland 9,2 minutter. Mediantiden i grisgrendte strøk var på landsbasis på 15,1 minutter. I Troms og Finnmark var mediantiden 14,5 minutter og i Nordland 14,1 minutter.

Indikatoren «Hjerte-lunge-redning startet av tilstedeværende» viser andelen pasienter med plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus, hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning (HLR) før ambulansen ankommer stedet. I 2020 var andelen på 86,1 pst. av tilfellene på nasjonalt nivå, mens den i Helse Nord var på 83,3 pst.

Indikatoren «Hjertestans - vellykket gjenopplivning etter hjertestans» viser andelen pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som ble behandlet av ambulansen og fikk tilbake egen hjerterytme. I 2020 var det i Norge 2821 registrerte

³³ KoKom har utarbeidet en håndbok i kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner, men dette er ikke en komplett lærebok. [Kokom Håndbok - 5. utgave](#)

³⁴ Se vedlegg for nærmere omtale av kvalitetsindikatorer.

³⁵ [AMK - Tid fra AMK varsles til ambulanse er på hendelsessted - Helsedirektoratet](#)

³⁶ [AMK - Median tid fra AMK varsles til ambulanse er på hendelsessted \(kommune\) - Helsedirektoratet](#)

personer med hjertestans utenfor sykehus. 30 pst. fikk tilbake egen hjerterytme målt på nasjonalt nivå, mens i Helse Nord var andelen 27 pst. i 2020³⁷.

Det er også indikatorer innenfor flere nasjonale kvalitetsregistre som er relevante for de prehospitale tjenestene. Norsk hjerneslagregister³⁸ har indikatoren «andel behandlet med trombolyse» der ønsket målnivå er >15 pst. Andelen nasjonalt var 21 pst. i 2020, mens andelen i Helse Nord var 19 pst.

Nasjonalt hjerteinfarktregister³⁹ har indikatoren «reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI» som viser pasienter under 85 år som i løpet av kort tid ble behandlet med blodpropp-løsende medisin eller utblokking ved mistanke om tett hjerteåre. Ønsket målnivå er > 85 pst., andelen nasjonalt var i 2020 63 pst., mens andelen i Helse Nord var 32 pst.

Indikatoren «trombolyse innen anbefalt tid» viser andelen pasienter under 85 år som i løpet av kort tid ble behandlet med blodpropp-løsende medisin ved mistanke om tett hjerteåre. Ønsket målnivå er > 80 pst., andelen nasjonalt var i 2020 på 25 pst., mens i Helse Nord var andelen 16 pst.

Nasjonalt hoftebruddregister⁴⁰ har i indikatoren «operasjon innen 24 timer» der ønsket målnivå er >80 pst. Andelen nasjonalt var i 2020 på 56 pst., mens andelen i Helse Nord var 50 pst.

4.3.2 Identifiserte utfordringer

- Det er på grunn av manglende prehospital elektronisk pasientjournal (P-EPJ), ikke tilgjengelige styringsdata for enkelt å monitorere virksomheten fra dag til dag. Helseforetakene må fortsatt gjøre manuelle uttrekk av data i ettertid. Dette er også påpekt som en svakhet av Helsetilsynet.
- Helsetilsynet har også pekt på at helseforetakene ikke har gode nok systemer for avviksrapportering og systematisk oppfølging av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Helse Nord har lav måloppnåelse på flere kvalitetsindikatorer som er relevante for det prehospitale området. Måloppnåelsen i Helse Nord er også lavere enn for landsgjennomsnittet på flere indikatorer.
- Ambulanser stasjonert i utkantstrøk har få oppdrag og i sum lite pasientkontakt. Det er en utfordring å få tilstrekkelig kompensering og øvelser som bidrar til å opprettholde kvaliteten i tjenesten. Dette gjelder spesielt for enkelte prosedyrer; for eksempel ved STEMI (akutt hjerteinfarkt) og smertelindring hos barn.

³⁷ [Helsedirektoratet - Kvalitetsindikatorer - akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus](https://helsedirektoratet.no/kvalitetsindikatorer-akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus)

³⁸ [Kvalitetsregistre.no - Norsk hjerneslagregister](https://kvalitetsregistre.no/norsk-hjerneslagregister)

³⁹ [Kvalitetsregistre.no - Norsk hjerteinfarktregister](https://kvalitetsregistre.no/norsk-hjerteinfarktregister)

⁴⁰ [Kvalitetsregistre.no - Nasjonalt hoftebruddregister](https://kvalitetsregistre.no/nasjonalt-hoftebruddregister)

- Det mangler hjelpemidler i prehospitaltjenester for ikke-verbalt kommuniserende pasienter.
- Det mangler nasjonalt standardiserte opplæringsprogram for AMK-leger og AMK-operatører

4.4 Transporttilbudet til psykisk syke og ruspasienter

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer løftet fram som én av fire pasientgrupper som helsefelleskapene særlig bør utvikle gode tjenester for. Forebygging av kriser og redusert og skånsom bruk av tvang er satsingsområder det er tverrpolitisk enighet om.

4.4.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

I Helse Nord er det to institusjoner som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold; UNN HF/Åsgård i Tromsø og Nordlandssykehuset HF i Bodø. Pasienter fra Lofoten, Vesterålen, Helgeland og Finnmark har derfor lang reisevei ved behov for vurdering eller gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. En betydelig andel av transportene gjennomføres med ambulansebil, men å grunn av den lange reiseveien er ambulansefly i mange tilfeller eneste fornuftige transportmiddel.

Fra 2017 til 2020 har det vært mellom 360–380 transporter per år med ambulansefly til behandling i psykisk helsevern i Nord-Norge, altså om lag én transport per dag⁴¹. Politiet er ledsager ved om lag 82 pst. av transportene med ambulansefly. Andelen oppdrag med politi vs. sivile ledsagere varierer mellom ambulanseflybasene. Helseforetakene har ulik praksis når det gjelder opplæring og organisering av sivil ledsagertjeneste, som ofte er basert på frivillighet.

Helsetilsynet⁴² har konkludert med at det ikke er en felles og omforent praksis for hvordan pasientene skal prioriteres for transport. Konsekvensen er at mange pasienter opplever lang ventetid på transport med ambulansefly. I ventetiden kan det oppstå krevende og uverdige situasjoner for alvorlig syke pasienter og deres pårørende, der det blant annet må benyttes nødrett som hjemmel for bruk av tvang. Lang ventetid på transport kan også medføre større behov for bistand fra politiet.

Det foreligger en samarbeidsrutine for luftambulansetransport for psykisk syke pasienter⁴³. Hensikten med samarbeidsrutinen er å sikre at pasienter med psykiatrisk diagnose og som skal transporteres med luftambulansetransport, får et likeverdig, forsvarlig og verdig behandlingstilbud, samtidig som sikkerheten ivaretas under transport. Det ble tatt initiativ til revisjon av samarbeidsrutinen i 2019, men arbeidet ble ikke sluttført fordi man ikke kom til enighet om rutinens omfang.

⁴¹ Luftambulansetjenesten HF – basert på uttak av data fra LABAS

⁴² Helsetilsynet: Tilsyn med ambulanseflytjenesten. Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester (juni 2021).

⁴³ [Luftambulansetjenesten HF - Samarbeidsrutine](#)

Det foreligger ikke systematisk kartlegging av ventetider for ambulansefly for denne pasientgruppen. Luftambulansetjenesten HF må etablere systemer for uthenting av statistikk, blant annet for dette området. Helgelandssykehuset har i 2021 fastsatt en lokal kvalitetsindikator med mål om at transport skal starte innen to timer fra oppdraget er meldt AMK og ventetid blir registrert og analysert systematisk. For å nå målet om to timer blir de fleste transportene gjennomført med ambulansebil. Tidligere ble om lag 50 pst. av transportene gjennomført innen to timer. Etter at tiltak og måling ble iverksatt, har andelen økt til mellom 80–90 pst. innen to timer.

Helsedirektoratet skal lede et arbeid for å utarbeide nasjonale retningslinjer for forsvarlig ambulansetransport av pasienter til behandling under tvang. Retningslinjene vil blant annet omfatte prioritering av transportressurser, avklaring av ansvarsforhold og samarbeidsrutiner.

4.4.2 Identifiserte utfordringer

- Det er gjennomgående lang ventetid på transport for pasienter som skal til behandling i tvungent psykisk helsevern. Lang ventetid gjør at det kan oppstå krevende og uverdige situasjoner for pasienter og deres pårørende og medfører i noen tilfeller økt bruk av tvang.
- Lang ventetid på transport utgjør en fare for at pasienter med underliggende organisk sykdom får forsinket diagnostikk og behandling.
- Det er ikke felles og omforent praksis for hvordan pasientene skal prioriteres for transport med ambulansefly og det mangler retningslinjer for kartlegging av tilstand og prioritering av psykisk syke og ruspasienter.
- Det er manglende informasjon underveis om når ambulanseflytransport kan forventes, slik at en kommer sent i gang med eventuelle alternative løsninger.
- Det er utfordringer med å skaffe sivile ledsagere, de brukes i varierende grad og det er manglende kunnskap i ambulanseflytjenesten om hvilken kompetanse sivile ledsagere har og hvordan de kan brukes.
- Både ansatte og sivile ledsagere opplever å ha behov for mer kompetanse på å håndtere pasienter med sykdomsutløst utagerende atferd.
- Rusavdelingene i sykehusene vet for lite om de prehospitale tjenestene og påpeker at også ruspasientene ofte har tilsvarende behov ved transport som psykisk syke. Disse pasientene har ofte kombinasjonslidelser.
- Det er uklarhet om praksis for anmodning om - og ventetid på bistand fra politiet, og hvem som har beslutningskompetanse for at slik bistand skal benyttes.
- Det mangler avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene knyttet til hvilket nivå eller virksomhet som har ansvar for pasientene i påvente av transport, og å sikre at pasientene får et forsvarlig og omsorgsfullt tilbud mens de venter. Problemstillingen er noen steder kilde til konflikt mellom aktørene.

4.5 Samhandling med kommunehelsetjenesten

Akuttmedisinforskriften pålegger kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler. Det er etablert et nasjonalt råd og et fagnettverk for akuttmedisinske tjenester⁴⁴.

4.5.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Alle helseforetakene i Helse Nord har inngått samarbeidsavtaler/tjenesteavtaler med kommunene i sitt opptaksområde⁴⁵. Det er påpekt at det er behov for bedre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak basert på felles ROS-analyser. Alle helseforetakene har etablert fastlegeråd med representanter for kommunene og helseforetakene, og rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger⁴⁶.

Mange kommuner i Nord-Norge har utfordringer med å rekruttere og stabilisere tilbudet av fastleger. Det er omfattende vikarbruk i mange kommuner og det rapporteres også om at det er problematisk å skaffe legevikarer. I 2020 hadde 46 av kommunene i Nord-Norge interkommunale legevaktordninger⁴⁷. Disse legevaktene betjener store geografiske områder, og dette påvirker bruken av både bil- og luftambulansetjenesten, som i enkelte områder er eneste akuttmedisinske ressurs kveld, natt og helg. Ambulansetjenesten må oftere transportere pasienter til legevakten, og legen rykker sjeldnere ut til pasient eller skadested.

En rapport fra 2019⁴⁸ viste imidlertid at det er en større andel av vaktlegene som alltid eller oftest rykker ut ved akutte oppdrag i Helse Vest og Helse Nord enn i de andre heleregionene. Kommunale legevakter rapporterte signifikant høyere utrykningsgrad enn interkommunale legevakter. Rapporten peker på at årsakene til forskjeller i utrykning mellom legevaktene kan være ulike rutiner og utstyr for utrykning, eller at behovene for utrykning vurderes ulikt.

Samhandling i Finnmark

Alle kommunene i Finnmark og styret i Finnmarkssykehuset har gitt sin tilslutning til etablering av Helsefellesskapet Finnmark med mål om å avholde første dialog- og partnerskapsmøte i januar/februar 2022.

Det er utarbeidet rutiner og retningslinjer for samarbeid på ulike områder.

[Finnmarkssykehuset – Samhandling – administrative rutiner](#)

Det er etablert godt samarbeid mellom ambulansetjenesten og legevakten i flere kommuner. AMK Finnmark organiserer LV-sentral for 12 (av 18) kommuner i Finnmark.

⁴⁴ Nasjonalt råd skal bidra til å initiere og koordinere prosjekter og virksomhet innen fagutvikling, evaluering, forskning, kunnskapsspredning og kvalitetsforbedring innenfor det akuttmedisinske området. Nasjonalt fagnettverk er en samarbeidsstruktur for kompetansemiljøer både i primær- og spesialist-helsetjenesten [Helsedirektoratet - Mandat for Nasjonalt råd og fagnettverk for akuttmedisinske tjenester](#)

⁴⁵ Kilde: [Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak - Helsedirektoratet](#)

⁴⁶ Helgelandssykehuset har p.t. ikke fastlegeråd i påvente av etablering av helsefellesskap.

⁴⁷ Kilde: NKLM. Nasjonalt legevaktregister 2020.

⁴⁸ Rapport nr. 1/2019 Kartlegging av den akuttmedisinske kjeden. NAKOS (2019)

Samhandling i Troms og Ofoten

Helsefelleskapet Troms og Ofoten ble formelt etablert i juni 2021. Det skal etableres faglige samarbeidsutvalg for spesifikke tema og arbeidsområder der det skal utarbeides konkrete prosedyrer og tjenestemodeller.

Det er utarbeidet rutiner og retningslinjer for samarbeid på flere områder. [UNN – samhandling – rutiner og retningslinjer](#) [UNN – Samhandling – Trygg akuttmedisin](#)

Samhandling i Lofoten, Vesterålen og Salten

Helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen og Salten ble formelt etablert i 23. september 2021. I tillegg til det strategiske samarbeidsutvalget skal det etableres faglige samarbeidsutvalg. Fastlegerådet fortsetter, men man vil se på rådets funksjon slik at dette kan bidra inn i arbeidet med mer sammenhengende og koordinerte helsetjenester.

Nordlandssykehuset, Bodø har godt samarbeid mellom akuttmottak og legevakt og det er utarbeidet rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger.

[Nordlandssykehuset – Samhandling – normgivende rutiner](#)

Det er også regelmessig simulering av teamtrening. Hjemmesykepleien i Salten har innført NEWS-score, som bidrar til bedre kommunikasjon og situasjonsforståelse om pasientene.

I tillegg har kommunene i Vesterålen og Lødingen siden 2016 samarbeidet om prosjektet «Felles velferdsteknologiske løsninger i Vesterålen/Lødingen» med gode erfaringer, og oppgir at de er positive til å teste og utvikle teknologi innenfor det prehospitale området.

Samhandling på Helgeland

Styret i Helgelandssykehuset vedtok etablering av helsefelleskap 27. mai 2021 og vedtektene er behandlet i Overordnet samarbeidsorgan (OSO). Primo desember 2021 har 6 av 18 kommuner foreløpig gitt tilslutning til Helsefelleskap, og partnerskapsmøte er derfor ikke avholdt. Samarbeid rundt pasientforløp og -rutiner håndteres i dialog mellom Helgelandssykehuset og Kommuneoverlegeforum, som dekker alle kommuner på Helgeland.

AMK Helgeland er samlokalisert med LV-sentral for 12 (av 18) kommuner på Helgeland som arbeider på samme IKT-plattform (AMIS). Det er etablert fagråd om legevaktfunksjonen sammen med kommunene. Helgelandssykehuset har tatt i bruk «HoloLens2» - briller med kamera og mikrofon, som kan kobles opp til teams – til fjernkonsultasjoner mellom ortopeder i sykehuset og DMS-Brønnøysund. AMK Helgeland og LV-sentralen har tatt i bruk bilde/video-funksjon ved hjelp av smarttelefon, som bedrer situasjonsforståelsen i samhandlingen mellom innringer, AMK, ambulanse og LV-lege.

4.5.2 Identifiserte utfordringer

- Samhandlingsavtalene treffer primært administrativt nivå i kommunene og er lite kjent blant leger i primærhelsetjenesten, som etterlyser bedre involvering i prosessen før avtalene blir inngått.
- Leger i primærhelsetjenesten blir ikke godt nok involvert ved utarbeidelse og implementering av prehospital prosedyrer. Det mangler også systemer for tilbakemelding på og evaluering av prosedyrene.
- Samhandlingsavtalene er for lite kjent blant sykehusleger og andre fagfolk.
- Det mangler etablerte arenaer for samarbeid mellom tjenestenivåene. Det er stort behov for slike arenaer hvor helsepersonell kan bli kjent med hverandre og trygge på hverandres kompetanse.
- Legevaktleger og sykehusleger mangler tilgang til vitale pasientdata i sanntid.
- Det mangler felles regionale løsninger for overføring av bilde/video i sanntid i dialog mellom ambulansetjenesten og legevakt. Dette er særlig relevant for store interkommunale LV-distrikt.
- Det mangler flere steder omforente prosedyrer som avklarer ansvarsforhold mellom legevakt/kommunehelsetjenesten og ambulansetjenesten; blant annet for bruk av nødnett og for varsling om og i hvilke tilfeller lege eller hjemmesykepleie skal rykke ut i akuttmedisinske situasjoner.
- Det er behov for å styrke felles situasjonsforståelse i akuttmedisinske situasjoner, og å tydeliggjøre rolle og myndighet mellom legevakt og spesialisthelsetjenesten ved behov for innleggelse av pasient.
- Øvelser og samtrening mellom kommunalt helsepersonell og ambulansetjenesten blir for ofte nedprioritert og må for fremtiden sikres bedre lederforankring.

4.6 Organisering og samhandling i spesialisthelsetjenesten

AMK-sentralene er «navet» i samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden som koordinerer de prehospital ressursene og sørger for varsling til akuttmottakene i sykehusene, som skal ta imot pasientene.

4.6.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

AMK-legen skal støtte AMK-operatørene og ambulanspersonell i medisinske problemstillinger og prioriteringer, og involveres når det er behov for forflytninger av ustabile pasienter. I Helse Nord er det, med unntak av Helgelandssykehuset som har eget vaktstjikt, etablert praksis med at vakthavende lege på helikopter utøver AMK-leges funksjonen.

Helsetilsynet har påpekt at kvaliteten på denne tjenesten ikke har fungert optimalt. For eksempel var det tidligere ni leger ved UNN som inngikk i vaktordningen som lege ved helikopter og AMK. Det er nå 24 leger som inngår i denne vaktordningen, fordelt på tre helikopterbasert. Mange flere leger i vaktordningen gjør det vanskelig å opprettholde

erfaringsoverføring og kontinuitet i samme grad som før. Det er ikke gode nok systemer for opplæring, dokumentasjon og mulighet for å måle kvaliteten i funksjonen.

Som ledd i oppfølging av Helsetilsynets rapport «Tilsyn med ambulanseflytjenesten», har de regionale helseforetakene vedtatt at Luftambulansetjenesten HF skal lede et nasjonalt prosjekt for å gjennomgå dagens organisering og foreslå framtidig organisering av medisinsk koordinering av oppdrag for ambulansefly. Prosjektet skal også vurdere hvordan man kan oppnå bedre og mer integrert medisinsk og flyoperativ koordinering, samt foreslå system for kvalitetssikring og integrert avvikshåndtering i ambulanseflytjenesten.

Sykehusleger blir i økende grad involvert i medisinske problemstillinger prehospitalt. Et eksempel er at ambulansepersonell tar EKG av pasienter med brystmerter og overfører denne digitalt til indremedisinsk vakt. Denne avgjør den videre prehospitale behandlingen. I Helse Nord har alle akuttmottakene tilgang på nødnetradio med direkte kommunikasjon med AMK-sentral og ambulanse og mulighet for å være i «medlytt» for å kunne forberede mottak av pasienter.

Fra 2010 har de regionale helseforetakene i Norge hatt ansvar for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste for fødende med lang reisevei på 90 min. eller mer til fødeinstitusjon.

Helsedirektoratet beskriver i veilederen «Et trygt fødetilbud- kvalitetskrav til fødselsomsorgen»⁴⁹ at beredskap i sammenheng med følgetjenesten innebærer organisering av vaktberedskap med kvalifisert helsepersonell. Tjenesten skal omfatte en reel mulighet til å følge for eksempel kvinner i aktiv fødsel og gravide med risikotilstander til fødeinstitusjon. For kvinner i distriktene er det en trygghet å vite at de kan få en kvalifisert faglig vurdering før de for eksempel reiser med egen transport til fødestedet. De fleste fødende vil kunne reise selv til fødeinstitusjonen uten bruk av følgetjeneste. Vaktberedskap med tilbud om en vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for vurdering vil kunne forhindre unødvendige transporter og transportfødsler. Det legges til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet.

Det er ulik dekningsgrad av døgnkontinuerlig følgetjeneste i regionen og følgetjenesten ivaretas på ulike måter. Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med flere kommuner. I Nord- og Midt Troms finansierer helseforetaket noen stillinger ved fødestuene, der deler av aktiviteten går til kommunale oppgaver. Virksomheten er regulert og organisert i samarbeidsavtalene.

UNN og Helgelandssykehuset har samarbeid med kommunene om følgetjenesten, men det gjenstår fortsatt noe arbeid før tjenesten er godt etablert i alle aktuelle kommuner. I

⁴⁹ [IS-1877 Et-trygt-fødetilbud-kvalitetskrav-til-fødselsomsorgen](#)

Finnmark har 15 av 18 kommuner over 90 min. til fødested. Alle disse inngikk avtale med Finnmarkssykehuset i 2012. Beredskapen er gjennomgått og vurdert av Finnmarkssykehuset i 2020, og resultatene viser at den fungerer tilfredsstillende i Alta, men mer variabelt i de andre kommunene i Vest-Finnmark. Finnmarkssykehuset oppgir at det ikke er nok tilgjengelige jordmødre for å klare å holde 24/7 beredskap i alle kommuner. I Øst-Finnmark bruker noen følgetjeneste, mens andre bor på hotell i Kirkenes siste tiden før fødsel. Nordlandssykehuset har avtaler med flere kommuner og følgetjeneste som dekker hele døgnet og utføres av jordmor eller annet kompetent helsepersonell (lege). Der fødende bor lenger unna fødested enn 90 min, er det etablert forsvarlige løsninger, i dialog med de gravide. Det er inngått egne avtaler med Værøy og Røst om at den fødende tilbys opphold nært fødested 14 dager før termin.

4.6.2 Identifiserte utfordringer

- Helsetilsynet har identifisert flere forhold ved tilrettelegging og gjennomføring av ambulansedyppdrag som påvirker den samlede transporttiden og som bidrar til unødvendige forsinkelser for pasienten. Dette omfatter også koordinering av ambulansebil og ambulansedy.
- Akuttmottakene utnytter i varierende grad muligheten som ligger i nødnett. Det er uklare kommunikasjonslinjer for varsling av intrahospital lege og mangler systemer som sikrer at akuttmottakene er tilstrekkelig informert for å kunne forberede et godt mottak av pasienten.
- Det er et uutnyttet potensial i bruk av teknologi, for eksempel video, for å involvere sykehusspesialistene i større grad i prehospital behandling av pasienter. Dette må samtidig organiseres slik at det ikke går på bekostning av behandlingsskapiteten i sykehusene.
- Helse Nord RHF mangler aktive arenaer (lederforum/fagråd) for koordinering og utvikling av de prehospitalene tjenestene.
- Det er jordmormangel i Norge og rekruttering og stabilisering må aktivt prioriteres for å dekke behovet i Helse Nord
- Følgetjenesten for gravide må bedres i enkelte områder

4.7 Teknologi og IKT-løsninger

Utvikling i medisinsk teknologi, velferdsteknologi, automatiserte systemer for varsling ved sykdom og kommunikasjon med overføring av lyd og bilde mellom aktørene, vil påvirke de prehospitalene tjenestene framover. Det er iverksatt flere prosjekter for å understøtte de prehospitalene tjenestene med moderne teknologi og IKT-løsninger. I løpet av de senere årene har det vært fokusert mye på utvikling av teknologiske hjelpemidler som kan øke flysikkerheten og som gir bedre grunnlag for å planlegge og gjennomføre helikoptertransporter. Blant disse er utvikling av instrumentflygingsruter til sykehus og flyplasser, værkamera og organisering og strukturering av faste landingsplasser. For de to sistnevnte er det utviklet apper som er tilgjengelige for alt operativt personell.

4.7.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

AMK-sentraler

I Helse Nord har alle AMK-sentralene akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) – et landsdekkende dataverktøy for oppdragshåndtering i AMK. Kommunikasjonsløsning ICCS benyttes for å knytte sammen innringere via offentlig nett, ambulansetjenesten via nødnettet, kommunikasjon til kommunehelsetjenesten og trippelvarsling til de andre nødetatene. Prosjekt kommunikasjonsløsning i akuttmedisinsk kjede (KAK) pågår for å skifte ut dagens kommunikasjonsløsning med en mer moderne og integrert løsning som understøtter fremtidens kommunikasjonskanaler og som er understøtter neste generasjon nødnett.

Alle helseforetakene har også statistikkverktøy for 113 (Bliksund). Interregionalt prosjekt AMK IKT er besluttet og i gang⁵⁰. Det skal gjennomføres et pilotprosjekt i 2022. Prosjektet vil gi AMK-sentralene en moderne plattform og integrert systemer for virksomheten. Flere AMK-sentraler har tatt i bruk bilde/videofunksjon ved hjelp av smarttelefon som bedrer situasjonsforståelse i samhandlingen mellom innringer, AMK-sentralen, ambulanse og LV-lege.

Helse Nord RHF har gitt Finnmarkssykehuset i oppdrag å utrede muligheten nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste som dekker både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet skal ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka, blant annet ved hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler. Finnmarkssykehuset samarbeider tett med Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) som er gitt prosjektlederansvaret for å utvikle løsningen.

Nødnett

Nødnettet er et nasjonalt, digitalt samband for politi, brann og helsetjeneste (kjernebrukere), samt andre aktører med nød- og beredskapsansvar. Nødnett gir sikker radiokommunikasjon både internt og på tvers av organisasjonene. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) eier, drifter og forvalter Nødnett på vegne av Justis- og beredskapsdepartementet (JD). Nødnett er bygget på TETRA-standarden med avtale til 2026. Det pågår et nasjonalt arbeid med nytt system basert på kommersielt 5G-nett. Nødnett gir brukerne et verktøy for kommunikasjon og samhandling i daglig virke, under øvelser og ved større hendelser. Med Nødnett kan brukerne kommunisere i grupper på tvers av organisatoriske og geografiske grenser, samt internt i egen organisasjon. I tillegg til kjernebrukerne, bruker frivillige organisasjoner, statlige aktører, kommuner, industrivern og kraftselskaper Nødnett i dag.

⁵⁰ Prosjektet ledes av Helse Vest. Avtale er inngått med Locus AS

Dagens kommunikasjonssystem i medisinsk nødmeldetjeneste har betydelige begrensninger og helseregionene har gjennomført en anskaffelse av ny kommunikasjonsløsning for kontrollrommene i helsetjenesten (AMK, akuttmottak og legevaktsentralene)⁵¹. AMK IKT -prosjektet er avhengig av at denne kommunikasjonsløsningen er tilgjengelig for å kunne utnytte ønsket funksjonalitet.

Ambulanser

Det har vært gjennomført et interregionalt prosjekt Robust mobilt helsenett (RMH) som går ut på å knytte ambulanserbiler til helsenettet gjennom robust dekning og sikker kommunikasjon. Pilotprosjekt i Helse Nord ble avsluttet sommeren 2021. Tjenesten ivaretas av Norsk helsenett og innføres gradvis i bilene.

Prehospital elektronisk pasientjournal (P-EPJ)

Helse Nord har signert opsjonsavtale med Bliksund AS vedrørende prehospital elektronisk pasientjournal (P-EPJ). Dette er basert på gjennomført anskaffelse av Helse Sør-Øst der alle regioner inngår med opsjon. Det er sterkt ønskelig at samme system innføres i hele landet bl.a. for å få like nasjonale data og bruk i luftambulansetjenesten. Helse Nord planlegger innføring i 2022.

Medisinteknisk utstyr

I forbindelse med prosjekt i 2002 prehospital trombolyse (PHT) ble det anskaffet multimonitorer i ambulansene og kardiologisk database i Tromsø. Utstyret ble også gjort tilgjengelig for kommunen (legevakt) slik at det ble en sammenhengende kjede og en beslutningsstøtte for begge ansvarsnivåene i forhold til å kunne gi «blodpropp-løsende medikamenter» prehospitalt ved hjerteinfarkt.

Sykehusinnkjøp HF har startet anskaffelsesprosess sammen med helseregionene for kjøp av multimonitorer med nødvendig kommunikasjon. Systemet skal ha best mulig integrasjon med andre systemer, bl.a. P-EPJ. Det er et mål at kommunene også kan gjøre avrop på avtalene.

4.7.2 Identifiserte utfordringer

- Det er mangelfulle systemer for samhandling mellom AMK-sentraler, mangelfullt verktøy for rapportering, styring, planlegging og beslutninger.
- Elektronisk prehospital pasientjournal (P-EPJ) er fortsatt ikke innført.
- Det er behov for felles systemer for beslutningsstøtte i de prehospitaltjenestene, herunder kartlegging av og overføring av vitale pasientdata i sanntid og tilgang til pasientens kjernejournal.
- Legevakt har ikke tilgang til vitale pasientparametere i sanntid fra multimonitor.

⁵¹ Helsetjenestens driftsorganisasjon (felleseide HDO) har inngått avtale med Motorola Danmark. Utviklingsarbeid, pilotering og implementering skjer harmonisert med AMK IKT prosjektet.

- Det er behov for opplæring og reopplæring og felles prosedyrer for bruk av nødnett for legevakt og akuttmottak. Mulighetene for digital deling av prosedyrer er ikke fullt ut tatt i bruk.

4.8 Rekruttering, opplæring og kompetanse

4.8.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Den forventede demografiske og medisinske utviklingen vil innebære stadig økte krav til personellet i de prehospitale tjenestene. Undersøkelse, diagnostisering og behandling vil i økende grad skje utenfor sykehus. Befolkningen har stadig større forventninger til de prehospitale tjenestene og flere innbyggere med minoritetsbakgrunn gir nye utfordringer knyttet til kommunikasjon.

Helse Nord utarbeider en delstrategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK) i Helse Nord. Rekruttering, opplæring og kompetanse innenfor det prehospitale området vil også være omfattet av dette arbeidet. Både Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har inngått avtale med Nordland Fylkeskommune om læreplassgaranti.

Bilambulansene i Helse Nord er bemannet av ansatte med autorisasjon som ambulansesarbeider, sykepleiere og etter hvert også en andel med bachelor i paramedisin. De fleste ambulansestasjoner har lærlinger i ambulansesarbeiderfag. Det er lagt fram en proposisjon med forslag om å gi autorisasjon til paramedisinere⁵² som er utdannet etter nye nasjonale retningslinjer. De som har tatt nasjonal paramedic med 60 eller 90 studiepoeng kan søke Helsedirektoratet om autorisasjon, og søknadene vil bli vurdert opp mot fastsatte krav eller vilkår. Tilleggsmoduler må utvikles for de kompetanseområdene hvor læringsutbyttet ikke dekkes godt nok i de tidligere utdanningene. Bachelor i paramedisin og autorisasjon for denne faggruppen er et positivt løft, men vi må også erkjenne den kompetansen som er bygd opp før den nye utdanningen ble etablert. Det må sikres overgangsordninger og nasjonale kvalifikasjonsordninger for de med utdanning etter tidligere ordning.

Ambulanshelikopter er bemannet med anestesileger i vaktordning. Det er anestesileger i bakvakt ved ambulanseflybasene i Kirkenes, Tromsø og Bodø. Det økte antallet helikoptre i Nord-Norge binder opp betydelige anestesilegerressurser, som også gir utfordringer med bemanning i sykehusene.

Det er ulike arbeidstidsordninger i bilambulansetjenesten og det er fortsatt flere ambulansebaser som har hjemnevaktordning. Mange ambulanseområder har lav aktivitet, dette utfordrer både rekruttering til og kvaliteten i tjenesten. Få pasientmøter gjør flere stasjoner uegnet som praksissted. Systematisk fag- og kompetanseutvikling,

⁵² Prop. 236 L (2020-2021) Endringer i helsepersonelloven (autorisasjon av naprapater, osteopater og paramedisinere)

trening og simulering, samt rotasjonsordninger for personellet er forutsetning for å opprettholde nødvendig kompetanse og kvalitet i tjenestene framover. Rotasjonsordninger er særlig utfordrende å få til mellom stasjoner med ulike arbeidstidsordninger.

Gjennom innspillsrunden ble det løftet fram behov for og ønsker om mer standardisering og felles regionale rammer og føringer for bilambulansetjenesten. Det ble pekt på behov for mer systematisk fag- og kompetanseutvikling og at det ble avsatt mer tid og dedikert personell for fagutvikling. Flere øvelser og mer trening gjennom simulering, i samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester ble etterlyst. Ved alle helseforetakene ble det foreslått felles regionale arbeidstids- og vaktordninger i ambulansetjenesten i Helse Nord og at det avsettes mer tid til fagutvikling i turnus.

4.8.2 Identifiserte utfordringer

- Det er en utfordring å rekruttere og beholde ambulanspersonell, særlig ved små ambulansestasjoner i distriktene. Få oppdrag, stor vaktbelastning og hjemmevakt er trukket fram som hovedårsaker.
- Det er en utfordring å skaffe nok vikarer som oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften (som vil gjelde alle ambulanspersonell fra 1. mai 2022).
- Det foreligger ikke regionale føringer for kompetansesammensetning, lønnsutvikling og karriereveier i ambulansetjenesten.
- Det er ikke tilstrekkelig systematikk for daglig debrief etter alvorlige hendelser og oppfølging etter vold- og trusselhendelser.
- Det er behov for mer opplæring knyttet til håndtering av pasienter med sykdomsutløst utagerende atferd og ruspåvirkede pasienter.
- Utdanningskapasiteten er for lav for å dekke det samlede behovet for anestesileger, anesthesi- og intensivsykepleiere prehospitalt og inhospitalt.

4.9 Samfunnssikkerhet og beredskap

4.9.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Nordområdepolitikken handler både om det internasjonale bildet i Arktis, forholdet til naboland i Barentsregionen og på Nordkalotten og utviklingen i Nord-Norge. Det er et utstrakt og nødvendig helseberedskapssamarbeid mellom landene om kunnskapsutveksling, varsling og koordinering ved grenseoverskridende helsetrusler. Norge, Sverige, Finland og Russland samarbeider om helseberedskap innenfor Barents-samarbeidet. Samarbeidet gjelder både varsling og hendeshåndtering, og er forankret i forpliktende avtaler på nasjonalt og regionalt nivå. I Helse Nord er R-AMK varslingspunkt ved behov for bistand til regionene i Nord-Sverige og Nord-Finland. Helse Nord deltar fast i øvelsene Barents Rescue.

Helse Nord har beredskapssamarbeid bl.a. gjennom avtaler med Russland, Sverige og Finland om grensepassering av bilambulanse og ambulanshelikoptre, og på Svalbard

ved anestesilege i vakt på Sysselmasterens redningshelikoptre. Longyearbyen sykehus inngår i Sysselmasterens helhetlige beredskap på Svalbard og i havområdene rundt.

Longyearbyen sykehus har kommunikasjonsløsning med lyd og bilde i sanntid til UNN Tromsø, for samhandling i akuttmedisinsk behandling. Nye ambulansedy og jetfly stasjonert på Gardermoen har styrket tilbudet i medisinsk evakuering fra Longyearbyen til fastlandet. Det nye jet-flyet i Tromsø vil ytterligere styrke tilbudet. I tillegg vil de nye redningshelikoptrene AW101 med bedre egenskaper og kapasitet og ny redningshelikopterbase i Tromsø forsterke tilbudet ytterligere.

Helse Nords rolle i egenberedskap og i internasjonalt samarbeid i nordområdene vil bli stadig viktigere fremover som følge av satsing på nærings- og samfunnsutvikling og klimaendringer. Helse Nord må vurdere behov for beredskapsmessige forsterkninger lengst nord i helseregionen uten at den fastlandbaserte beredskapen og beredskapen i de nære kystområdene svekkes uforholdsmessig ved utrykning over lange avstander.

Helse Nord har sett behov for regional flåtestyring av akuttmedisinske ressurser, blant annet under covid-19-pandemien. Det interregionale samarbeidet er også under utvikling der en ser spesialisthelsetjenestens totale kapasitet og muligheter for å bistå på tvers av helseregionene. Dette gjelder både forflytning av personell, pasienter og materiell mellom regioner.

Det nordiske samarbeidet, og Barents-samarbeidet, øker robustheten ved avtaler som tilrettelegger for grenseoverskridende bistand ved store påkjenninger. Dette er også et tema som Helse Nord RHF vil bringe inn i Arktisk Råd, der Helse Nord RHF nylig har blitt invitert inn i arbeidsgruppe for «Emergency, Prevention, Preparedness and Restore» (EPPR).

Samfunnssikkerhetsmeldingen Meld. St. 5 (2020–2021) vektlegger motstandsdyktighet i samfunnet samlet sett. Helse Nord omfatter 9 pst. av landets befolkning fordelt på 45 pst. av landarealet, der vi har en desentralisert helsetjeneste. Dette setter store krav til robusthet i et område med store avstander og hyppig ekstremvær. Det er derfor viktig å koordinere ressursene på en effektiv måte for å oppnå størst mulig motstandsdyktighet mot påkjenninger under hendelser. Det må tilrettelegges for god koordinering, og bistand mellom helseforetak, helseregioner, lokale og regionale samvirkeaktører, sivil-militært samarbeid og tilstøtende land vi samarbeider med i nordområdene.

Forsvaret har høy militær aktivitet i regionen og arbeidet med totalforsvaret er høyt prioritert. Det omfatter både Forsvarets støtte til det sivile samfunn ved kriser som rammer samfunnssikkerheten, og det sivile samfunnets støtte til Forsvaret i hele krisespekteret. Under større sivile hendelser med mange skadde kan Forsvaret bistå med egne ressurser og gjennom avrop på avtale med SAS om bruk av fly. Under militære hendelser vil pasienter bli overført til sivil helsetjeneste. Prosedyre for overføring

mellom militær ambulansetjeneste og sivil ambulansetransport ble øvd under Trident Juncture/nasjonal helseøvelse i 2018. Overføring av pasienter fra Forsvaret til sivil helsetjeneste, samt samvirke mellom militære og sivile ressurser, vil være viktige øvingsaktiviteter også framover. Helse Nord arbeider med å utvikle operative beredskapsplaner med Forsvaret, der samhandling i hele den akuttmedisinske kjeden, herunder nødkommunikasjon, vil bli utredet. Samarbeidet med Forsvaret om helikopterbistand var viktig i forbindelse med operatørbyttet i ambulanseflytjenesten.

For Helse Nord er det også viktig å videreutvikle beredskapssamarbeidet med kommunene, andre sivile sektorer og beredskapsaktører, samt frivillige organisasjoner. Samarbeidet må være beskrevet i planverket, og øves regelmessig. Helse Nord har overordnet samarbeidsavtale med Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp.

Gjørøv-kommisjonens rapport etter hendelsene 22. juli 2011 viser at utfallet knyttet til de prehospitale tjenestene kunne vært annerledes dersom dette hadde skjedd et annet sted i landet der tilgangen på ambulanser er mye vanskeligere, og hvor det medisinske utstyret fort kan ta slutt i en masseskadesituasjon. Kommisjonen mente også at ved store katastrofer i mer grissgrendte deler av landet, må lokalsykehusene være forberedt på å håndtere utfordringer av samme omfang.

Det mangler dimensjonerende scenario for hvilken katastrofeberedskap Helse Nord skal sørge for, spesielt der en blir utfordret tverrsektorielt og gjensidige avhengigheter blir rammet. Regionen er sårbar for store påkjenninger, samtidig som utfordringsbildet øker i kompleksitet og hyppighet. Dimensjonerende scenario i hele krisespekteret vil kunne gi rammer for nødvendig katastrofeberedskap, og det vil være viktig å se den totale kapasiteten under ett. Fra evalueringen av beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020 (delrapport 2), fremkom det blant annet at man i enda større grad må se kapasiteten under ett i Helse Nord, fordi det er knapphet på både personell og utstyr. Det er også gjennomført evaluering av Nasjonal helseøvelse i 2018 som ga flere læringspunkter for totalforsvaret, blant annet at Forsvaret må sikre at det er kompetent personell tilgjengelig for å ivareta funksjonen som liaison ved alle AMK-sentraler.

4.9.2 Identifiserte utfordringer

- Det mangler dimensjonerende scenario for hvilken katastrofeberedskap Helse Nord skal sørge for, spesielt der en blir utfordret tverrsektorielt og gjensidige avhengigheter blir rammet.
- Det er knapphet på personell og utstyr og den samlede kapasiteten i Helse Nord må derfor i enda større grad ses under ett.
- Det er behov for en gjennomgang av prosedyrer for bruk av militære og sivile ressurser.
- Det mangler et enhetlig system for triage og merking av skadde, samt dokumentasjon mellom Forsvaret og sivil helsetjeneste.

- Det er behov for tydelige planer og prosedyrer for samhandling mellom Sanitet celle i Heimevernet (PECC⁵³) og AMK-sentraler.

4.10 Finansiering og kostnadsutvikling

Finansieringen av de regionale helseforetakene består av en basisbevilgning og aktivitetsbasert tilskudd. Helse Nord RHF fordeler midler til helseforetakene og private virksomheter i samsvar med sørge for-ansvaret. De prehospitale tjenestene finansieres av basisbevilgningen.

4.10.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

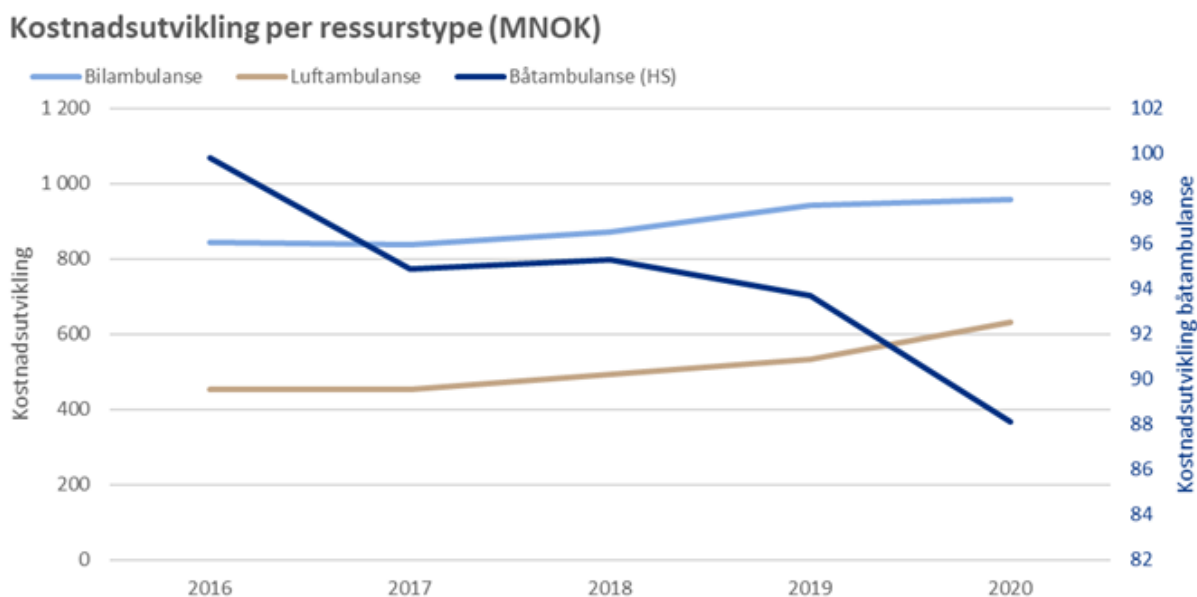
Helse Nord RHF har en regional inntektsfordelingsmodell der inntektsfordelingen på det prehospitale området (bil- og båtambulanse) er basert på historiske kostnader. Den operative delen av luftambulansetjenesten finansieres av de regionale helseforetakene gjennom årlig budsjettoverføring til LAT HF, mens kostnader til helsepersonell dekkes av helseforetaket der den aktuelle luftambulansebasen er lokalisert. Gjeldende finansieringsmodell for fordeling av kostnader til drift av luftambulansetjenesten har vært i bruk siden 2016. Modellen innebærer at kostnadene til drift av hver regions luftambulansebaser fordeles etter tilhørighet for pasientene som blir transportert. Dette innebærer at ettersom omtrent 90 pst. av pasientene som transporteres med ambulanshelikopter lokalisert i Helse Nord bor i kommuner i Nord-Norge, finansierer Helse Nord RHF 90 pst. av driften av disse basene.

Helse Nord RHF har ambisjoner om å lage en regional inntektsfordelingsmodell for det prehospitale område som reflekterer den faktiske beredskapen og aktiviteten for alle ressurser. Det er en utfordring at det ikke er standardisert registrering av innsatsfaktorer mv. i tjenesten⁵⁴. Kostnadene i ambulansetjenesten har flere komponenter; både antall stasjoner, antall biler, lønn/beredskapstid og antall oppdrag er kostnadsdrivere.

⁵³ PECC: Patient Evacuation Coordination Cell

⁵⁴ I NOU 2019:24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak vurderte utvalget at datagrunnlaget for ambulansetjenester er så mangelfullt at det ikke er hensiktsmessig å bruke som grunnlag for analyser, og at en derfor bør legge historiske kostnader til grunn. Det ble anbefalt det at det settes i gang et arbeid med standardisert registrering på tvers av regionene.

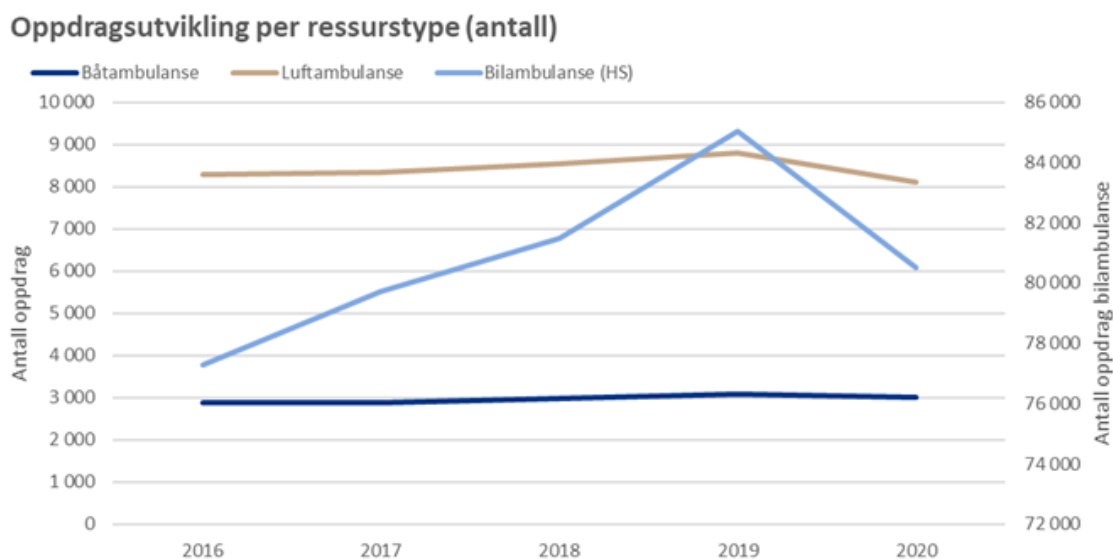
Figur 8 Kostnadsutvikling for bil-, båt- og luftambulansetjenesten i Helse Nord 2016–2020



Kilde: Helse Nord RHF

Kostnadene til ambulansetjenestene i Helse Nord i 2020 var på totalt 1,675 mill. kroner (ekskl. pasientreiser). Det har vært en samlet kostnadsvekst for ambulansetjenesten i perioden 2016-2020 på 20 pst. (280 mill. kroner). Kostnadsveksten innenfor bilambulansetjenesten utgjør 123 mill. kroner (14,6 pst.). Luftambulansetjenesten har hatt en kostnadsvekst på 178 mill. kroner, dvs. 39,4 pst. Hoveddelen av kostnadsveksten i luftambulansetjenesten har sammenheng med kostnadsøkning ved nye operatørkontrakter (2018 og 2019) og etablering av ny base i Kirkenes. Kostnadsreduksjonen i båtambulansetjenesten har sammenheng med avvikling av tjenester. Beredskapskostnader for ferge inngår ikke i kostnadene i denne framstillingen.

Figur 9 Antall oppdrag i bil-, båt- og luftambulansetjenesten i Helse Nord 2016–2020



Kilde: SSB

Utviklingen i antall oppdrag følger ikke samme kurvene som utviklingen i kostnader for ambulansetjenestene. Dette illustrerer at en vesentlig del av kostnadene for ambulansetjenester er faste kostnader/beredskapskostnader. Fra 2019 til 2020 var det en nedgang i antall oppdrag både i bil- og luftambulansetjenesten, samtidig som kostnadene økte.

4.10.2 Identifiserte utfordringer

- Sentralisering av behandlingsfunksjoner medfører økt oppdragsmengde for hele ambulansetjenesten. Dette blir ikke alltid tatt høyde for i planlegging og dimensjonering av ambulanseressurser.
- Aktivitetsøkning i bil- og båtambulansetjenestene, som også påvirkes av legedekning i kommunene, følges ikke automatisk opp med tilsvarende økning i finansieringen (er ikke omfattet av aktivitetsbasert finansiering (ISF)).
- Bruk av luftambulans/ambulansfly innebærer oftest også bruk av en eller to bakkeambulanser (bil eller båt) på samme oppdrag. Høyt og økende forbruk av luftambulansetjenester medfører store kostnader i regionen.
- Helse Nord dekker 45 pst. av landarealene i Norge men har bare 9 pst. av befolkningen. Dette forutsetter en svært desentralisert bilambulansetjeneste med mange lokasjoner og store beredskapskostnader for å oppfylle veiledende føringer for responstider. Det vil være en utfordring å finansiere framtidige ressurs- og beredskapsøkninger.

5. Referanser

Avinor m.fl. (2016) Ambulanseberedskap ved Avinors lufthavner. Rapport fra prosjektgruppe. <https://avinor.no/globalassets/konsern/om-oss/rapporter/ambulanseberedskap-ved-avinors-lufthavner.pdf>

Avinor (2018): Avinor og Nordområdene mot 2040. Rapport. - https://avinor.no/globalassets/konsern/om-oss/rapporter/nordomradestrategi_avinor_2018.pdf

Helsedirektoratet (2014): Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak - <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helse-og-omsorgstjenesteloven/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>

Helse Nord RHF (2014): Styresak 048-2014 Framtidig AMK-struktur i Helse Nord – <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202014/20140429/Styresak%2048-2014%20Fremtidig%20AMK-struktur%20i%20Helse%20Nord.pdf>

Helse Nord RHF (2018): Styresak 158-2018 Regional utviklingsplan 2035 - <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202018/20181219/Styresak%20158-2018%20Regional%20utviklingsplan%202035.pdf>

Helse Nord RHF (2020): Styresak 146-2020 Basestruktur for ambulanshelikopter - <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202020/20201028/Styresak%20146-2020%20Basestruktur%20for%20ambulanshelikopter%20-%20gjennomgang.pdf>

Helse Nord RHF (2021): Styresak 10-2021 Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 - <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202021/20212402/Styresak%2010-2021%20Strategi%20for%20Helse%20Nord%20RHF%202021-2024.pdf>

Helse Nord RHF (2021): Styresak 61-2021 Strategi for prehospitaler tjenester i Helse Nord (mandat mv.) - <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202021/20212605/Styresak%2061-2021%20Strategi%20for%20prehospitaler%20tjenester%20i%20Helse%20Nord.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2021): Organisering av luftambulansetjenesten. Rapport.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f01597ca73e648f3aab3a512f8c165e2/no/pdfs/organisering-av-luftambulansetjenesten.pdf>

Helsetilsynet (2021). Tilsyn med ambulanseflytjenesten. Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester.

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/ambulanseflytjenesten_tilsyn_2021.pdf

Hurdalsplattformen 2021-2025 (2021) Regjeringsplattform for en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>

Innst. 275 S. (2020-2021) Samfunnssikkerhet i en usikker verden (jf. Meld. St. 5 (2020-2021)) -

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>

NAKOS (2019). Rapport nr. 1/2019. Kartlegging av den akuttmedisinske kjeden.

[file:///C:/Users/mba600/Downloads/Kartlegging%20av%20den%20akuttmedisinske%20kjeden_150519%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/mba600/Downloads/Kartlegging%20av%20den%20akuttmedisinske%20kjeden_150519%20(2).pdf)

Norce. Nasjonalt legevaktregister 2020.

<https://www.norceresearch.no/prosjekter/nasjonalt-legevaktregister>

Lovdata. Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud (2016) <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-12-02-1421>

Lovdata. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) (2015)

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akuttmedisinforskriften>

Luftambulansetjenesten HF (2021). Aktivitet i luftambulansetjenesten 2020.

http://www.luftambulanse.no/system/files/internett-vedlegg/aktivitet_luftambulansetjenesten_2020.pdf

Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 20 (2020-2021) Nasjonal transportplan 2022-2033 -

<https://www.regjeringen.no/contentassets/fab417af0b8e4b5694591450f7dc6969/no/pdfs/stm202020210020000dddpdfs.pdf>

Menon Economics. Notat til Sykehusbygg 15. november 2021. Mulige utviklingstrekk for sysselsetting og befolkning på Helgeland. Helgelandssykehuset: Styresak 93-2021 Vedlegg 2.

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202021/>

[20211125/20211125%20Styresak%2093%20Vedlegg%202%20Notat%20Fra%20Menon%20Economics%20-%20mulig%20n%C3%A6ringsutvikling.pdf](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/20211125/20211125%20Styresak%2093%20Vedlegg%202%20Notat%20Fra%20Menon%20Economics%20-%20mulig%20n%C3%A6ringsutvikling.pdf)

NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/>

Prop. 236 L (2020-2021) Endringer i helsepersonelloven (autorisasjon av naprapater, osteopater og paramedisinere) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-236-l-20202021/id2871452/>

SSB. (2021) Færre ambulanseoppdrag i 2020.

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/faerre-ambulanseoppdrag-i-2020>

SSB. Statistikkbanken. Tabell 09556 Ambulansetjenesten 2011-2020.

<https://www.ssb.no/statbank/table/09556>

SSB. Statistikkbanken. Regionale befolkningsframskrivninger

<https://www.ssb.no/statbank/table/12882/>

St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap -

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-43-1999-2000-/id193493/>