

**STYRESAK 52-2009 KARTLEGGING AV  
BILAMBULANSETJENESTEN PERIODEN  
2004-2008**

Møtedato: 22. juni 2009

**Formål/sammendrag**

Formålet med denne saken er å bidra til å gi en god samlet oversikt over status og utviklingstrekk i bilambulansetjenesten i Helse Nord. Hvert enkelt helseforetak vil kunne se egen virksomhet i forhold til andre helseforetak og "snittet" for regionen. Forhåpentligvis vil rapporten bidra til å sette fokus på mulige problemområder vedrørende bilambulansetjenesten i respektive helseforetak og være et "verktøy" i det videre utviklingsarbeidet av tjenesten.

Sammendrag fra rapporten med betraktninger fremkommer til slutt i styresaken (etter administrerende direktørs forslag til vedtak). Rapporten "Kartlegging av bilambulansetjenesten" følger som vedlegg til saken.

**Bakgrunn/fakta**

Helse Nord RHF har gjennomført kartleggingen og utarbeidet rapporten som er en oversikt over virksomhetsdata bilambulansetjenesten med tilhørende kostnader for perioden 2004 til 2008. Rapporten synliggjør noen trender, viser likheter og ulikheter mellom helseforetakene, og gjør også sammenligninger mot de nasjonale gjennomsnittsdata som er tilgjengelig. I tillegg vurderes mulige årsaker til kostnadsforskjeller mellom helseforetakene.

I tillegg til rapporten foreligger det et regneark som gir detaljoversikt pr ambulansestasjon/helseforetak. Dette er ikke vedlagt, men stilles til disposisjon i elektronisk versjon for styret og helseforetakene etter ønske.

Årene 2004 til 2008 har vært en periode med en betydelig organisatorisk, økonomisk og kvalitetsmessig utvikling av bilambulansetjenesten i Helse Nord. Nye krav, nye planer, endrede foretaksområder, nytt utstyr/systemer, fokus på bemanning/kompetanseutvikling og drift i egenregi har preget perioden.

**Vurdering**

Generelt har det fra helsemyndighetenes side vært et stort fokus på ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten i denne perioden. Tjenesten har vært og er på mange måter et gjennomgående prioritert område, uten at det har vært fattet eksplisitte prioriteringsbeslutninger. Lik tilgjengelighet og kvalitet er en viktig verdi. Dette er også svært økonomisk krevende for Helse Nord.

Helseforetakene har på en faglig god måte gjennomført betydelige omstillinger i ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten. Eksempler på dette er etablering av velfungerende og felles driftsorganisasjoner for ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten, gjennomført strukturendringer vedrørende medisinsk nødmeldetjeneste, innført ny teknologi i tjenesten og besørget overtagelse av driftsansvaret for bilambulansetjenesten med tilhørende integrasjon i egen virksomhet.

Rapporten synliggjør imidlertid til dels markante forskjeller mellom helseforetakene, som for eksempel forbruk av ambulansetjenester, beredskapsnivå, oppdragsutvikling og kostnader. Kartleggingen indikerer at helseforetakene har ulik vurdering av faglig og økonomisk nytte i forhold til valg av beredskapsnivå og aktivering av fast tid.

I styresak 06-2006 *Utvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord* fremgår det at ”Kompetanseutvikling og rekruttering for å sikre bemanning og god kvalitet, er kritiske faktorer for ambulansetjenesten i Helse Nord de kommende år. Helseforetakene må derfor planlegge og prioritere tiltak som sikrer nødvendig tilgang på kompetente medarbeidere.” Fremdeles er det betydelige kompetansemessige utfordringer for å nå fastsatte mål. Med unntak av Helgelandssykehuset HF synes ikke helseforetakene å nå vårt interne kompetansemål som skal bidra til å sikre forskriftsmessig drift fra 2010.

#### *Mangler kriterier for nasjonal rapportering og sammenligninger*

Det er en stor svakhet at det nasjonalt ikke finnes definerte kvalitetsindikatorer, måle- og rapporteringspunkter for ambulanse- og nødmeldetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ba Helsedirektoratet (H-dir.) allerede i 2006 arbeide med disse problemstillingene og det er nylig initiert to prosjekter som kan forbedre dette noe:

- Hdir/InnoMed<sup>1</sup>/NST<sup>2</sup> vedr. enhetlig dokumentasjon og kommunikasjon i den akuttmedisinske kjeden (inklusive primærhelsetjenesten)
- Hdir/RHFene/Nirvaco AS<sup>3</sup> vedr. etablering av felles kodeverk og nasjonal rapportering fra AMIS (akuttmedisinsk informasjonssystem). Pr. i dag er gjennomføring ennå ikke besluttet.

#### *Fremtidige rammebetingelser og krav til ambulansetjenesten*

Det forventes at det vil komme nye myndighetsføringer og eventuelle nye krav for ambulanse- og nødmeldetjenesten som resultat av pågående nasjonale utredninger / prosesser:

- Forslag om endring av Dataregisterlov og Helsepersonellov for mulig tilgjengelighet til pasientdata mellom ansvarsnivå og mellom helseforetak. Disse endringsforslagene har stor betydning for pasienter i en ø-hjelps situasjon og berører i stor grad ambulanse- og nødmeldetjenesten. Endringsforslaget forventes å bedre samhandlingen og gi bedre forutsetning for god/lik behandlingskvalitet i den akuttmedisinske kjeden uavhengig av hvor pasienten bor eller befinner seg.
- Konsekvenser etter fremlagte nasjonale utredning av ambulansetjenesten i Norge (nedsatt av daværende helseminister Brustad). Videre prosess fra departementets side er ikke kjent.
- Resultat og beslutning etter at interdepartemental arbeidsgruppe har lagt frem sin anbefaling i forbindelse med evt. felles nødsentraler og evt. felles nødnummer. Det forventes at rapporten fra utvalget vil foreligge 15. juni 2009.
- Videre behandling og beslutning/føringer vedrørende fremlagte forslag til ”Nasjonal handlingsplan for legevakt”.
- Konsekvenser for tjenesten i forbindelse med Regjeringens nye ”samhandlingsreform”.

I tillegg vil det regionale arbeidet med lokalsykehusstrategi og traumerapport kunne gi noen føringer for ambulanse- og nødmeldetjenesten.

---

<sup>1</sup> InnoMed = Nasjonalt nettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren

<sup>2</sup> NST = Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

<sup>3</sup> Nirvaco AS = Privat leverandør av Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS)

### *Videre utvikling og den økonomiske situasjon i Helse Nord*

De siste årene er det gjennomført en nødvendig styrking av de prehospitale tjenester. Kostnadene på dette felt har økt kraftig. Dette skyldes også ulike myndighetskrav. Disse er løst på ulike måter i helseforetakene. Denne utviklingen er del av forklaringen på den økonomiske situasjon Helse Nord er i. I den videre utvikling av tjenestene skal hensynet til kvalitet ivaretas samtidig som Helse Nord, og det enkelte helseforetaks økonomiske situasjon, må vektlegges sterkt. Ved en tilpasning av kostnadene er det særlig to strategier som umiddelbart vil være aktuelle. Det gjelder:

- Endringer i basestruktur
- Endringer i organisering og driftsmessige løsninger

En desentralisert basestruktur for å kunne gi befolkningen tilfredsstillende tjenester har vært en sentral forutsetning. Dette er et overordnet virkemiddel for å sikre god tilgjengelighet. I første omgang må en derfor vurdere måten tjenesten er organisert på og de driftsmessige løsninger som er valgt.

### **Medbestemmelse**

*Kartlegging av bilambulansetjenesten* ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 11. juni 2009 med følgende enighetsprotokoll:

1. *Partene vurderer at foreliggende rapport om bilambulansetjenesten i Helse Nord gir en god oversikt over driftsforhold og formell kompetanse i tjenestene. Rapporten indikerer forskjeller mellom helseforetakene som må følges opp internt.*
2. *Partene forutsetter at helseforetakene har et særlig fokus på kvalitet og tilgjengelighet samt kostnader sett mot helsefaglig nytte i valg av organisering og driftsløsninger. Videre forventes det at helseforetakene har et særlig fokus på forskriftens kompetansekrav og arbeider aktivt med utdanning, rekruttering og stabilisering for å nå målene på dette området.*
3. *Partene viser til styrevedtak om en evaluering av overtakelsen av bilambulansetjenesten i Helse Nord. Gjennomgang og sammenlikning av prosesser, erfaringer og resultater vil gi nyttig læring for videreutvikling av ambulansetjenesten og til fremtidige omstillinger og større endringer. Partene er enige om å samarbeide om utvikling av evalueringsgrunnlaget, når dette arbeidet startes opp.*

### **Konklusjon**

Kartleggingen av bilambulansetjenesten er et godt grunnlag for at helseforetakene kan sette ytterligere fokus på områder i tjenesten som har et forbedrings- eller utviklingspotensial. Det er ønskelig at rapporten brukes til dette formålet i respektive helseforetak, men også bidrar til et felles harmoniseringsarbeid vedrørende ambulans- og nødmeldetjenesten i Helse Nord. I dette virksomhetsområdet er det bilambulansetjenesten som er "fundamentet" i helsetjenesten og også den største økonomiske sektoren innen prehospital akuttmedisin.

Helseforetakene må i år og neste år ha et særlig fokus på kompetansesituasjonen slik at bilambulansetjenesten i hovedsak kan oppfylle forskriftskrav etter at overgangsordningen går ut pr. 1. april 2010. Dersom dette ikke kan oppnås på enkelte tjenester / enkelte vakter må det etableres planer i helseforetaket som sikrer nødvendig forsvarlighet i tjenesten.

Selv om det kan være svakheter i det økonomiske kildegrunnlaget gir rapporten indikasjoner på forskjeller og mulige årsakssammenheng. Helseforetakene må sette fokus på problemområder/utfordringer i egen virksomhet og tilstrebe målrettede tiltak. Helseforetakene bør tilrettelegge for at tilsvarende kartlegging på et senere tidspunkt kan forbedre presisjonsnivået på noen områder.

Det hadde også vært interessant dersom de øvrige helseregionene hadde gjort tilsvarende kartlegging og analyser.

Når viktige nasjonale rammebetingelser for fremtiden er avklart bør det settes av tid og ressurser til å utarbeide en felles og overordnet plan for ambulanse- og nødmeldetjenesten i Helse Nord.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret tar til orientering den foreliggende rapporten om bilambulansetjenesten i Helse Nord. Rapporten bes inngå som et av grunnlagene i en kommende evaluering.
2. Styret ber adm. direktør sørge for at styrene i helseforetakene legger rapporten til grunn som bidrag til arbeidet med fortløpende optimalisering og utvikling av tjenesten. Det forutsettes at helseforetakene tilstreber en regional harmonisering av tjenestens innhold og kvalitet – med et særlig fokus på kostnadsutfordringer sett mot helsefaglig nytte.
3. Styret ber adm. direktør sikre at helseforetakene i deres arbeid med budsjettkontroll også vurderer de prehospitale tjenester
4. Styret ber adm. direktør sørge for at styrene i helseforetakene imøtekommer forskriftens kompetansekrav til ambulanspersonell, jfr. også krav i tidligere oppdragsdokument til helseforetakene.
5. Styret ber adm. direktør vurdere å etablere en overordnet regional plan for ambulanse- og nødmeldetjenesten – i samarbeid med helseforetakene og tillitsvalgte – så snart evt. nye myndighetskrav og føringer til tjenesten foreligger.

Bodø, den 12. juni 2009

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Rapport ”Kartlegging av bilambulansetjenesten”, mai 2009  
– se <http://www.helse-nord.no/styremøter/article58999-1079.html>

Utrykte vedlegg: SINTEF rapport ”Utvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord, november 2005  
Magnussensutvalgets rapport, NOU 2008:2  
SINTEF utredningsnotater vedrørende Magnussenutvalgets arbeid  
Statistisk Sentralbyrå (SSB), data vedrørende ambulansetjeneste  
Helse Nord, regneark med virksomhetsdata pr stasjon / helseforetak  
etter innsamling fra respektive driftsorganisasjoner

## **SAMMENDRAG FRA RAPPORTEN**

med noen kommentarer/vurderinger

### **Aktivitet (jfr. kapittel 3)**

#### *Oppdragsutvikling*

Totalt antall oppdrag har utviklet seg fra 63109 (2004) til 71463 (2008) – dvs. økning på 13 %. Oppdragsutviklingen følger samlet sett den nasjonale trenden (14 % i 2007), men Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har en økning på 18 % i perioden. Gjennomsnittlig ble det i 2008 utført 576 oppdrag pr. ambulansebil i Helse Nord.

#### *km-utvikling*

Km-statistikken viser en svak økning i perioden 2004 – 2008, fra 5 371 747 km til 5 520 934 km. Dette er en økning i Helse Nord på 3 % mens gjennomsnittet nasjonalt viser en økning på 7 % (2007, SSB). Gjennomsnittlig kjørelengde i Helse Nord er 44.520 km pr. bil/år. Samlet sett en nedgang i kjørte km i 2008 på 70.819 km. Unntaket er Helse Finnmark HF som øker med 7 prosentpoeng i 2008. Det antas at en hovedårsak til nedgangen i kjørte km er fullt operativ flåtestyringssystem fra 2008.

#### *Hastegrad*

I 2008 utførte bilambulansetjenesten 71.463 oppdrag. Av disse hadde 26 % hastegrad ”akutt” (50 oppdrag pr. døgn), 34 % hadde hastegrad ”haster” (67 oppdrag pr. døgn) og 40 % hadde hastegrad ”vanlig” (80 oppdrag pr. døgn). Andelen ”akutt/haster” er dermed 60 % og ”vanlig” 40 % som tilsvarende ca gjennomsnitt for landet i 2004 (SINTEF). Tilsvarende tall fra 2004 i Helse Nord viser en fordeling på 55/45. Det har dermed vært en endring av hastegradsfordeling i Helse Nord mot nasjonalt gjennomsnitt. Det antas at det fremdeles er et potensial for å redusere antall oppdrag med hastegrad ”vanlig”. Dette må også sees i sammenheng med et høyt ambulanseforbruk i Helse Nord og eventuelle muligheter for alternative transportløsninger.

#### *Ambulanseforbruk pr. 1000 innbyggere*

Ambulanseforbruket i Helse Nord er ca 36 % høyere enn landsgjennomsnittet – dvs. at vi i 2007 hadde gjennomsnittlig 158 oppdrag pr. 1000 innbyggere mens nasjonalt gjennomsnitt var 116 oppdrag (SSB). Veksten i Helse Nord var på 12 % i perioden – ca tilsvarende som landsgjennomsnittet. Helse Finnmark har svært høyt forbruk av ambulansetjenester (192 oppdrag pr. 1000 innbyggere i 2008). Helgelandssykehuset (142) og Nordlandssykehuset HF (NLSH) (146) har redusert forbruket i 2008. Det kan være flere årsaker til høyt ambulanseforbruk i Helse Nord, men det synes å være et potensial for redusert forbruk ved mange stasjoner.

#### *Gjennomsnittlig utnyttelsesgrad*

Det er beregnet gjennomsnittlig oppdragstid pr. ambulansebil i 2008 ut fra en definert formel. Denne beregningen illustrerer hvor mange timer ressursen utfører aktive oppdrag pr. døgn. For Helse Nord er gjennomsnittet at hver ambulansebil har en oppdragstid på 3,9 timer i døgnet. Tilsvarende beregnede tall for øvrige helseregioner er: Helse Sør-Øst 7,7 timer, Helse Vest 5,7 timer og Helse Midt-Norge 4,8 timer.

Gjennomsnittlig pr. helseforetak i Helse Nord har Nordlandssykehuset høyest utnyttelsesgrad, Helse Finnmark lavest. Når man sammenligner sykehustjenestene ser man at tidsbruk til oppdrag i hovedsak følger befolkningstall pr ambulanseressurs (primær- og sekundærbefolkning). Tromsø har størst utnyttelsesgrad, deretter Bodø, Mo i Rana og Harstad. Unntakene finnes i Finnmark (Hammerfest) pga høyt ambulanseforbruk eller høyt antall kjørte km (Alta).

I henhold til SSB har Helse Sør-Øst 6 døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere (2007), Helse Vest har 8, Helse Midt-Norge 12 og Helse Nord har 24 døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere.

### **Dimensjonering pr. januar 2009 (jfr. kapittel 4)**

#### *Beredskapsnivå*

Forskriften "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" har en hovedregel om beredskapsnivå "tilstedevakt". Forskriften gir mulighet for unntak etter visse betingelser – disse betingelsene er nærmere utdypet i Helse Nord RHF's retningslinjer. Ca 53 % av bilambulanseressursene i Helse Nord har en hovedandel av hjemmebasert beredskap. Ser man bort fra UNN's ressurser er andelen som har hjemmevakt som hovednivå ca 70 %. UNN har satset sterkt på tilstedevakt og ca 75 % av deres bilressurser har dette som hovednivå.

#### *Fast aktivert tid*

Helseforetakene har valgt ulik grad av fast aktivert tid. Dette er tid hvor ressursene er i aktiv tjeneste på stasjon uavhengig av om det foreligger oppdrag eller ikke. I denne tiden skal HMS, trening, ivaretagelse av utstyr med mer. ivaretas. Gjennomsnittlig fast definert aktiv tid varierer pr. helseforetak mellom 12,3 timer pr. døgn hverdager (UNN) og 7,4 timer (NLSH). 83 % av enhetene på UNN har fast aktivert tid over 8 timer i døgnet, mens tilsvarende for NLSH er 43 %.

#### *Bemanning*

Det har i perioden 2004-2008 vært en bemanningsvekst på ca 110 ambulanspersonell som går i vaktturnus. Dette er eksklusiv ambulanspersonell som koordinatorene i AMK og administrativt personell. UNN har høyest antall bemanning pr. døgnambulanse (6,0 personer), NLSH og Helse Finnmark har lavest (5,3 personer). Sett i forhold til UNN's høye grad av tilstedevakt vurderes deres bemanningsgrad å være rimelig optimal.

### **Kompetanseutvikling (jfr. kapittel 5)**

#### *Kompetanseutvikling*

Forskriften "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" stiller krav til kompetanse. Beskrevne overgangsperiode utløper 1. april 2010 – etter denne tid skal hver ambulansbil til enhver tid skal være bemannet med minst en ambulansarbeider (med fagbrev/autorisasjon). For å imøtekomme dette året rundt har Helse Nord satt et internt mål om minimum andel ambulansarbeidere på 75 % i 2010. I perioden 2004 – 2008 har Helgelandssykehuset den beste kompetanseutviklingen (27 prosentpoeng), mens UNN har den svakeste (11 prosentpoeng).

I Helse Nord er det pr. desember 2008 en prosentvis andel ambulansfagarbeidere på ca 58 % – varierende fra Helgelandssykehuset med 67 % til Nordlandssykehuset med 51 %. Kun Helgelandssykehuset forventer å nå kompetansemålet innen fristen. Hvorvidt øvrige helseforetak vil nå dette målet synes å være mer usikkert. Det er en stor risiko for at flere helseforetak ikke vil oppnå ønsket fagarbeiderdekning.

## **Kvalitet (jfr. kapittel 6)**

### *Kvalitet, generelt*

Ambulansetjeneste er en ung helsetjeneste – og ikke helt ferdig utviklet. Den har hatt en betydelig positiv utvikling fra å være en transporttjeneste til å bli en avansert akuttmedisinsk helsetjeneste. I Norge er det ikke definert felles kvalitetsindikatorer eller nasjonale rapporteringskriterier for ambulans- og nødmeldetjenesten. Dette er en betydelig svakhet i forhold til å kunne ”måle” kvalitet i ambulans- og nødmeldetjenesten. Pr. i dag er det derfor vanskelig å sammenligne kvalitet mellom tjenester, mellom helseforetak og mellom regioner.

### *Kvalitetsutvikling i Helse Nord*

Ambulansetjenesten i Helse Nord har hatt en betydelig kvalitetsutvikling de senere år. Gjennom økt kompetanse, bedre akuttmedisinsk behandlingstilbud og økt tilgjengelighet har befolkningen i Nord-Norge fått en bedre prehospital tjeneste enn tidligere.

## **Stasjoner og stasjonskostnader (jfr. kapittel 7)**

### *Ambulansestasjoner*

9 av 79 ambulansestasjoner i Helse Nord eies av helseforetakene selv. 70 stasjoner leies fra kommuner eller private utleiende. 52 % av disse har leieavtaler med rest gjenstående leietid på 5 år eller mindre. UNN har 13 avtaler som har rest leietid på mer enn 11 år.

Kravene til tilstedevakt og fast aktivert tid har medført et økt behov for stasjonsfasiliteter. Kostnaden har økt med gjennomsnittlig 257 % fra 2006 til 2006, størst er økningen i UNN med 620 %. Sistnevnte har mest sannsynlig sammenheng med høy andel av beredskapsnivå ”tilstedevakt” (vakt på vaktrom).

## **Driftskostnader (jfr. kapittel 8)**

### *Driftskostnader*

Prosentvis andel ambulansetjeneste (bil, båt og luft) av de totale driftskostnadene til Helse Nord har økt fra 5,7 % i 2006 til 8,2 % i 2008. De totale kostnadene for bilambulansetjenesten (inkludert fordelte felleskostnader og økte pensjonskostnader) har gjennomsnittlig øket med 94,2 % fra 2004 til 2008. Lavest er veksten i Helse Finnmark (74,7 %) og høyest i UNN (113,7 %). En døgnambulans i Helse Nord kostet i 2008 gjennomsnittlig 4,8 millioner kroner. Varierer fra ca. 4 millioner i Helse Finnmark til 6,3 i UNN.

Kostnader som helseforetakene fører direkte på ambulansetjeneste (stasjon) viser ikke betydelige kostnadsutslag, men når fellesførte / fordelte kostnader tas med er det en markant forskjell mellom UNN og NLSH. Helseforetakene må se nærmere på årsakene til dette.

### *Årsaker til kostnadsvekst*

Magnussenutvalget (inntektsfordelingsutvalget) har grundig dokumentert at kostnaden ved å tilby befolkningen i Nord-Norge tilnærmet samme tilgjengelighet og kvalitet som resten av landet er langt høyere i Helse Nord. Kostnaden pr. innbygger er beregnet til å være 363 % høyere enn i Helse Sør-Øst. I tillegg har SSB beregnet at Helse Nord har 4 ganger flere døgnambulanser pr 100.000 innbyggere enn Helse Sør-Øst for å kunne ivareta tilnærmet samme kvalitet og tilgjengelighet.

Hovedårsaken til kostnadsveksten i Helse Nord er implementering av nye ambulanseplaner som ivaretar krav i ny forskrift. Dette medførte bl.a. behov for økt bemanning, økt kompetanseutvikling og behov for stasjonsfasiliteter. Videre har et økt fokus på arbeids- og hviletidsbestemmelser (Arbeidsmiljøloven, tilsynssaker) gitt konsekvenser for bemanning og turnusplaner. I tillegg har drift av bilambulansetjenesten i egenregi medført økte kostnader vedrørende langsiktig kompetanseutvikling, godkjente turnuser, pensjonsordning og antatt økt sykefravær.

#### *Sammenligning av kostnader mellom helseregionene*

Ved å krysskoble tilgjengelig 2006-data fra SINTEF og SSB får man en indikasjon på kostnadsforskjeller mellom helseregionene:

Helse Sør-Øst:	kr. 4 635 000,- pr. ambulansebil
Helse Vest:	kr. 3 738 000,- pr. ambulansebil
Helse Midt-Norge:	kr. 3 660 000,- pr. ambulansebil
Helse Nord:	kr. 3 141 000,- pr. ambulansebil

Det er grunn til å tro at forskjellene mellom regionene er redusert etter 2006. Dette finnes det ikke tilgjengelig data på pr. i dag. Sammenligningen for 2006 indikerer imidlertid at kostnaden pr. bilenhet i Helse Nord ikke er dominerende. Men krav til tilgjengelighet og kvalitet – i en stor geografisk region med liten/spredt befolkning – innebærer totalt sett behov for flere enheter og dermed høyere kostnader for Helse Nord enn øvrige helseregioner.

#### *Årsaker til kostnadsforskjeller mellom helseforetakene*

I rapporten fremstår UNN med de høyest kostnader til bilambulansetjenester. Det indikerer en mulig sammenheng mellom høy totalkostnad og UNN's organisatoriske valg vedrørende tilstedevakt og fast aktivert tid. UNN's noe høyere bemanning pr. døgnambulans er en naturlig konsekvens av dette. Bemanningsgraden synes imidlertid å være optimal sett i forhold til valgt organisering.

Helse Finnmark fremstår med et svært høyt forbruk av ambulans, men med de laveste totalkostnadene pr. døgnbil. Dette kan indikere at variasjoner i forbruket – oppdragsaktivitet/direkte oppdragsgenererte kostnader – gir mindre utslag på kostnadsnivået enn hva beredskapskostnadene gjør

Nordlandssykehuset og Helse Finnmark har de laveste beregnede totalkostnader og lavest gjennomsnittlig bemanning pr døgnambulans, men også de største kompetansemessige utfordringene. Helgelandssykehuset fremstår som kostnadsoptimal sett mot både bemanning, beredskap og kompetanse.

#### **Statusvurderinger fra fagansvarlige i helseforetakene, sammenfatning v/ medisinsk rådgiver i Helse Nord RHF (jfr. kapittel 9)**

##### *Om kvalitetsutviklingen*

Alle HF-ene deler oppfatning om klare kvalitetsmessige forbedringer både i forhold til personellens kvalifikasjoner, materiell/ medisinsk utstyr og ikke minst det medisinske innholdet i tjenesten i løpet av perioden. Prehospital trombolysing til hjerteinfarktpasienter er et eksempel på et medisinsk faglig kvantesprang og for øvrig er ”standardisering” et nøkkelord i beskrivelsene.



### *Om integrasjon*

Ambulansetjenesten inngår i en akuttmedisinsk kjede der sluttresultatet aldri blir bedre enn det svakeste leddet. Samarbeid og koordinering med samhandlende instanser både utenfor og innen spesialisthelsetjenesten blir derfor sentrale elementer. Samhandlingen kan ta ulike former, men alle HF-ene har et klart fokus på integrasjonsaspektet.

### *Om samhandling med primærhelsetjenesten*

Ambulansetjenestens forankring i HF-ene/sykehusene har gitt nye utfordringer i forhold til primærhelsetjenesten. Bekymring for økt avstand til førstelinjetjenesten i kommunene har vært uttrykt av flere utenfor spesialisthelsetjenesten etter omleggingen. Behovet for gode samhandlingsprosedyrer og særlig behov for felles trening og øvelser blir understreket.

### *Om forskriftskrav / egne mål*

Ambulansetjenesten ble i 2005 gjennom forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehuset<sup>4</sup> gjenstand for nye myndighetskrav der målet var å bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester. Særlig § 17 om bemanning og helsefaglig kompetanse har gitt ambulansetjenesten i Helse Nord store utfordringer. Langsiktige kompetanseplaner har vært en type tiltak for å innfri målet om at 75 % skal inneha fagbrev innen 2010.

### *Om avtaleforhold*

Organiseringen av ambulansetjenesten innunder HF-ene har gitt utfordringer både av faglig og avtalemessig art i forhold til arbeidsgiveransvar og samhandlingsavtaler med samarbeidende parter. En god tjeneste krever en stabil stab. Både rekruttering og tilrettelegging av et godt arbeidsmiljø som hindrer gjennomtrekk og sykefravær er store utfordringer også i denne delen av helsevesenet.

### *Om kostnadsoptimalisering*

Fokuset på kostnadseffektivisering har heller ikke unnsloppet ambulansetjenesten. Tjenestens behov for en desentralisert organisering for å kunne yte hjelp til hele befolkningen skaper særlige store utfordringer. Sentralisering har tradisjonelt vært et virkemiddel innenfor helsevesenet for å få mer helse ut av hver krone, men i ambulansetjenesten skaper kombinasjonen kortest mulig responstid og en grisgrendt geografi utfordringer. Bruk av ny teknologi for bedre samordning og rasjonell ressursutnyttelse blir ekstra viktig.

### *Om nye tiltak som planlegges*

Ambulansetjenesten som all annen helsetjeneste kan alltid bli bedre. Både i organisering og i faglig innhold prøver HF-ene å innarbeide bedre systemer, fornuftigere bruk av teknologi og særlig ha fokus på et enda bedre helsefaglige tilbud til befolkningen.

### *Om eventuelle bekymringsområder*

Selv om mye er bra er ambulansetjenesten ikke uten bekymringer for fremtiden: Mulighetene for å innfri bemanningsplanene / kompetansekravene, økonomisk spillerom for nyinvesteringer både i biler og medisinsk teknisk utstyr, tjenestens problematiske sykefraværstatistikk og konsekvensene av nedbemanning er områder som volder alle ambulansesjefene utfordringer i større eller mindre grad.

---

<sup>4</sup> <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050318-0252.html>



## Kartlegging av BILAMBULANSETJENESTEN

Fagavdelingen - juni 2009

- *Virksomhetsdata 2004 - 2008, utviklingstrender, sammenligninger og noen analyser*
- *Noen statusvurderinger fra fagansvarlige i helseforetakene med oppsummering*



## 0 Innholdsfortegnelse:

<b>0</b>	<b>INNHOLDSFORTEGNELSE:</b> .....	<b>2</b>
<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>HISTORIKK - VIKTIGE STRUKTURENDRINGER I PERIODEN:</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>AKTIVITET</b> .....	<b>3</b>
3.1	ANTALL OPPDRAG OG KM .....	3
3.2	UTNYTTELSESGRAD PR. AMBULANSEBIL .....	3
<b>4</b>	<b>DIMENSJONERING PR. JANUAR 2009</b> .....	<b>3</b>
4.1	BEREDSKAPSNIVÅ.....	3
4.2	FAST AKTIVERT TID .....	3
4.3	BEMANNING .....	3
<b>5</b>	<b>KOMPETANSEUTVIKLING</b> .....	<b>3</b>
<b>6</b>	<b>KVALITET</b> .....	<b>3</b>
6.1	KVALITETSUTVIKLING I HELSE NORD .....	3
<b>7</b>	<b>STASJONER OG STASJONSKOSTNADER</b> .....	<b>3</b>
7.1	EIE-/LEIEFORHOLD.....	3
7.2	KOSTNADSUTVIKLING STASJONER .....	3
<b>8</b>	<b>DRIFTSKOSTNADER</b> .....	<b>3</b>
8.1	KOSTNAD AKUTTMEDISINSKE TJENESTER PREHOSPITALT .....	3
8.2	KOSTNADER BILAMBULANSETJENESTEN.....	3
8.3	ÅRSAKER TIL KOSTNADSVEKST .....	3
<b>9</b>	<b>STATUSVURDERINGER FRA HELSEFORETAKENE</b> .....	<b>3</b>
9.1	KVALITETSUTVIKLINGEN I PERIODEN 2004 – 2008 / TILBUDET TIL BEFOLKNINGEN.....	3
9.2	INTEGRASJON I ØVRIG HELSETJENESTE OG AKUTTMEDISINSK VIRKSOMHET - FAGLIG BETYDNING .....	3
9.3	SAMHANDLING MED PRIMÆRHELSETJENESTEN - UTVIKLING, FORMALISERING ETC. ....	3
9.4	STATUS EGNE/FORSKRIFTMESSIGE MÅL FOR TJENESTEN (ER TJENESTEN FERDIG ”UTVIKLET”)? .....	3
9.5	HVA ER BRA / MINDRE BRA I FORHOLD TIL INNGÅTTE AVTALER - FORBEDRINGSPOTENSIAL? .....	3
9.6	HVILKE TILTAK ER GJENNOMFØRT FRA OG MED 2007 FOR KOSTNADSOPTIMALISERING? .....	3
9.7	PLANLEGGES NYE TILTAK - FAGLIG OG/ELLER ØKONOMISK BEGRUNNET ? .....	3
9.8	EVT. SÆRLIGE BEKYMINGSOMRÅDER .....	3
<b>10</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>3</b>

# 1 Innledning

Det tas forbehold om evt. feil - eller evt. ulike ”tellingsmetoder” i tall innrapportert fra helseforetakene. Sammenligning av en del tallstørrelser mellom helseforetakene kan dermed inneholde en viss usikkerhet og må behandles deretter.

Rapporten består av to deler - første del gjelder virksomhetsdata med sammenligning av helseforetakene og til dels mot nasjonale tallstørrelser. Andre del (hovedpunkt 9) gjelder vurderinger fra fagansvarlige i respektive helseforetak om status på forespurte områder. Basert på besvarelsene har vi forsøkt å trekke ut noen fellesnevner.

Dette er ikke en helhetlig evaluering av bilambulansetjenesten, men en oversikt over ulike virksomhetsdata for perioden 2004 – 2008 med utviklingstrekk. Rapporten presenterer i hovedsak summerte tall pr. helseforetak, men som er basert på data pr. stasjonsnivå. Detaljer pr. tjeneste fremgår av eget regneark som stilles til disposisjon for helseforetakene. Dataene presenteres på en slik måte at likheter og ulikheter mellom de ulike helseforetakene synliggjøres. Befolkningsgrunnlag, geografi og befolkningsstruktur varierer - derfor har de mange ambulansestasjoner ulike forutsetninger og kan vanskelig sammenlignes direkte.

Kostnadstall oppgitt fra helseforetakene pr stasjonsnivå fremkommer i regneark og er oppsummert i rapporten. Økonomiavdelingen i Helse Nord RHF har bistått vedrørende å beregne totaltall inkludert sentralt førte og fordelte kostnader. Presisjonsnivået er nok bedre for årene 2007 og 2008.

Forhåpentligvis vil rapporten bidra til å gi en god samlet oversikt over utviklingstrekk i bilambulansetjenesten i Helse Nord. Hvert enkelt helseforetak vil kunne se egen status i forhold til andre helseforetak og ”snittet” for regionen (evt. nasjonalt). Kanskje vil rapporten bidra til å sette fokus på mulige problemområder og være et ”verktøy” i det videre utviklingsarbeidet.

## 2 Historikk - viktige strukturendringer i perioden:

- 2004 - gamle kontrakter fra fylkeskommunene
- 2005 - ditto +arbeidstilsynssaker/skjerping, gjennomført kartlegging av tjenestene, ny forskrift + etablering av retningslinje Helse Nord
- 2006 - start implementering av ny forskrift, nye planer, konsekvenser arbeids- og hviletidsbestemmelser, egen drift (untatt Helse Finnmark HF) fra 011206
  - Justerte foretaksgrenser pr. 010106 - berører Senja-kommuner og Hamarøy/Tysfjord
- 2007 - første hele driftsår egenregi (unntatt Finnmark), full effekt av nye krav, integrasjons- og kvalitetsutvikling
  - Hålogalandssykehuset HF avviklet som helseforetak pr. 010107 (Vesterålen til Nordlandssykehuset HF (NLSH), resten til Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN))
- 2008 - egen drift alle (Finnmark fra 010108), tilpassninger, effektivisering

## 3 Aktivitet

### 3.1 Antall oppdrag og km

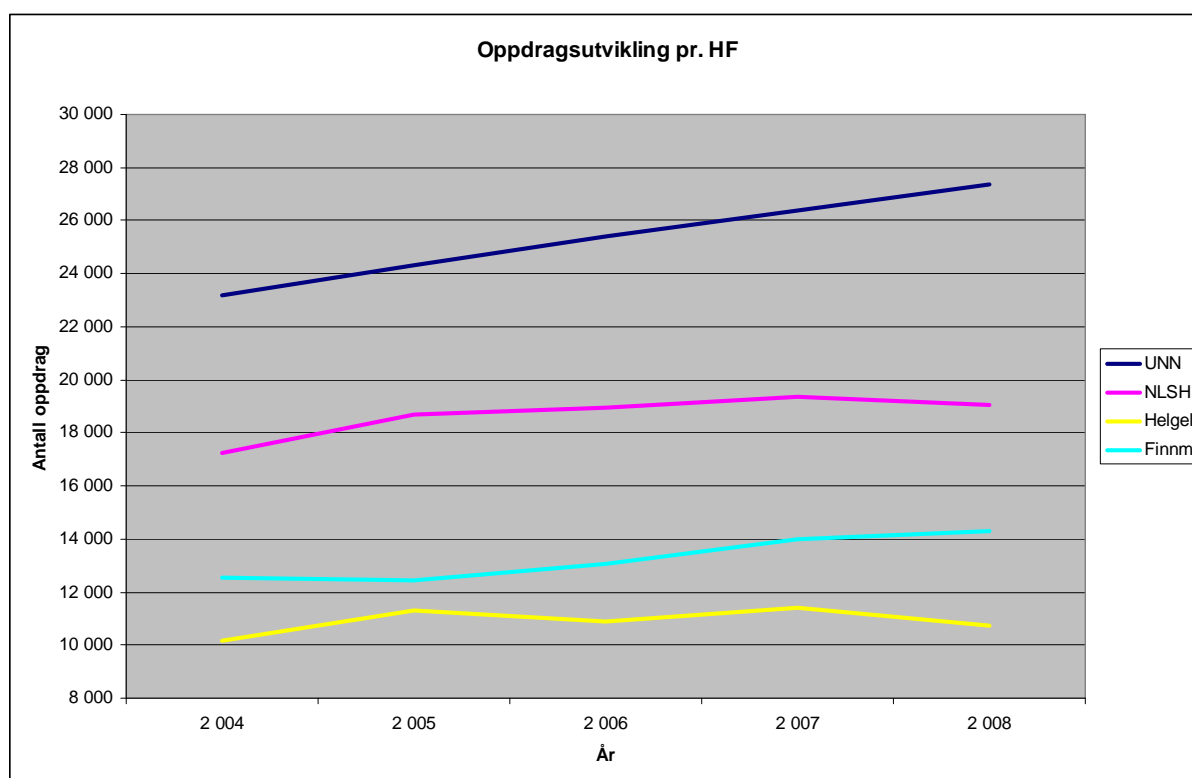
### 3.1.1 Oppdrag

TABELL 1: Oppdragsutvikling (antall og prosentvis endring):

	2004	2005	2006	2007	2008
UNN HF	23 172	24 336	25 392	26 398	27 387
	0 %	5 %	10 %	14 %	18 %
Nordlandssykehuset HF	17 236	18 693	18 956	19 360	19 038
	0 %	8 %	10 %	12 %	10 %
Helgelandssykehuset HF	10 171	11 305	10 871	11 401	10 731
	0 %	11 %	7 %	12 %	6 %
Helse Finnmark HF	12 530	12 418	13 067	14 001	14 307
	0 %	-1 %	4 %	12 %	14 %
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>63 109</b>	<b>66 752</b>	<b>68 286</b>	<b>71 160</b>	<b>71 463</b>
	0 %	6 %	8 %	13 %	13 %
<i>Endring prosentpoeng</i>	0	6	2	5	0
<i>Oppdragsutvikling Norge (SSB)</i>	0 %	3 %	10 %	14 %	

Ambulansetjenesten i Helse Nord ivaretok i 2008 71.463 oppdrag. Utviklingen i antall oppdrag følger - samlet sett for Helse Nord - den nasjonale trenden med økt oppdragsmengde. Gjennomsnittlig 576 oppdrag pr. ambulansobil i Helse Nord.

Siste året har NLSH og spesielt Helgelandssykehuset redusert antall oppdrag med hhv. 2 og 4 prosentpoeng. Motsatt er det i UNN hvor antall oppdrag har økt med nesten 1000 eller 4 prosentpoeng siste året.



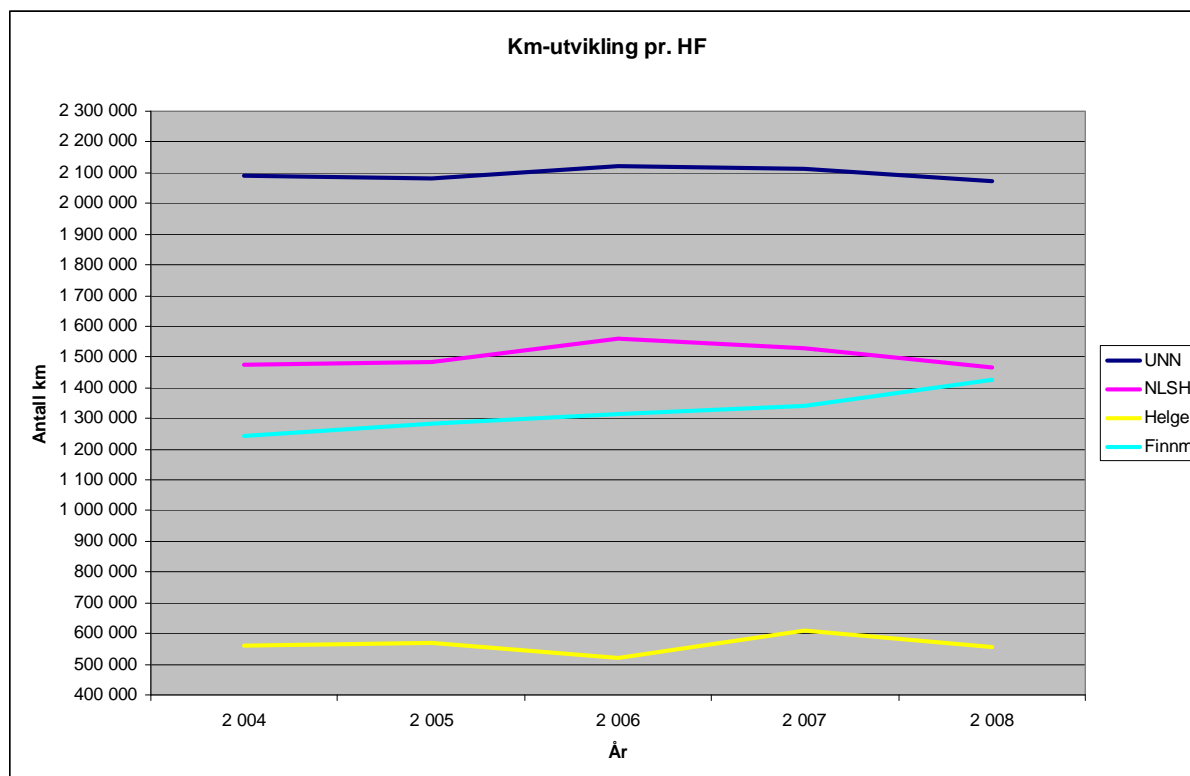
Ovenstående diagram viser at UNN har en forholdsvis størst økning i antall oppdrag og viser ikke samme tendens som de øvrige HFene med utflating/reduksjon siste året.

### 3.1.2 Kjørte kilometer

TABELL 2: Km-utvikling (antall og prosentvis endring):

	2004	2005	2006	2007	2008
UNN HF	2 091 961	2 081 417	2 120 761	2 111 118	2 072 688
	0 %	-1 %	1 %	1 %	-1 %
Nordlandssykehuset HF	1 473 466	1 483 687	1 559 004	1 528 117	1 466 811
	0 %	1 %	6 %	4 %	-0,5 %
Helgelandssykehuset HF	561 602	571 394	519 722	610 575	555 177
	0 %	2 %	-7 %	9 %	-1 %
Helse Finnmark HF	1 244 717	1 283 317	1 313 708	1 341 943	1 426 258
	0 %	3 %	6 %	8 %	15 %
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>5 371 746</b>	<b>5 419 815</b>	<b>5 513 195</b>	<b>5 591 753</b>	<b>5 520 934</b>
	0 %	1 %	3 %	4 %	3 %
<i>Endring prosentpoeng</i>	0	1	2	1	-1
<i>Km-utviling Norge (SSB)</i>	0 %	4 %	6 %	7 %	

I Helse Nord er utviklingen i kjørte km ca halvparten av gjennomsnittet for landet. Siste året er det en reduksjon i kjørte km. 3 av 4 helseforetak har redusert antall kjørte km siste år, Helse Finnmark har en markant økning (7 prosentpoeng). En av forklaringene kan være redusert tilgjengelighet til flyambulanse siste halvår 2008. Dette medførte økt bilbruk over lengre distanser.



2008 var første hele driftsår etter anskaffelse av TransMed/TransMobil flåtestyringssystem. Det er trolig at denne anskaffelsen har betydning for en markert reduksjon i antall km i 2008 (unntatt Finnmark). Finnmark kom senere i gang. 2008 var etableringsåret i forhold til drift i egen regi og felles driftsorganisasjon/AMK lokalisert til Kirkenes.

TABELL 3: Gjennomsnittlig antall km pr. oppdrag:

	2004	2005	2006	2007	2008
UNN HF	90	86	84	80	76
Nordlandssykehuset HF	85	79	82	79	77
Helgelandssykehuset HF	55	51	48	54	52
Helse Finnmark HF	99	103	101	96	100
<b>Snitt Helse Nord</b>	<b>83</b>	<b>80</b>	<b>79</b>	<b>77</b>	<b>76</b>
Snitt Norge (SSB)	57	57	55	53	

Samlet sett en svak nedadgående trend - en naturlig konsekvens når antallet oppdrag øker uten tilsvarende økning i antall km. Oversikten viser at Helse Finnmark gjennomsnittlig har nesten dobbel så lang kjøring pr. oppdrag enn landsgjennomsnittet, mens Helgelandssykehuset har lavest antall km pr oppdrag og ligger ca på landsgjennomsnittet.

### 3.1.3 Hastegrad

Hastegrad settes av AMK-sentralen i henhold til ”Norsk index for medisinsk nødhjelp”.

TABELL 4:

%-vis fordeling av hastegrad, endring 2004 til 2008 samt antall oppdrag i % av befolkningen

	2004			2008		
	Akutt	Haster	Vanlig	Akutt	Haster	Vanlig
UNN HF	21	30	49	28	30	42
Oppdrag i % av befolkning				4,1	4,6	6,3
Nordlandssykehuset HF	19	30	52	28	35	37
Oppdrag i % av befolkning				4,1	5,2	5,4
Helgelandssykehuset HF	23	41	36	21	41	38
Oppdrag i % av befolkning				3,0	5,8	5,4
Helse Finnmark HF	23	27	50	22	34	45
Oppdrag i % av befolkning				4,3	6,5	8,7
<b>Snitt Helse Nord</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>60</b>	<b>40</b>	<b>40</b>
Snitt Norge (iflg. Sintef)	60	40				

Tabellen over viser at det har vært en gjennomsnittlig endring av hastegradsfordeling i Helse Nord mot nasjonalt gjennomsnitt slik disse tallene fremkommer for 2004. Dette betyr at ambulansetjenesten nå i noe større grad benyttes til akutt-/haster oppdrag og noe mindre til ”vanlige” oppdrag (som kan vente til første passende anledning). I hastegrad ”vanlig” inngår også oppdrag av mer transportmessig karakter.

Når det gjelder oppdrag i hastegradskategori ”vanlig” i prosent av befolkningen fremkommer Helse Finnmark med den største andelen, deretter UNN. Det antas at det fremdeles er et potensial for å redusere antall oppdrag med hastegrad ”vanlig”. Dette må også sees i sammenheng med et høyt ambulanseforbruk i Helse Nord og hvilke muligheter det finnes for alternative transportløsninger.

Av de 71.463 oppdragene som ble ivaretatt i 2008 var ca 50 oppdrag pr døgn akuttoppdrag (26%), 67 oppdrag var hasteoppdrag (34%) og 80 oppdrag var ”vanlige” (40%).

### 3.1.4 Forbruk av ambulansetjenester

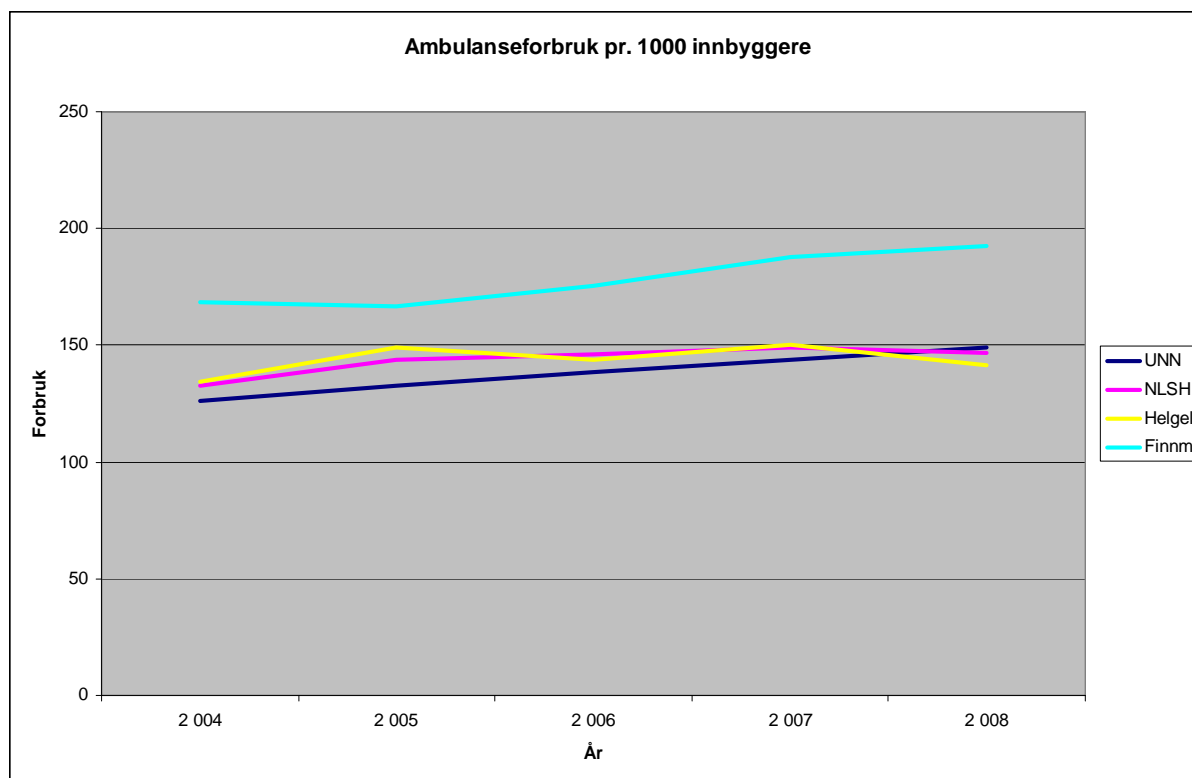
TABELL 5: Ambulanseforbruk, oppdrag pr. 1000 innbyggere:

	2004	2005	2006	2007	2008
UNN HF	126	133	138	144	149
Nordlandssykehuset HF	133	144	146	149	146
Helgelandssykehuset HF	134	149	144	151	142
Helse Finnmark HF	168	167	176	188	192
<b>Snitt Helse Nord</b>	<b>140</b>	<b>148</b>	<b>151</b>	<b>158</b>	<b>157</b>
%-vis endring HN	0 %	6 %	7 %	12 %	12 %
Snitt Norge (SSB)	104	107	113	116	
%vis endring Norge	0 %	3 %	9 %	12 %	

Ambulanseforbruket i Helse Nord lå i 2007 ca 36% høyere enn landsgjennomsnittet. Det er sannsynligvis flere årsaker til dette, bl.a.:

- Manglende alternativer til transport av liggende pasienter
- Bruk av flyambulanse, genererer biloppdrag i begge ender
- Ditto vedr. båtambulanse
- Møtekjøring, samme pasient kan bli til to oppdrag
- Økt bruk knyttet til mer sentralisert/stasjonær legevaktorganisering ?
- Lavere terskel i Nord-Norge for å ta i bruk ambulanse ?

Utviklingen av forbruket i Helse Nord har ca samme veksten som landsgjennomsnittet. I en generell trend med økende forbruk har Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset klart å redusere forbruket i 2008.



Diagrammet viser at Helse Finnmark i hele perioden har et markant høyere ambulansforbruk pr. 1000 innbyggere enn de øvrige helseforetakene - og forskjellen er økende de siste to år.



Stasjonsvis vil det være forskjeller i ambulansebruk pr. 1000 innbyggere. Dette kan være f.eks høyt forbruk i Sandnessjøen på grunn av 7 ambulansébåter som leverer pasienter til kai. I tillegg er det stor grad av møtekjøring (betjener pasienter fra andre områder). Tjenesten i Mo i Rana har lavt forbruk i forhold til snitt Helse Nord og er ca på landsgjennomsnittet. Tromsø-tjenesten har relativt lavt forbruk sett i lys av universitets-/regionsfunksjon som medfører høy aktivitet til/fra flyplass. Imidlertid er det ikke like lett å forklare et generelt vesentlig høyere ambulanseforbruk i Helse Finnmark.

Noen utvalgte tall for 2008 (pr. 1000 innbyggere):, jfr. også snittall over

Hammerfest: 292	Kirkenes: 211	Berlevåg: 330	Alta: 129
Tromsø: 129	Lenvik: 166	Harstad: 135	Berg: 283
Bodø: 146	Fauske: 153	Moskenes: 177	Øksnes: 94
Mo i Rana 113	Ssjøen: 256	Mosjøen: 136	Vega: 220

### 3.2 Utnyttelsesgrad pr. ambulansebil

Basert på *gjennomsnittlig* antall oppdrag og km pr. ambulansekjøretøy kan man få frem en beregnet utnyttelsesgrad pr. bil. Dette i form av en verdi som angir hvor mange timer pr. døgn kjøretøyet benyttes til gjennomføring av ambulanseoppdrag. Til grunn ligger antall oppdrag og utkjørte km - satt inn i en formel basert på følgende kriterier:

*Hastighet transport: 60 km/t i snitt*

*Tid på hentested: 20 minutter*

*Tid på leveringssted: 20 minutter*

*Klargjøring av bil: 30 minutter*

Tabellen under viser noen sammenlignbare verdier mellom helseforetak - og større sykehustjenester + Altatjenesten.

TABELL 6: Beregning av gjennomsnittlig oppdragstid pr. ambulansebil 2008:

	Antall oppdrag pr bil	Antall km pr bil	Primær-befolkning pr bil	Antall oppdrag pr 1000	Antall oppdrag pr døgn /bil	Sum oppdragstimer pr døgn /bil
UNN HF	583	44.100	3.904	149	1,6	3,9
Tromsø	2.145	35.810	16.628	129	5,9	8,5
Harstad	1.179	39.022	8.719	135	3,2	5,6
Nordlandssykehuset	614	47.316	4.193	146	1,7	4,1
Bodø	1.673	31.834	14.159	146	4,6	6,8
Leknes	749	31.473	5.355	140	2,1	3,8
Helgelandssykehuset	671	34.698	4.734	142	1,8	3,7
Mo i Rana	1.449	37.408	12.655	113	4,0	6,3
Sandnessjøen	1.271	44.887	4.955	256	3,5	6,1
Helse Finnmark HF	477	47.542	2.481	192	1,3	3,7
Hammerfest	1.508	51.645	5.171	292	4,1	7,2
Kirkenes	1.016	41.202	4.823	211	2,8	5,1
Alta	758	98.602	5.876	129	2,1	6,9

Kolonnen "Primærbefolkning pr. bil" angir fast befolkning i tjenestens primærrområde delt på antall ambulanserbiler i tjenesten. Disse tallene oppgir ikke den fulle sannhet da enkelte tjenester også betjener et betydelig antall pasienter fra andre områder.

Ambulansekjøretøyene i Nordlandssykehuset (gjennomsnitt for alle bilambulansene) har høyest oppdragstid i Helse Nord med 4,1 time pr. døgn. Deretter kommer UNN (3,9) og Helgelandssykehuset (3,7). Helse Finnmark har samme verdi som Helgelandssykehuset, men har gjennomsnittlig et langt høyere ambulanseforbruk enn Helgelandssykehuset. Når man simulerer samme forbruk som Helgeland (142 oppdrag pr. 1000 innbyggere) får Helse Finnmark en verdi på 3,3 timer pr. døgn (i stedet for 3,7).

Gjennomsnittet for Helse Nord er 3,9 timer pr. døgn (24 døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere iflg. SSB). Tilsvarende tall (beregnet ut i fra SSB-data 2007) for de andre helseregionene er:

Helse Sør-Øst:	7,7 timer pr. døgn	(6 døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere)
Helse Vest:	5,7 timer pr. døgn	(8 døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere)
Helse Midt-Norge:	4,8 timer pr. døgn	(12 døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere)

Når det gjelder sykehus-tjenestene + Altatjenesten (rader med blå tekst) synes det å være en naturlig sammenheng mellom befolkningsstørrelse (primær og sekundær) og oppdragstimer pr. bil. Tromsø-tjenesten topper, deretter Bodø. Imidlertid viser oversikten at sykehus-tjenestene i Finnmark avviker fra dette - særlig Hammerfest - på grunn av høyt ambulanseforbruk pr. 1000 innbyggere. Alta-tjenesten får også en høy verdi - dette skyldes at kjørt distanse er ca det dobbelte av de andre tjenestene det sammenlignes med.

Helgelandssykehuset har målt eksakt tidsbruk på hvert enkelt oppdrag / hver tjeneste. Ut i fra dette har de beregnet at gjennomsnittlig oppdragstid utgjør 27% av vakttiden. Varierende pr. tjeneste fra 12% til 46%. Øvrig tidsbruk er generelt aktiv og passiv beredskap, ivaretagelse av utstyr, HMS, trening og samhandling med andre instanser. Helgelandssykehuset har nylig etablert akuttmottak i Sandnessjøen sykehus der ambulansespersonellet skal ha arbeidsoppgaver inne i mottaket.

## 4 Dimensjonering pr. januar 2009

De senere årene er kravene til ambulansetjeneste betydelig skjerpet. Både ny forskrift "Krav til akuttmedisinske tjenester" og ny AML / Arbeidstilsynets fokus på arbeids- og hviletidsbestemmelser har medført betydelige endringer i perioden. Økt kvalitet i tjenesten og nye behandlingstilbud prehospitalt medfører at ambulansetjenesten har tatt betydelige skritt mot det å være sykehusenes "forlengede arm".

I forbindelse med forskriften "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" (vedlegg B) etablerte Helse Nord RHF en retningslinje (vedlegg C) som ga anbefalinger på en rekke områder. Viktigst var kanskje tolkningene knyttet til unntaksbestemmelsene om "tilstedevakt".

Antall ambulanseskjøretøy er redusert de senere årene fra 130 til 124 pr. januar 2009.

### 4.1 Beredskapsnivå

Tilstedevakt (hovedregelen i forskriften) innebærer at helsepersonellet (begge to) skal oppholde seg i umiddelbar nærhet av utrykningskjøretøyet. Helse Nord's retningslinjer angir at ambulanserområder med befolkning over ca. 8000 innbyggere skal ha tilstedevakt hele døgnet for minimum en bil (unntaksvurdering).

TABELL 7: Beredskapsnivå pr. ambulansebil:

	UNN	NLSH	Helgel	Helse F	Totalt	%
<b>H</b> (kun hjemmevakt)	0	0	0	0	0	
<b>HA</b> (komb. hjemmevakt / aktiv tid på stasjon)	12	16	11	27	66	53,3
<b>TIL</b> (tilstedevakt "vakt på vaktrom" (aktiv og passiv tid på stasjon))	17	14	5	2	38	30,6
<b>TIL/A</b> (tilstedevakt, aktiv tid hele døgnet)	1	1	0	1	3	2,4
<b>TIL/H</b> (tilstedevakt som hovedsak, men med noe hjemmevakt)	17	0	0	0	17	13,7
<b>SUM</b> (antall ambulanser)	47	31	16	30	124	100
<i>%-andel med tilstedevakt som hovednivå pr. HF</i>	<i>74,5</i>	<i>48,4</i>	<i>31,3</i>	<i>10</i>	<i>46,8</i>	

Innsamlet data fra HFene viser at ingen tjenester kun har hjemmevakt. Dette var også et krav i retningslinjene etter at Helsetilsynet tydelig signaliserte at dette neppe er forenelig med forsvarlig helsetjeneste.

Andelen av beredskapsnivå "tilstedevakt" (som hovednivå) varierer fra 10% i Helse Finnmark (en bil i hver av tjenestene i Hammerfest, Kirkenes og Alta) til 74,5% i UNN. Dette medfører at det i Helse Nord gjennomsnittlig er 46,8 % andel av bilambulanseressurser med tilstedevakt. Ca 53% av bilambulanseressursene i Helse Nord har dermed en hovedandel av hjemmebasert beredskap. Ser man bort fra UNNs ressurser er andelen som har hjemmevakt som hovednivå ca 70%.

Praktisk konsekvens av beredskapsnivå har innvirkning på "kvalitetsindikatoren" aktiveringstid, dvs. den tid det tar fra ressursen mottar alarm fra AMK til den beveger seg mot pasient fullt operativ. Aktiveringstiden har dermed betydning for responstiden (tid før ressurs når pasient). Forskjellen mellom passiv/hvilende vakt hjemme og passiv/hvilende vakt på stasjon (tilstedevakt) kan teoretisk være 5 – 7 minutter. Det må forventes at utviklingen i den akuttmedisinske beredskapen generelt innebærer en viss økning i antall tjenester med tilstedevakt (hovedregelen) og at maksimalverdier settes for akseptabel responstid sett i forhold til befolkningsmengde.

## 4.2 Fast aktivert tid

Dette er tid (timer) i døgnet hvor ressursen er aktiv - dvs. utfører ulike aktiviteter som oppdrag, ivaretagelse av utstyr, internkontroll og trening. Fast aktivert tid legges til tid på døgnet hvor sannsynligheten for oppdrag er størst. Fastsetting av slik tid pr. tjeneste varierer mellom tjenestene (størrelse/aktivitet) og mellom enhetene i samme tjeneste (hvis flere enn en bil).

TABELL 8: Fast aktivert tid pr. døgn (hverdager):

	UNN	NLSH	Helgel	Helse F	Snitt
Antall ambulanserbiler	47	31	16	30	
Totalt antall aktiverte timer pr. døgn	578	230	153	299	
<b>Gjennomsnitt pr. ambulansebil</b>	<b>12,3</b>	<b>7,4</b>	<b>9,6</b>	<b>9,3</b>	<b>9,7</b>
Antall enheter med minimumstid i hht. retningslinje (6 timer /uke)	0	11	0	0	
Antall enheter med fast aktivert tid > 8 timer /døgn	39	13	9	20	
> 8 timer i % av antall enheter	83%	42%	56%	67%	

Ovenstående tabell antyder at helseforetakene tolker nødvendigheten - eller nytten - i å ha fast aktivert tid ulikt. Disse vurderingene må ha utgangspunkt både i faglig nytte/helsegevinst og økonomiske hensyn. UNN har mest fast aktivert tid, Nordlandssykehuset minst. Kun Nordlandssykehuset har bilenheter som praktiserer minimumskravet i retningslinjen. Det er en markant forskjell mellom UNN og Nordlandssykehuset når det gjelder forholdsvis antall enheter som har fast aktivert tid ut over 8 timer pr. døgn.

### 4.3 Bemanning

Bemanning har sammenheng med organisering, turnus, aktivitet og beredskapsnivå. En betydelig faktor er i tillegg hvordan handlingsrommet i Arbeidsmiljøloven (AML) benyttes i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene. Dette krever skriftlige avtaler mellom arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene.

TABELL 9: Bemanning (stillingshjemler) bilambulansetjenesten:

	UNN	NLSH	Helgel	Helse F
Antall ambulansebiler (dagbiler omregnet til døgn)	42,5	29,5	16	28,5
Sum antall stillinger	255	156	90	151
<b>Gjennomsnittlig bemanning pr. døgnambulans</b>	<b>6,0</b>	<b>5,3</b>	<b>5,6</b>	<b>5,3</b>

Tabellen over angir en gjennomsnittlig bemanning i Helse Nord på 5,5 stilling pr. døgnressurs. Tall fra SSB for 2007 angir en gjennomsnittlig bemanning av døgnambulans i Norge til å være 6,7 stillinger. Større bytjenester trekker opp og små distriktstjenester trekker ned gjennomsnittet.

Antall stillinger pr. ambulansebil i Helse Nord varierer mellom 4 og 7 avhengig av aktivitet og organisering. Tjeneste i Hammerfest skiller seg ut med 18 stillinger som betjener 2 døgnbiler (gjennomsnittlig 9 stillinger pr. bil).

TABELL 10: Personellstatus pr. desember 2008:

	Sum stillinger bilamb. (turnus)	Antall sykepleiere	Antall adm. ansatte	Amb.pers i AMK	Tilgjengelige vikarer
UNN HF	255	22	17	10	45+
Nordlandssykehuset HF	156	21	11	2,5	? (66 i 2007)
Helgelandssykehuset HF	90	16	2	6	52
Helse Finnmark HF	151	4	4	0	34
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>652</b>	<b>63</b>	<b>34</b>	<b>18,5</b>	

Antall administrativt ansatte er personell utenom vaktberedskap/turnus (f.eks ledere og fagutviklere, men ikke legerressurser). Ambulansepersonell i AMK gjelder stillinger som ambulanseskoordinatorer.

## 5 Kompetanseutvikling

Sintefs gjennomgang av ambulansetjenesten i 2005 og påfølgende behandling i RHF-styret primo 2006 slo fast at kompetansesituasjonen var (er) det mest kritiske området for ambulansetjenesten i Helse Nord. Også på landsbasis er ambulansarbeidere en knapphetsressurs. Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF har de senere år bedt helseforetakene ha et særlig fokus på kompetanseutviklingen i ambulansetjenesten.

*TABELL 11: Status andel ambulansarbeidere (fagbrev) fast ansatte pr. desember angitte år:*

	%-andel fagbrev 2004	%-andel fagbrev 2007	%-andel fagbrev 2008	Utvikling (prosentpoeng)
UNN HF	47	57	58	11
Nordlandssykehuset HF	27	43	51	24
Helgelandssykehuset HF	40	54	67	27
Helse Finnmark HF	36	46	54	18
<b>Snitt Helse Nord</b>	<b>37,5</b>	<b>50</b>	<b>57,5</b>	<b>20</b>

Tabellen over viser at UNN har den svakeste kompetanseutviklingen i perioden. Dette skyldes i hovedsak at UNN har måttet rekruttere nytt personell - ofte uten fagbrevkompetanse. Generelt er ambulansarbeidere en knapphetsressurs i Norge. Helgelandssykehuset har størst andel av fagarbeidere og har også hatt den beste prosentvise kompetanseutviklingen.

Forskriften "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" stiller krav til kompetanse. Beskrevne overgangsperiode medfører at hver ambulansebil til enhver tid skal være bemannet med minst en ambulansarbeider fra 1. april 2010. For å imøtekomme dette året rundt har Helse Nord satt et internt mål om minimum andel ambulansarbeidere på 75% i løpet av 2010.

Helgelandssykehuset har signalisert at de vil nå dette målet innen fristen. Hvorvidt øvrige helseforetak vil nå dette målet synes å være mer usikkert.

*TABELL 12: Status annen kompetanse / tilleggskompetanse fast ansatte pr. des angitte år:*

	NOU 76:2-kurs (3 mnd.)			PHTLS		Paramedic		Kompetanse- bevis utrykning		Lærlinger	
	2004 (%)	2007 (antall)	2008 (antall)	2007 (antall)	2008 (antall)	2007 (antall)	2008 (antall)	2007 (antall)	2008 (antall)	2007 (antall)	2008 (antall)
UNN HF	20%	267	100	97	?	4	14	267	270	27	27
Nordlandssyk	73%	118	81	67	47	1	1	142	148	11	11
Helgelandssyk	46%	19	29	49	56	0	6	86	96	6	5
Helse Finnm	63%	67	66	49	105	0	3	139	149	9	13

Ambulansepersonellet har stående delegering på avansert hjerte-/lungeredning (AHLR) og kurs/sertifisering på trombolysbehandling (hjerteinfarkt) etter legebeslutning.

## 6 Kvalitet

Ambulansetjeneste er en ung - og ikke helt ferdig utviklet - helsetjeneste. Den har hatt en betydelig positiv utvikling fra å være en transporttjeneste til å bli en avansert akuttmedisinsk helsetjeneste. Dette er en krevende tjeneste som skal være velfungerende for alle typer pasienter - både innen somatikken og innen psykisk helsevern.

Tjenesten må til enhver tid tilpasse seg til faglige og organisatoriske endringer som skjer i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Tjenesten står disponibel for pasienter og primærhelsetjenesten døgnet rundt og fremheves ofte som svært viktig for primærhelsetjenestens funksjoner og befolkningens trygghet. Ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten samhandler og samtrener i økende grad til beste for befolkningen. Det forventes at kommende "samhandlingsreform" vil stille ytterligere krav til samhandling og koordinering.

I Norge er det ikke definert felles kvalitetsindikatorer eller nasjonale rapporteringskriterier for ambulans- og nødmeldetjenesten. Dette er en betydelig svakhet i forhold til å kunne "måle" kvalitet i ambulans- og nødmeldetjenesten. Helsedirektoratet har nå initiert to prosjekter som kan forbedre noe av dette. Det ene prosjektet (NST) har som mål å få på plass enhetlig dokumentasjon og kommunikasjon i hele kjeden (inkludert primærhelsetjenesten). Det andre prosjektet har som mål å definere nasjonalt kodeverk og enhetlig nasjonal rapportering fra AMIS (akuttmedisinsk informasjonssystem).

Øyeblikkelig hjelp pasientene i Helse Nord vil ha kvalitetsmessig (helsemessig) fordel av Regjeringens forslag til endret dataregisterlov og helsepersonellov. Når tiden har særlig betydning vil tilgjengelighet til pasientdata på tvers av ansvarsnivå og helseforetak være svært viktig for best mulig pasientbehandling - og med samme kvalitet uavhengig av bosted. Systemene som benyttes i ambulans- og nødmeldetjenesten i Nord forberedes nå på slik digital samhandling.

Pr. i dag er det svært vanskelig å sammenligne kvalitet mellom tjenester, mellom helseforetak og mellom regioner.

### 6.1 Kvalitetsutvikling i Helse Nord

Ambulansetjenesten i Helse Nord har hatt en betydelig kvalitetsutvikling de senere år.

#### Kompetanseutvikling

- Andelen ambulansarbeidere (personell med fagbrev/autorisasjon) har i perioden i gjennomsnitt økt fra 37,5 % til 57,5 % til tross for en betydelig rekruttering av nytt personell (som i liten grad finnes med denne kompetansen).
- Paramedic er kommet inn som et nytt kompetansenivå i ambulansetjenesten
- Nesten alt personell har kurs / godkjent utrykningskompetanse
- Regelmessig akuttmedisinsk kursing av alt personell - sertifiseringer og delegeringer
- Opplæring / godkjenning på administrering av trombololysebehandling ("plumbo" ved hjerteinnfarkt)
- Systematisk samtrening med primærhelsetjenesten, jfr. også Kommune BEST
- Betydelig økning i antall læresteder / lærlinger i ambulansfag
- Ansvaret for kompetanseutvikling er forankret i sykehusavdelinger som arbeider med akuttmedisin og som har et direkte oppfølgingsansvar
- Andelen av sykepleiere i ambulansetjenesten har økt
- Økt kompetanse i ambulansbåttjenesten

### **Akuttmedisinsk behandling**

- Medisinsk operativ manual / tiltaksbok er innført i alle tjenester og ligger til grunn for medisinske behandlingstiltak/prosedyrer
- Akuttmedisinske behandlingstiltak startes tidligere / prehospitalt etter stående delegeringer eller etter beslutning fra primærlege eller spesialist i sykehus.
- Prehospital trombolysebehandling (PHT) er etablert som tilbud i alle tjenester/kommuner
- Alle tjenestene har tatt i bruk nytt medisinteknisk utstyr for monitorering, defibrillering og EKG-opptak som sendes primærlege og/eller spesialist i sykehus for tolkning.
- Samme utstyr og legemiddel er utplassert i legevakttjenestene i distriktskommunene
- Felles kardiologisk database (MUSE) er etablert på UNN, Tromsø. EKG-data fra utstyr i ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten (prehospitale EKG) samles her og er tilgjengelig i hele behandlingsskjeden.
- Alle tjenestene har et standardisert utvalg av legemidler i bilene

### **Tilgjengelighet**

- Responstiden er teoretisk redusert med 5 – 7 minutter for en stor andel av befolkningen ved at tilstedevakt er innført i ambulanssområder med befolkning større enn ca. 8000
- UNN har en økt grad av tilstedevakt og dermed kortere responstid for en større del av sin befolkning
- Flåtestyring/kartsystem (GPS) og godkjent elektronisk kommunikasjon mellom ambulanseressurser og AMK er etablert. Bidrar til bedre oversikt, redusert responstid, bedre kommunikasjonskvalitet og færre utkjørte km
- Ressurskoordinatorer i AMK er etablert i de fleste sentraler og bidrar til bedre ressursstyring, kommunikasjon og oversikt

Befolkningen i Nord-Norge har i dag en bedre tilgjengelighet til høyere akuttmedisinsk kompetanse og økt prehospitalt behandlingstilbud enn tidligere.

## 7 Stasjoner og stasjonskostnader

### 7.1 Eie-/leieforhold

TABELL 13: Status eie-/leieforhold pr. januar 2009:

	Eget eie	Leieavtale < 5 år	Leieavtale 6-10 år	Leieavtale > 11 år	Sum stasjoner
UNN HF	3	7	9	13	32
Nordlandssykehuset HF	2	14	1	0	17
Helgelandssykehuset HF	2	10	0	1	13
Helse Finnmark HF	2	10	5	0	17
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>9</b>	<b>41</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>79</b>
% av sum stasjoner	11,4%	52%	19%	17,7%	

Ca 11% av ambulansestasjonene i Helse Nord eies av helseforetaksgruppen. Hovedtyngden av leieavtalene med kommuner eller private utleiery har gjenstående avtaletid på mindre enn 5 år. UNN har de fleste avtalene med gjenstående lang avtaletid, herunder 13 leieavtaler med gjenstående avtaletid lenger enn 11 år.

### 7.2 Kostnadsutvikling stasjoner

TABELL 14: Kostnadsutvikling ambulansestasjoner (hele 1000 kr):

	2004	2005	2006	2007	2008	Antall stasjoner	Gj.sn. kostnad pr stasjon 2008
UNN HF	359	748	1 182	4 202	8 515	32	266
% fra 2006			0 %	255 %	620 %		
Nordlandssykehuset HF	585	596	563	1 997	2 009	17	118
% fra 2006			0 %	255 %	257 %		
Helgelandssykehuset HF			651	1 572	1 501	13	116
% fra 2006			0 %	241 %	230 %		
Helse Finnmark HF	1 813	1 727	1 875	1 923	3 237	17	190
% fra 2006			0 %	3 %	73 %		
<b>Sum Helse Nord</b>			<b>4 271</b>	<b>9 694</b>	<b>15 262</b>		
%-vis endring HN			0 %	127 %	257 %		

UNN, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset overtok driften av bilambulansetjenesten fra 1. desember 2006. Tilsvarende for Helse Finnmark fra 1. januar 2007. Drift i egenregi kom samtidig med implementering av nye planer som inkluderte krav i ny forskrift/retningslinjer fra Helse Nord RHF og krav til arbeids- og hviletidsbestemmelser. Kravene til tilstedevakt og fast aktivert tid medførte økt behov for stasjonsfasiliteter. Stasjoner for tilstedevakt hele døgnet (vakt på vaktrom) skal tilfredsstillende Arbeidstilsynets strenge krav til slike fasiliteter.



## 8 Driftskostnader

### 8.1 Kostnad akuttmedisinske tjenester prehospitalt

Nedenstående tabell og merknad er hentet fra Helse Nord RHF's svar på Riksrevisjonens forespørsel i fbm. deres oppfølging av "Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelstjenesten" (2005/06). Tas med her for å gi et samlet kostnadsbilde - dvs. inkludert ambulansebil og luftambulansetjeneste.

*TABELL 15: Driftskostnader for ambulanse og luftambulanse (mill.kr):*

	2005	2006	2007*
Kostnader ambulansebil og -båt	336,9	381,4	552,2
Kostnader luftambulanse	188,5	204,6	205,7
Totale kostnader ambulansetjenester	525,4	586,0	757,9
Totale driftsutgifter for regionen	9 152,0	10 229,0	10 710,0
%-vis andel av totale driftsutgifter	5,7	5,7	7,1

\* Foreløpig regnskap 2007.

*Merknad til tabellen over:*

Kostnader finansiert av øremerket tilskudd (fra Statsbudsjettet via Helse Nord RHF) til Helseforetakenes Nasjonale Luftambulanse ANS er trukket ut fra tall for luftambulanse, totale driftsutgifter ambulansetjenester og totale driftsutgifter for regionen. Tilskuddet utgjør 57,5 mill kr (2005), 59,2 mill kr (2006) og 61,5 mill kr (2007).

Helse Nord's samlede pensjonskostnader økte med om lag 325 mill kr i 2007, og veksten innen kostnader til ambulansebil og båt i 2007 skyldes delvis økte pensjonskostnader. I tillegg fordeles felleskostnader til ambulansetjenesten i 2007 etter overtakelsen. *Vekst korrigert for disse forhold anslås til ca 120 mill kr.*

Tilsvarende tall for 2008 (kilde: styresak 38-2009) viser at totalekostnadene for ambulansetjeneste utgjør 943,2 millioner kroner - som tilsvarer 8,2% andel av totale driftskostnader i Helse Nord.

Pasienttransport (ikke ambulanse) hadde i 2008 en total kostnad på 616 millioner kroner som tilsvarer 5,3% andel av totale driftskostnader i Helse Nord. Samlet var kostnaden for ambulansetjenesten og pasienttransport i 2008 1.559,2 millioner kr - som tilsvarer 13,5% av totale driftskostnader. Til sammenligning var total kostnaden for Helse Finnmark HF 1.467,4 millioner kr i 2008, for Helgelandssykehuset 1.248,5 millioner kroner.

### 8.2 Kostnader bilambulansetjenesten

Det er ganske komplekst å identifisere sammenlignbare kostnader for perioden 2004 – 2008. Dette bl.a. fordi det har skjedd endringer underveis i reglene for føring av administrasjons-/felleskostnader og pensjonskostnader. Avtalene med private utøvere (frem til 2007/2008 Finnmark) er svært ulike fylkesvis og komplisert i forhold til hvordan tilleggs kostnader / regningsoppgjør er registrert. Drift i egen regi medført endrede registreringer, herunder praksis på hva som registreres pr. stasjon og hva som registreres sentralt (f.eks forsikringer, politiledsaging og andre eksterne kostnader).

Det samlede kostnadsbildet fremkommer i tabellen under. Kostnader som registreres for hver enkelt stasjon fremkommer i regnearket.

## 8.2.1 Stasjonsspesifikke driftskostnader

Dette er kostnader som bokføres direkte pr. stasjon og hvor "felleskostnader" ikke inngår. Dette er kostnader oppgitt av helseforetakene i hht. regnearket. Det ligger imidlertid en feilkilde i tallene fordi en del kostnadselementer behandles ulikt i helseforetakene. For eksempel om drivstoffkostnader bokføres pr. stasjon eller sentralt (felleskostnader ambulanse).

TABELL 16: Stasjonsspesifikke kostnader bilambulansetjenesten (hele 1000 kr):

	2004	2005	2006	2007	2008
<b>UNN HF</b>	104 019	108 523	128 981	154 015	166 870
%-vis utvikling	0,0 %	4,3 %	24,0 %	48,1 %	60,4 %
Kostnad pr. døgnambulanse	2 448	2 553	3 035	3 624	3 926
<b>Nordlandssykehuset HF</b>	69 251	72 323	70 062	103 935	111 981
%-vis utvikling	0,0 %	- 4,4 %	1,2 %	50,1 %	61,7 %
Kostnad pr. døgnambulanse	2 347	2 451	2 375	3 523	3 796
<b>Helgelandssykehuset HF</b>	34 783	42 116	50 492	52 031	54 820
%-vis utvikling	0,0 %	21,1 %	45,2 %	49,6 %	57,6 %
Kostnad pr. døgnambulanse	2 174	2 632	3 156	3 252	3 426
<b>Helse Finnmark HF</b>	55 295	60 689	62 835	64 655	92 780
%-vis utvikling	0,0 %	9,8 %	13,6 %	16,9 %	67,8 %
Kostnad pr. døgnambulanse	1 940	2 129	2 205	2 269	3 255
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>263 348</b>	<b>283 651</b>	<b>312 370</b>	<b>374 636</b>	<b>426 451</b>
%-vis utvikling	0,0 %	7,7 %	18,6 %	42,3 %	61,9 %

Ved beregning av "Kostnad pr. døgnambulanse" er antall enheter pr. januar 2009 lagt til grunn for samtlige år. Dagbiler er omregnet til døgnbiler.

## 8.2.2 Samlede kostnader

I tabellen under har vi trukket ut tall fra "Agresso" til bilambulansformål (funksjon 60000). Så langt det har vært mulig i identifisere kostnader som ikke tilhører bilambulansetjenesten er disse trukket ut. Dette kan være kostnader knyttet til f.eks båtambulansetjenesten og/eller nødmeldetjenesten. UNN og Nordlandssykehuset overtok ambulansetjenesten fra Hålogalandssykehuset pr. 01012007. For årene 2004 – 2006 er kostnadene fordelt etter fordelingsnøkkelen som ble brukt ved oppløsningen av Hålogalandssykehuset (0,73 til UNN og 0,27 til NLSH).

TABELL 17: Beregnet totale kostnader bilambulansetjeneste (hele 1000 kr):

	2004	2005	2006	2007	2008
<b>UNN HF</b>	125 300	128 700	154 000	248 400	267 700
%-vis utvikling	0,0 %	2,7 %	22,9 %	98,3 %	113,7 %
<b>Nordlandssykehuset HF</b>	72 700	71 500	82 000	119 000	127 000
%-vis utvikling	0,0 %	-1,7 %	12,8 %	63,6 %	74,5 %
<b>Helgelandssykehuset HF</b>	36 400	42 200	50 700	68 300	73 300
%-vis utvikling	0,0 %	15,9 %	39,2 %	87,5 %	101,4 %
<b>Helse Finnmark HF</b>	65 000	63 700	65 900	84 400	113 500
%-vis utvikling	0,0 %	-2,0 %	1,4 %	29,9 %	74,7 %
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>299 400</b>	<b>306 100</b>	<b>352 600</b>	<b>520 100</b>	<b>581 400</b>
%-vis utvikling	0,0 %	2,2 %	17,8 %	73,7 %	94,2 %

Deler av den sterke veksten fra 2006 til 2007 skyldes økte pensjonskostnader. I tillegg medfører drift i egen regi at tallene fra og med 2007 også inkluderer fordelte felleskostnader i helseforetaket (f.eks fellesadministrasjon, IKT, idrettslag, prestetjeneste, videreutdanning etc.). For Helse Finnmark gjelder dette fra 2008.

I forbindelse med Magnussenutvalgets arbeid i 2007 gjorde Sintef kostnadsberegninger vedrørende ambulansetjenesten. Med utgangspunkt i lik kvalitet og tilgjengelighet i hele landet beregnet de normerte kostnader (2006) for Helse Nord til å være ca 644 millioner kr. inklusive husleie. Regionenes ulike båtbehov ble forsøkt kompensert med noen flere biler for enkelhets skyld.

Sintef beregnet behovet for ambulanserbiler i Helse Nord til å være 122 døgnbiler, 26 dag-/kveldbiler og 18 dagbiler. Hvis man grovt omregner dette til døgnbiler blir det 144 døgnbiler. Pr. døgnambulans skulle dette tilsi ca 4,472 millioner kr. i 2006 (644 mnok/144). Dette er ca 50% mer enn hva gjennomsnittskostnaden for døgnambulans var i Helse Nord samme året, jfr. tabell under.

Innenfor eksisterende nasjonale ramme i 2006 til bilambulansetjenester i Norge beregnet Sintef en omfordeling til Helse Nord på 91,6 millioner kr. I tillegg beregnet Sintef et gap på ca 150 millioner kr. mellom deres beregningsmodell (landsdekkende kvalitet og tilgjengelighet bilambulansetjenesten) og regnskapsførte kostnader i Helse Nord 2006.

Sintefs vurdering av omfordelingsbehovet (eksisterende nasjonale ramme) vedr. prehospitaltjenester ble tatt hensyn til ifbm. utvalgets konklusjoner og etterfølgende endringer fra Regjeringen.

**TABELL 18: Beregnet totalkostnad pr. døgnbilamb inkl. fordelte kostnader (hele 1000 kr):**

	Type	2004	2005	2006	2007	2008	2008 i % av HN-snitt
<b>UNN HF</b>	Sum driftskostnader	125 300	128 700	154 000	248 400	267 700	
	Antall bilenheter	42,5	42,5	42,5	42,5	42,5	
	Gj.sn driftskostnad pr. døgnambulans	2 948	3 028	3 624	5 845	6 299	131,5 %
<b>Nordlandssyk</b>	Sum driftskostnader	72 700	71 500	82 000	119 000	127 000	
	Antall bilenheter	29,5	29,5	29,5	29,5	29,5	
	Gj.sn driftskostnad pr. døgnambulans	2 464	2 424	2 780	4 034	4 305	89,8 %
<b>Helgelandssyk</b>	Sum driftskostnader	36 400	42 200	50 700	68 300	73 300	
	Antall bilenheter	16	16	16	16	16	
	Gj.sn driftskostnad pr. døgnambulans	2 275	2 638	3 169	4 269	4 581	95,6 %
<b>Helse Finnm</b>	Sum driftskostnader	65 000	63 700	65 900	84 400	113 500	
	Antall bilenheter	28,5	28,5	28,5	28,5	28,5	
	Gj.sn driftskostnad pr. døgnambulans	2 281	2 235	2 312	2 961	3 983	83,1 %
<b>Snitt H Nord</b>	<b>Gj.sn driftskostnad pr. døgnambulans</b>	<b>2 492</b>	<b>2 581</b>	<b>2 971</b>	<b>4 277</b>	<b>4 792</b>	

Antall bilenheter er basert på oppgitt status pr. 01/2009 og legges til grunn for hele perioden. Dagambulanser er omregnet til døgnambulanser (2 dagambulanser = 1 døgnambulans).

Tabellen over viser at Helse Finnmark i perioden har hatt den laveste kostnadsveksten (83,1%) mens UNN har hatt den høyeste (131,5%). UNN HF har en markant høyere totalkostnad pr. døgnambulans i 2008.

**TABELL 19:**

*Sammenligning differanse totalkostnader og stasjonsførte kostnader 2008 (hele 1000 kr):*

	Total pr. døgnbil	Stasjon pr. døgnbil	Differanse	Differanse i % av stasjonskostnader
UNN HF	6 299	3 926	2 373	60,4 %
Nordlandssykehuset HF	4 305	3 796	509	13,4 %
Helgelandssykehuset HF	4 581	3 426	1 155	33,7 %
Helse Finnmark HF	3 983	3 255	728	22,4 %

UNN HF har noe høyere kostnader på elementer som bokføres pr. stasjon. Imidlertid er det sentralt førte kostnader og fordelte felleskostnader som medfører den markante forskjellen mellom UNN og de øvrige helseforetakene. Det er ukjent i hvilken grad UNNs fordeling av kostnader knyttet til universitetssykehusfunksjonen for Nord-Norge gir utslag på totalkostnadene i ambulansetjenesten. I kontrast står Nordlandssykehuset med den laveste differansen mellom totalkostnad og stasjonsførte kostnader.

Helseforetakene bør se nærmere på årsaker og om det evt. finnes ulik regnskapsmessig praksis. Tallene og sammenligningene som fremkommer i denne rapporten må først og fremst betraktes som indikasjoner på forskjeller og trender, ikke eksakte tallstørrelser.

## **8.3 Årsaker til kostnadsvekst**

### **8.3.1 Generelt**

I perioden 2004 – 2008 har bilambulansetjenesten hatt en nødvendig organisatorisk – og kvalitativ utvikling av betydning både for ansatte og pasienter. Nødvendig for å imøtekomme faglige og operative krav til tjenesten og for å oppnå kvalitet i tjenesten tilsvarende et nasjonalt nivå. Dette løftet har - ikke uventet - medført betydelige økonomiske konsekvenser for helseforetakene.

Ambulansetjenesten i Helse Nord synes ikke å være uforholdsmessig kostbar i seg selv, men det å opprettholde forventet tilgjengelighet og kvalitet i en landsdel som er så geografisk stor og med så spredt befolkning er krevende. Dette krever mange ambulanselokasjoner i forhold til befolkningstettheten. Dette kan illustreres på to måter:

- Magnussenutredningens tabell 8.17 viser kostnadsfordeling prehospitaltjenester målt mot landsgjennomsnittet (indeks = 100). Mens Helse Sør-Øst har en indeks på 65 har Helse Nord en indeks på 301 (jfr. Hovedalternativ II). Magnussenutvalget angir med dette at kostnaden i Helse Nord er beregnet å være 363 % høyere pr innbygger enn i Sør-Øst for å levere tilnærmet like prehospitaltjenester til befolkningen.
- Helse Nord hadde i 2007 (kilde: SSB) 24 døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere, mens Helse Sør-Øst hadde 6. Helse Nord hadde dermed fire ganger flere døgnambulanser pr. 100.000 innbyggere for å ivareta tilnærmet samme tilgjengelighet og kvalitet. Samtidig vet vi at dette ikke alltid er tilstrekkelig for å innfri føringene i "Akuttmeldinga" vedr. anbefalte maksimalgrenser for responstid.

Årsakene til kostnadsveksten (ut over generell lønns- og kostnadsvekst) i perioden kan fordeles på følgende hovedområder:

### **Ny forskrift i 2005**

Forskriften (vedlagt) stiller krav innenfor mange områder, bl.a kompetanse og tilgjengelighet. Forskriften har som hovedregel at ambulansetjenestene skal ha tilstedevakt. De største konsekvensene av forskriften kom i Helse Nord som var svakest kompetansemessig og som knapt hadde tjenester i tilstedevakt. Dette medførte bl.a. behov for økt bemanning, økt kompetanseutvikling og behov for stasjonsfasiliteter. Dette er hovedårsaken til kostnadsveksten.

### **Arbeids- og hviletidsbestemmelser**

Arbeidstilsynet hadde i 2004 og 2005 et særlig fokus på arbeids- og hviletidsbestemmelsene (Arbeidsmiljøloven) i ambulansetjenesten. Det var tilsyn ved flere tjenester etter klager fra ansatte. Dette gikk på forhold som arbeidsbelastning, manglende hvile, omregningsfaktor for hjemmevakt, HMS og trafikksikkerhet. Tilsynene medførte i mange tilfeller krav om oppbemanning og fastsetting av omregningsfaktor ved hjemmevakt. Arbeidstilsynets mange vedtak ga føringer for hele tjenesteområdet. Helse Nord RHF gjennomførte også en kartlegging med belastningsanalyse som avdekket at flere tjenester syntes å ha for høy belastning i forhold til bemanningen. Nye planer fra 2006 tok et helhetlig hensyn til dette og er særlig operasjonalisert i fbm. drift i egenregi fra 1. desember 2006.

### **Offentlig drift av bilambulansetjenesten ved helseforetakene**

I sak 06-2006 av 8. februar vedtok styret i Helse Nord RHF at helseforetakene selv skulle drive bilambulansetjenesten. Dette var i tråd med anbefalingen fra Sintef etter en helhetlig gjennomgang av ambulansetjenesten i 2005:

*Ut fra en helhetlig vurdering anbefaler vi at drift av ambulansetjenestene i Helse Nord RHF i fremtiden skjer i offentlig regi. Begrunnelsen for dette er i hovedsak knyttet til forskriftens presisering av ambulansetjenesten som en integrert del av den prehospital, akuttmedisinske tjenesten knyttet til helseforetakenes sørge-for ansvar. Dette utløser krav til faglig kompetanse gjennom rekruttering og utdanning samt krav til samhandling mellom flere offentlige aktører, som vi mener best kan oppfylles gjennom et samlet offentlig eierskap og driftsansvar for ambulansetjenesten. Vi mener dette er spesielt viktig i den aktuelle situasjonen i Helse Nord med store utfordringer knyttet til rekruttering, kompetanse og ressursutnyttelse ved mange små enheter med lav aktivitet.*

Drift i egen regi er ikke noe nordnorsk særtrekk. Iflg. NHO ble 82% av ambulansetjenesten i Norge (2007) ivaretatt av helseforetakene selv. Denne trenden har fortsatt, nylig har styret i Sykehuset Innlandet (Helse Sør-Øst) enstemmig vedtatt en gradvis overtagelse av ambulansetjenesten.

Personellkostnader i ambulansetjenesten utgjør ca. 80% av de totale kostnadene (iflg. Magnussenutvalget). Det å sikre/utvikle kompetanse langsiktig, etablere godkjente turnuser, tilby ansatte gode pensjonsordninger og et høyere sykefravær medfører økte kostnader i forhold til tidligere kjent privat drift.

### **8.3.2 Sammenligning mellom helseregionene 2006**

Ved å krysskoble data fra Sintef (i fbm. Magnussenutvalget) - hentet fra regnskapsrapportering - med virksomhetsdata fra SSB er det mulig å få en indikasjon på forskjeller mellom de regionale helseforetakene. Under fremkommer kostnader 2006 pr. ambulansebil (uavhengig av andel dagbiler):

Helse Sør-Øst:	kr. 4.635.000,- pr. ambulansebil
Helse Vest:	kr. 3.738.000,- pr. ambulansebil
Helse Midt:	kr. 3.660.000,- pr. ambulansebil
Helse Nord:	kr. 3.141.000,- pr. ambulansebil

Vår egen beregning for 2006 (jfr. tabell 18 side 18) viser en gjennomsnittskostnad på kr. 2.971.000,- i Helse Nord. Det kan derfor være noe grunnlagsforskjell mellom de ulike beregningene.

Det er grunn til å tro at forskjellene mellom regionene er redusert etter 2006. Dette finnes det ikke tilgjengelig data på pr. i dag. Sammenligningen for 2006 indikerer imidlertid at kostnaden pr. bilenhet i Helse Nord ikke er dominerende. Men krav til tilgjengelighet og kvalitet - i en stor geografisk region med liten/spredt befolkning - innebærer totalt sett behov for flere enheter og dermed høyere kostnader for Helse Nord enn øvrige helseregioner.

### 8.3.3 Årsaker kostnadsforskjeller mellom helseforetakene

Det fremkommer i rapporten indikasjoner på til dels store forskjeller i driftskostnadene mellom helseforetakene i Helse Nord. I et forsøk på å finne mulige årsakssammenhenger sammenstilles en del nøkkeltall som fremkommer i rapporten:

TABELL 20: Sammenstilling av nøkkeltall:

	Oppdrag pr 1000 innbygg 2008	Oppdr. vekst % Peri 04 - 08	Beregn person vekst 04-09 *	%-andel fagarb 2008	%-po utvikl fagarb 04-08	Bem pr døgnbil 2009	Fast aktiv tid uked	%-andel tilstede vakt	Beregn totalkost 2008 døgnbil
UNN HF	149	18	1,3 (53)	58	11	6,0	12,3	74,5	6.299
Nordlandssykehuset HF	146	10	1,4 (42)	51	24	5,3	7,4	48,4	4.305
Helgelandssykehuset HF	142	6	0,4 (7)	67	27	5,6	9,6	31,3	4.581
Helse Finnmark HF	192	14	1,2 (33)	54	18	5,3	9,3	10	3.983
Snitt Helse Nord	157	13	1,1 (34)	57,5	20	5,5	9,7	46,8	4.792

*\*Beregnet personellvekst i perioden 2004 – 2009 gjelder operativt personell i turnus på ambulansebilene, altså ikke inkludert administrative stillinger eller koordinatorene i AMK. Tallet som fremkommer gjelder gjennomsnittlig bemanningsvekst pr døgnbil. Tallet i parentes er beregnet antall nye årsverk i turnus i perioden pr. helseforetak. Høyeste verdier er markert med blå tekst.*

UNN skiller seg markant ut i forhold til øvrige helseforetak på høy beregnet totalkostnad pr. døgnambulans. I den grad det er mulig å antyde årsaker til dette (jfr. også tidligere forbehold vedrørende beregning av totalkostnadene) indikerer tabellen en mulig sammenheng mellom høye kostnader og UNNs organisatoriske valg i forhold til tilstedevakt og fast aktivert tid. At UNN har en noe høyere gjennomsnittlig bemanning pr. døgnbil er en naturlig konsekvens av dette. UNNs bemanningsgrad synes å være optimal sett i forhold til organiseringen.

Helse Finnmark fremstår med et svært høyt forbruk av ambulans, men med de laveste totalkostnadene pr. døgnbil. Dette kan indikere at variasjoner i forbruket - oppdragsaktivitet / direkte oppdragsgenererte kostnader - gir mindre utslag på kostnadsnivået enn hva beredskapskostnadene gjør. Andelen tilstedevakt utgjør bare 10% av bilambulanseresursene.

Nordlandssykehuset og Helse Finnmark har de laveste beregnede total kostnader og lavest gjennomsnittlig bemanning pr døgnambulansse, men også de største kompetansmessige utfordringene. Helgelandssykehuset fremstår som kostnads optimal sett mot både bemanning, beredskap og kompetanse.

## 9 Statusvurderinger fra helseforetakene

I tillegg til tallinnsamlingen ble helseforetakene/fagansvarlige utfordret til å vurdere status i eget helseforetak vedrørende:

- kvalitetsutviklingen i ambulansetjenesten i perioden 2004 – 2008 / tilbudet til befolkningen
- status integrasjon i øvrig helsetjeneste generelt og akuttmedisinsk virksomhet spesielt, herunder faglig betydning
- status samhandling med primærhelsetjenesten - utvikling, formalisering etc.
- status i forhold til egne/forskriftsmessige mål for tjenesten (er tjenesten ferdig ”utviklet”?)
- hva er bra og hva er mindre bra i forhold til inngåtte avtaler / forpliktelser - forbedringspotensial?
- hvilke tiltak er gjennomført fra og med 2007 for å kostnadsoptimalisere tjenesten?
- planlegges nye tiltak - faglig og/eller økonomisk begrunnet ?
- evt. særlige bekymringsområder

Etter en innledende sammenfatning av underpunktene til kapittel 9 gjengis svarene i sin helhet slik de er mottatt fra de respektive helseforetakene.

### 9.1 Kvalitetsutviklingen i perioden 2004 – 2008 / tilbudet til befolkningen

*Alle HFene deler oppfatning om klare kvalitetsmessige forbedringer både i forhold til personellens kvalifikasjoner, materiell/ medisinsk utstyr og ikke minst det medisinske innholdet i tjenesten i løpet av perioden. Prehospital trombolyse til hjerteinfarktpaseinter er et eksempel på et medisinsk faglig kvantesprang og for øvrig er ”standardisering” et nøkkelord i beskrivelsene.*

#### 9.1.1 Svar fra UNN HF

UNN HF har gjennom alle år satset på kvalitetsutvikling i ambulansetjenesten. Dette gjelder på områdene faglig utvikling av den enkelte ambulansarbeider, stasjons/vaktordninger og samarbeid med kommunehelsetjenesten samt andre beredskapsetater. Prosjekt PHT er et av tiltakene. Gjennom årlige sertifiseringsprøver av personellet kvalitetssikrer vi de enkeltes kunnskaper. Inntak av lærlinger for å sikre etterveksten samt å legge til rette for at ambulanspersonell kan videreutdanne seg ex paramedic utdanning på høyskolen er også med på å øke kvaliteten.

Full gjennomgang med oppdatering og revidering av Tiltaksbok for ambulansetjenesten. Ferdig til trykking pr 1.3 2009. Helgelandssykehuset deltar i prosjektet.

#### 9.1.2 Svar fra Nordlandssykehuset HF

Ambulansetjenesten var drevet av private drivere fra 1.12.2001-1.12.2006 etter en anbudskonkurranse i regi av Nordland fylkeskommune. Foretaket overtok driften av tjenesten fra 1.12.2006 da kontrakten med de private utøverne utløp. Tjenesten har gjennomgått en betydelig kvalitetsforbedring de siste årene i form av felles kvalitetssikringssystemer, økt bemanning og økt andel fagarbeidere. I tillegg har medisinske sertifiseringer, innføring av fysiske krav til ambulanspersonell og økt andel aktiv tid for den enkelte tjeneste bidratt til å øke kompetansen til personellet og dermed tilbudet til befolkningen.



I løpet av 2007 er det også innført dataverktøy for kart og flåtestyring i regionen som gir en lavere aktiveringstid både for AMK-sentralene og den enkelte ambulanse. Ved foretakets overtakelse 1.12.2006 er også biler og utstyr standardisert.

### **9.1.3 Svar fra Helgelandssykehuset HF**

Det oppfattes at kvaliteten på hele virksomheten er blitt bedre. Dette gjelder spesielt kvaliteten på personellet i tjenesten. Det satses på og øke og vedlikeholde den medisinske kompetanse etter en kompetanseplan som beskriver virksomheten på dette feltet i en 4-årsperiode. Etablering av stasjoner på alle steder har vært viktig. Dette sammen med utvikling av systemer innen virksomhetsregistrering og etablering av gode systemer innen HMS.

### **9.1.4 Svar fra Helse Finnmark HF**

Jeg (avdelingssjef prehospitaltjenester) mener det har vært en klar forbedring. Innføring PHT, felles rutiner, likt utstyr i bilene, bedre koordinering og bruk av biler fra AMK, kontroll med kompetanse og likhet på alle stasjoner. Ordning med lærlinger innført.

## **9.2 Integrasjon i øvrig helsetjeneste og akuttmedisinsk virksomhet - faglig betydning**

*Ambulansetjenesten inngår i en akuttmedisinsk kjede der sluttresultatet aldri blir bedre enn det svakeste leddet. Samarbeid og koordinering med samhandlende instanser både utenfor og innen spesialisthelsetjenesten blir derfor sentrale elementer. Samhandlingen kan ta ulike former, men alle HFEne har et klart fokus på integrasjonsaspektet.*

### **9.2.1 Svar fra UNN HF**

Ambulanseforum: årlig konferanse for ambulansearbeidere, ledere og samhandlingspartnere; AMK-sentraler/LV-sentraler/kommuneleger. Regelmessige samhandlingsmøter: Lenvik interkommunale legevakt/LV-sentral/ambulansetjeneste/AMK- Tromsø 2 ggr årlig. Samarbeids/samhandlingsmøter med primærhelsetjenesten innen hvert ambulansområde. Klinisk samarbeidsutvalg har utviklet Avtale om ansvars- og oppgavefordeling mellom UNN HF og 31 kommuner ved innleggelse, opphold og utskriving av pasienter i somatikk, rusbehandling og psykiatri. Denne er på høring og forventes iverksatt april 2009.

### **9.2.2 Svar fra Nordlandssykehuset HF**

- Prehospital trombolysing og ABC (avansert luftveis- og sirkulasjons-håndtering)
- Hospitering i alle sykehus. I hovedsak gjelder dette lærlinger for å oppnå mål i henhold til fagplan.
- Helsegrupper er etablert på Skrova, Store Molla og Bolga. Videre på Landegode i samarbeid med Norsk Luftambulans.
- Akuttmedisinsk team – Nlsh Bodø. Anestesilege rykker ut fra sykehuset ved behov.
- Månedlig BEST-øvelse med traume-teamet ved Nlsh.

### **9.2.3 Svar fra Helgelandssykehuset HF**

Satsing på samarbeid med kommunehelsetjenesten ved Kommune-BEST, prehospital trombolysing og felles internundervisning enkelte steder. Ved AMK Helgeland arbeider i økende grad ambulanspersonell som koordinatører. Det gjennomføres

gjennombruddsprosjekt ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen hvor ambulansespersonellet vil delta intrahospitalt i akuttmottak.

#### **9.2.4 Svar fra Helse Finnmark HF**

Det er stadig bedring med lokal helsetjeneste. Spesielt nå når lokale instruktører er innført på alle stasjoner(unntatt Øksfjord og Hasvik). De trener sammen med lokal helsetjeneste. Etter overgang til foretaket arrangeres hospitering på en enklere måte for ambulansespersonellet og lærlinger.

### **9.3 Samhandling med primærhelsetjenesten - utvikling, formalisering etc.**

*Ambulansetjenestens forankring i HFene/sykehusene har gitt nye utfordringer i forhold til primærhelsetjenesten. Bekymring for økt avstand til førstlinjetjenesten i kommunene har vært uttrykt av flere utenfor spesialisthelsetjenesten etter omleggingen. Behovet for gode samhandlingsprosedyrer og særlig behov for felles trening og øvelser blir understreket.*

#### **9.3.1 Svar fra UNN HF**

Det har vært gjennomført BEST treninger/øvelser på en del legekontorer.

#### **9.3.2 Svar fra Nordlandssykehuset HF**

Samhandling foregår stort sett i alle kommuner i form av øvelser, eller samtrening. Dog må det kunne innrømmes at frekvensen gjerne kunne vært hyppigere. Vi prøver å ha møte med kommunelege 1 i alle kommuner, minimum en gang pr år, og dette har vi i hovedsak lykkes med.

#### **9.3.3 Svar fra Helgelandssykehuset HF**

Enkelte steder har man fått rapporter om at etableringen av virksomheten innen foretaket har ”fjernet ”tjenesten fra kommunehelsetjenesten. Dette har man aktivt forøkt å forhindre ved å etablere systemer for samtrening og felles undervisning bl.a. gjennom kommune - BEST. Et annet viktig samarbeidsprosjekt har vært arbeidet med implementering av prehospital trombolyse. Enkelte steder har ambulansetjenestens personell arbeidet i den kommunale helsetjenesten i sin aktivtid. Dette er positivt mht integrasjon og kompetanseutvikling.

#### **9.3.4 Svar fra Helse Finnmark HF**

Den er god. Ved overgang til en AMK var undertegnede på besøk i alle kommuner i Vest-Finnmark for å informere om endringen. Det ble informert om likhet i hele Finnmark og samarbeid gjennom en AMK. Ingen kommuner har varslet at det er dårlig samarbeid, men alt kan sikkert bli enda bedre.

Det ble avholdt et møte i desember der alle LV-sentraler og kommuneoverleger var invitert til Kirkenes sammen med stasjonslederne. Oppmøtet kunne vært bedre fra LV og leger, men det var en start på noe som skal være en årlig hendelse.

## **9.4 Status egne/forskriftsmessige mål for tjenesten (er tjenesten ferdig "utviklet" )?**

*Ambulansetjenesten ble i 2005 gjennom forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehuset<sup>1</sup> gjenstand for nye myndighetskrav der målet var å bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester. Særlig § 17 om bemanning og helsefaglig kompetanse har gitt ambulansetjenesten i Helse Nord store utfordringer. Langsiktige kompetanseplaner har vært en type tiltak for å innfri målet om at 75% skal inneha fagbrev innen 2010.*

### **9.4.1 Svar fra UNN HF**

Ihht til bemanningskravet i "forskrift om akuttmedisinske tjenester...", har UNN HF pr i dag en dekningsgrad på fagarbeidere på ca 60 %. Det jobbes for å øke denne fortløpende. En viss grad av avgang på personell gjør at dette ikke går så fort som ønsket. Vi har et krav i tilsetningsavtalen med alle ansatte at de skal ta det når de har nok tjenestetid, vi må intensivere oppfølgingen av de som ikke har gjennomført sine forpliktelser.

### **9.4.2 Svar fra Nordlandssykehuset HF**

Andel fagarbeidere i tjenesten har økt fra 27 % i 2006 til 51.2 % pr. desember 2008. Det jobbes fortløpende med å arrangere kurs som ivaretar sertifiseringer og resertifiseringer av alt personell som betjener ambulanser som er tilknyttet foretaket. Dette gjelder også vikarer. Foretaket har også store utfordringer knyttet til rekruttering og tilgang til kvalifisert personell i forbindelse med syke- og feriefravær. Vi har hatt en utfordring i forhold til å rekke over våre oppgaver, grunnet at fagutviklings stillingen har vært vakant i ett år. Dette faller nå på plass, og vi har målsetningene klare for inneværende år.

### **9.4.3 Svar fra Helgelandssykehuset HF**

Helgelandsykehuset har 67 % fagarbeidere og regner med at dette tallet vil stige ca 10% i løpet av 2009. Det jobbes med kompetanseheving/opprettholdelse av kompetanse ut fra kompetanseplan ferdigstilet høsten 2007. Det arbeides kontinuerlig med å opprettholde god kvalitet på vikarer og etablere ordninger for rekruttering til tjenesten. Minstekrav til kompetanse for korttidsvikarer i tjenesten er beskrevet i kompetanseplanen.

### **9.4.4 Svar fra Helse Finnmark HF**

Nei, vi har et stykke igjen. Fortsatt mangler mange fagbrev, selv om det har vært stor aktivitet for å ta fagbrev siste halvdel av 2008.

## **9.5 Hva er bra / mindre bra i forhold til inngåtte avtaler - forbedringspotensial?**

*Organiseringen av ambulansetjenesten innunder HFene har gitt utfordringer både av faglig og avtalemessig art i forhold til arbeidsgiveransvar og samhandlingssavtaler med samarbeidene parter. En god tjeneste krever en stabil stab. Både rekruttering og tilrettelegging av et godt arbeidsmiljø som hindrer gjennomtrekk og sykefravær er store utfordringer også i denne delen av helsevesenet..*

<sup>1</sup> <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050318-0252.html>

### **9.5.1 Svar fra UNN HF**

Gode erfaringer med samhandling rundt ledsaging og transport av psykiatriske pasienter for øhj innleggelse i psykiatrisk sykehus. Lenvik interkommunale legevakt/LV-sentral har bidratt med å organisere ledsagerordning. UNN HF finansierer ordningen over syketransport kapittel. Forsøker å få til liknende avtale med flere kommuner gjennom løfting til overordnet samarbeids utvalg.

### **9.5.2 Svar fra Nordlandssykehuset HF**

For personellet har det å gå over fra privat til offentlig drift medført en betydelig forbedring i forhold til arbeidstidsbestemmelser, forsikring, pensjon og lønnsbetingelser generelt. Formaliserte krav til tjenesten med hensyn til kompetanse og fysikk har også bidratt til å utvikle tjenesten i positiv retning. Tjenesten sliter imidlertid med et høyt sykefravær som igjen gir seg utslag i høye overtidskostnader, og dette er kanskje den største utfordringen fremover. Ressurstilgang på kvalifisert personell er også et betydelig problem, som vi nå forsøker å løse med å øke tilgangen på lærlingehjemler.

### **9.5.3 Svar fra Helgelandssykehuset HF**

Etableringen av ambulansedriften som en del av foretakets kjernevirksomheten har gitt nødvendige forbedringer og likhet i forhold til arbeidstidsbestemmelser, lønnsbetingelser etc. Det er sikret bedre oppfølging av medisinsk kompetanse. Prolongering av eksisterende avtaler i båtambulansedriften og mangel på fornying av fartøyer i denne delen av ambulansetjenesten er en stor utfordring.

### **9.5.4 Svar fra Helse Finnmark HF**

Luftambulansen sliter fortsatt med crewbemanningen (piloter). Medfører redusert bruk av fly dertil økning med ambulansebil. Dette har medført en god økning i turer for bilambulansen i 2008.

## **9.6 Hvilke tiltak er gjennomført fra og med 2007 for kostnadsoptimalisering?**

*Fokuset på kostnadseffektifisering har heller ikke unnsloppet ambulansetjenesten. Tjenestens behov for en desentralisert organisering for å kunne yte hjelp til hele befolkningen skaper særlige store utfordringer. Sentralisering har tradisjonelt vært et virkemiddel innenfor helsevesenet for å få mer helse ut av hver krone, men i ambulansetjenesten skaper kombinasjonen kortest mulig responstid og en grisgrent geografi utfordringer. Bruk av ny teknologi for bedre samordning og rasjonell ressursutnyttelse blir ekstra viktig.*

### **9.6.1 Svar fra UNN HF**

Gjennomgang av drift/bemanning for å finne innsparingspotensialer.

### **9.6.2 Svar fra Nordlandssykehuset HF**

- Lærlinger
- Tjenestepålegg – flytting av aktiv tid til de perioder på døgnet hvor aktiviteten er størst.
- Nedleggelse av ambulansenhet stasjonert på Innhavet (kvelds-bil)
- Nedleggelse av bil 3 i Bodø som driver utkjøring av ferdigbehandlede pasienter. Formålet er å etablere transport på rett nivå.
- Flytting av ambulans fra Glomfjord til Ørnes hvor denne omgjøres til en aktiv dagbil.

### 9.6.3 Svar fra Helgelandssykehuset HF

- ”Vega-modellen”. Helgelandssykehuset selger helsetjenester til kommunene i mannskapenes aktivtid uten at dette går ut over beredskap. Implementeres videre.
- Avtaler med kommuneleger at disse rykker ut sammen med ambulanse i situasjoner slik at man unngår unødvendig innleie i ekstremisituasjoner samtidig som at forskriften om 2-mannsbetjente biler opprettholdes.
- Utdanne kompetente vikarer (gjerne blant eksisterende helsepersonell som jobber i kommunehelsetjenesten) slik at overtid reduseres
- Utvikle effektive styringssystemer i samarbeid med AMK og sykehusene slik at mest mulig aktivitet skjer i aktivtid.
- Gjennomføre kompetansearbeid og trening i aktivtid.
- Returavtale om metalyse.

### 9.6.4 Svar fra Helse Finnmark HF

Etter overgang til en AMK i Finnmark er det fjernet en dagbil i Hammerfest. Alle distriktsbiler må nå ta med ferdigbehandlede pasienter fra Hammerfest sykehus på retur. Har medført noen ekstra henteturer, men ikke mer enn at dette lønner seg ift å bemanne en dagbil. Dette har vært rutine i Øst-Finnmark fra tidligere.

## 9.7 Planlegges nye tiltak - faglig og/eller økonomisk begrunnet ?

*Ambulansetjenesten som all annen helsetjeneste kan alltid bli bedre. Både i organisering og i faglig innhold prøver HFene å innarbeide bedre systemer, fornuftigere bruk av teknologi og særlig ha fokus på et endra bedra helsefaglige tilbud til befolkningen*

### 9.7.1 Svar fra UNN HF

- Innføring av CPAP er høyt opp på prioriteringslisten men av økonomiske grunner ikke gjennomført enda.
- Tettere faglig oppfølging av den enkelte ansatte er også et mål men pga lite ressurser til dette går dette ikke så fort som ønsket.
- Ketaminprosjektet: Innføring av ketamin som analgetisk tilbud i ambulansetjenesten. Primært som et forskningsprosjekt der behandlingsalternativ ketamin skal måles mot tradisjonell smertebehandling med morfin. Protokoll godkjent. Opplæring under oppstart.

### 9.7.2 Svar fra Nordlandssykehuset HF

- 10-15 nye lærlinger fra 2009. Konstant rullering på totalt 20 hjemler. Dette innebærer også en faglig utfordring for veilederne.
- Hvordan unngå unødig ventetid på legevakt – (størst problem i Vesterålen) samt også intrahospitalt ved NLSH for polikliniske pasienter.
- Kontroll i GAT av rapportert oppdragstid kontra faktisk medgått tid.
- Fjerning av treningstid for ansatte (3 t pr. ansatt pr. uke)
- Bedre faglig oppfølging av de ansatte, hyppigere kurs.
- Planlagt tilførsel av personell-ressurs knyttet til turnus/GAT-support i tilknytning til organisering av Prehospital klinikk.

### 9.7.3 Svar fra Helgelandssykehuset HF

- Innføring av tiltaksboka (i samarbeid med UNN9.Faglig og økonomisk begrunnet
- Fokus på nye prosedyrer jfr kompetanseplan
- Gjennomføring av traumekurs (PHTLS)
- Fokus på fysisk kompetanse/helse jfr kompetanseplanen.

#### **9.7.4 Svar fra Helse Finnmark HF**

Det må spares 5 mill for å få budsjettet for 2009 i balanse. Vi har derfor fjernet bil 3 i Hammerfest og bil 2 i Øksfjord. Øksfjord bemannes kun med 4 stillinger (vært det i hele 2008). Ift ambulanseplan er også Havøysund redusert til 6 stillinger (vært det i hele 2008). Vardø og Båtsfjord er fra 9. februar redusert til 6 stillinger. Jobbes nå med reduksjon av 1 stilling i Karasjok, Honningsvåg, Kautokeino, Lakselv, Vadsø og Tana. Hammerfest skal redusere 4 stillinger til 14 stillinger på 2 biler.

Samtidig har foretaket overtatt det medisinske ansvaret for båtambulanse fra 2009. Nå bemannes båtene i Hammerfest og Havøysund med ambulanspersonell. De får ingen kompensasjon for dette. I Øksfjord bemannes båt med sykepleiere fra tidligere driver.

### **9.8 Evt. særlige bekymringsområder**

*Selv om mye er bra er ambulansetjenesten ikke uten bekymringer for fremtiden: Mulighetene for å innfri bemanningsplanene, økonomisk spillerom for nyinvesteringer både i biler og medisinsk teknisk utstyr, tjenestens problematiske sykefraværstestikk og konsekvensene av nedbemanning er områder som volder aller ambulansesjefene besvær i større eller mindre grad.*

#### **9.8.1 Svar fra UNN HF**

- Vi ser at det er spesielle utfordringer i forbindelse med bemanningskravet i forskriften særlig i forbindelse med ferieavviklingen. Likeledes er det utfordrende og få kvalifisert personell til enkelte stasjoner da særlig de som er i utkanter og med begrenset aktivitet.
- Med dagens sikkerhetskrav er det ikke lenger mulig å forsvare pågående HLR under transport. Helse-Nord HF bør utarbeide en strategi for innkjøp og utplassering av brystkompresjonsmaskiner i alle eller utvalgte ambulanser.
- Utbygging av ambulanser er et område som vi ikke har prioritet på. Med 47 ambulanser i drift og 2,2 mill utkjørte km pr år er vi avhengig av et påregnelig regelmessig system for utskifting av ambulanser. Vi må bytte i snitt 7 biler pr år for å kunne ha driftssikre ambulanser. Med de økonomiske realiteter som vi presenteres for er vel dette en ønskedrøm som ikke oppfylles. Konsekvensen er at vi vil få ambulanser som ”abonnerer” på dyre verkstedopphold samt manglende beredskap pga at vi ikke har operative ambulanser.
- Generell mangel på ressurser/økonomi, Manglende fokus fra eier på fag

#### **9.8.2 Svar fra Nordlandssykehuset HF**

- Sykefravær
- Frafall fra tjenesten, grunnet at personellet ikke klarer å innfri fysiske krav
- Tilgang på kvalifisert personell
- Marginal reservebilpark som er spesielt sårbar for brekkasje.

#### **9.8.3 Svar fra Helgelandssykehuset HF**

Videreføring av lokale avtaler for arbeidstid i ambulansetjenesten.

I dag er det forskjellige avtaler i foretakene i Helse Nord. Avtalene bør samordnes for å unngå ulike arbeidstidsordninger og godtgjøringer for ambulanspersonellet.

#### **9.8.4 Svar fra Helse Finnmark HF**

Det jobbes nå med nedbemanning. Det skaper mye uro. De stasjonene vi planlegger nedbemanning til 9 stillinger har mye kjøring gjennom hele døgnet. De har dermed mye

utrykning på vakt (overtid). Når en stilling fjernes, vil muligheten for enda en økning være tilstede selv om vi nå splitter aktiv tid på disse stedene ift når de har aktiv og passiv tid. Ser med bekymring på gjennomføring av sommerferie og tilgang på vikarer. Vi klarte oss relativt bra i 2008 pga at mange ikke tok ut ferie. I år må alle ta ut 5 uker. Vi har en vikarpool som kan benyttes, men disse benyttes allerede maksimalt ift vakanser og sykefravær. Inntak av lærlinger er redusert pga økonomi i 2009. Vi håper med en fornuftig utnyttelse av lærlingene i 2. året vil dette ikke medføre en ekstra kostnad for foretaket. De benyttes nå mye ved sykefravær, vakanser og ferie. Innfrielse i krav i forskrift om fagarbeidere i 2010 er også en utfordring. Usikkert hvordan dette vil kunne ende. Kan det søkes dispensasjoner?

## 10 Vedlegg

- A: Oversikt over ambulansestasjonene i Helse Nord
- B: FOR-2005-03-18-252 ”Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus”
- C: Retningslinjer i Helse Nord til forskriften, juli 2005.



## Vedlegg A: Oversikt over ambulansestasjoner i Helse Nord

Nordlandssykehuset HF							
LOKALISERING		DIMENSJONERING pr 01/2009					GRUNNLAG / VIRKSC
Primærrområde	Stasj.sted	Amb.	ID	Bem.	Ber.nivå	Fast aktiv	Befolkn.gr.lag
Moskenes	Reine	B	74-1	4	HA	1,2	1 125
Flakstad	Ramberg						1 441
Gravdal	Leknes	B	60-1	12	TIL	14,0	10 710
Gravdal	Leknes	B	60-2		HA	7,3	
Vågan	Svolvær	B	65-1	12	TIL	15,0	8 933
Vågan	Svolvær	B	65-2		HA	6,5	
Vågan	Svolvær(65-3)						
Steigen	Steigen	B	48-1	4	HA	1,2	2 653
Steigen	Steigen	B	48-2	4	HA	1,2	
Sørfold	Straumen						2 026
Fauske	Fauske	B	41-1	15	TIL	15,0	9 480
Fauske	Fauske	B	41-2		HA	4,0	
Fauske	Fauske	D	41-3		TIL	8,0	
Saltdal	Saltdal	B	40-1	4	HA	6,3	4 718
Saltdal	Saltdal	B	40-2	4	HA	6,0	
Skjerstad	Skjerstad						1 026
Beiarn	Beiarn	B	39-1	4	HA	1,2	1 128
Meløy	Engavågen	B	37-3	4	HA	1,2	6 603
Meløy	Glomfjord	B	37-2	4	HA	1,2	
Meløy	Ørnes	B	37-1	5	HA	1,2	
Gildeskål	Gildeskål	B	38-1	4	HA	1,2	2 034
Bodø	Tverlandet	B	04-4	4	HA	1,2	2 500
Bodø	Kjerringøy						340
Bodø	Bodø	B	04-1	20	TIL/A	24,0	42 476
Bodø	Bodø	B	04-2		TIL	12,0	
Bodø	Bodø	D	04-3		TIL	8,0	
Bodø	Bodø						
Hamarøy/ Tysfjord ves	Oppeid/Drag	B	49-1	4	HA	1,2	1 741
Hamarøy/ Tysfjord vest	Oppeid		(49-2)				
Hamarøy/ Tysfj.v.	Drag	B	49-3	4	HA	1,2	1 020
Hadsel	Stokmarknes	B	66-1	10	TIL	12,3	7 970
Hadsel	Stokmarknes	D	66-2		TIL	10,0	
Hadsel	Stokmarknes						
Bø	Straumsjøen	B	67-1	5	TIL	11,2	2 867
Bø	Straumsjøen						
Øksnes	Myre	B	68-1	5	TIL	11,2	4 424
Sortland	Sortland	B	70-1	7	TIL	12,0	9 678
Sortland	Sortland	B	70-2	7	TIL	12,0	
Andøy	Andenes	B	71-1	5	TIL	11,2	5 078
Andøy	Åse	B	71-2	5	TIL	11,2	

28 akuttambulanser døgn, 3 akuttambulanser dag (totalt 31)

### FORKLARINGER:

<b>Ambulanser:</b>	
B	= en døgnbil (akuttambulanse)
B2	= en døgnbil tobåre
D	= en dagbil (evt. D2)
R	= teknisk reserve

<b>Beredsk.nivå:</b>	
H	= kun hjemmevakt
HA	= komb. hjemmevakt / aktiv vakt på stasjon
TIL	= tilstedevakt "vakt på vaktrom" (aktiv og passiv vakt på stasjon)
TIL/A	= tilstedevakt, aktiv vakt hele døgn
TIL/H	= tilstedevakt som hovedsak, men med noe hjemmevakt

Universitetssykehuset Nord-Norge HF										
LOKALISERING		DIMENSJONERING pr 01/2009					GRUNNLAG / VIRKSC			
Primærområde	Stasj.sted	Amb.	ID	Bem.	Ber.nivå	Fast aktiv	Befolkn.gr.lag			
Kvænangen	Burfjord	B	43-1	6	TIL/H	14	1 330			
<b>Nordreisa</b>	<b>Storslett</b>	B	42-1	6	TIL/H	14	4 694			
Nordreisa	Storslett	B	42-2	5	HA	9				
Skjervøy	Skjervøy	B	41-1	5	HA	11	2 897			
Kåfjord	Birrtavarre	B	40-1	6	TIL/H	14	2 236			
Kåfjord	Birrtavarre	D	40-2	4	TIL	14				
Storfjord,	Skibotn	B	39-1	6	TIL/H	14	1 869			
Lyngen	Lyngseidet	B	38-1	6	TIL/H	14	1 899			
Lyngen	Sør Lenangen	B	38-2	6	TIL/H	14	1 267			
Karlsøy	Hansnes	B	36-1	6	TIL/H	14	1 200			
Karlsøy	Vannvåg	B	36-2	4	HA	6	1 183			
Balsfjord	Nordkjøbotn	B	33-1	6	TIL/H	14	3 313			
Balsfjord	Nordkjøbotn	B	33-2	6	TIL/H	10				
Balsfjord	Malangseidet	B	33-3	6	TIL/H	14	2 184			
<b>Lenvik</b>	<b>Finnsnes</b>	B	31-1	20	TIL	12	11 207			
Lenvik	Finnsnes	B	31-2		TIL	12				
Lenvik	Finnsnes	D	31-3		TIL	12				
Lenvik	Finnsnes	D	31-4		TIL	8				
Berg	Senjahopen	B	29-1	6	TIL/H	14	942			
Torsken	Gryllefjord	B	28-1	6	TIL/H	14	916			
Sørreisa	Sørreisa	B	25-1	5	HA	11	3 360			
<b>Målselv</b>	<b>Andselv</b>	B	24-1	6	TIL/H	14	3 245			
Målselv	Rundhaug	B	24-2	6	TIL/H	14	3 245			
Bardu	Setermoen	B	22-1	6	TIL/H	14	3 981			
<b>Tromsø</b>	<b>Tromsø</b>	B	02-1	29	TIL/A	24	66 513			
Tromsø	Tromsø	B	02-2		TIL	17				
Tromsø	Tromsø	D2	02-3		TIL	12				
Tromsø	Tromsø	D	02-4		TIL	8				
Tromsø	Tromsø	R	02-5							
Tromsø,Balsfjord	Jøvik		02-8							
<b>Harstad / Kvæfjord</b>	<b>Harstad</b>	B	01-1	19,9	TIL	17	26 158			
Harstad / Kvæfjord	Harstad	D	01-2		HA	8				
Harstad / Kvæfjord	Harstad	B	01-3		TIL	8				
Harstad / Kvæfjord	Harstad	R	01-4							
<b>Narvik minus Bjerkvik</b>	<b>Narvik</b>	B	05-1	16	TIL	12	16 542			
Narvik minus Bjerkvik	Narvik	B	05-2		TIL	12				
Narvik minus Bjerkvik	Narvik	D	05-3		TIL	8				
Bjerkvik	Bjerkvik	B	05-4	5	HA	11	2 000			
Narvik minus Bjerkvik	Narvik	R	05-5							
<b>Evenes/ Tjeldsund/ Skj</b>	<b>Evenskjer</b>	D	13-1	3	TIL	8	5 897			
Evenes/ Tjeldsund/ Skår	Evenskjer	B2	13-2	7	TIL	15				
Ibestad	Hamnvik	B	17-1	5	HA	11	1 696			
Gratangen	Årstein	B	19-1	5	HA	11	1 282			
Lavangen	Soløy		20-1				1 063			
Salangen	Sjøvegan	B	23-1	7	TIL	15	2 265			
Salangen	Sjøvegan	D	23-2	3	Til	8				
Dyrøy	Brøstadbotn	B	26-1	6	TIL/H	14	1 303			
Tranøy	Stonglandseidet	B	27-1	6	TIL/H	14	1 662			
Tysfjord øst	Kjøpsvik	B	50-1	5	HA	11	1 075			
<b>Lødingen</b>	<b>Lødingen</b>	B	51-1	5	HA	11	2 386			
Lødingen	Lødingen	B	51-2	5	HA	11				
Ballangen	Ballangen	B	54-1	5	HA	11	2 693			

38 akuttambulanser døgn, 9 akuttambulanser dag (totalt 47)

Helgelandssykehuset HF							
LOKALISERING		DIMENSJONERING pr 01/2009					GRUNNLAG / VIRK
Primærområde	Stasj.sted	Amb.	ID	Bem.	Ber.nivå	Fast aktiv	Befolkn.gr.lag
Bindal	Terråk	B	1101	4	HA	7,0	1 804
Sømna	Vik	B	2101	4	HA	7,0	2 077
Brønnøy	Brønnøysund	B	1301	7	HA	12,0	6 996
Vega	Gladstad	B	1501	4	HA	7,0	1 380
Grane	Trofors	B	2501	4,5	HA	6,5	1 536
Hattfjelldal	Hattfjelldal	B	2601	4,5	HA	6,5	1 562
<b>Vefsn</b>	<b>Mosjøen</b>	B	2401	13	TIL	10,0	13 473
Vefsn	Mosjøen	B	2402	-	TIL	10,0	
Vefsn	Mosjøen		2403	-			
Vefsn	Mosjøen	R	-	-	-		
<b>Alstahaug/Leirfjord</b>	<b>Sandnessjøen</b>	B	2001	13	TIL	15,0	9 910
Alstahaug/Leirfjord	Sandnessjøen	B	2002	-	HA	10,0	
Alstahaug/Leirfjord	Sandnessjøen	R	-	-	-		
Dønna/Herøy	Solfjellsjøen	B	201	10	TIL	12,0	3 291
Hemnes	Korgen	B	3201	5	HA	12,0	4 562
<b>Rana</b>	<b>Mo i Rana</b>	B	3301	14	Til	12,0	25 309
Rana	Mo i Rana	B	3302	-	HA	12,0	
Rana	Mo i Rana	R	-	-	-		
Nesna	Nesna	B	2801	4	HA	7,0	1 822
Lurøy	Kongsvik	B	3401	4	HA	7,0	2 024

16 akuttambulanser døgn

Helse Finnmark HF							
LOKALISERING		DIMENSJONERING pr 01/2009					GRUNNLAG / VIRK
Primærområde	Stasj.sted	Amb.	ID	Bem.	Ber.nivå	Fast aktiv	Befolkn.gr.lag
Berlevåg	Berlevåg	B	24-1	5	HA	10	1 252
Båtsfjord	Båtsfjord	B	28-1	4,5	HA	8	2 454
Båtsfjord	Båtsfjord	D	28-2	2,5	HA	4	
Vardø	Vardø	B	02-1	4,5	HA	8	2 799
Vardø	Vardø	D	02-2	2,5	HA	4	
Vadsø	Vadsø	B	03-1	5	HA	10	6 182
Vadsø	Vadsø	B	03-2	5	HA	10	
Tana/Nesseby	Tana	B	25-1	5	HA	10	4 077
Tana/Nesseby	Tana	B	25-2	5	HA	10	
Kirkenes	Hesseng	B	30-1	7	TIL	14	9 646
Kirkenes	Hesseng	B	30-2	5	HA	10	
Kjøllefjord	Kjøllefjord	B	22-1	5	HA	10	1 483
Mehamn	Mehamn	B	23-1	5	HA	10	1 283
Nordkapp	Honningsvåg	B	19-1	5	HA	10	3 415
Nordkapp	Honningsvåg	B	19-2	5	HA	10	
Måsøy	Havøysund	B	18-1	4	HA	8	1 393
Måsøy	Havøysund	D	18-2	2	HA	6	
Hammerfest/Kvalsund	Hammerfest	B	01-1	9,6	TIL/A	24	10 341
Hammerfest/Kvalsund	Hammerfest	B	01-2	8,4	HA	15	
Hammerfest	Hammerfest		01-3	0		0	
Hasvik	Hasvik	B	15-1	4	HA	6	1 049
Loppa	Øksfjord	B	14-1	4	HA	6	1 266
Loppa	Øksfjord		14-2	0	0	0	
Alta	Alta	B	12-1	9	TIL	20	17 628
Alta	Alta	B	12-2	4,5	HA	8	
Alta	Alta	B	12-3	4,5	HA	8	
Kautokeino	Kautokeino	B	11-1	5	HA	10	2 997
Kautokeino	Kautokeino	B	11-2	5	HA	10	
Karasjok	Karasjok	B	21-1	5	HA	10	2 876
Karasjok	Karasjok	B	21-2	5	HA	10	
Porsanger	Lakselv	B	20-1	5	HA	10	4 299
Porsanger	Lakselv	B	20-2	5	HA	10	

27 akuttambulanser døgn, 3 akuttambulanser dag (totalt 30)

**- Vedlegg B:            Forskrift**

**FOR 2005-03-18 nr 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.**

---

<b>DATO:</b>	FOR-2005-03-18-252
<b>DEPARTEMENT:</b>	HOD (Helse- og omsorgsdepartementet)
<b>AVD/DIR:</b>	Spesialisthelsetjensteavd.
<b>PUBLISERT:</b>	I 2005 hefte 4 (Merknader)
<b>IKRAFTTREDELSE:</b>	2005-04-01
<b>SIST-ENDRET:</b>	
<b>ENDRER:</b>	FOR-2000-12-01-1206
<b>GJELDER FOR:</b>	Norge
<b>HJEMMEL:</b>	LOV-1999-07-02-61-§2-1a , LOV-1982-11-19-66-§1-3 , LOV-1982-11-19-66-§1-3a , LOV-1982-11-19-66-§1-4 , LOV-1982-11-19-66-§6-9 , LOV-2000-06-23-56-§2-2 , LOV-2000-06-23-56-§6-2 , LOV-1999-07-02-64-§4 , LOV-1999-07-02-64-§16 , LOV-2001-05-18-24-§10
<b>SYS-KODE:</b>	BG09a, BG09b, BG09d, BG09f, BG25c, C22, D02
<b>NÆRINGSKODE:</b>	9335, 9336, 911, 933, 9122, 9124
<b>KUNNGJORT:</b>	29.03.2005
<b>RETTET:</b>	
<b>KORTTITTEL:</b>	Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus

---

## **INNHOLD**

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

### **Kapittel 1. Generelle bestemmelser**

- § 1. Formål
- § 2. Virkeområde
- § 3. Definisjoner
- § 4. Samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene
- § 5. Virksomhetsrapportering

### **Kapittel 2. Medisinsk nødmeldetjeneste**

- § 6. Definisjon
- § 7. Ansvarsforhold
- § 8. AMK- og LV-sentralene
- § 9. Nærmere om AMK-sentralene
- § 10. Nærmere om LV-sentralene

### **Kapittel 3. Kommunal legevaktordning**

- § 11. Definisjon
- § 12. Oppgaver

## Kapittel 4. Ambulansetjeneste

§ 13. Definisjon

§ 14. Oppgaver

§ 15. Bil- og båtambulansetjenesten

§ 16. Luftambulansetjenesten

§ 17. Bemanning og helsefaglig kompetanse

## Kapittel 5. Ikrafttredelse

§ 18. Ikrafttredelse

## Merknader til forskriften

---

# Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 18. mars 2005 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a, lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3, § 1-3a, § 1-4 og § 6-9, lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 2-2 og § 6-2, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 4 og § 16 og lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) § 10.

## Kapittel 1. Generelle bestemmelser

### § 1. Formål

Forskriften skal bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp, ved at det stilles krav til det faglige innholdet i de akuttmedisinske tjenestene, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjede og krav til samarbeid med brann, politi og hovedredningsssentralene.

### § 2. Virkeområde

Forskriften gjelder for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

### § 3. Definisjoner

Med *akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* menes i denne forskrift medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten.

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

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

### § 4. Samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene

De regionale helseforetakene og kommunene skal sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, å sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsssentralene og andre myndigheter.

Organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legges til rette slik at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling. Ved etablering og drift av akuttmedisinske tjenester skal tjenestene kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

#### § 5. Virksomhetsrapportering

Departementet kan ved enkeltvedtak bestemme at de regionale helseforetakene og kommunene skal rapportere bestemte data om de akuttmedisinske tjenestene.

## Kapittel 2. Medisinsk nødmeldetjeneste

#### § 6. Definisjon

Med medisinsk nødmeldetjeneste menes et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten.

#### § 7. Ansvarsforhold

Kommunen har ansvar for:

- a) etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet
- b) etablering og drift av LV-sentral, jf. § 8 og § 10
- c) kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen
- d) samarbeid med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen, jf. kapittel 3 og øvrige akuttmedisinske tjenester.

Det regionale helseforetaket har ansvar for:

- a) etablering og drift av det til en hver tid gjeldende medisinske nødnummer innen det regionale helseforetaket
- b) etablering og drift av AMK-sentraler jf. § 8 og § 9
- c) kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for ambulansetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten som inngår i det regionale helseforetakets beredskapsplan
- d) samarbeid med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med LV-sentraler, brannvesen, politi, hovedredningsentral og andre samarbeidspartnere
- e) fastsettelse av hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar og hvilke AMK-sentraler som skal ha mottak av medisinsk nødnummer i regionen.

#### § 8. AMK- og LV-sentralene

De regionale helseforetakene og kommunene skal sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. § 4. Det gjelder helsepersonell ved AMK-sentraler og LV-sentraler, helsepersonell i vaktberedskap i somatiske og psykiatriske sykehus med akuttfunksjon, og helsepersonell i ekstern vaktberedskap. De skal kunne kommunisere med hverandre og med andre nødetater i et kommunikasjonsnett.

AMK-sentraler og LV-sentraler skal bemannes med helsepersonell.

#### § 9. *Nærmere om AMK-sentralene*

AMK-sentralene:

- a) skal håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand
- b) skal prioritere, iverksette, gi medisinsk faglige råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag, herunder varsle og videreformidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningssentralene, samt varsle andre AMK-sentraler som er berørt
- c) skal styre og koordinere ambulanseoppdrag
- d) skal ha utstyr for logging av viktig trafikk, herunder på alle telefonlinjer
- e) skal ha et system for opprinnelsesmarkering.

#### § 10. *Nærmere om LV-sentralene*

LV-sentralene:

- a) skal motta og håndtere henvendelser via et fast legevaktsnummer innenfor et fastsatt geografisk område, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til lege i vaktberedskap, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser
- b) skal kunne kommunisere direkte og videreformidle henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentralen
- c) må ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon, og bør ha utstyr for logging av viktig trafikk.

### **Kapittel 3. Kommunal legevaktordning**

#### § 11. *Definisjon*

Med kommunal legevaktordning menes en organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig.

#### § 12. *Oppgaver*

Kommunen har ansvar for å organisere en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet, herunder å:

- a) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og sørge for henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov
- b) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp.

### **Kapittel 4. Ambulansetjeneste**

#### § 13. *Definisjon*

Med *ambulansetjeneste* menes bil-, båt- og luftambulansetjeneste som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus.



Med *luftambulansetjeneste* menes både ambulanshelikopter og ambulansfly.

#### **§ 14. Oppgaver**

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer som oppholder seg innen helseregionen tilbys nødvendige ambulansetjenester.

#### **§ 15. Bil- og båtambulansetjenesten**

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

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

#### **§ 16. Luftambulansetjenesten**

Luftambulansetjenesten skal yte spesialisert akuttmedisin og være en integrert del av den akuttmedisinske beredskapen. De regionale helseforetakene har ansvar for at luftambulansetjenesten forvaltes som en nasjonal tjeneste, herunder fastsettelse av felles retningslinjer for rekvirering av tjenesten.

Ambulansehelikoptertjenesten skal primært:

- a) bringe akuttmedisinsk utstyr og særlig kompetent helsepersonell raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter
- b) bringe pasienter til et adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten under pågående overvåkning og behandling, herunder å yte akuttmedisinsk diagnostikk
- c) utføre enkle søk- og redningsoperasjoner.

Ambulanseflytjenesten skal primært bringe pasienter til et adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten under pågående overvåkning og behandling.

#### **§ 17. Bemanning og helsefaglig kompetanse**

Ambulansebiler og -båter som utfører oppdrag som nevnt i § 3 2. ledd og § 15 skal være betjent av minst to helsepersonell slik at pasienten sikres adekvat behandling og oppfølging under transport.

Minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider. Øvrige helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Dette innebærer som minimumskrav en redningsteknisk del med 55 timer teori og 15 timer praktiske øvelser, samt en medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og 3 ukers praksistjeneste ved mottakelsesavdeling/intensivavdeling (1 uke), operasjons-anestesiavdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avdeling (1 uke).

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

Minst ett av ambulanspersonellet skal inneha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy.

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

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

Det er tilstrekkelig at ett av unntaksvilkårene er oppfylt.

Ambulansehelikopter og redningshelikopter som benyttes i ambulansetjeneste skal være bemannet med lege med akuttmedisinsk kompetanse. I tillegg til lege skal fartøyet bemannes med ambulansarbeider eller sykepleier med redningsteknisk kompetanse. Ambulansefly skal være bemannet med intensiv- eller anestesisykepleier. I tillegg skal det etableres beredskap for lege eller annen bemanning ved oppdrag der dette er nødvendig.

## **Kapittel 5. Ikrafttredelse**

### **§ 18. Ikrafttredelse**

Forskriften trer i kraft 1. april 2005.

Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 1. desember 2000 nr. 1206 om medisinsk nødmeldetjeneste.

## **Merknader til forskriften**

### *Til § 1*

Formålet med en felles forskrift for de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus er å bidra til å styrke og regulere samhandlingen og synliggjøre ansvarsfordelingen mellom de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Kommunene og de regionale helseforetakene har et ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og kommunehelsetjenesteloven § 1-3a. I tillegg har det enkelte helsepersonell plikt til å yte forsvarlig helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 4. Koordinering av tjenester mellom flere nødetater skal ivaretas av politiet/redningsentralene, jf. politiloven § 27.

### *Til § 3*

Begrepet « akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade » omfatter både somatiske og psykiske sykdommer. Kunnskap om psykisk førstehjelp kan være av stor betydning i forbindelse med livstruende eller akutt oppståtte sykdommer eller lidelser.

### *Til § 4*

Akuttmedisinsk beredskap ivaretas av et stort antall aktører med forskjellige oppgaver og organisatorisk tilhørighet. For å sikre at alle tjenestene samhandler på best mulig måte er det viktig å etablere klare ansvarsforhold og egnede samarbeidsfora som forplikter. Kravet om koordinering gjelder også mellom de regionale helseforetakene.

Det fremgår av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 at kommunene skal samarbeide med regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten best mulig kan virke som en enhet. Videre følger det av § 41 i helseforetaksloven at de regionale helseforetakene skal samarbeide med andre når dette er pålagt eller forutsatt i lovgivningen. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 gir hjemmel for å kunne forskriftsfeste krav til innhold til kommunens helsetjeneste. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a gir hjemmel for å kunne forskriftsfeste funksjonskrav til tjenester som omfattes av loven, herunder medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt. For å sikre en koordinert og rasjonell samhandling i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden anbefales samarbeidspartene å etablere samarbeidsfora som kan bestå av utvalgte representanter fra den akuttmedisinske kjeden.

For å sikre at befolkningen tidlig får adekvat hjelp, har øvelse i samhandling mellom personell stor betydning. Dette er derfor lagt inn som et bindende krav. Det anbefales at helsepersonell deltar i relevant opplæring/kursvirksomhet og i akuttmedisinske team. Lokale akuttmedisinske team kan gjennomføre felles kurs og øvelser. Disse kan bestå av representanter fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er viktig at det avsettes nødvendig tid til øvelser og praktisk trening. Det må påses at reglene om taushetsplikt for helsepersonell blir ivaretatt ved henvendelser til helsetjenesten og andre relevante instanser utenfor helsetjenesten. Det vises til helsepersonellovens kapittel 5 om taushetsplikt og opplysningsrett og kapittel 6 om opplysningsplikt.

#### *Til § 5*

Sentrale myndigheter kan pålegge de regionale helseforetakene og kommunene å samle inn relevante data. Det vises til helseregisterloven § 10 om dette.

#### *Til § 6*

Systemet for medisinsk nødmeldetjeneste består av følgende elementer: Medisinsk nødnummer, akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (heretter AMK-sentraler) innen spesialisthelsetjenesten, legevaktssentraler (heretter LV-sentraler) i kommunehelsetjenesten og et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i vaktberedskap. Sykehus med akuttfunksjon uten mottak av gjeldende medisinsk nødnummer må sikre system for kommunikasjon med andre instanser i spesialisthelsetjenesten og eksterne ressurser.

#### *Til § 7*

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 at kommunehelsetjenesten også skal omfatte medisinsk nødmeldetjeneste. Det innebærer at kommunen skal etablere et fast legevaktsnummer hvor befolkningen skal kunne melde fra om behov for øyeblikkelig hjelp direkte til kvalifisert helsepersonell.

#### *Til § 9*

Begrepet AMK-sentral omfatter sentraler med mottak av medisinsk nødnummer. Sykehus med akuttfunksjon uten mottak av medisinsk nødnummer, må ha en kommunikasjonsentral med prioriterte linjer for å ivareta behovet for kommunikasjon ved disponering av egne akuttmedisinske ressurser og mottak av pasienter.

AMK-sentralene har ansvar for å ta i mot henvendelser videreformidlet fra annen kommunikasjonsentral. AMK-sentralene har også ansvar for å varsle andre AMK-sentraler

som er berørt. Dette gjelder også varsling over det regionale helseforetakets grenser. I tillegg har AMK-sentralene ansvar for å videreformidle henvendelser som egentlig skulle vært rettet til nødnumrene for brann og politi, og til hovedredningssentralene. For ytterligere detaljer om rutiner ved behov for samordnet innsats vises det til brev fra Sosial- og helsedepartementet 24. september 1998 til fylkeskommunene og Statens helsetilsyn.

AMK-sentralene skal ha utstyr for logging av viktig trafikk. Dette innebærer en systematisk og kronologisk registrering av virksomhetens aktiviteter. Lydlogg skal benyttes på alle telefonlinjer og bør benyttes på radiosamband og eventuelle andre kommunikasjonslinjer. Lydlogg er et supplement og ikke et alternativ til nødmeldetjenestens skriftlige dokumentasjon. Lydlogg er å anse som en del av pasientens journal inntil nødvendige pasientopplysninger er skriftlig dokumentert.

#### *Til § 10*

Behandling av akutte psykiske lidelser skal også aktiveres gjennom LV-sentralen. I de kommunene der det er etablert psykososiale kriseteam bør disse aktiveres gjennom LV-sentral der det er hensiktsmessig. LV-sentraler kan også betjene trygghetsalarmer. Når det gjelder taushetsplikt vises det til merknadene under § 4.

#### *Til § 11*

Kommunal legevaktordning består av følgende elementer: ett fast legevaktnummer, LV-sentral, og lege i vaktberedskap. Dette skal ivaretas gjennom hele døgnet. Kommuner kan organisere legevaktordningen på flere måter, jf. § 12 i forskrift om fastlegeordningen i kommunene.

#### *Til § 12*

Ved henvendelse fra publikum skal lege med vaktberedskap yte medisinsk hjelp, råd og veiledning. Det presiseres at det er henvendelser som ikke kan vente for ordinær behandling hos allmennlege i kontortiden som skal behandles. Flere kommuner kan samarbeide om legevaktordningen. Disse vil da utgjøre et legevaktdistrikt. Hvert legevaktdistrikt skal være tilknyttet en legevaktsentral, jf. § 10. Ved opprettelse av interkommunal legevaktordning bør kommunene ta beredskapsmessige hensyn.

Kommunene kan ved inngåelse av den individuelle fastlegeavtalen stille krav om at fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid, og i kommunenes organiserte øyeblikkelig hjelp tjeneste i kontortid, herunder å være tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett, samt ivaretar utrykningsplikten, jf. forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene § 12 c.

Kommunenes organisering av legevakt må vurderes på bakgrunn av en risiko- og sårbarhetsanalyse av bl.a. sykdoms- og skadeforekomst, tilgang til og kompetanse hos legevakt, ambulansetjeneste og sykehus. Hvis en kommune ikke har bemannet legevaktslokale, eller dersom legevaktslokalet er stengt på bestemte tidspunkt, har LV-sentralen ansvar for å håndtere henvendelser og sikre kontakt med lege om nødvendig. Den kommunale legevaktsordningens ansvar for å yte akuttmedisinsk hjelp gjelder så vel somatiske som psykiske sykdommer.

#### *Til § 13*

Ambulansetjenestens oppgaver er beskrevet i § 15 og § 16.

Redningshelikopter kan delta i ambulansetjenesten ved spesielle forhold, men regnes under normale forhold ikke som en del av den alminnelige luftambulansetjenesten. Redningshelikoptertjenesten er dermed et supplement til den ordinære luftambulansetjenesten.

#### *Til § 14*

De regionale helseforetakene har ansvar for forsvarlig utbygging og dimensjonering av ambulansetjenesten. Dette innebærer at de regionale helseforetakene i sin planlegging av ambulansetjenesten bl.a. må ta hensyn til lokal organisering av legevakt og sykehusstruktur.

#### *Til § 16*

Redningshelikoptertjenesten er et supplement til den ordinære luftambulansetjenesten. Ved ambulanseoppdrag skal redningshelikoptertjenesten yte den samme helsehjelpen som ambulanshelikoptertjenesten. Luftambulansetjenesten kan unntaksvis benyttes til tilbakeføringer av pasienter der lufttransport er nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. I slike tilfeller skal beredskapsmessige hensyn tas i forkant av en eventuell rekvirering. Hensyn til responstid og samtidighetskonflikter er en del av de beredskapsmessige hensyn.

Situasjonen på skadestedet tilsier hvorvidt det er Redningshelikoptertjenesten eller Luftambulansetjenesten som vil være best egnet. Hovedredningssentralene/lokale redningssentraler og AMK-sentralene har sammen ansvar for å koordinere disse tjenestene.

#### *Til § 17*

Helsepersonell som bemanner bil- og båtambulanse skal ha kompetanse til å kunne observere og identifisere svikt i vitale organfunksjoner, igangsette akuttmedisinske behandlingstiltak, yte kyndig hjelp til forflytning og leiring av pasienter, samt dokumentere og rapportere til annet helsepersonell.

Det presiseres at behandlingsansvarlig lege for bil- og båtambulanse er den som sist vurderte pasienten i forbindelse med ambulansetransport. Dersom det ikke kan oppnås kontakt med behandlingsansvarlig lege, eventuelt legevaktslege/AMK-lege, eller det er behov for å avverge akutte situasjoner som gjør det tidsmessig umulig å oppnå slik kontakt, må ambulanspersonell handle etter skriftlige prosedyrer.

Ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres.

Med tilstedevakt menes det at helsepersonell i vaktberedskap skal oppholde seg i umiddelbar nærhet av utrykningskjøretøyet. Unntaksbestemmelser for kravet om tilstedevakt, bidrar til å sikre en nødvendig fleksibilitet i forhold til forskjeller i befolkningsgrunnlag og geografiske forhold.

Bemanning av ambulanshelikoptre og redningshelikoptre som flyr luftambulanseoppdrag skal være anestesilege med minimum 2 års erfaring fra tjeneste ved anesthesiavdeling, eller lege med annen akuttmedisinsk kompetanse. Ambulanshelikopter og redningshelikopter som benyttes i ambulansetjeneste skal også være bemannet med ambulansarbeider eller sykepleier. Begge grupper helsepersonell skal ha redningsteknisk kompetanse. Det vises her til Nasjonal standard for redningsmenn innen luftambulansetjenesten, redningshelikoptertjenesten og SAR offshore av 18. juli 2002.

## Retningslinjer i Helse Nord vedr. forskrift:

### ”Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus”

#### 1. Innledning

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

Retningslinjene er utarbeidet med tanke på:

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

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

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

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

#### 2. Definisjoner

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

##### **§ 3. Definisjoner**

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

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

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

##### **§ 15 Bil- og båtambulansetjenesten**

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

- a) dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander*

*b) bringe syke/skadde pasienter til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten når pasienten har behov for overvåkning og/eller behandling.*

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

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

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

### **3. Tilstedevakt vs responstid**

#### **Formål**

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

*§ 17. Bemanning og helsefaglig kompetanse sier*

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

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

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

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

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

Følgende føringer foreligger i denne sammenhengen:

- *Responstidsføringer fra NOU 98:9*
  - Akutt: 12 min. for 90 % ved 10.000/15.000 innbyggere eller mer*
  - Akutt: 25 min for 90 % ved "grisgrendte strøk"*
- *St.m. nr. 43 (Akuttmeldinga) og Stortingets behandling av I-300 om bedre responstider i ambulansetjenesten:*
  - "Flertallet vil understreke at det er en forutsetning at øhj.plikten overholdes, og kan ikke akseptere for lang responstid med de alvorlige konsekvenser det kan få for pasientene".*

#### **Aktivitet**

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

### **Beregnet andel ut i fra virksomhetsregistrering:**

Gjennomsnittlig antall oppdrag pr. 1000 innbyggere:

- 0, 06 Akuttoppdrag pr døgn – ett hvert 16. døgn
- 0, 08 Hasteoppdrag pr. døgn – ett hvert 12. døgn

### **Dette gir**

- ved 3500 innb. → 0,2 Akutt/ 0,3 Haster/ 0,5 vanlig – ca. ett akuttoppdrag hvert 5. døgn
- ved 8000 innb. → 0,5 Akutt/ 0,7 Haster/ 1,2 vanlig - ca, ett akuttoppdrag hvert 2. døgn

## **RETNINGSLINJER**

### **Generelt:**

For å imøtekomme krav om forsvarlig responstid må ambulansetjenestene i Nord-Norge ha en desentralisert struktur og forsvarlig dimensjonering.

Unntaksreglene fra tilstedevakt skal ivareta behov for fleksibilitet i forhold til befolkningsgrunnlag og geografiske forhold. Helseforetakene må gjøre vurdering - herunder hensynet til responstid - og tilpasning til lokale forhold som aktivitet, geografi og hensiktsmessig organisering. Helseforetakene må samhandle med kommunene i sin planlegging.

### **Minimumskrav:**

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

### **Ambulanseområder (primærområde) med befolkning under ca. 8000:**

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

### **Ambulanseområder (primærområde) med befolkning over ca. 8000:**

Tilstedevakt hele døgnet for minimum én bil.

## **Rekruttering og kompetanse**

Forskriftens § 17 krever bl.a.:

*Minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider. Øvrige helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse.*

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



## RETNINGSLINJER

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

I overgangsperioden kan kompetansekravene i forskriften fravikes også for vikarer.

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

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

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

## 4. Nødmeldetjenesten - Struktur, begreper, ansvarsforhold

Den nye forskriften erstatter tidligere forskrift. Alt som dekkes av annet lovverk er tatt vekk. Funksjonskrav beskrives i større grad enn detaljering av løsninger. Nødmeldetjenesten plasseres i den akuttmedisinske kjede.

### **Kommunen har ansvar for**

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

### **Det regionale helseforetak har ansvar for**

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

### **Sykehus med akuttfunksjon uten mottak av medisinsk nødnummer**

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

### **RETNINGSLINJER**

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

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

#### **AMK-sentral - bemanning – kompetanse**

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

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

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

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

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

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

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

## 5. Ambulansebåt - Samhandling med kommunene

### RETNINGSLINJER

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

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

## 6. Luftambulansetjenesten

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

### RETNINGSLINJER

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

## 7. Samhandling i den akuttmedisinske kjede

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

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

Den lokale akuttmedisinske beredskap består av kommunal legevaktordning og ambulansetjeneste. De regionale helseforetakene må i sin planlegging av ambulansetjenesten bl.a. ta hensyn til lokal organisering av legevakt og sykehusstruktur. Dette innebærer ikke automatisk endringer i dimensjonering av ambulansetilbud ved endret legevaktstruktur.

Ambulansetjeneste kan ikke erstatte lege i vakt.

Kommunene har ansvar for at for øyeblikkelig hjelp beredskap ivaretas og lege i vakt har ansvar for *”å være tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett, samt ivareta utrykningsplikten”*

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

## **Aktuelle vedtak fra Statens Helsetilsyn:**

### **Kunes saken**

- Kommunen har et selvstendig ansvar for å sikre ett øyeblikkelig hjelp tilbud som innebærer at både kommunenes faste innbyggere, men også andre som midlertidig oppholder seg i kommunen, hele døgnet kan komme i kontakt med lege.
- Kommunen plikter å utarbeide beredskapsplaner for sin virksomhet, gjennomføre risiko og sårbarhetsanalyser og å iverksette forebyggende og skadebegrensende tiltak ift. avdekket risiko og sårbarhet.

### **Brev om interkommunalt legevaktsamarbeid av 19. desember 2001**

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

## **8. Dokumentasjon og virksomhetsregistrering**

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