

**SINTEF Helse**

Postadresse:  
7465 Trondheim/  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Utvikling av ambulansetjenesten i Helse Nord**

FORFATTER(E)

Asmund Myrbostad, Marte Lauvsnes, Knut I. Johansen

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse Nord RHF

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAGSGIVERS REF.	
	Internt	Trude Grønlund	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG
		78S113.30	69
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
051110 Sluttrapport revidert v08.doc		Asmund Myrbostad	Knut Bergsland
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)	
	2005-11-21	Jon Olav Bjørgum	

## SAMMENDRAG

Sammendrag er tatt inn i kapittel 2.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helsetjenester	Healthcare
GRUPPE 2	Ambulanse	Ambulance
EGENVALGTE	Strategisk utvikling	Strategic development

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>4</b>
1.1	Bakgrunn for prosjektet, mål og presisering	4
1.2	Organisering og arbeidsmåte	4
<b>2</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Rammebetingelser, forskrifter, retningslinjer. Begrepsavklaring</b>	<b>8</b>
3.1	Forskrifter og treningslinjer	8
3.2	Driftsøkonomi	8
3.3	Definisjoner	8
<b>4</b>	<b>Status og kritiske forhold i dag</b>	<b>9</b>
4.1	Aktivitet	9
4.1.1	Rekvirering av ambulansetjenester	10
4.1.2	Beredskap og responstid	11
4.2	Organisering	12
4.2.1	Roller og ansvar	12
4.2.2	Ambulansetjenesten	12
4.2.3	Felles legevaktsordninger, samhandling med primærhelsetjenesten	16
4.2.4	AMK-sentraler	17
4.2.5	Syketransport, samhandling mellom AMK og kjørekontorer	17
4.3	Bemanning og kompetanse	18
4.3.1	Rekruttering	18
4.3.2	Vedlikehold av kompetanse	20
4.3.3	Samhandlingstrening	20
<b>5</b>	<b>Fremtidige krav og forventninger til tjenesten</b>	<b>22</b>
5.1	Overordnede myndighetskrav	22
5.1.1	Økonomiske rammer	22
5.1.2	Måling og styring av kvalitet	23
5.2	Oppgavefordeling i helsevesenet	23
5.2.1	Funksjonsfordeling og DMS	23
5.2.2	Sammenslåing av legevaktdistrikter	23
5.2.3	Samarbeid mellom utrykningsenheter	24
5.2.4	Samordning av AMK og kjørekontor	24
5.3	Bemanning, kompetanse, rekruttering	24
5.3.1	Mål om 75% ansatte med godkjenning	24
5.3.2	Rekruttering	24
5.3.3	Kompetanseutvikling	25
5.4	Samhandling	25
5.5	Befolkningsutvikling og behov for ambulansetjenester	26
5.6	Ny teknologi og endringer innen akuttmedisin	26
5.7	Andre krav	27
5.7.1	Etablering av kommunikasjonssystem	27
5.7.2	Virksomhetsregistrering	27
5.7.3	Brukerkrav	27
5.7.4	Lokale kommunikasjoner	28
5.7.5	Økonomiske rammer	28
<b>6</b>	<b>Gapanalyse</b>	<b>29</b>

<b>7</b>	<b>Beskrivelse, analyse av geografiske eksempelområder .....</b>	<b>32</b>
7.1	Eksempelområde 1 Vest-Finnmark .....	33
7.1.1	Status, beskrivelse av området .....	33
7.1.2	Spesielle problemstillinger for området .....	36
7.1.3	Forslag, tiltak .....	36
7.1.4	Driftsøkonomiske beregninger, Eksempelområde 1 .....	37
7.1.5	Relevans for ambulansetjenesten i Helse Nord .....	38
7.2	Eksempelområde 2 Nordlandssykehuset .....	39
7.2.1	Status, beskrivelse av området .....	39
7.2.2	Spesielle problemstillinger for området .....	41
7.2.3	Forslag, tiltak .....	41
7.2.4	Driftsøkonomiske beregninger, Eksempelområde 2 .....	43
7.3	Relevans for Helse Nord RHF .....	44
7.4	Eksempelområde 3 Midt-Troms .....	45
7.4.1	Status, beskrivelse av området .....	45
7.5	Spesielle problemstillinger for området .....	46
7.5.1	Forslag, tiltak .....	48
7.5.2	Driftsøkonomiske beregninger, Eksempelområde 3 .....	49
7.5.3	Relevans for Helse Nord RHF .....	51
<b>8</b>	<b>Valg av driftsmodell.....</b>	<b>52</b>
8.1	Innledning .....	52
8.1.1	Synspunkter fra referansegruppa i Helse Nord .....	52
8.1.2	Erfaringer i andre regioner .....	52
8.1.3	Kriterier for valg av driftsmodell .....	53
8.1.4	Fordeler og ulemper med privat og offentlig drift .....	54
<b>9</b>	<b>Anbefalinger .....</b>	<b>59</b>
9.1	Valg av driftsmodell .....	59
9.2	Øvrige anbefalinger .....	60
9.2.1	Rekruttering, kompetanse .....	60
9.2.2	Fagutvikling, samhandling .....	61
9.2.3	Andelen aktiv tid .....	62
9.2.4	Utvikle driftsorganisasjonen .....	62
9.2.5	Etablering av større enheter .....	62
9.2.6	Kostnadsutvikling og effektivisering .....	62
9.2.7	Utvikle/forbedre styringsinformasjon og styringssystemer .....	63
<b>Vedlegg 1</b>	<b>.....</b>	<b>64</b>
<b>DEFINISJONER</b>	<b>.....</b>	<b>64</b>
<b>Vedlegg 2</b>	<b>.....</b>	<b>66</b>
<b>UTKAST MAL AMBULANSEPLAN</b>	<b>.....</b>	<b>66</b>

## 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for prosjektet, mål og presisering

”Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus” av 18. mars 2005 definerer nye krav til oppgavefordeling, ansvar, beredskap/vaktordninger, kompetanse og bemanning, samhandling og kommunikasjonsløsninger for de prehospitale, akuttmedisinske tjenestene.

Aktiviteten i ambulansetjenestene har økt og kostnadene øker tilsvarende. Forskriftenes krav til beredskap, bemanning og kompetanse gir betydelige utfordringer for helseforetakene.

Selv om forskriften ikke stiller konkrete krav til enhets responstid<sup>1</sup>, ligger det føringer i kommentarer til §17 i forskriften om at ”ambulansetjenesten bør lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres”. I St. meld. 43 (Akuttmeldingen) og Stortingets behandling av I-300 om bedre responstider i ambulansetjenesten, viser flertallet til ”at forutsetning er at øyeblikkelig hjelp plikten overholdes, og det kan ikke akseptere for lang responstid med de alvorlige konsekvenser det kan få for pasientene”. Det har vært en økende oppmerksomhet i media mot kvalitet og innhold i de akuttmedisinske tjenestene

Helse Nord RHF har engasjert SINTEF Helse som ekstern rådgiver for å kartlegge og analysere status og gi anbefalinger om tiltak som kan bidra til at de krevende målene for ambulansetjenesten oppfylles innenfor realistiske økonomiske rammer.

Målsettingen med prosjektet er å:

- Gi bedre beslutningsgrunnlag for valg av driftsform (offentlig eller privat drift ved konkurranseutsetting)
- Peke på viktige strategier og tiltak for utvikling av tjenesten.
- Utarbeide et forslag til et rammeverk for ambulanseplaner i regionen.

Dette gjøres gjennom en analyse og vurdering av:

- Dagens situasjon generelt med spesielt fokus på viktige problemstillinger (kap 4)
- Fremtidige krav og forventninger (kap 5)
- Gapet mellom dagens situasjon og fremtidige krav og forventninger (kap 6)
- Beskrivelse, analyser av 3 geografiske eksempelområder (kap 7)
- Fordeler og ulemper med ulike driftsmodeller (kap 8)

Basert på innsamlet materiale, drøftinger i referansegruppa, analyser og vurderingene av eksempelområdene, gis anbefalinger og forslag til tiltak knyttet opp mot målsetningene med arbeidet (kap 9).

### 1.2 Organisering og arbeidsmåte

SINTEF Helse har levert prosjektledelse (Asmund Myrbostad) og fagpersonell for datainnsamling, utredning og analyse. Direktørforum for Helse Nord RHF har fungert som styringsgruppe og konstituert fagsjef Trude Grønlund, Helse Øst RHF har vært prosjekteiers representant. En prosjektgruppe ledet av Trond Elsbak har koordinert arbeidet mot styringsgruppa, fagmiljøene og en referansegruppe bestående av ambulansesjefene i Helse Nord, representanter for de akuttmedisinske fagmiljøene ved helseforetakene, kommunehelsetjenesten og de for ansatte både fra offentlige og private drivere.

---

<sup>1</sup> Enhets responstid = enhetens responstid + utrykningstid. Benevnes heretter som responstid

Datainnsamling har skjedd gjennom skriftlig (spørreskjema) og muntlig kontakt med ambulansesjefene og innsamling av data fra SSB. Datagrunnlag, analyser og løsningsforslag har vært drøftet i møter med representanter for prosjektgruppa og i 3 møter med referansegruppa. Oppbygging og innhold i sluttdokumentet har vært lagt frem for styringsgruppa i to møter og ett telefonmøte, før sluttbehandlingen. Det har vært løpende kontakt med prosjektgruppa.

Referansegruppa har bestått av følgende:

### Medlemmer og varamedlemmer

Navn	Funksjon	Arbeidsgiver / tjenestested
Nina Hesselberg (leder)	Medisinsk rådgiver	Helse Nord RHF, Bodø
Trond M. Elsbak	Rådgiver	Helse Nord RHF, Bodø
Bjørn Haug	Medisinsk syst.anstv	Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen
Åse Senning	Seksjonsleder akutt	Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen
Børre B. Hansen	Ass lege Anestesiavd.	Hålogalandssykehuset HF, Harstad
Tor Harald Nyheim	Ambulansesjef	Hålogalandssykehuset HF, Harstad
Mads Gilbert	Medisinsk syst.anstv.	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Per Øivind Sørgård	Ambulansesjef	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Raymond Teigen	Medisinsk syst.anstv.	Nordlandssykehuset HF, Bodø
Øystein Sollund	Ambulansesjef	Nordlandssykehuset HF, Bodø
Torben Wisborg	Medisinsk syst.anstv.	Helse Finnmark HF, Hammerfest
Geir Braathu	Ambulansesjef	Helse Finnmark HF, Kirkenes
Helen Brandstorp	Kommunelege Stipendiat	Tana kommune
Karsten Kehlet	Kommunelege 1	Lenvik kommune, Finnsnes
Jan-Petter Lea	Kommunelege 1	Forum Salten

### Representanter for arbeidstakere organisert i Fagforbundet og KFO

Navn	Funksjon	Arbeidsgiver / tj.sted	Forening
Bengt Endré Henriksen	Ambulansearbeider	Helgelandssykehuset HF, Rana	Fagforb.
Thomas Hansen	Ambulansepersonell		Fagforb.
Gunnbjørg Olufsen	Ambulansearbeider Sykepleier	Nordtrafikk Ambulanse AS, Straumen,Sørfold	Fagforb.
Raymond Rottem (vara)			Fagforb.
Truls Hofstad	Ambulansearbeider	Hålogalandssykehuset HF, Narvik	KFO
Erik Olsen	Ambulansearbeider	Helgelandssykehuset HF, Rana	KFO
Bård Jakobsen	Ambulansearbeider	Nordtrafikk Ambulanse HF, Andenes	KFO

## 2 Sammendrag

Nye forskrifter for de prehospitale, akuttmedisinske tjenestene stiller økte krav til faglig kvalitet, kompetanse, samhandling og organisering av ambulansetjenestene. Systemansvar og ansvar for finansiering av tjenesten ligger hos de regionale helseforetakene som har delegert dette til helseforetakene. Den operative tjenesten er en integrert del av den prehospitale, akuttmedisinske tjenesten, som omfatter AMK-sentralene, ambulansetjenesten og den kommunale legevakta, hvor helseforetakene har ansvaret for AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Forskriften legger vekt på behovet for samhandling og samordning av leddene innenfor tjenesten i tillegg til økte krav til beredskap og kompetanse.

Forbruket av ambulansetjenester er høyere, i Helse Nord enn i de øvrige helseregionene i landet, og man har også hatt en sterkere økning i forbruk enn resten av landet. Helse Nord har, på grunn av sin geografi og sitt bosettingsmønster, utviklet en desentralisert modell for ambulansetjenesten som innebærer et stort antall små enheter eller tjenester. Sammen med en omfattende og kostbar båt drift, gir dette høye kostnader i forhold til aktivitet.

Dagens drift medfører utfordringer på en rekke områder (lav kapasitetsutnyttelse, få oppdrag per ansatt, lite mengdetrening, rekrutteringsproblemer for personell med fagbrev til små tjenester, mange små private drivere). Utfordringene er gjennomgående knyttet til oppdelingen i mange små tjenester. I tillegg er det behov for å utvikle samhandlingen med primærhelsetjenesten og samarbeidet med kjørekontorene.

Helse Nord har som målsettinger at tjenesten skal utvikles slik at den oppfyller krav om faglig forsvarlighet, trygghet for befolkningen og at driften er i henhold til lover og forskrifter. Faglig forsvarlighet er knyttet til kompetanse, beredskap og responstid. Beredskapsnivået er fastlagt i tolkninger av regelverket, men responstiden er ikke definert og den kan avklares gjennom etablering av ambulanseplaner for hvert helseforetak. Helgelandssykehuset HF har i sitt forslag til ambulanseplan forutsatt at 90 % av befolkningen skal kunne nås innenfor 25 minutter. Det er gjennomført en gapanalyse som viser at man kan gjennomføre tiltak på en rekke områder, som vil bidra til at målene nås.

Vi forventer økte driftskostnader knyttet både til den operative driften (økt aktivitet, faglig kvalitet og bemanning), og administrative oppgaver. Gjennomgang av geografiske eksempelområder viser at det kan oppnås faglige forbedring og effektiviseringsgevinster gjennom endring av lokalisering, samordning av tjenester og endringer i bruken av ambulansebåter.

Hvilken driftsmodell som velges (offentlig eller privat drift) vil også påvirke mulighetene til måloppnåelse. På et generelt grunnlag kan det argumenteres for at privat drift er mer kostnadseffektiv enn offentlig drift av samme tjeneste. Vi har ikke funnet studier som viser om det innenfor ambulansedrift kan dokumenteres systematiske kostnadsforskjeller som kan forklares med forskjeller i driftsmodell. Med utgangspunkt i de krav som forskriften stiller og Helse Nord sine utfordringer, anbefaler vi at man som hovedmodell velger offentlig drift. Dette begrunnes med at man lettere kan løse utfordringene knyttet til struktur (små tjenester), rekruttering, fagutvikling og samhandling innenfor en offentlig driftsmodell. Vi peker imidlertid på behovet for å opprettholde privat drift innenfor ett område som grunnlag for utvikling av klare krav og systemer for styring og oppfølging, og som referanse for kostnader og kvalitet. Det vil også være behov for styrking av driftsorganisasjonen ifm overføring av de private tjenestene til offentlig drift.

Vi anbefaler ellers at man samler tjenestene i større enheter som er mer robuste og effektive organisasjoner for drift, rekruttering og opplæring. Vi peker på behovet for en rask utvikling av rekrutteringsprogrammer og programmer for fagutvikling og samhandling. Det er også behov for bedre kvalitetsstyring, noe som vil kreve bedre tilgang til styringsinformasjon. Til slutt peker vi på at det kan hentes ut effektiviseringsgevinster på en rekke områder. De økte krav til kvalitet på mange områder synes imidlertid å få som konsekvens at kostnadene samlet sett vil øke.

### **3 Rammebetingelser, forskrifter, retningslinjer. Begrepsavklaring**

#### **3.1 Forskrifter og retningslinjer**

Utredningen tar utgangspunkt i ”Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 2005-01-04”. Helse Nord v/administrerende direktør har foretatt en fortolkning og presisering av denne forskriften i dokumentet ”Retningslinjer i Helse Nord vedr. forskrift om Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus”. For øvrig er det en rekke lovebestemmelser, forskrifter og rundskriv som regulerer forhold knyttet til de akuttmedisinske, prehospitaltjenestene og drift av ambulanser. Disse blir trukket inn i konkrete sammenhenger.

#### **3.2 Driftsøkonomi**

Ambulansetjenesten i Nord-Norge er en stor virksomhet med vesentlig betydning for sykehusdriften både økonomisk og klinisk/operativt. Til sammen kostet ambulansetjenesten i Helse Nord om lag 332 mill. kr. i 2002. I tillegg kommer kostnader til AMK, luftambulanse og andre administrative kostnader som ikke er belastet ambulanses virksomheten. Det kan antas at samlede årlige kostnader knyttet til prehospitaltjenester i regi av helseforetakene er i størrelsesorden 500 mill. Sammenlignet med de totale kostnadene til spesialisthelsetjenesten i for Helse Nord RHF på 8,4 mrd. i 2005 er denne virksomheten betydelig.

Våre økonomiske vurderinger i denne rapporten er basert på innsamlet informasjon fra Helse Nord om forhold som bemanning, antall biler, antall stasjoner, kjørte kilometer, antall oppdrag med mer. I tillegg har vi benyttet erfaringer fra andre tjenester utenfor regionen.

I en del tilfelle knytter det seg usikkerhet til tallmaterialet, eller det er basert på forutsetninger og skjønn. Det er imidlertid etter vår vurdering ikke grunn til å tro at grunnlagsdata inneholder feil som er vesentlig for de gitte anbefalinger.

#### **3.3 Definisjoner**

De viktigste begrepene som benyttes i denne rapporten er definert i vedlegg 1.



## 4 Status og kritiske forhold i dag

### 4.1 Aktivitet

Utviklingen de siste år har vist en jevn økning i antall ambulanseoppdrag per 1000 innbygger for alle helseregionene. Befolkningen i Helse Nord har et høyere forbruk av ambulansetjenester enn gjennomsnittet for landet.

Tabell 1: Antall ambulanseoppdrag<sup>2</sup> per 1000 innbyggere fordelt på helseregion

Helseregion	2000	2001	2002	2003	2004
Hele landet	92	96	101	102	104
Helseregion Øst	87	91	96	95	98
Helseregion Sør	89	96	99	102	102
Helseregion Vest	96	96	97	101	102
Helseregion Midt-Norge	85	87	100	100	101
Helseregion Nord	119	126	132	136	141

Tallmaterialet er usikkert og det tas forbehold om ulikheter i registreringspraksis.

Tabellen over viser at Helse Nord ligger 36 % over landsgjennomsnittet i antall ambulanseoppdrag per innbygger. Helse Nord hadde en økning fra 2000 til 2004 på 18.5 % mens tilsvarende for landet under ett var på 13 %. Helse Vest hadde lavest økning med 6 %, mens Helse Midt-Norge hadde den høyeste med 19 %.

Det høye forbruket i Helse Nord kan skyldes flere forhold:

- Omfattende bruk av ambulansebåt og ambulansefly i tillegg til ambulansebil, medfører ofte flere transportoppdrag per pasient.
- Flere områder i regionen har en ustabil primærlegedekning, noe som kan føre til hyppigere innleggelse på sykehus.
- Helse Nord har et høyere forbruk av sykehussenger enn resten av landet. Dette kan indikere høyere behov for ambulansetransport.
- Sammenslåing av legevaktdistriktene til større enheter/områder gir lengre avstander mellom pasienter og legekontor. Dette kan føre til økt behov for inntransport av pasienter til legekantoret (legene velger i mindre grad å reise ut).
- I Helse Nord er det bare UNN og Nordlandssykehuset, Bodø som har et differensiert, medisinsk tilbud. Dette kan medvirke til økt overflytting av pasienter mellom sykehus.
- Den desentrale lokaliseringen av ambulanser gir relativt god tilgang på ambulanseressurser, samtidig som det er begrenset tilgang på alternative transportmidler for pasienttransport (for eksempel bårebiler). Dette kan gi et høyere forbruk av oppdrag klassifisert med hastegrad ”vanlig”.

---

2

Tabell 2: Antall bilambulanseoppdrag, fordelt på hastegrader. 2004.<sup>3</sup>

Foretak	Akutt	% fordeling	Haster	% fordeling	Vanlig	% fordeling	Sum	Sum akutt+haster
Helgelandssykehuset	2.340	23	4.170	41	3.661	36	10.171	64
Nordlandssykehuset	2.453	19	3.825	30	6.675	52	12.752	49
Hålogalandssykehuset	3.177	25	4.502	35	5.322	41	12.884	60
UNN	2.988	21	4.404	30	7.118	49	14.510	51
Helse Finnmark	1.164	23	1.354	27	2.490	50	5.008	50
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>12.122</b>	<b>22</b>	<b>18.255</b>	<b>33</b>	<b>25.266</b>	<b>46</b>	<b>55.325</b>	<b>55</b>

Det har ikke vært mulig å skaffe tall som viser fordeling av oppdrag for alle tjenester for Helse Finnmark. Totalt antall oppdrag for Finnmark var 12 530 i 2004.

Helse Nord hadde totalt ca 63 000 ambulanseoppdrag for bilambulansene i 2004 (inkludert oppdrag i Finnmark som ikke er tatt med i tabell). Av disse ble ca 55 % kategorisert som hastegrad "akutt" og "haster", mens 45 % var kategorisert som "vanlig". For resten av landet var tallene 60/40. Det er stor spredning mellom foretakene når det gjelder fordeling på hastegrad. Dette kan skyldes ulik registreringspraksis, bl.a. på grunn av forskjeller i organisering av AMK-sentralene. Forskjellene kan også skyldes reelle forskjeller i bruk av ambulanseressursene. Forholdet bør derfor analyseres nærmere.

#### 4.1.1 Rekvirering av ambulansetjenester

AMK-sentralene har ansvaret for mottak av nødmeldinger over 113, avgjøre hastegraden for de akuttmedisinske tiltakene, samt koordinere og prioritere de nødvendige ambulanseressursene. Det medisinske faglige ansvaret ligger hos den lege som sist hadde kontakt med pasienten. Avklaring av hastegrad og prioritering av ressurser i forhold til beredskapsvurderinger, kan i noen tilfeller medføre kompetansekonflikter mellom rekvirerende lege og AMK-personell.

Rekvirering av oppdrag som går utenom AMK-sentralene gjelder i hovedsak henting av pasient fra hjemmet for kjøring til legevakt. Dette skjer på grunnlag av rekvirering fra kommunelegen/den lokale legevakta. Det omfatter også i noen grad overføring av pasienter fra sykehus til oppføringsinstitusjoner etter rekvirering av sykehusets leger.

I tilfeller hvor det er vanskelig for AMK-personalet å bestemme behovet for bruk av ambulanse, kan AMK-legen trekkes inn for å avklare hva som er hensiktsmessig og faglig riktig ressursbruk. Det er behov for å utvikle samarbeidet mellom AMK-sentralen og primærhelsetjenesten slik at en unødig bruk av ambulanser unngås.

Helse Nord har i den senere tid gjort tiltak for å styre all rekvirering av ambulanse via AMK. Tidlig i 2006 regner man med at dette vil være praksis for alle AMK-sentralene. Reduksjon i antall AMK-sentraler har medført en forbedring, men det er ennå noen kommuneleger som bestiller ambulanser gjennom lokal legevakt.

Det er et stort behov for opplæring og samhandling mellom de forskjellige aktørene når det gjelder rekvirering av ambulansetjenester. Forskriften forutsetter at det opprettes organer for samhandling og faglig utvikling.

<sup>3</sup> Tallene er oppgitt fra ambulansesjefene for det enkelte HF i Helse Nord

#### 4.1.2 Beredskap og responstid

Tabell 3 viser at flere tjenester med mer enn 500 oppdrag per år, har hjemmevakt og i mange tilfeller uten aktiv tjeneste. Dette svekker beredskapen ved at responstiden øker med oppmøtetid, som ved hjemmevakt er satt til maksimum 10 minutter i de nye reglene.

Tabell 3: Beredskapsnivå for tjenester med 500-1000 oppdrag/år, fordelt på primærområde<sup>4</sup>

Primærområde	Ambulanseressurs	Oppdrag	Bered.nivå
Kirkenes	B	840	HA
Kirkenes	B	840	HA
Gravdal	B	814	H
Gravdal	B	757	H
Brønnøy	B	754	H
Hadsel	B	1002	H
Hadsel	B	465	H
Sortland	B	629	H
Sortland	B	499	H
Fauske	B	563	H

Hele 44 tjenester/primærområder hadde 350 utrykninger eller mindre i 2004. Alle hadde hjemmevakt og kun i Finnmark var det tjenester (totalt 12) som hadde kombinert hjemmevakt og aktiv tid. Det er nå besluttet å innføre et minimumskrav på 6 timer aktiv tid per uke (fagtid) ved alle tjenester med hjemmevakt for å sikre medisinsk utstyr, trening og internkontroll. Dagens beredskapsmodell innebærer små muligheter til faglig utvikling og kollegiale samvær blant de ansatte. Dette rapporteres å være et hovedproblem ved rekruttering og det øker turnover blant mannskapene, særlig ved de små tjenestene.

Ved små, desentrale tjenester er det ofte lange avstander til sykehus eller legekontor. Selv om aktiviteten målt i antall oppdrag er liten, vil den samlede kjørelengden og transporttiden med pasient være relativt større. Lang transporttid medfører også lange fravær fra stasjon med tilsvarende redusert beredskap. Samtidigheitskonflikter kan derfor være et problem ved tjenester med lange avstander, selv om oppdragsmengden er lav.

Tilsvarende tall for Helse Midt-Norge viser at man ved små tjenester (færre enn 400 oppdrag per år) benytter ren hjemmevakt ved kun 50 % av stasjoningsstedene. Alle tjenestene har aktive perioder for å sikre faglig utvikling og egentrening.

#### Utfordringer:

- Høyt antall oppdrag per 1000 innbyggere i forhold til resten av landet.
- Mange små tjenester med få oppdrag, høy kostnad per oppdrag
- Uklare roller for rekvirering mellom primærhelsetjenestene og AMK. Kommunene har ikke det finansielle ansvaret, en del rekvirering går utenom AMK.
- Stor andel ambulanseoppdrag med hastegrad "vanlig" i enkelte områder. Kan skyldes bruk av ambulanse til syketransport.
- Uklare kompetanseforhold mellom leger som rekvirerer ambulanse og AMK-personalet.
- Mange tjenester har hjemmevakt uten aktiv tjeneste

<sup>4</sup> Ambulanseressurs B = Døgnbil. Beredskapsnivå: HA= hjemmevakt med aktiv tid, H= hjemmevakt uten aktiv tid.

## 4.2 Organisering

### 4.2.1 Roller og ansvar

De akuttmedisinske, prehospitaltjenestene omfatter følgende enheter:

- Ambulansetjenesten (som omfatter både bil- og båtambulanser)
- AMK-sentraler
- De kommunale legevaktene
- Luftambulanse

Den prehospitaltjenesten er tett integrert med akuttmottaket i helseforetakene, og samhandling innenfor en sømløs kjede av akuttmedisinske tjenester er viktig for kvaliteten i pasientbehandlingen og effektiviteten i helsetjenesten. Disse enhetene involverer følgende aktører med sine roller:

Aktører	Roller
De regionale helseforetakene	Ansvar for eierskap, organisering og finansiering. Her et sørgefor ansvar.
Helseforetakene	Har et delegert systemansvar og dermed ansvar for praktisk tilrettelegging og drift av tjenestene. De prehospitaltjenestene som inngår i spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, omfatter AMK-sentraler og ambulansetjenester, og inngår i foretakenes sørgefor ansvar.
Primærkommunene	Ansvar for den kommunale legevakttjenesten, etablering av legevaktsentral

### 4.2.2 Ambulansetjenesten

I denne rapporten omfatter ambulansetjenesten bil-, båt- og luftambulanser. Ved utrykning benyttes alltid bil- eller båtambulanse. Ambulansefly og ambulanshelikopter er i praksis å betrakte som et supplement når det er behov for det. Det er stort behov for bruk av ambulansfly i Nord-Norge, spesielt i Finnmark.

I henhold til loven ligger ansvaret for organisering, finansiering samt det medisinske systemansvaret, hos de regionale helseforetakene. Dette ansvaret er overført til helseforetakene som dermed har ansvaret for at tjenesten leveres til publikum og at den har tilfredsstillende kvalitet. Helseforetakene har driftsansvaret, kontrakter med private drivere, økonomi og faglig kvalitet. Den operative driften kan organiseres som en del av helseforetakene eller ved konkurranseutsetting.

#### 4.2.2.1 Bilambulansene

Helse Nord har totalt 132 bilambulanser i drift og i tillegg 8 reservebiler. Med en bemanning på 542 stillingshjemler gir det i gjennomsnitt 4,1 stillinger pr bilressurs.

Tabell 4: Oversikt over bemanning og ambulansebiler

HF	Bilambulanseressurs			Bemanning	Beman/bil <sup>5</sup>
	Døgn	Dag	Res		
Helgelandsykehuset	16	1	3	79	4,7
Nordlandssykehuset	22	3	1	97	3,9
Hålogalandssykehuset	25	5	3	110	3,9
UNN	24	4	1	137	4,9
Helse Finnmark	28	4	0	119	3,7
<b>Totalt</b>	<b>115</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>542</b>	<b>4,1</b>

<sup>5</sup> Beregningen er eksklusiv reservebilressursen, dagbiler trekker ned gjennomsnittet.

Bemanning beskriver det antallet stillinger som er knyttet til den enkelte bilen og ut fra den beredskapen som gjelder for bilen. Dette tallet kan være forskjellig fra antall stillingshjemler som er budsjettert for tjenesten og antallet ansatte personer.

Tabellen over viser at det er relativt store forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder bemanning av bilambulansene. Helse Finnmark og Nordlandssykehuset ligger lavest i bemanning. Dette har sammenheng med et stort antall små tjenester og omfattende bruk av hjemmevakt.

Helse Nord sin fortolkning av forskriften forutsetter at områder med mer enn ca 8000 innbyggere skal ha vakt på vaktrom, mens de øvrige skal ha kombinert tilstede- hjemmevakt. Grad av tilstedevakt og fastsetting av tidsrom skal være avhengig av aktivitet og være faglig begrunnet. For å imøtekomme responstidsføringene og oppnå en beredskap som er tilnærmet lik det man finner i sentrale deler av landet, har man i Helse Nord valgt en desentralisert modell for lokalisering av ambulanseressursene.

#### 4.2.2.2 Båtambulansene

Tabell 5: Fordeling av båter/båttype på kommune og foretak

Foretak	Vertskommune	Båttype			Akuttmedisinsk bemanning
		Ambulans båt	Skyssebåt	Samfunnsbåt rutegående	
Finnmark	Loppa		1		lege/sykepleier
	Hammerfest			1 <sup>7</sup>	1 NOU
	Alta		1		0,5 + lege av og til
	Måsøy			1 <sup>7</sup>	1 NOU
	Gamvik <sup>6</sup>			1 <sup>7</sup>	Lege av og til. Ingen oppdrag 2004
UNN	Kvænangen		1		1 + lege
	Skjervøy			1 <sup>7</sup>	1 + lege
	Karlsøy		1		1 + lege
Nordland	Meløy		1		1 + lege
	Gildeskål			1	1 + lege
	Vågan		1		1 + lege
Hålogaland	Bjarkøy	1			1 NOU (eller bedre) fast i tillegg til båtmannskap
	Tysfjord		1		2 fra bilambulansetjenesten
	Hadsel			1	
	Øksnes			1	
Helgeland	Bindal		1		Akuttmedisinsk kompetanse ved behov
	Nesna		1		Akuttmedisinsk kompetanse ved behov
	Alstahaug		1		1 mannskap m/del-NOU + lege eller amb.personell v/behov
	Lurøy		1		Vanligvis lege
	Vega		1		1 mannskap NOU + ambulanspersonell ved behov
	Herøy		1		Lege ved behov
	Rødøy		1		Vanligvis lege
Træna				1	Lege ved behov

<sup>6</sup> K1 08-16

<sup>7</sup> Kombinert rutebåt

Tabellen over viser at det er kun 1 båt som per definisjon kan karakteriseres som ambulansebåt. Øvrige ambulanseoppdrag i båt skjer ved legeskyssbåter eller samfunnsbåter (rutegående båter). Flere av båtene i Finnmark går i rutetraffikk. Som tabellen viser er bemanning og kompetanse i båtambulansetjenesten svært varierende.

Helse Nord er den regionen i landet som har flest ambulanseoppdrag i båt, og ambulansébåttjenesten representerer spesielle problemer:

#### **Uklare finansieringsforhold:**

Sørgefor ansvaret ligger hos det regionale foretaket, mens helseforetaket eier og finansierer avtalene med rederiene og har systemansvaret i forhold til den akuttmedisinske tjenesten. Tilskuddene fra staten er delt mellom helseforetaket (til ambulansetjenester og syketransport) og kommunene (til skyss av kommunalt helsepersonell). Ordningen kan bl.a. ha ført til at kommunene i økende omfang velger å hente pasienten inn til legekantoret fremfor å skyss legen til pasienten, og man har fått en dreining fra skyss av helsepersonell til ambulansetjenester/syketransport. Dette overfører betalingsansvaret til helseforetaket. Flere av båtene fungerer i tillegg som samfunnsbåter der hovedaktiviteten er rutegående trafikk. Dette gir uklare regler for finansiering og er grunnlag for interessekonflikter knyttet til båttyper og stasjonering.

**Høye driftskostnader:** Båtambulanser skal oppfylle samme krav til akuttmedisinsk kompetanse som bilene. I tillegg kreves det båtbemanning iht sjøfartsreglene. Ved tjenester som har få oppdrag blir pris per oppdrag svært høy.

**Samlokalisering av baser** for bil og båt og sambruk av medisinsk faglig personell kan bety effektivisering av tjenesten, men kan bryte med lokale interesser for lokalisering av baser. Sambruk av personell mellom bil og båt har vist seg å være problematisk når tjeneste på båt ikke har vært tatt inn i arbeidsavtalene. Sambruk av personale gir også svekket beredskap.

**Endringer i båttyper** til hurtiggående, mindre og sjøsterke båter kan øke tilgjengeligheten og redusere antallet stasjoneringer. Disse fartøyene kan ivareta alle typer helseoppdrag, men er i mindre grad forenelig med annen bruk av båtene. Det samlede finansieringsgrunnlaget for båtene må vurderes.

#### **4.2.2.3 Erfaring med drift av båtambulanser fra andre regioner**

**Sogn og fjordane** har totalt 7 båter. Av disse er 6 samfunnsbåter (rutegående) og 1 ambulansebåt som også brukes til skyss av helsepersonell. Oppdragsmengden er svært lav (350 oppdrag på 7 båter) og man anbefaler samfunnsbåt der befolkningsunderlaget er lite. Samfunnsbåtene er ikke avhengig av faste overføringer fra ambulansetransporten, og dette gir god driftsøkonomi. Ved å slå sammen tjenester og gå over på færre, rene ambulansebåter blir beredskapen svekket og det er fare for samtidighetskonflikter.

Båtene bemannes delvis med ambulansepersonell fra bil. Båtpersonellet har noe førstehjelpsopplæring og båtene har utplassert hjertestarter og surstoff. Personalet fungerer som "first responders".

Det er vedtatt at båtambulansen ikke skal overtas av helseforetakene.

**Rogaland** har 2 båter i Ryfylkebassenget. Den ene er ambulansebåt som også brukes til skyss av helsepersonell. Den har legekantorene om bord. Den andre er en kombinert båt som brukes både til ambulanseoppdrag og skyss av helsepersonell og skolebarn, men den er ikke en rutegående

samfunnsbåt. Det er ca 700 oppdrag per år hvorav 50 er syketransporter. Samtidigetskonflikter oppfattes ikke å være noe problem. Befolkningsgrunnlaget er tynt og avstandene er gjennomgående kortere enn i Nord-Norge. Man har gode avtaler med kommunene og kostnadene (ca 8 mill per år) fordeles med ca halvparten på helseforetaket og kommunene.

Båtene er bemannet med 1 med fagbrev og de øvrige har NOU 76:2 kompetanse. Man vil i nye avtaler fra 2007 legge inn krav om samarbeid mellom bil og båt når det gjelder ambulanspersonell.

**I Nordmøre og Romsdal HF** har man 3 båter hvorav 2 er rene ambulansbåter i kombinasjon med skyss av helsepersonell, og 1 samfunnsbåt. Den nyeste ambulansbåten er fra 2004 og er resultat av et prosjekt for å utvikle en ny type ambulansbåt. Utviklingen er basert på ønske om reduserte kostnader gjennom reduksjon i antall båter/avtaler med samfunnsbåter, og bedre beredskap ved raskere responstid. Bemanning og kompetanse er også et vesentlig moment for å gå over til spesialiserte båter. I Nordmøre og Romsdal HF bruker man ambulanspersonell eller lokalt helsepersonell (ofte lege eller sykepleier) som tillegg til båtmannskapet. Oppdragsmengden var i 2004 582 oppdrag tilsammen på de tre båtene.

Driftskostnadene for disse 3 båtene er høye (12 mill i 2004). Båtene eies av 3 kommuner og drives etter avtaler med helseforetaket. Helseforetaket har dårlig erfaring med kommunen som båteler. Lønnsutgiftene har steget med 40 % etter at det ble mindre tilgang til reserveløsninger (reservebåt). Ambulansbåtene kan ikke brukes til oppdrag som forutsetter mer enn 7-8 personer om bord (sertifiseringsgrense). Det er dermed begrensede, alternative inntektsmuligheter (kjøring av veterinær, lensmann, prest etc).

Det er forskjellige løsninger og erfaringer i de tre områdene. I Sogn og Fjordane baserer man seg på samfunnsbåter og mener at overgang til færre men hurtiggående spesialbåter vil svekke beredskapen og gi dårligere driftsøkonomi. I Nordmøre og Romsdal har man derimot i hovedsak basert seg på spesialiserte ambulansbåter som også brukes til skyss av helsepersonell og i noen grad også transportoppdrag. I Nordmøre og Romsdal erfarer man at spesialiserte ambulansbåter gir raskere respons på hasteoppdrag, men gir høye driftskostnader, spesielt synes det som om ordningen med kommunal drift av båtene gir høye lønnskostnader. Rogaland peker på betydningen av gode avtaler med kommunene for å få bidrag til finansiering av både beredskap og skyss av helsepersonell, og man opplever ikke at båtene brukes til transport av pasienter til legevakta.

Overgang til spesialiserte båter og driftsopplegg for ambulansetransport synes å gi muligheter for bedre faglig kompetanse. Mens man i Sogn og Fjordane baserer seg på minimumsopplæring av personellet på samfunnsbåtene, satses det både i Rogaland og Møre og Romsdal på bemanning iht forskriftene.

De opplysningene vi har samlet inn gir ikke entydige føringer for hvilken løsning som er den beste. Dette vil være avhengig av avstander og befolkningsunderlag, og ikke minst hvilke avtaler man får med kommunene for bruk og finansiering av båtene. Det er privat/kommunal drift for båtene i alle de tre områdene. Den viktigste erfaringen synes å være at man ved bruk av ambulansbåter i forhold til samfunnsbåter, får en bedre styring med kompetanse og bemanning, og dermed høyere kvalitet i tjenesten. Fordelen med samfunnsbåter, spesielt i områder med lite befolkningsunderlag, er at man får tilgang til flere båter (bedre beredskap) og muligens lavere driftskostnader.

#### 4.2.2.4 Privat og offentlig drift

Tabell 6: Tjenestene i regionen fordeler seg på følgende måte mellom privat og offentlig diverse:

Emne	Hele regionen	Privat	Offentlig
Organisering		Hovedsakelig hjemmevakt	Hovedsakelig stasjonsvakt
Tjenestetype		Små, desentrale tjenester	Store tjenester, helseforetak
Ant stasjonssteder	94	81	13
Ant. biler	140	102	38
Bemanning	542	397	145
Gj.snitt bemanning per stasjonssted	5.8	4.9	11.5

Det må antas at aktivitet og antall ansatte per stasjonssted har betydning for kvalitet, rekruttering og kompetanse. I noen private tjenester er det mindre enn 4 stillinger per bil. De private utøverne har ved lav aktivitet også mindre muligheter til inntjening og får høyere kostnader per oppdrag. Det antas at muligheter til samordning av tjenester i forbindelse med beredskap, kompetanseutvikling, vikarordninger mv er vanskeligere å få til ved små tjenester.

Den private driften er i tillegg fordelt på mange utøvere og kun få firma (Nordtrafikk Ambulanse AS, Arctic Ambulanse AS og Saltens Bilruter) har mer enn 1 tjeneste. Avtalene er tidsbegrenset eller løper på oppsigelse. For Nordland og Troms utløpet kontraktene per 30.11.06 og for Finnmark per 31.12.07. Det antas at muligheter til samordning mv er vanskeligere å få til ved små, privat eide tjenester.

Alle ambulansebåtene drives av private utøvere eller kommuner.

#### 4.2.3 Felles legevaktsordninger, samhandling med primærhelsetjenesten

Legevaktsentraler organiseres av kommunene og kan være felles for flere kommuner. Legevaktsentralen er mottaker av publikums henvendelse om akuttmedisinsk hjelp fra primærhelsetjenesten

Det har fra sentralt hold vært lagt til rette for økende interkommunalt samarbeid om legevaktordninger. Dette medfører sammenslåing av legevaktdistriktene og økt reiseavstand for publikum for å komme til lege. Det antas at den økte avstanden har medført at pasienter i økende grad hentes til legekantoret for konsultasjon, fremfor at legen reiser ut til pasienten. Erfaringer fra Helgelandssykehuset HF viser at antall kjørte km ble nær doblet i områder der slik sammenslåing av legevaktdistrikter ble gjennomført. Ved planlegging av slike omlegginger blir ambulansetjenesten ofte koblet seint inn og får dermed små muligheter til å påvirke løsningene.

Noen ambulansestasjoner har lokale avtaler med kommuner og sykehus om andre oppgaver som ambulansepersonell kan utføre i sin aktive beredskapstid. Det kan være vakt- og sikkerhetsoppgaver, førstehjelpskurs, ulike tjenester i legevakt, akuttmottak og sykehjem. For ambulansetjenester med få oppdrag oppleves det som god ressursbruk å arbeide med andre helserelaterte oppgaver i kommunen, spesielt hvis dette er oppgaver som gir faglig utbytte.

Det planlegges nytt Distriktsmedisinsk senter (DMS) i Midt-Troms (Finnsnes). Det kan få betydning for pasientflyt og behovet for ambulansetjenester. Dette kan spesielt gjelde eldre pasienter med kroniske sykdommer, som er en stor og voksende gruppe, og som vil kunne bli behandlet i DMS i stedet for å sendes til sykehus.



#### 4.2.4 AMK-sentraler

Organisering og drift av AMK-sentraler er helseforetakenes ansvar. AMK-sentralene er lokalisert til sykehusene og ofte samlokalisert med Akuttmottaket. AMK-sentralene bemannes med helsepersonell.

Det er besluttet at det skal være en AMK-sentral per helseforetak foruten i Helse Finnmark hvor det er to, en for hvert sykehus. Samlet er det 6 AMK-sentraler i regionen. AMK-sentralen i Tromsø har det koordinerende ansvaret mellom AMK-sentralene i regionen (regional AMK-sentral) ved krise/katastrofe. Omstrukturering av AMK-sentralene vil være klar på nyåret 2006. (Hålogalandssykehuset HF gjenstår per november 2005.)

#### 4.2.5 Syketransport, samhandling mellom AMK og kjørekontorer

Ansvaret for syketransporten ble overført fra Rikstrykdeverket til de regionale helseforetakene i 2004. Bestilling av tjenestene skjer imidlertid via egne kjørekontor, og svært få helseforetak har en koordinering mellom kjørekontorenes oppdrag og AMK-sentralene. Ved flere helseforetak er kjørekontor og AMK-sentral lokalisert i hver sin by. UNN og Finnmark har lokalisert virksomheten til sykehuset men ikke samlokalisert eller samordnet med AMK.

Tabell 7: Antall syketransporter vs ”vanlige” oppdrag per 1000 innb i de ulike helseforetakene, 2004

Foretak	Antall oppdrag ”vanlig”	Antall pasienter syketransport <sup>8</sup>	Befolkningsgrunnlag	Antall vanligturer/ 1000 innb	Antall syketransp turer/ 1000 innb
Helgelandssykehuset	3 661	16 262 <sup>9</sup>	75 746	48	215
Nordlandssykehuset	6 675	15 881 <sup>10</sup>	82 635	81	192
Hålogalandssykehuset	5 322	25 408 <sup>11</sup>	99 662	53	255
UNN	7 118	17 674 <sup>12</sup>	113 789	63	155
Helse Finnmark	Mangler tall	19 014 <sup>13</sup>	74 440	Mangler tall	255

Det tas forbehold om forskjeller i registreringspraksis, og tallene kan være unøyaktige.

Tabellen viser forbruk av ambulanseoppdrag med hastegrad ”vanlig” og syketransportoppdrag fordelt på helseforetak. Nordlandssykehuset ligger 40 % over Helgelandssykehuset og 22 % over UNN i bruk av ”vanlige” oppdrag per 1000 innbyggere. Det antas at det kan oppnås effektiviseringsgevinster ved å se syketransporten og ambulanseoppdrag med hastegrad ”vanlig” i sammenheng.

Forutsetninger for å definere et oppdrag som ambulanseoppdrag er knyttet til behovet for medisinsk bistand og kompetanse, og er uavhengig av behovet for transport liggende i bære. Dette er en definisjonsendring som kom med ny forskrift, og som kan skape uklarhet i praksis for rekvirering av transporttype. Ofte er det kun ambulanser som har muligheter for liggende transport. Dette kan gi grunnlag for et overforbruk av oppdrag med hastegrad ”vanlig” i forhold til syketransport.

Erfaringer fra bl.a. Buskerud viser at samordning av AMK og kjørekontor gir bedre økonomi. Ved å styrke samarbeidet mellom AMK/ambulansetjenesten og kjørekontoret, og etablering av en spesialtilpasset buss (Hallingdalsbussen) som tar flere bærepassasjerer og sittende pasienter, har man

<sup>8</sup> Kun turer bestilt via kjørekontor.

<sup>9</sup> Tall for første 9 mnd 2005, beregnet helårseffekt

<sup>10</sup> Tall for 2004.

<sup>11</sup> Tall for første halvår 2005 x 2

<sup>12</sup> Tall for siste halvår 2004 og første halvår 2005.

<sup>13</sup> Tall for første halvår 2005 x2

redusert antall oppdrag med hastegrad ”vanlig” med ca. 10 % fra 2003 til 2004. Konsekvensen var at man har spart en bil (tilsvarende 3.5 mill kroner) uten å redusere beredskapen.

**Utfordringer:**

- Få stillinger i gjennomsnitt per bil. Medfører stor vaktbelastning og problemer i forhold til arbeidsmiljølovens bestemmelser bl.a. om hviletid. Gir dårlig utgangspunkt for rekruttering. Gjelder spesielt de private driverne.
- Stort omfang av båt drift, høye driftskostnader, mange båter med lav utnyttelse gir høye kostnader per oppdrag og problemer med å opprettholde kvalitet.
- Uklare ansvarsforhold vedrørende ambulanserbåter, problemer knyttet til lokalisering, samordning med ambulansebil.
- Mange små tjenester med liten aktivitet som drives av private.
- De private driverne er stort sett små enheter/firma som kun har en bil. Problemer med faglig kontinuitet, bemanning, samarbeid på tvers av tjenester.
- Utvikle samarbeidet med primærhelsetjenesten – planlegging av legevakt distrikter, alternative arbeidsoppgaver, regler og rutiner for rekvirering oa.
- Samordning mellom AMK og kjørekontor for bedre planlegging av syketransport.

### 4.3 Bemanning og kompetanse

#### 4.3.1 Rekruttering

Med unntak av Helgelandssykehusene har de små tjenestene i de øvrige helseforetakene hatt store problemer med rekruttering. Det er også problem med å beholde kvalifisert personell. Årsakene opplyses å være dårligere arbeidsforhold som skyldes stor grad av hjemmevakt, få kolleger å forholde seg til, få oppdrag og derved lite trening på akuttmedisinske hendelser. Enkelte distrikt som f.eks. Måsøy i Finnmark har 50 % pendlere som ambulansepersonell pga at få vil være bosatt i distriktet. Både på Helgeland og i Finnmark har man god erfaring med at personalet blir i sine stillinger dersom de er rekruttert fra distriktet. Dette gjelder også ved små tjenester.

Det foreligger ikke konkrete planer om målrettede rekrutteringstiltak for å rette på situasjonen.

Rekruttering av vikarer er et spesielt problem ved små tjenester som ligger i områder med svært begrenset arbeidsmarked. Det foreligger ikke organisert opplæring av vikarer.

I et notat utarbeidet av Helse Nord i 2003 anslåes den årlige utskiftingen å ligge på ca 5 %. I tillegg opplyses at en stor andel av dagens ansatte (halvparten over 40 år) vil gå ut av tjenesten i løpet av de nærmeste 5 årene. Arbeidssituasjonen for mange er krevende, og det er vanlig å gå ut av yrket før oppnådd pensjonsalder. På dette grunnlaget har vi anslått turn over til 10 %. Det etterlyses en aktiv seniorpolitikk. Personell som velger å gå ut av tjenesten kan være en ressurs ifm alternative løsninger for syketransport (bårebiler og lignende).

##### 4.3.1.1 Fagbrev og kompetanse iht NOU 76:2

Forskriften forutsetter at i løpet av en overgangsperiode på 5 år skal minimum en ambulansearbeider på hvert team ha fagbrev. For Helse Nord er dette konkretisert i et krav om at minimum 75 % av alle ansatte skal være autorisert (det vil si ha fagbrev som ambulansearbeider) innen april 2010. Tabellen nedenfor viser at andelen med fagbrev i dag er varierende, og lavest i tjenester som sokner til Nordlandssykehuset HF. Andelen med midlertidig godkjenning iht reglene i NOU 76:2 er relativt høy, og samlet er andelen med godkjenning (det vil si med fagbrev eller NOU 76:2) relativt høy.

Tabell 8: Bemanning, andel med fagbrev, andel NOU 76:2 per HF, 2004

Foretak	Bemanning Totalt	Andel fagbrev	Andel NOU 76: 2	Sum m/godkjenning
Helgelandsykehuset	79	40 %	46 %	86 %
Nordlandssykehuset	95	27 %	73 %	100 %
Hålogalandssykehuset	124	35 %	52 %	87 %
UNN	125	47 %	20 %	67 %
Helse Finnmark	119	36 %	63 %	99 %

UNN har i løpet av 2005 økt sin andel med fagbrev til 51 %.

Med utgangspunkt i kravet til 75 % med fagbrev og dagens bemannings situasjon kan følgende beregninger settes opp:

Forutsetninger:

- Bemanning ved utgangen av 2004: 542
- Antall med fagbrev ved utgangen av 2004: 225
- Antall uten fagbrev ved utgangen av 2004: 317
- Behov for stillinger i 2010, 30 % økning: 704
- Turnover per år (gjennomsnitt): 10 %
- 75 % av de som slutter erstattes med ambulansarbeider med fagbrev

Gitt disse forutsetningene vil det kreve tilsetning av ca 350 personer med fagbrev i perioden fra 2005 til utgangen av 2010. I tillegg må 127 av allerede ansatte ta fagbrev i perioden. Det er et stramt arbeidsmarked (knapphetsressurser) for ambulansarbeidere med fagbrev, spesielt i Nord Norge, og utdanningskapasiteten er ikke tilfredsstillende.

#### 4.3.1.2 Lærlingplasser i ambulansetjenesten

Tabell 9: Fordeling av lærlinger på helseforetak

Foretak	Antall	Kommentar
Helgelandsykehuset	8	Lærlinger i 3 ambulansetjenester med aktiv vakt/vaktrom. Hospiterer i mindre tjenester under læreperioden. Selvstendige vakter i verdiskapningsperioden.
Nordlandssykehuset	2	Lærlinger kun ved tjenesten i Bodø
Hålogalandssykehuset	8	Kun lærlinger i bytjenestene Harstad og Narvik. En lærling i Hadsel. Andre års lærling blir brukt aktivt i vakt.
UNN	9	Selvstendige vakter i verdiskapningsåret
Helse Finnmark	1	2 ambulansetjenester har etablert lærlingordning.

I et eget notat datert 20.11.03 (før den nye forskriften) utarbeidet av en intern faggruppe i Helse Nord RHF, omtales bl.a. behovet for fremtidig bemanning og behov for ambulansarbeidere med fagbrev. Man anslår et økt bemanningsbehov på 30% frem til 2010. Det fremtidige behovet for fagarbeidere og lærlinger er ikke beregnet, men man har avgrenset utdanningskapasiteten gjennom antall lærlingplasser i regionen som settes til 59 plasser. Det gir en kapasitet på 30 lærlinger per år.

Det opplyses at det ikke fullt ut er fast avsatt midler til lærlinger innenfor de ordinære budsjettene, og at helseforetakenes budsjetter må ha midler til lønn og nødvendige kurs. Lærlinger kan bare knyttes til de store tjenestene, men med rotasjon slik at de også får praksis fra små tjenester. Helse Nord har anbefalt at lærlinger ansettes i helseforetakene.

### 4.3.2 Vedlikehold av kompetanse

Tabell 10: Bemanning, antall oppdrag, antall oppdrag/bemanning, 2004

Foretak	Bemanning	Antall oppdrag	Antall oppdrag/ år /bem.
Helgelandsykehuset	79	10 171	129
Nordlandssykehuset	97	12 788	132
Hålogalandssykehuset	110	13 053	119
UNN	137	14 567	106
Helse Finnmark	119	12 530	105

Tabellen viser antall oppdrag per år per stilling, og innen alle helseforetakene er det svært begrenset oppdragsmengde per stilling. Antall oppdrag per år per ansatt vil være enda lavere etter som det flere ansatte enn stillinger.

Kompetansen må vedlikeholdes slik at tjenestene kan utføres på et faglig forsvarlig nivå. Hva som er faglig forsvarlig vil være en avveining mellom de mål for kvalitet og innhold i tjenesten som er formulert, og de økonomiske og organisatoriske rammene som finnes.

Mengdetrening gjennom praksis varierer mye. UNN HF og Helse Finnmark HF ligger lavest, med gjennomsnitt ett oppdrag hver 3. dag pr stasjon. Hvis man forutsetter at halvparten av oppdragene er av kategori ”akutt” eller ”haster” betyr det at hver ansatt har et slikt oppdrag hver 6. dag, ved mange tjenester vesentlig færre. Det finnes ikke data på hvilke prosedyrer som utføres, men man må anta at krevende prosedyrer skjer sjelden. Det er de private driverne som har de minste tjenestene.

Ambulansetjenesten i alle helseforetakene har en undervisningslederfunksjon som har ansvaret for planlegging og gjennomføring av opplæringstiltak. Det opplyses at man har en fortløpende sikring av kompetansen hos ansatte og det tilbys både konkrete kurs og opplæring i prosedyrer og redningsteknikk. Det er tilrettelagt egne programmer for resertifisering som helseforetakene har ansvar for. Det er imidlertid eksempler på at private drivere i mindre grad er motivert til å sende personell på kurs og fagsamlinger.

### 4.3.3 Samhandlingstrening

Det foreligger ikke oversikt over hvilke ordninger som er etablert for å ivareta kravet til samhandling mellom primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten/helseforetaket. Det samme gjelder samarbeid mellom utrykningsenhetene.

Det er gjennomført kurs i samhandling TAS 1 (NLA) ved alle helseforetakene i 2001 og det planlegges å tilby TAS 2 (NLA). I Finnmark har man i flere kommuner gjennomført BEST-kommune. Det er i liten grad etablert planer med tilhørende budsjetter som viser hvordan kompetanse i samhandling skal bygges ut, eller hvilke ordninger som skal implementeres for å utvikle det daglige samarbeidet.

**Utfordringer:**

- Lav andel med fagbrev.
- Stor gruppe med NOU 76:2 som bør få kompetansen oppgradert til fagbrev.
- Stort antall eldre arbeidstakere som vil gå ut av tjenesten i løpet av perioden.
- Behovet for ambulanspersonell forventes å øke, bl.a. på grunn av økt aktivitet, økt beredskapsnivå, kompetanse i ambulansbåt og krav om bedre bemanning.
- Kapasitet på lærlingplasser er i dag er utilstrekkelig, og det er i varierende grad avsatt midler til stillinger for lærlinger.
- Det foreligger ikke konkrete planer for rekrutteringstiltak.
- Lavt antall oppdrag per ansatt. Vanskelig å opprettholde kompetanse i små tjenester
- Problemer med å skaffe kompetente vikarer.
- Stort behov for samhandling og opplæring mellom helseforetakene, driverne og primærhelsetjenesten.
- Mange tjenester/biler har lav bemanning som resulterer i høy vaktbelastning og problemer med hviletidsbestemmelser.

## 5 Fremtidige krav og forventninger til tjenesten

Fremtidige krav til tjenesten er definert gjennom lovverk og forskrifter, herunder de tolkninger som er gjort av Helse Nord gjennom utarbeidelse av egne retningslinjer til forskriften. I tillegg vil det ligge føringer i bl.a. offentlige utredninger. Innhold og volum i tjenesten vil også måtte tilpasses endringer i andre dimensjonerende forutsetninger (sykehusstruktur, medisinsk-teknologisk utvikling, befolkningsutvikling, økonomiske rammer, osv)

### 5.1 Overordnede myndighetskrav

I retningslinjer vedrørende forskriften har Helse Nord RHF formulert følgende mål for de akuttmedisinske tjenestene:

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

Mål om forsvarlighet og kvalitet (god praksis) kan knyttes til responstid som er en funksjon av beredskapsordning og lokalisering. Dessuten vil kvalitet være avhengig av organisering av og kompetanse i tjenesten, og det er konkrete krav til fagbrev. Responstid er ikke definert konkret i forskriftene eller i Helse Nord sine tolkninger, men den skal være forsvarlig. Det innebærer at

- Personell i vaktberedskap er tilgjengelig uten unødig forsinkelse.
- Tjenesten skal organiseres slik at responstiden minimaliseres.

I retningslinjene har Helse Nord fastlagt at ambulanseområder (primærområder) med over ca 8.000 innbyggere skal ha minimum en bil i tilstedevakt døgnet rundt. Det settes krav til enhets aktiveringstid på 2 henholdsvis 5 minutter ved aktiv tid og hvilende tid på vaktrom. Øvrige tjenester skal ha kombinert tilstede- og hjemmevakt. Grad av tilstedevakt og fastsetting av tidsrom skal være avhengig av aktivitet og være faglig begrunnet. Aktiveringstiden er da uten unødige forsinkelser, innen 10 minutter. Helgelandssykehuset har i sitt forslag til ambulanseplan lagt til grunn at 90 % av befolkningen (innenfor et tjenesteområde) skal kunne nås innen 25 minutter (responstid). Avstander, befolkningsmengde og bosetningsmønster er viktige elementer i en risiko- og sårbarhetsvurdering for tjenesten. Ved etablering av ambulanseplaner vil responstid for de enkelte tjenesteområdene kunne beregnes.

Trygghet hos befolkningen er knyttet til opplevd tilgjengelighet og kvalitet av tjenestene. Det kan være forskjeller mellom en objektiv, målbar ”trygghet” og en opplevd trygghet/tillitt til at tjenesten er tilgjengelig og har høy kvalitet. Tillitten har også sammenheng med den generelle oppfatningen av hvordan tjenesten er organisert og driften gjennomført. Dette påvirkes bl.a. av omtale i media. Helseforetakene arbeider aktivt med å profilere ambulansetjenesten som en spesialisthelsetjeneste i regi av helseforetakene.

#### 5.1.1 Økonomiske rammer

Oppfyllelse av mål må skje innenfor realistiske økonomiske rammer. Ved å gjøre kost/nytte vurderinger vil en måtte ta hensyn til hva som er fornuftig ressursbruk. Det har vært påpekt i referansegruppa for dette arbeidet at utredningen først og fremst skal utrede løsninger som ivaretar faglige og beredskapsmessige hensyn. Rammen for utredningen har ikke gitt rom for å gjøre beregninger av økonomiske konsekvenser av konkrete endringer for hele Helse Nord. Det er utviklet en generell modell som gjør det mulig å beregne konsekvenser av endringer, og denne modellen er anvendt på alternative løsninger for de geografiske eksempelområdene (kapittel 6).

### **5.1.2 Måling og styring av kvalitet**

Det synes vanskelig å finne gode målekriterier som viser det kvalitative resultatet av innsatsen i ambulansetjenesten. Det finnes et nasjonalt register som viser overlevelse ved hjertestans, men det er usikkert hvilke sammenhenger som gjelder mellom det enkelte kasus og de ressurser som settes inn i den prehospitale fasen.

Et alternativ er å utvikle klare krav til hvordan aktiviteter og prosedyrer skal utføres og hvilken kompetanse som skal finnes i de enkelte leddene. Dette kan gjelde krav knyttet til tilgjengelighet, aktiveringstid, responstid, kompetanse, antall ganger viktige prosedyrer utføres, rotering og hospitering, egentrening og ferdighetstrening. Dette gir grunnlag for å overvåke kvaliteten og avdekke og utbedre avvik. Dette krever gode systemer for registrering, måling og oppfølging, noe som forutsetter god kvalitet på og tilgjengelighet til data.

Målekriterier og oppfølging av resultater knyttet til kvalitet er et viktig grunnlag for avtaler med eventuelle private leverandører, slik at man kan etterprøve innholdet i leveransene.

Enkelte helseforetak i Norge arbeider med ISO-sertifisering, bl.a. ambulansetjenesten i Molde. Vi kjenner ikke til at det foreligger vurderinger av behov eller nytte i forbindelse med slik sertifisering.

Akkreditering forekommer ikke for ambulansetjenestene i Norge, men dette praktiseres i andre land som i Danmark og England.

## **5.2 Oppgavefordeling i helsevesenet**

### **5.2.1 Funksjonsfordeling og DMS**

Det kan forventes at de strukturelle endringene som skjer i helsesektoren, vil fortsette og forsterke seg. Dette vil kunne omfatte endring i funksjonsfordeling mellom sykehus, opprettelse av nye tilbud i grensesnittet mellom 1. og 2. linjetjenesten (DMS), privatisering av enkelte tjenester og sammenslåing av tilbud innenfor kommunal sektor. Slike endringer vil ha betydning for innholdet i og omfanget av ambulansetjenestene.

DMS forventes å ta imot både øyeblikkelig-hjelp-pasienter og elektive pasienter, spesielt innenfor de gruppene (eldre og kronisk syke) som vil vokse sterkt i fremtiden. Transport til DMS vil kunne være betydelig kortere enn til sykehus.

### **5.2.2 Sammenslåing av legevaktdistrikter**

Det er gjennomført sammenslåing av legevaktdistrikt i flere områder i Helse Nord, og fra sentralt hold legges det til rette for slikt samarbeid mellom legevaktkontor spesielt i områder med spredt befolkning og lange avstander. Dette medfører lengre avstander mellom publikum og vakthavende lege, og det fører til at primærlegene i mindre grad har muligheter til å reise ut til pasienter. Større legevaktdistrikt og mer stasjonær legevakt kan derfor medføre økt ambulansetransport, og resultatet kan bli at avhengighet til ambulansen øker, samtidig som beredskapen reduseres. Organisering av legevaktdistrikter er kommunenes ansvar. Hos kommunen ligger også ansvaret for å gjennomføre Risiko- og Sårbarhetsanalyse som bl.a. skal avklare sykdoms- og skadeforekomst, tilgang til og kompetanse hos legevakt, ambulansetjeneste og sykehus. Dette krever et nært samarbeid med bl.a. ambulansetjenesten.

I flere helseforetak samlokaliseres ambulansestasjoner med sykehus, distriktsmedisinske senter og sykehjem eller andre utrykningsetater, som bedrer mulighetene for felles infrastruktur og

tilrettelegging for samarbeid. En viktig effekt er også at personalet har en fast arbeidsplass uavhengig av eventuelle endringer av eierforhold.

### **5.2.3 Samarbeid mellom utrykningsenheter**

§7 i forskriften pålegger kommunen i samarbeid med (det regionale) helseforetaket å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester. På samme måte har det regionale helseforetaket ansvar for å samarbeide med relevante parter som LV-sentraler, brannvesen, politi, hovedredningsentral og andre, for å sikre nødvendige samordninger. Dette forutsetter utvikling av felles rutiner og regler som er kommunisert til alle parter.

Flere land i Europa har felles nødnummer, og det skal neste år utprøves nå et felles nødnummer for ambulanse, politi og brann i Norge (Helse Nord-Trøndelag). I utlandet har man erfaringer for at slik samordning kan gi forsinkelser ved varsling av ambulanse.

### **5.2.4 Samordning av AMK og kjørekontor**

Behovet for effektiv ressursutnyttning krever bedre samordning mellom AMK-sentralene som styrer ambulanseressursene, og kjørekontorene som styrer syketransporten.

Alternative, dedikerte transportmidler (bårebiler og lignende) et lite brukt i Helse Nord. Behovet for pasienttransport med muligheter for å benytte alternative transportmidler bør avklares gjennom en vurdering av logistikk og behov for transportbehov for ulike pasientgrupper. Det vises til omtale av erfaringer fra Buskerud under pkt 4.2.5.

Redusert bruk av ambulanseressurser til transportoppdrag (ikke medisinsk behov for ambulanse) gir bedre lokal beredskap. Ved bedre koordinering og forhåndsbestilling fra sykehusene, og bruk av flåtestyring, vil det være mulig å øke utnyttelsesgraden for returambulanser.

## **5.3 Bemanning, kompetanse, rekruttering**

### **5.3.1 Mål om 75% ansatte med godkjenning**

Forskriften stiller konkrete krav til kompetanse for autorisasjon som ambulansearbeider. For å kunne ha en bemanning som oppfyller kravet har Helse Nord forutsatt at minimum 75% av personalet skal ha autorisasjon (fagbrev) innen utgangen av overgangsperioden (april 2010). Tabell 8 viser at andelen med fagbrev i dag er varierende og lavest innen Nordlandssykehuset HF. Samlet er det i 2005 225 ansatte med fagbrev i regionen. Andelen med lisens iht reglene i NOU 76:2 er relativt høy i flere av helseforetakene.

Økning i antall med fagbrev vil kreve økt antall lærlinger i fremtiden. Det må tas hensyn til at lærlingsplasser krever at tjenesten har vakt på vaktrom.

### **5.3.2 Rekruttering**

Gitt forutsetninger om økt bemanningsbehov (30 % de neste 5 årene) og normal utskifting i stillinger (10 % av alle ansatte årlig) vil det være behov for å rekruttere ca 350 nye ansatte med fagbrev frem til 2010.

Skal en rekruttering i denne størrelsesorden være mulig, samtidig som man når målet om 75 % dekning av fagarbeidere, må Helse Nord iverksette tiltak på flere områder. Dette kan omfatte rekruttering utenfor regionen samt tiltak for å stimulere til at personell skaffer seg fagbrev gjennom andre ordninger:

- Rettighetslever ved videregående skoler



- Eksamen i fagutdanning som privatist/praksiskandidatordningen
- Realkompetansevurdering

De små tjenestene er sårbare ifm sykdom og fravær, og sårbarheten øker når kravet til kompetanse øker. I mange områder er det begrenset kompetansetilgang, og det synes å være behov for en samordnet innsats for å utdanne og skaffe til veie vikarer.

Samordning av personell mellom ambulanserbåt og bil vil kunne gi en mer effektiv drift, men det vil kreve spesielle tiltak. Man kan motivere maritimt personell til å ta helsefaglig utdanning slik at de er godkjent som ambulansearbeidere. Ambulansepersonell på bil kan tilpliktes tjeneste på båt ved ansettelsen.

### 5.3.3 Kompetanseutvikling

Kravet til vedlikehold av faglig kompetanse forutsetter et minimum av trening gjennom daglig arbeid, i tillegg til kurs, hospitering og annen opplæring. Ved tjenester hvor personalet har få oppdrag og/eller liten tid sammen med pasient, må det legges til rette for rotering til større tjenester, hospitering ved sykehus og muligheter for å praktisere ferdigheter i andre sammenhenger som for eksempel ved simulatortrening.

Helse Nord har bestemt et minimum på 6 timer ukentlig aktiv tjeneste per uke for personell i hjemmevakt til trening, internkontroll og ivaretagelse av medisinskteknisk utstyr. I referansegruppen fremkom det synspunkter på at ikke er tilstrekkelig når det skal tas hensyn til andre oppgaver som rapportering, ettersyn av utstyr oa.

Det er behov for kontinuerlig opplæring ifm innføring av ny teknologi og nye prosedyrer. Det må forventes at behovet for vedlikehold og utvikling av slik kompetanse vil øke, og at det introduseres nye prosedyrer og ny teknologi som krever etterutdanning. Introduksjon av paramedics viser at det forventes et generelt høyere kompetansenivå i tjenesten, noe som vil skape økt etterspørsel etter kurs og etterutdanning.

Ved Helgelandssykehuset HF er det er planer om å ansette personell med utdanning som paramedics i stillinger som ambulansespektører med spesielt ansvar for opplæring og fagutvikling. Lik og felles faglig standard krever en samordning av tiltakene for etterutdanning og kursvirksomhet og det bør vurderes om det er behov for en ytterligere samordning innenfor regionen.

### 5.4 Samhandling

Forskriftene legger stor vekt på at det skjer samordning mellom de enkelte ledd innenfor tjenesten og at det gjennomføres opplæring og trening i samhandling og samarbeid. Følgende kurstilbud innen samhandling har vært gjennomført:

Kurs	Hensikt, innhold
TAS 1 (NLA)	Samhandling mellom utrykningstjenestene legevakt, politi, brann og ambulanse. Gjennomført i alle kommuner.
TAS 2 (NLA)	Faglig samtrening mellom utrykningsenheten i hurtigfrigjøing Gjennomført i noen kommuner
Samvirke på skadestedet	Kurs i samhandling arrangert av sivilforsvaret: for kommuneleger, brann, politi, ambulanse
POSOM	Krisehåndtering (psykisk og sosial omsorg): for kommuneleger, kommunal sosial-/helsetjeneste, prest, ambulanse, brann, politi.
”Kommune-BEST”	Gjennomført i 12 kommuner i Finnmark

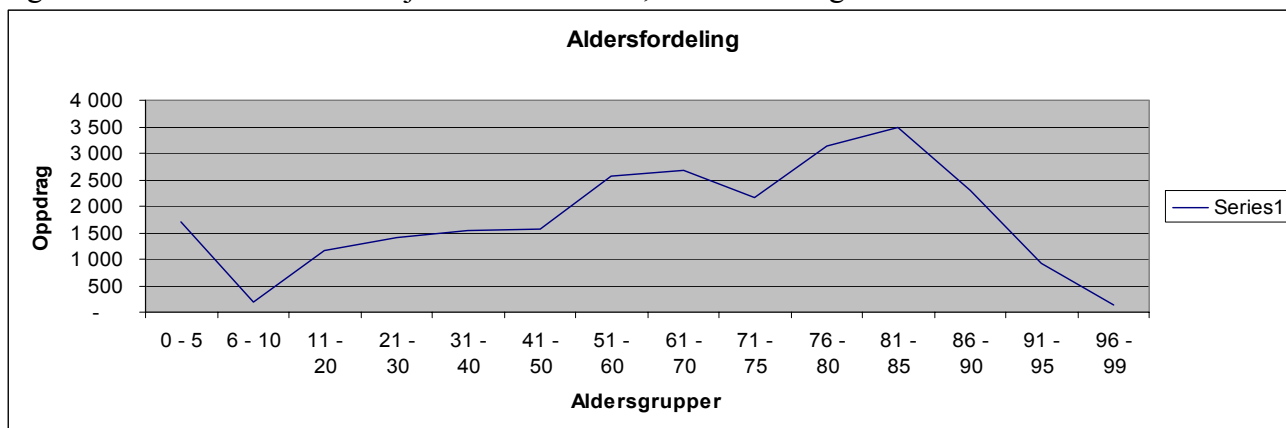
Forskriften forutsetter at det opprettes akuttmedisinske team og slike team er etablert. Det kan også være behov for andre samarbeidsfora for å ivareta samarbeidet mellom helseforetaket og primærhelsetjenesten. I kommentarer til forskriften pekes det på at planer for opplæring også må følges opp med tilhørende budsjetter.

Forskriftens §4 forutsetter at de akuttmedisinske tjenestene organiseres slik at personalet får trening i samhandling. I kommentaren til forskriften vises det til at kravet til samhandlingstrening er bindende. Det anbefales også at helsepersonell deltar i relevant opplæring og i akuttmedisinske team. Et akuttmedisinsk team kan bestå av representanter for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er uklart hva slags organisasjon et akuttmedisinsk team er og hvilken rolle og mandat det har. Dette bør avklares slik at den organiserte samhandlingstreningen kan finne sted innenfor en formalisert ramme og som et forpliktende samarbeid.

### 5.5 Befolkningsutvikling og behov for ambulansetjenester

Endringer i befolkningens størrelse og aldersfordeling er den ene faktoren som har størst innvirkning på behovet for ambulansetjenester og andre transportoppdrag for pasienter.

Figur 1: Forbruk av ambulansetjenester etter alder, Sør-Trøndelag, 2004



Ambulanseoppdrag fordelt etter alder viser at det er en markant topp for nyfødte/fødsler og også små barn opp til 5 år. Deretter stiger behovet fra et laveste nivå for aldersgruppen 6-10 år, til man får en knekk oppover for gruppene over 76 år. På samme måten som for sykehus tjenester representere disse aldersgruppene, både absolutt og i forhold til sin andel av befolkningen, storforbrukerne av ambulansetjenester. Økningen id en eldre delen av befolkningen vil isolert sett medføre en betydelig økning i antall ambulanseoppdrag.

Den demografiske utviklingen for Helse Nord er som for landet for øvrig, med en strek økning i aldersgruppene over 70 år i perioden frem til 2025. Den mest markante endringen skjer rundt 2015 hvor gruppen 70-79 år øker kraftig. I 2015 antas det å være 21 % flere personer over 70 år sammenlignet med 2005.

### 5.6 Ny teknologi og endringer innen akuttmedisin

Bruk av EKG, ultralyd, bildeoverføring og elektronisk dokumentasjon gjør det mulig å forordne behandling prehospitalt og/eller forberede behandling umiddelbart ved ankomst til sykehus. Erfaringer viser at denne utviklingen vil akselerere. Utvidet bruk av medikamenter og endringer i medisinsk teknologi og behandlingsmetoder øker behovet for opplæring, trening og vedlikehold av kunnskap. Konsekvensen er at kravet til kompetanse øker, og samarbeid og samtrening med annet fagpersonell i den prehospitale kjeden blir dermed viktig. En slik utvikling vil også påvirke

grensesnittet mot primærhelsetjenesten, og det kan bli nødvendig å gjøre avklaringer av faglige grenser mellom for eksempel primærlege og ambulansesarbeider.

Kommunikasjonssystemer vil i fremtiden kunne gjøre det mulig i større grad å overvåke og behandle pasienter i primærhelsetjenesten (hjemme, på sykehjem eller liknende) med støtte fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan redusere behov for flytting av pasienter.

Økt spesialisering og avansert diagnostikk og behandling kan igjen gi økt behov for flytting av pasienter til de store sykehusene.

Den samlede effekten av dette er usikker, men behovet for samarbeid mellom aktørene, omstilling og opplæring vil øke. Innenfor spesialisthelsetjenesten snakkes det om å bringe sykehuset akuttmedisinske spisskompetanse ut til pasienten. Den teknologiske utviklingen gjør dette i økende grad mulig, men de høye kravene til kompetanse og bemanning dette vil kreve vil bli en stor utfordring for spesialisthelsetjenesten.

## **5.7 Andre krav**

### **5.7.1 Etablering av kommunikasjonssystem**

Forskriften inneholder krav til et dedikert, lukket, enhetlig, landsdekkende kommunikasjonnett som sikrer at taushetsplikten overholdes. Dagens kommunikasjonsløsninger tilfredsstiller ikke kravene, og det er planlagt innføring av et nytt nødnett på landsbasis. Ved bruk av flåtestyringssystemer kan det utveksles skriftlige meldinger som i praksis innebærer at personvernet ivaretas. Helse Nord vil innføre flåtestyringssystem i løpet av 2006. Dette blir også et viktig verkstøy for effektiv styring/kontroll av ressursene og virksomhetsregistreringen.

### **5.7.2 Virksomhetsregistrering**

Virksomhetsregistreringen omfatter i hovedsak data om oppdraget (aktiveringstid, responstid, kjørelengde, tidspunkter, bemanning) i AMIS og medisinske opplysninger i ambulansjournal/annen medisinsk dokumentasjon.

Det mangler data for styring, budsjettering, ressursbruk, kompetanse, fagutvikling, samhandling med primærhelsetjenesten (PHT) og juridiske spørsmål.

Det er behov for en avklaring av rapporterings- og styringsbehovet og hvilke data og systemer for registrering og rapportering dette krever. Potensielle brukere av data må klarlegge sine interesser og behov. Kvaliteten på de data som foreligger er usikker og det er behov for en kartlegging og etablering av kvalitetskontroll.

Det er behov for elektronisk registrering av virksomhetsdata for å få lett tilgang til styringsinformasjon.

### **5.7.3 Brukerkrav**

Publikums forventning om å komme raskt til de beste behandlingstilbudene vil generelt kunne medføre økt krav til tilgjengelighet og beredskap. Økt behov for overføring av pasienter mellom sykehus kan også bli en konsekvens.

Medias fokus på avvik og negative hendelser skjerper publikums forventninger og krav til at kvalitet, kompetanse og tilgjengelighet skal være like god uavhengig av hvor man bor. Kunnskapen om muligheter for rask intervensjon øker kravet til effektiv hjelp i akutte situasjoner.

Det er en generell markedsorientering av tjenester i helsesektoren som fører til at (for)brukerne blir mer bevisste innholdet i tjenestene og sin rolle som kunde.

#### **5.7.4 Lokale kommunikasjoner**

Utbygging av veier, tunneler og broer endrer kjøretid og reiseruter. Dette vil påvirke pasientstrømmene og ha konsekvenser for behovet for ambulansetjenester.

Det foreligger konkrete planer for endringer i veiforbindelser innenfor flere områder.

- Det nye Lofast-sambandet som kommer i 2006 vil medføre at mange pasienter fra Lofoten vil få kortere transporttid til Hålogalandssykehuset HF enn til Nordlandssykehuset HF, som de i dag sogner til.
- Endringer av veiforbindelser som tunnel gjennom Korgenfjellet, tunnel mellom Skaland og Senjahopen har fått stor betydning for ambulansetjenesten når det gjelder kjøretider og tilgjengelighet.

#### **5.7.5 Økonomiske rammer**

Basert på erfaringer fra andre land i Europa er det grunn til å forvente en innstramming av rammene til helsevesenet i fremtiden. De finansieringsordninger som innføres (ISF, stykkpris) vil i mindre grad enn rammefinansiering gi rom for ekstra kompensasjon for spesielle driftsbetingelser som man finner for eksempel i Helse Nord. Det kan antas at ambulansetjenesten, som i dette perspektivet skiller seg negativt ut med en vesentlig høyere kostnad enn resten av landet, vil bli rammet av fremtidige, strammere budsjetter. Det er spesielle utfordringer knyttet til investeringer. For Helse Nord sitt vedkommende kan en eventuell overgang fra privat til offentlig drift innebære store investeringer i nytt utstyr. Mulige leieløsninger kan kompensere for begrensede investeringsrammer.

## 6 Gapanalyse

For å avdekke hvilke tiltak som bør gjennomføres er det foretatt en gapanalyse. Den setter dagens utfordringer (kap 4) opp mot de fremtidige krav og forventninger til tjenesten (kap 5). Dernest er det en drøfting av tiltak som skal til for å lukke gapet, innenfor hvilket tidsrom kan gapet lukkes, samt hvem som har ansvar for å gjennomføre tiltakene. Analysen er delvis gjennomført som gruppearbeid i referansegruppen.

Gapanalysen er inndelt i 4 hovedområder: Oppgavefordeling, kompetanse/bemanning, beredskap/responstid og kvalitet/dokumentasjon. I tidsaksen er det satt opp tid for når tiltakene kan være gjennomført. De aller fleste tiltakene kan startes umiddelbart. Ansvar i denne sammenhengen er den som kan initiere og gjennomføre tiltakene.

Dagens situasjon	Tiltak for å lukke gapet	Forventet/ønsket situasjon i fremtiden
<b>Oppgavefordeling, rekvirering</b>		
Rekvirent (sykehus og primærhelsetjeneste) er for lite bevisst på alternative valg av transportmidler (til ambulanseoppdrag).	<p><b>Tiltak:</b> Samarbeid mellom AMK-lege, operatør og rekvirerende lege. Samhandlingstrening. Lik praksis ved AMK-sentralene, felles kunnskap og holdninger. Økt kunnskap om viktighet av beredskap. Økt kunnskap om alternativer til å rekvirere ambulanse (syketransport, bærebil). Økt fokus på bruk av medisinsk indeks.</p> <p><b>Tidsakse:</b> Innen utgangen av 2006</p> <p><b>Ansvar:</b> HF, AMK</p>	Rekvirenter har kompetanse og bevissthet om behov for beredskap og om alternativer til bruk av ambulanse. Beredskap prioriteres. Relativt færre oppdrag med hastegrad "vanlig".
Lav utnyttelsesgrad av ambulansene på retur fra oppdrag/sykehus. Syketransport og ambulansetjeneste er atskilte virksomheter.	<p><b>Tiltak:</b> Koordinering og samarbeid mellom kjørekontor og AMK. Planlegge/lage oversikter over returpasienter som meldes fra sykehusene. Innføre flåtestyring. Økt bruk av bære-biler.</p> <p><b>Tidsakse:</b> Flåtestyring trinn 1 i løpet av 2006, trinn 2 i løpet av 2007</p> <p><b>Ansvar:</b> HF, AMK, Kjørekontor</p>	Utnyttelsesgraden av ambulanseressursen økes. Ambulanseoppdrag og syketransport er samordnet.
Personell i små tjenester har få oppdrag som kan medføre redusert kompetanse. Ressurs oppleves å bli dårlig utnyttet.	<p><b>Tiltak:</b> Innføre aktiv tid. Legge aktiv tid til den perioden av døgnet da det er fleste oppdrag. Etablere samarbeid med PHT om oppgaver tilpasset for ambulansepersonell. Samarbeid spesifiseres og avtales mellom ambulansetjeneste og kommunene.</p> <p><b>Tidsakse:</b> Innen utgangen av 2006</p> <p><b>Ansvar:</b> HF, ambulansedrivere, kommuner.</p>	Utnyttelse av personellens kompetanse til andre helsetjenester i kommunene økes. Ambulansepersonell har oppgaver i primærhelsetjenesten tilpasset faglige behov.

Kompetanse, bemanning		
Personell i små tjenester har få oppdrag og får lite mengdetrening og erfaring.	<b>Tiltak:</b> Kartlegging av kompetanse for bruk i kompetanseutvikling. Dokumentasjon av antall oppdrag og tidsbruk for den enkelte ambulansarbeider. Planer for rullering/hospitering av personell mellom små og store tjenester. Etablere større tjenester, felles stasjonering, samordning. Hospitering på sykehus.	Mer mengdetrening, økt antall oppdrag pr ambulansarbeider. Høyere kompetanse.
	<b>Tidsakse:</b> Innen utgangen av 2007.	
	<b>Ansvar:</b> HF, ambulansedrivere.	
Andelen med fagbrev er lav. Det er problem å beholde fagpersonell i små tjenester.	<b>Tiltak:</b> Etablere (større) lønnsforskjeller for personell med og uten fagbrev. Kompensasjon (lønn, stipend, permisjon) i utdanningstiden for ambulansarbeidere som tar fagbrev. Bindingstid for personell som får støtte til utdanning. Øke antall lærlingplasser. Lærlinginntak styres sentralt fra HF. Økt fokus på faglig utvikling og vedlikehold i små tjenester.	75 % av alt personell har fagbrev / autorisasjon. God rekruttering og reduksjon i turnover for ambulanspersonell.
	<b>Tidsakse:</b> Startes umiddelbart med måloppnåelse innen 2010	
	<b>Ansvar:</b> RHF, HF.	
Vikarer har ikke tilstrekkelig kompetanse. Vanskelig å skaffe vikarer i distriktene.	<b>Tiltak:</b> Faste vikarer, vikarpool, avtaler som gjør det mulig å styre vikarer etter behov. Plan for rekruttering av vikarer. Definere minstekrav. Budsjetter for å kunne utdanne vikarer. Felles register og samarbeid om opplæringstiltak for vikarer. (Økonomiske) muligheter til å innkvartere vikarer ved tjenestestedene (hybel, merkostnader for endret vaktordning, reise).	Det stilles krav til at vikarer har relevant akuttmedisinsk og pleiefaglig kompetanse, samt godkjenning som fører av ambulansbil. Vikarer er tilgjengelig ved behov – også for små tjenester.
	<b>Tidsakse:</b> Innen utgangen av 2007	
	<b>Ansvar:</b> RHF, HF	
Det er for lite samtrening med primærhelsetjenesten.	<b>Tiltak:</b> Samtrening mellom ambulansarbeidere og utryknings- og helsepersonell i kommunene. Undervisningsledere i ambulansetjenesten bidrar	Mer samtrening med primærhelsetjenesten. Bedre samarbeid mellom partene i den prehospitale tjenesten.

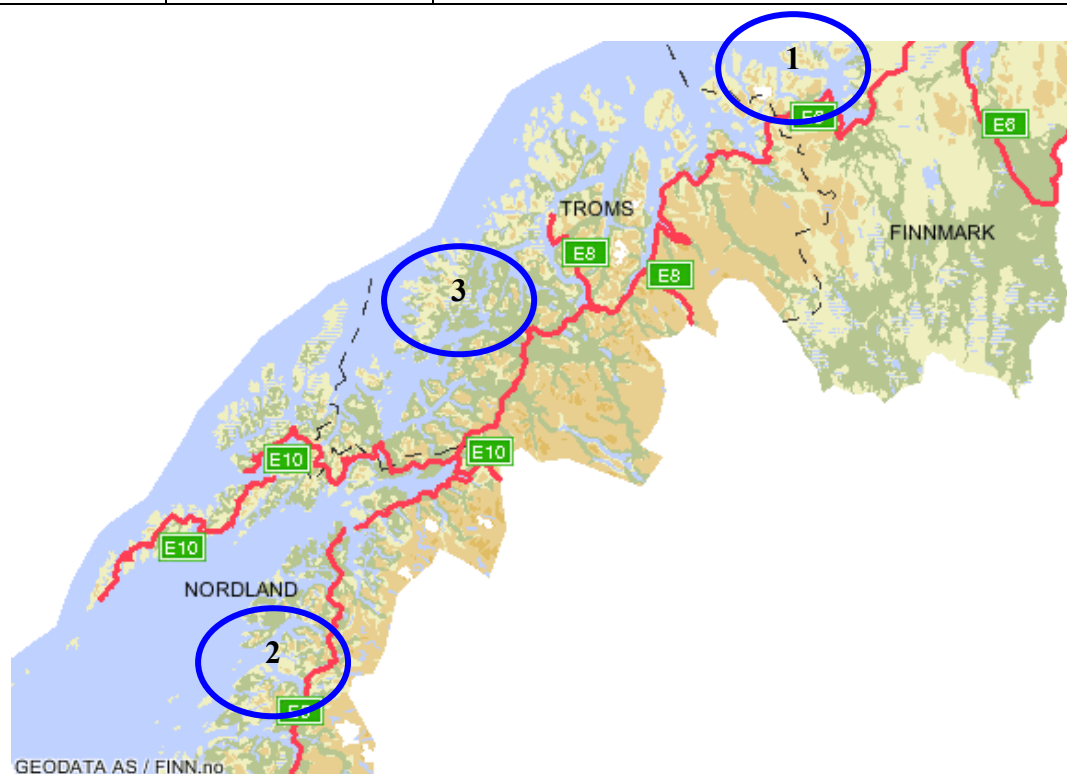
	<p>Utvikle egne kurs, regionalt nivå Etablere avtaler med kommunene om samtrening. Avklare roller og ansvar. Øke aktiv tid til bruk for samtrening.</p> <p><b>Tidsakse:</b> Innen utgangen av 2006.</p> <p><b>Ansvar:</b> Kommuner, ambulansedrivere, HF.</p>	
Tjenester med ren hjemmevakt har ikke avsatt tid til trening, ivaretagelse av utstyr, internkontroll, dokumentasjon med mer.	<p><b>Tiltak:</b> Innføring av aktiv tid (fagtid) jfr. Retningslinjer fra Helse Nord. Standardisert beskrivelse av oppgaver som skal utføres i aktiv tid. Registrere og følge opp aktivitetene.</p> <p><b>Tidsakse:</b> 2005/06</p> <p><b>Ansvar:</b> HF, ambulansedrivere</p>	Tilfredsstillende trening gjennomføres.
<b>Beredskap/responstid</b>		
Den desentrale organiseringen av ambulansetjenesten i Helse Nord medfører små tjenester med lang responstid på grunn av hjemmevakt og lange avstander. Lange avstander og lang aktiveringstid gir svekket beredskap og risiko for samtidighetskonflikter	<p><b>Tiltak:</b> Redusere aktiveringstid ved å øke tilstedevakt på stasjon for distrikt med hjemmevakt (må vurderes konkret i de enkelte tilfellene). Stasjon lokaliseres ved helsesenter/sykehjem og lignende. Opprettholde beredskap hensyntas i større grad, regulering av bruk av ambulanser fra AMK. Flåtestyring; regulering av beredskap.</p> <p><b>Tidsakse:</b> Innen utgangen av 2006</p> <p><b>Ansvarlig:</b> HF, AMK, ambulansedrivere</p>	Ambulansetjenesten lokaliseres og organiseres slik at responstiden minimaliseres. Redusert aktiveringstid Beredskap for akutte hendelser opprettholdt når ambulansen er på oppdrag.
<b>Dokumentasjon/kvalitet</b>		
Dokumentasjon av aktiviteter er svært varierende. Dokumentasjon kan i liten grad benyttes til å vurdere kvalitet.	<p><b>Tiltak:</b> Kartlegging av dagens praksis. Avklare hva virksomhetsregistrering og annen dokumentasjon skal inneholde. Utvikle felles krav til dokumentasjon Utvidet og lik bruk av AMIS. Innføre flåtestyring. Fastsette indikatorer for kvalitet. Videreutvikle dokumentasjonssystem for innsamling av data.</p> <p><b>Tidsakse:</b> 2006/07.</p> <p><b>Ansvarlig:</b> RHF, HF.</p>	Behovet for dokumentasjon er definert, forutsigbarhet på behov for rapportering. Det er like system for dokumentasjon av aktiviteten i regionen. Dokumentasjon er innrettet for å måle kvalitet.

## 7 Beskrivelse, analyse av geografiske eksempelområder

Eksempelområdene er utvalgt av Helse Nord i samarbeid med ambulansesjefene. De representerer områder med spesielle problemstillinger, og som kan være generaliserbare til resten av ambulansetjenesten i Helse Nord.

Følgende områder er plukket ut med opplisting av spesielle utfordringer tjenestene står overfor.

HF	Eksempelområde	Særskilt fokus
Finnmark	<b>1</b> Loppa, Hasvik, Ytre Altafjord, Hammerfest	Ambulansebåt <ul style="list-style-type: none"> <li>• kan kun en ”rendyrket” ambulansebåt ivareta området?</li> <li>• kapasitet / samtidighetskonflikt</li> <li>• backup-løsning (samfunnsbåt Hammerfestbassenget?)</li> <li>• assistanse fra Skjervøy (UNN)?</li> <li>• samarbeid / integrasjon / ressursbruk bil / båt</li> <li>• riktig dimensjonering og ressursbruk</li> </ul>
Nordlandssykehuset	<b>2</b> Skjerstad, Fauske, Sørfold og Saltdal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sentralisering/stasjonering vs avstander/responstid</li> <li>• organisering av 2-båre-bil for større område / grensesnittet syketransport</li> <li>• samhandling mellom kjørekontor (Gravdal) og AMK-Bodø, ressursutnyttning</li> <li>• tilpassing av kapasitet (dimensjonering) i forhold til aktivitet i døgnet/helger - beredskapssamarbeid.</li> </ul>
UNN	<b>3</b> Lenvik, Tranøy, Torsken, Berg, Sørreisa, Dyrøy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• det makroskopiske blikk på Stor-Senja:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mulig med en stor sentralisert stasjon?</li> <li>- hvordan ivareta også desentraliserte behov?</li> <li>- hvor går grensene for forsvarlighet?</li> <li>- hvordan bør en ny organisering / tjeneste være i dette området</li> </ul> </li> </ul>





## 7.1 Eksempelområde 1 Vest-Finnmark

Figur 1: Området består av tjenestene Loppa/Øksfjord, Hasvik, Ytre Altafjord, Hammerfest



### 7.1.1 Status, beskrivelse av området

Fra dette området kjøres i all hovedsak pasienter som skal til sykehus, til Hammerfest – kun unntaksvis til Alta. Det er etablert distriktsmedisinsk senter i Alta. Større bruk av medisinske tjenester i Alta anses i dag som lite realistisk. Det vil for befolkningen på ytre deler av Loppa og Hasvik innebære lengre seilingsdistanse. Samtidig er dagens kapasitet på ambulanseflyet i Alta allerede sprengt. Dersom det skjer endringer i oppgavefordeling mellom Alta og Hammerfest kan det få betydning for bilambulansetjenesten i Øksfjorden.

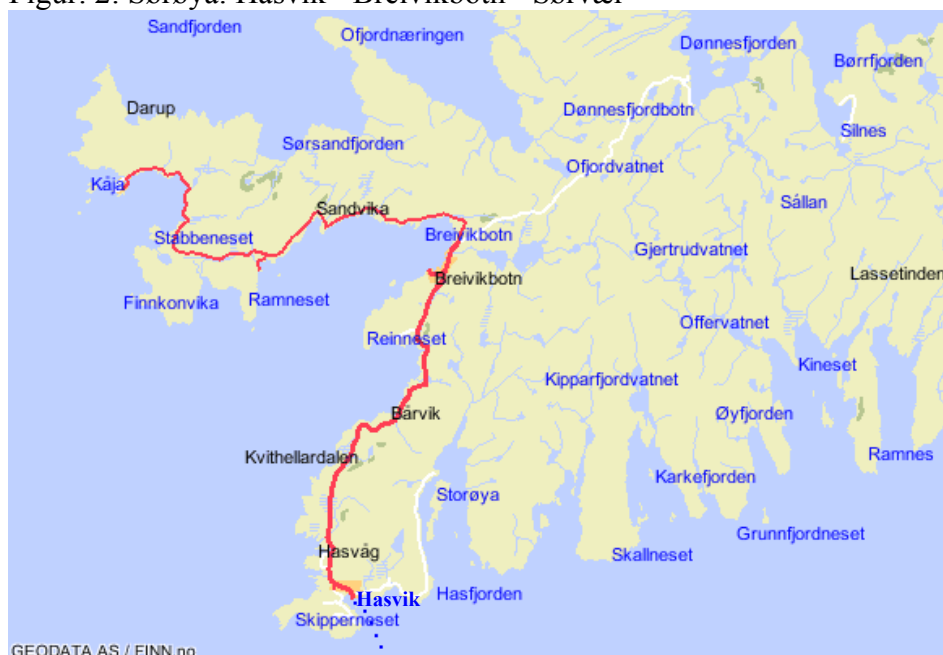
**Loppa** kommune har ca 1 300 innbyggere – halvparten uten veiforbindelse til Øksfjord. Samfunnsbåt stasjonert i Øksfjord er bemannet med 2 pers med maritim utdanning, og bemannes med lege evt. sykepleier fra primærhelsetjenesten ved oppdrag. Seilingstid fra Øksfjord til Hammerfest er ca. 1,5 timer, mellom Øksfjord og Hasvik ca 25-30 min. og Øksfjord og de delene av Loppa som ikke har veiforbindelse, 20-40 min. Båten har ca 28-30 knop marsjfart.

Ambulansebilene i Loppa er også lokalisert til Øksfjord, men ikke samlokalisert med båten – avstanden mellom stasjonene er 300 meter. Kjøretid til Hammerfest sykehus er 4 timer. Bilene (en døgnbil og en dagbil) i Øksfjord dekker Loppa kommune der halvparten av innbyggerne bor uten veiforbindelse. Det krever samordning mot båt.

**Hasvik** kommune på Sørøya har ca 1 100 innbyggere og betjenes av legeskyssbåten stasjonert i Øksfjord. Øst- og nordsida av Sørøya betjenes av en samfunnsbåt som går i rutegående trafikk fra Hammerfest. Ved oppdrag/rekvirering bryter båten ruta og prioriterer ambulansoppdraget.

En døgnbil i Hasvik dekker områdene Hasvik, Breivikbotn og Sørvær (total avstand 38 km en vei). De fleste av øyas innbyggere har veiforbindelse til Hasvik.

Figur: 2: Sørøya: Hasvik - Breivikbotn - Sørvær



Det er flyplass i Hasvik der ambulansefly har 44 oppdrag/år. Av disse var 16 oppdrag med hastegrad akutt. Sea-King brukes sjelden.

**Ytre Altafjord** (befolkning 450 hvorav 300 har veiforbindelse til ferje) dekkes av en samfunnsbåt lokalisert i Kvalfjord på Stjernøya. Båten transporterer ofte pasienter uten lege om bord.

I Alta er det stasjonert biler som dekker området ut til Lerretsfjord.

Tabell 11: Båttype, oppdrag, bemanning og aktiveringstid, eksempelområde 3

Område / Stasjon,	Båttype ambulans-/ samfunnsbåt	Antall oppdrag <sup>14</sup>			Bemanning	Aktiveringstid
		Amb	Syk	Hel		
Loppa/ Øksfjord	Legeskyssbåt	190	2	161	2 maritimt - suppleres med lege/sykepl ved oppdrag.	15 min (08.00-16.00) 20 min (16.00-08.00)
Hammerfest	Samfunnsbåt- går i rutetrafikk	78	38	0	3 maritimt – + 1 stk (NOU 76:2)	15 min (08.00-16.00) 20 min (16.00-08.00)
Alta/ Kvalfjord	Samfunnsbåt	11	15	0	2 maritimt - den ene tar seg av pasient (NOU 76:2 i 2/3 av døgnet)	Oppdrag utføres leilighetsvis

Alle båtene er seilingsdyktige hele året. Ved svært dårlig vær seiles i indre led til Hammerfest, som medfører 15 minutter lengre seilingstid. Kun 1-2 ganger årlig kan oppdrag ikke gjennomføres pga dårlig vær.

<sup>14</sup> Amb = Ambulansoppdrag, Syk = Syketransport, Hel = Transport av helsepersonell

På grunn av at hver båt har få oppdrag, blir kostnadene pr. oppdrag høy. Totalkostnadene for ambulansebåtene i eksempelområdet er 7,23 mill. pr år. Fordelt på hver båtambulansetjeneste er kostnadene i eksempelområdet som følger:

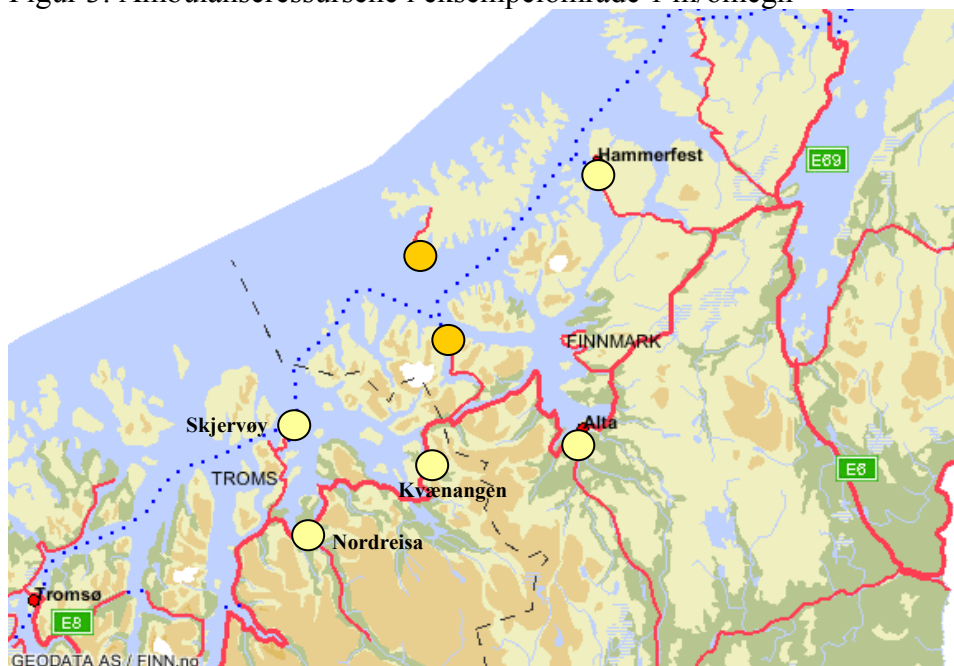
- Loppa: Loppa legeskyssbåter kr.4 900 000.- , dvs kr. 25 789,- pr ambulanseoppdrag
- Ytre Altafjord: Partsrederiet Mjånes kr.306 750.-, dvs kr. 27 886,- pr ambulanseoppdrag
- Hasvik: FFR/Conex kr. 2 025 805.- , dvs kr. 25 972,- pr ambulanseoppdrag


Tabell 12 Antall oppdrag fordelt på stasjonssted, relatert til befolkningsgrunnlag

Primær Område	Stasj sted	Befolkn gr lag- 04	Oppdrag -04	Døgnbil	Dagbil	Beredskap	Bem ant
Loppa	Øksfjord	1373	252	1	1	H	5
Hasvik	Hasvik	1172	214	1		H	4

Tabellen over viser at det er et stort forbruk av bilambulanser i Loppa og Hasvik. Det er for begge tjenestene 183 oppdrag pr 1000 innbyggere. Gjennomsnittet for Helse Nord er på 141 oppdrag pr 1000 innbyggere. For Øksfjord er det kun halvparten av innbyggerne som kan nås via bilambulansen. Dvs at det reelle forbruket av bilambulansetjenester ligger noe høyere. Pasienter fra Loppa som ikke har veiforbindelse med Øksfjord vil bli transportert direkte til Hammerfest i båt. Årsaken kan ligge i at ambulansene benyttes til syketransport og for Hasvik sin del til transport til/fra flyplass.

Figur 3: Ambulanseressursene i eksempelområde 1 m/omegn



For ambulansetjenesten i eksempelområde 1 er de nærmeste ambulanseressurser  i Alta (3 døgnbiler), Hammerfest (2 døgnbiler + 1 dagbil), Burfjord/Kvænangen (1 døgnbil +1 båt) og Skjervøy (1 døgnbil + 1 båt) og Nordreisa/Storslett (2 døgnbiler).

Befolkningsutviklingen fram mot 2020 for Loppa og Hasvik er estimert med en samlet reduksjon med ca 15 %<sup>15</sup>. Befolkningssammensetningen vil være med en høyere gjennomsnittlig alder enn i dag, slik at antall oppdrag ikke forventes redusert.

<sup>15</sup> SSB-tall

### 7.1.2 Spesielle problemstillinger for området

Området har spesielle problemstillinger knyttet til beredskap for befolkningen i områder uten veiforbindelse til sykehus. Dette ivaretas av ambulansébåter som hver har få oppdrag og til dels utilfredsstillende kompetanse. For bilambulansetjenesten i Øksfjord kan det synes som den er overdimensjonert med 1 døgnbil og 1 dagbil som til sammen utfører 252 oppdrag i året.

Rekruttering er spesielt vanskelig til tjenester i ytterdistriktene. Det er problem også med rekruttering av annet helsepersonell, noe som gir dårlig kontinuitet.

Området ligger værhardt til, men det er sjelden problem for båtene å ta seg fram. Det har vært forsøkt ordninger med bemanning av båt med leger og sykepleiere fra primærhelsetjenesten, men dette har vist seg å være et problem bla grunnet sjøsyke.

### 7.1.3 Forslag, tiltak

Båtambulansen i eksempelområdet kan samordnes med bruk av en "rendyrket" ambulansébåt med bemanning ihht forskriften. Denne vil ved vakt på vaktrom og stasjonering i Øksfjord ha en aktiveringstid på 2 -5 minutter og kan ved dette nå områdene 10 minutter raskere enn dagens båt. I tillegg kan en ha en raskere båt og ved dette også rekke flere innenfor kortere tid. Det vises til nyinnkjøpt båt i Møre og Romsdal som har marsjfart på 32 knop og toppfart på 36 knop, Aukra med toppfart 39 knop og Finnøy v/Stavanger med toppfart 44 knop. Ambulansébåten kan benyttes til syketransport og transport av helsepersonell innenfor området så lenge dette ikke går ut over beredskapen.

Når båten har oppdrag til Hammerfest vil beredskapen for de områdene som ikke har veiforbindelse synke. Ambulansébåten fra Skjervøy kan eventuelt bistå Loppaområdet ved eventuell samtidighetskonflikt. Det er 1time 50 minutter seilingstid mellom Skjervøy og Øksfjord, og ca 1 time 30 minutter til de veiløse områdene på Loppa fra Skjervøy. Hasvik vil kunne benytte fly ved samtidighetskonflikt. Ambulanshelikopter (330) vil være et supplement.

For syketransport er det behov for å kartlegge omfang av returoppdrag fra Hammerfest til området, og evt. utnytte returen til syketransport.

For tjenestene i Øksfjord vil det kunne være en synergieffekt av samlokalisering mellom båt og bil. Dette gjelder både faglig samarbeid og samordnet bemanning.

Bilambulansen i Øksfjord kan reduseres fra en dagbil og en døgnbil til en døgnbil sett ut i fra antall oppdrag og oppdragslengde. Med gjennomsnitt kjøretid på 2,7 timer / oppdrag kan det synes som de fleste turene går innen kommunen eller til Alta. For å opprettholde beredskap når ambulansebilen er på lengre oppdrag til Hammerfest (264 km) eller Alta (125 km), kan en reservebil bemannes av personell fra båtambulansen dersom det blir samtidighetskonflikter.

Det anbefales at bilambulansen i Øksfjord bemannes med hjemnevakt med aktiv tid på felles stasjon med ambulansébåten. Det gir behov for 4 stillinger for bilambulansen. Dersom en stilling fra dagbilen beholdes videre vil en ha en ekstra ressurs stasjonert på båt, men som ved samtidighetskonflikt kan rykke ut med reservebilen.

Bilambulansen i Hasvik er en døgnbil som bemannes med hjemnevaktordning. En samlokalisering og stasjonering i/ved helsesenter/sykehjem vil legge til rette for at aktiv tid kan benyttes i samhandling med primærhelsetjenesten. Dersom en stor andel av oppdragene er "vanlige" oppdrag, vil disse ligge innenfor aktivtiden.

Både Hasvik og Øksfjord er små tjenester med få oppdrag, der økt aktiv tid vil kunne legges til rette for samhandling med kommunal helsetjeneste.

#### 7.1.4 Driftsøkonomiske beregninger, Eksempelområde 1

For båtambulansen i eksempelområdet som har en samlet årlig kostnad på 7,23 mill, vil det være kostnadsbesparende å investere i en ren ambulansebåt. Kostnader for en ambulansebåt avhenger av om ambulansebåten benyttes til andre oppgaver som skyss av helsepersonell og syketransport. Erfaringer fra andre helseforetak er at rene ambulansebåter ligger med en kostnad rundt 5-6,5mill/år, dvs. en redusert kostnad på ca 1-2 mill. for eksempelområdet. Kostnaden vil kunne reduseres ytterligere ved mer sambruk med kommunene til andre oppgaver.

For bilambulansen kan driftsøkonomiske konsekvenser beregnes som vist i tabell 13 nedenfor:

Ut i fra gitte forutsetninger om lønn, overtid, kostnader til bil og husleie er dagens aktivitet satt inn i en regnemodell der forventet kostnadsnivå er beregnet. Det viser at eksempelområdet har en beregnet kostnad på ca 5,2 mill. totalt pr år.

Tabell 13 Beregnet kostnad dagens organisering, eksempelområde 1<sup>16</sup>

Helse Finnmark		Lønn	Bil	Garasje	Husleie	Annet	Sum
Berlevåg	Berlevåg	0	0	0	0	0	0
Båtsfjord	Båtsfjord	0	0	0	0	0	0
Vardø	Vardø	0	0	0	0	0	0
Vadsø	Vadsø	0	0	0	0	0	0
Tana/Nesseby	Tana	0	0	0	0	0	0
Kirkenes	Hesseng	0	0	0	0	0	0
Kjøllefjord	Kjøllefjord	0	0	0	0	0	0
Mehamn	Mehamn	0	0	0	0	0	0
Nordkapp	Honningsvåg	0	0	0	0	0	0
Måsøy	Havøysund	0	0	0	0	0	0
Hammerfest/Kvalsund	Hammerfest	0	0	0	0	0	0
Hasvik	Hasvik	1 676 286	146 456	25 000	40 000	110 440	1 998 182
Loppa	Øksfjord	2 527 380	358 260	50 000	80 000	166 296	3 181 936
Alta	Alta	0	0	0	0	0	0
Kautokeino	Kautokeino	0	0	0	0	0	0
Karasjok	Karasjok	0	0	0	0	0	0
Porsanger	Lakselv	0	0	0	0	0	0
Sum		4 203 666	504 716	75 000	120 000	276 736	5 180 118

Den beregnede kostnaden avviker fra Helse Finnmark sine regnskaper for området, men modellen er en illustrasjon for å se driftsøkonomiske konsekvenser av endringene, der de samme forutsetningene er benyttet i begge beregningene.

Når den samme regnemodellen benyttes for de endringer som forelås i eksempelområde 1 (tabell 14 nedenfor), gir det en reduksjon i kostnader på ca 1 mill. kr, som i hovedsak skyldes endring av dagbil til reservebil og noe økning for husleie til vaktrom i aktiv tid. Andel timer aktiv vakt er anbefalt til 6 timer pr uke i Helse Nord sine retningslinjer (dvs 1,2 timer pr dag). En økning ut over 6 timer vil ikke slå vesentlig ut i forhold til reduserte kostnader dersom den aktive tiden legges til den del av dagen der det er høyest oppdragsaktivitet. Kostnader for vedlikehold og drift av en reservebil er anslått til ca 60 000 kr/år i tillegg.

<sup>16</sup> "Annet" er utgifter til bekledning mm

Tabell 14 Beregnet kostnad ny organisering, eksempelområde 1

Helse Finnmark		Lønn	Bil	Garasje	Husleie	Annet	Sum
Berlevåg	Berlevåg	0	0	0	0	0	0
Båtsfjord	Båtsfjord	0	0	0	0	0	0
Vardø	Vardø	0	0	0	0	0	0
Vadsø	Vadsø	0	0	0	0	0	0
Tana/Nesseby	Tana	0	0	0	0	0	0
Kirkenes	Hesseng	0	0	0	0	0	0
Kjøllefjord	Kjøllefjord	0	0	0	0	0	0
Mehamn	Mehamn	0	0	0	0	0	0
Nordkapp	Honningsvåg	0	0	0	0	0	0
Måsøy	Havøysund	0	0	0	0	0	0
Hammerfest/Kvalsund	Hammerfest	0	0	0	0	0	0
Hasvik	Hasvik	1 676 286	146 456	25 000	80 000	110 440	2 038 182
Loppa	Øksfjord	1 697 635	250 104	50 000	40 000	111 489	2 149 229
Alta	Alta	0	0	0	0	0	0
Kautokeino	Kautokeino	0	0	0	0	0	0
Karasjok	Karasjok	0	0	0	0	0	0
Porsanger	Lakselv	0	0	0	0	0	0
		3 373 922	396 561	75 000	120 000	221 929	4 187 411

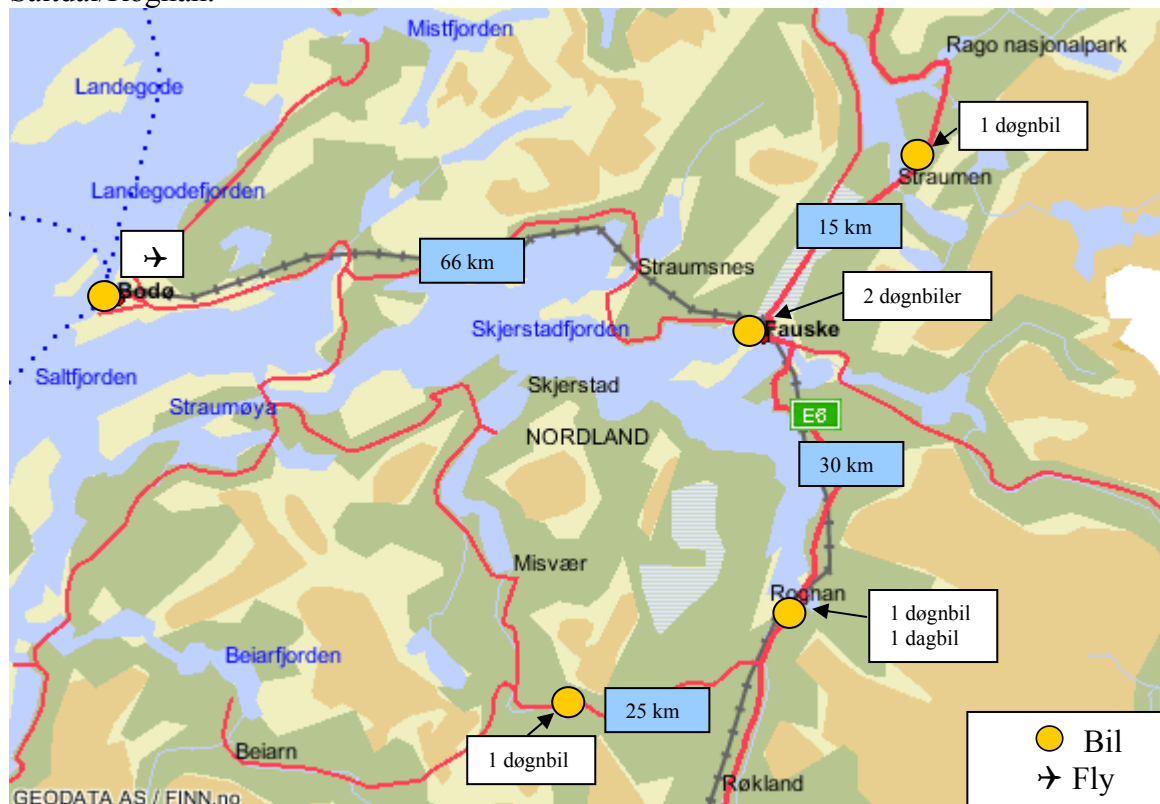
### 7.1.5 Relevans for ambulansetjenesten i Helse Nord

For Helse Nord for øvrig er det følgende tiltak som kan være relevante:

- Rendyrking av ambulansebåt i områder med relativt stor del av befolkningen uten veiforbindelse.
- Samlokalisering av ambulansebil og -båt for felles ressursutnyttelse.
- Samlokalisering av ambulansetjeneste med primærhelsetjeneste i aktiv tid for felles fagutvikling og ressursbruk.
- Økning av andel aktiv tid for bilambulansen i distrikt med få oppdrag. Etablering av stasjoner samlokalisert med andre helsetjenester der personalet er i aktiv tid.

## 7.2 Eksempelområde 2 Nordlandssykehuset

Figur 4: Området omfatter tjenestene beliggende i Skjerstad, Fauske, Sørfold/Straumen og Saltdal/Rognan.



### 7.2.1 Status, beskrivelse av området

Ambulansetjenesten dekker en befolkning på 17500 personer. Ressursen er 5 døgnbiler og 1 dagbil. Alle tjenestene har veiforbindelse til Nordlandssykehuset Bodø. Fauske kommune har over 9 500 innbyggere, og en ambulansetjeneste med 2 døgnbiler og ren hjemmevaktordning. Det er planer om etablering av ambulansestasjon i Fauske. Det vises også til figur 5 som viser ressurser i tilstøtende områder.

Ambulansene er stasjonert i tettsteder, med unntak av ambulansen i Skjerstad, og alle tjenestene drives av private utøvere.

Tabell 15: Ressurser, beredskap, aktivitetsnivå, befolkningsgrunnlag, 2004

Primær Område	Lokalitet	Befolkn gr lag <sup>17</sup>	Oppdrag	Døgnbil	Dagbil	Bereds kap	Bem ant	Andel m fagbrev
Fauske	Fauske	9612	1145	2		H	8	30 %
Saltdal	Rognan	4820	606	1	1	H	6	25 %
Sørfold	Straumen	2178	320	1		H	4	100 %
Skjerstad	Skjerstad	1026	115	1		H	2	0 %
<b>SUM</b>		<b>17636</b>	<b>2186</b>	<b>5</b>	<b>1</b>		<b>20</b>	

40 prosent av ambulansearbeiderne har fagbrev, de øvrige har NOU kompetanse. Ovenstående tabell viser at det er store forskjell fra tjeneste til tjeneste, der ytterpunktene er Sørfold som har 100 prosent fagarbeidere og Skjerstad uten fagarbeidere.

<sup>17</sup> Tall for 01.04 2004. Kilde: SSB

Tabell 16: Antall oppdrag med hastegrad "vanlig" pr 1000 innb. i 2004

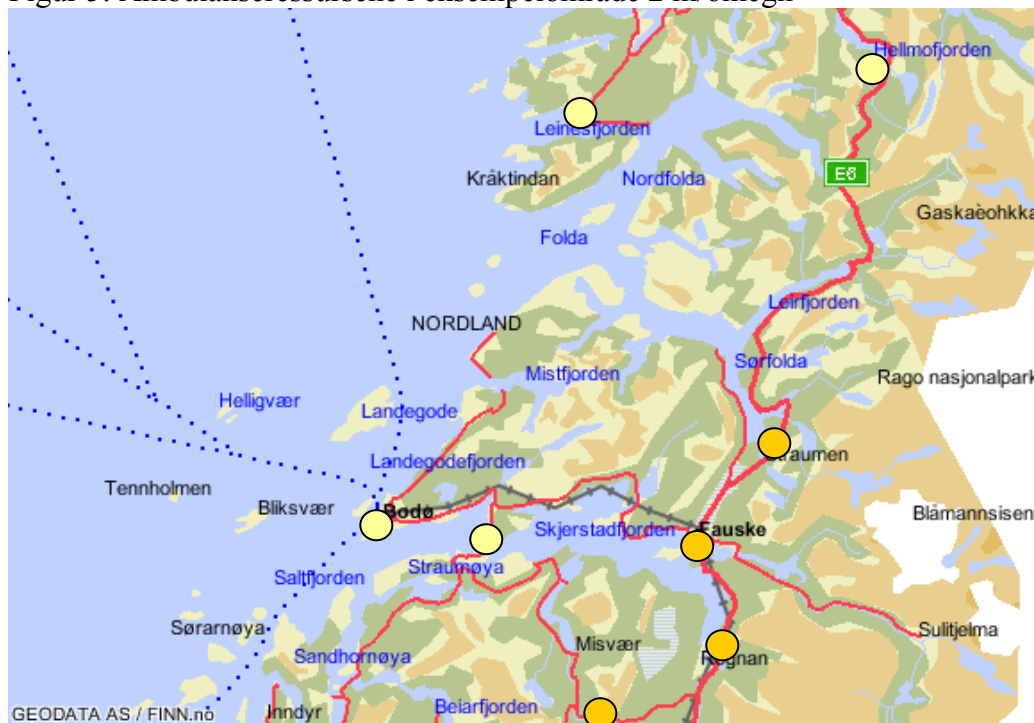
Stasjonssted	Antall vanlige oppdrag	Vanlige oppdrag/1000 innb
Fauske	367	38
Skjerstad	38	36
Sørfold	137	63
Saltdal	262	55
<b>Gj.snitt</b>		<b>46</b>


Antall ambulanseoppdrag med hastegrad "vanlig" varierer i mellom 36 og 63 oppdrag per 1000 innbyggere.

Det er ikke komplette data for syketransport i eksempelområdet. På HF-nivå kan det synes som om det er svært stor variasjon i omfanget av syketransport. Det er ikke oversikter som viser i hvor stor grad ambulansetjenesten benyttes til syketransport. Det antas at det innenfor Nordlandssykehusets relativt store andel "vanlige" oppdrag ligger oppdrag som genser opptil eller er syketransport.

Det forventes en negativ befolkningsutvikling for alle kommunene. For området samlet er nedgangen anslått til 4,7 % i perioden 2005 - 2020. Med en endring i befolkningssammensetning til flere eldre, vil nedgangen i folketall ikke medføre redusert antall oppdrag.

Figur 5: Ambulanseressursene i eksempelområde 2 m/omegn



For ambulansetjenesten i eksempelområde 2 er de nærmeste ambulanseressursene  i Bodø (2 døgnbiler + 1 dagbil), Tverlandet (1 døgnbil), Drag (1 døgnbil). Sørøver er Mo i Rana nærmeste ambulanse etter Saltfjellet.



### 7.2.2 Spesielle problemstillinger for området

Eksempelområdet består av en stor tjeneste i Fauske og flere små i distriktene omkring. Tjenesteområdet er langstrakt og gjennomsnitt tid per oppdrag varierer er fra 2,7 til 3,8 timer. Noen av tjenestene er lokalisert i områder med relativt lav befolkningstetthet, men i områder med høyere ulykkesrisiko (langs E6 med relativt høy trafikk tetthet og mange tunneler).

Alle tjenestene har hjemmevakt. I prinsippet betyr det en aktiveringstid på inntil 10 minutter. Det finnes ikke oversikter som viser faktisk tidsbruk, verken for aktiverings- eller total responstid. Ambulansene i Fauske har mange oppdrag samtidig for begge bilene, dvs en høy utnyttelsesgrad, og også en fare for redusert beredskap. I tilfeller med samtidighetskonflikter trekkes ambulansene i Saltdal/Rognan og Sørfold/Straumen inn. Dagbilen i Saltdal/Rognan benyttes mye til utkjøring fra Bodø til andre steder enn tjenestens område.

Den store ulikheten i bemanning og kompetanse i tjenestene og flere drivere gjør det vanskelig å samordne ressursene og kompetansen, og det er ingen felles strategi for fagutvikling og kompetanseheving i området.

### 7.2.3 Forslag, tiltak

For å imøtekomme de spesielle problemstillingene man har i et slikt område, er det viktig å organisere det som en tjeneste med ledelse som samordner ressurser og legger forholdene til rette for samhandling og fagutvikling. Fauske vil bli den sentrale tjenesten med stasjonsvakt, og de små tjenestene bør legges til rette slik at det er mulig å få til rotasjonsordninger for å øke antall oppdrag per ambulansarbeider.

#### **Fauske**

Det foreslås etablert ambulansestasjon med vakt på vaktrom i Fauske. Dette vil redusere aktiveringstiden og gi en styrking av tjenesten faglig og beredskapsmessig. Stasjonens dekningsområde kan utvides til også å omfatte Sørfold. Primært dekningsområde blir dermed kommunene Fauske og Sørfold/Straumen. Stasjonen betjenes med 2 biler i døgnvakt.

En utvidelse av dekningsområdet vil øke antall oppdrag på denne stasjonen til 732 oppdrag per bil per år, eller 2 oppdrag daglig per bil. For akutt oppdrag, vil det være ett oppdrag annenhver dag per bil. Tallene viser også at Fauske har relativt korte kjørestrekninger på sine oppdrag (gjennomsnitt 2,7 timer). For å kunne imøtekomme eventuelle samtidighetskonflikter vil Saltdal-ambulansen kunne benyttes. Det foreslås at ambulansen i Straumen flyttes til Fauske, noe som gir 3 døgnbiler.

Det foreslås at dagbil fra Saltdal/Rognan stasjoneres i Fauske og eventuelt endres til 2-bårebil (for både sittende og liggende pasienter) på dagtid for syke transport og ambulans oppdrag med hastegrad "vanlig" i strekningen Fauske - Bodø. Denne vil også bringe pasienter til/fra Sørfold/Straumen og Saltdal/Rognan.

Fauske vil med dette bli hovedsenter for området, og det foreslås å organisere tjenesten samlet, slik at ressurser og kompetanse kan sees helhetlig.

En samlet ressurs for Fauske med 3 døgnbiler og 1 dagbil synes å være mye i forhold til antall oppdrag. En bør vurdere om 2 døgnbiler og en eller to dagbiler vil være tilstrekkelig.

#### **Sørfold/Straumen**

Straumen hadde 320 oppdrag i fjor, dvs. færre enn ett oppdrag pr dag i gjennomsnitt. I 2005 har det tom september totalt vært 9 hasteoppdrag på natt i Sørfold. Med en lokalisering langs E6, er

den innefor et risikoområde når det gjelder trafikkulykker. Det er en del industrivirksomhet i området, men det har ikke vært spesielt mye ulykker knyttet til disse. Ved å flytte ambulansen til Fauske og etablere stasjonsvakt vil en med 2 minutt aktiveringstid rekke 23 km på 25 minutt for hasteoppdrag, dvs forbi dagens stasjonering av ambulansen. Tettstedene nord for Sørfold; Mørsvikbotn (65 km), Elvkroken (45 km), Kobbvatn (56 km), Styrkesnes (73 km) har til sammen ca 5-600 innbyggere, som ved en stasjonering av ambulansen på døgnvakt i Fauske vil ha like god beredskap som dagens ordning med hjemmevakt i Straumen.

Ved en stasjonering av ambulansen i Fauske vil en i tillegg til bedret responstid, også få en faglig styrking av tjenesten, og en attraktiv tjeneste for rekruttering av personell.

Det bør vurderes om ambulansestasjonen i Drag bør flyttes til Innhavet slik at beredskapen for områdene sør for disse stasjonene langs E6 styrkes. Felles legevakt for Nord-Salten-kommunene er lokalisert til Innhavet natt og helg.

### **Saltdal/Rognan**

Saltdal/Rognan er lokalisert langs E6 der det også er mange turister opp imot Saltfjellet og inn til Sulitjelma. Nærmeste ambulansestasjon sørover er i Mo i Rana som ligger 150 km lenger sør.

Ved Saltdal/Rognan vil en løsning kunne være å opprettholde en døgnbil med hjemmevakt og aktiv tid, der den aktive tiden knyttes til lokal helseinstitusjon. Dagbilen foreslås flyttet til Fauske. Dette begrunnes i det totale oppdragsvolum for dette området. Med dagens oppdragsprofil synes samtidighetskonflikter på akutte oppdrag å være et lite problem. Tallene for 2004 gir et gjennomsnitt på knapt 2,5 akuttoppdrag pr uke. For å sikre faglig kvalitet og bemanning bør tjenesten organiseres som en del av en samlet tjeneste i Fauske.

### **Skjerstad (nå Bodø kommune)**

Ambulansen i Skjerstad er stasjonert utenfor tettstedene i området og med relativt kort avstand til Rognan. Det foreslås en mer sentral lokalisering, for eksempel i Misvær.

Oppdragsmengden er svært liten, 77 akutt- og hasteoppdrag i 2004. Lange avstander gjør imidlertid at dette området ikke kan dekkes av andre ressurser i nærheten. utfordringen blir derfor å etablere en ordning som beholder nødvendig ressurs for akutte hendelser, og at man samtidig har en god utnyttelse av ressursen.

Vi foreslår å beholde dagens beredskapsnivå, altså en døgnbil på hjemmevakt. Når man har så lite volum på ambulanseoppdrag, bør man også vurdere ulike løsninger for å møte behovet for syketransport. Ett alternativ kan være en syketransportambulans med eksempelvis 2-3 sitteplasser og 1 liggende. Summen av syketransport bestilt via kjørekontor og ambulanseoppdrag tilsvarer 1 oppdrag daglig. En slik løsning vil dermed langt på vei kunne ivareta både ambulanse- og syketransport.

Problemet er at en slik ambulans vil være utenfor sitt primærområde (i Bodø) deler av dagen. For å bedre akuttberedskapen i området bør helseforetaket opprette "first responders". Dette kan være personell fra lokalt brannvesen, sykehjem eller tilsvarende som får opplæring i å gi oksygen og bruke hjertestarter, når ambulans ikke er i beredskap.

Ambulansen i Skjerstad bør inngå administrativt og faglig som en del av tjenesten i Bodø eller Fauske. Dette vil gjøre det mulig for personell i Skjerstad å vedlikeholde kompetanse gjennom utvekslingsordning med større tjeneste med mer aktivitet.

For å tilfredsstille Arbeidsmiljølovens bestemmelser må bemanningen økes fra dagens 2 til 4 stillinger. Det bør også vurderes å legge mer aktiv tid inn i tjenesten.

#### 7.2.4 Driftsøkonomiske beregninger, Eksempelområde 2

Ut i fra noen gitte forutsetninger om lønn, overtid, kostnader til bil og husleie er dagens aktivitet satt inn i en regnemodell der forventet kostnadsnivå er beregnet. Det viser at eksempelområdet har en beregnet kostnad på ca 11,7 mill. totalt pr år.

Tabell 17: Beregnet kostnad dagens organisering, eksempelområde 2

Nordlandssykehuset		Lønn	Bil	Garasje	Husleie	Annet	Sum
Moskenes	Reine	0	0	0	0	0	0
Flakstad	Ramberg	0	0	0	0	0	0
Gravdal	Leknes	0	0	0	0	0	0
Vågan	Svolvær	0	0	0	0	0	0
Steigen	Steigen	0	0	0	0	0	0
Sørfold	Straumen	1 785 073	285 894	25 000	0	115 790	2 211 756
Fauske	Fauske	3 665 622	765 349	50 000	0	236 275	4 717 246
Saltdal	Saltdal	2 735 198	646 041	50 000	0	176 517	3 607 755
Skjerstad	Skjerstad	876 166	190 568	25 000	0	57 090	1 148 824
Beiarn	Beiarn	0	0	0	0	0	0
Meløy	Engavågen	0	0	0	0	0	0
Meløy	Glomfjord	0	0	0	0	0	0
Meløy	Ørnes	0	0	0	0	0	0
Gildeskål	Gildeskål	0	0	0	0	0	0
Bodø	Tverlandet	0	0	0	0	0	0
Bodø	Kjerringøy	0	0	0	0	0	0
Bodø	Bodø	0	0	0	0	0	0
		9 062 058	1 887 852	150 000	0	585 671	11 685 580

Den beregnede kostnaden vil avvike fra Nordlandssykehuset sine regnskaper for området, men modellen er en illustrasjon for å se driftsøkonomiske konsekvenser av endringene, der de samme forutsetningene er benyttet i begge beregningene.

Når den samme regnemodellen benyttes for de endringer som forelås i eksempelområde 2, gir det en økning i kostnader på 3.3 mill. som i hovedsak skyldes en økt bemanning ved overgang fra hjemnevaktordning til vakt på vaktrom og aktiv vakt. Andel timer aktiv vakt er anbefalt til 6 timer pr uke i Helse Nord sine retningslinjer (dvs 1,2 timer pr dag). En ytterligere økning av daglig, aktiv tid vil ikke slå vesentlig ut i forhold til reduserte kostnader, dersom den aktive tiden legges til den del av dagen der det er høyest oppdragsaktivitet.

Tabell 18: Beregnet kostnad ny organisering, eksempelområde 2

Nordlandssykehuset		Lønn	Bil	Garasje	Husleie	Annet	Sum
Moskenes	Reine	0	0	0	0	0	0
Flakstad	Ramberg	0	0	0	0	0	0
Gravdal	Leknes	0	0	0	0	0	0
Vågan	Svolvær	0	0	0	0	0	0
Steigen	Steigen	0	0	0	0	0	0
Sørfold	Straumen	1 659 490	285 894	25 000	40 000	109 613	2 119 997
Fauske	Fauske	5 877 542	765 349	50 000	180 000	387 057	7 259 948
Saltdal	Saltdal	3 390 404	646 041	50 000	40 000	222 740	4 349 185
Skjerstad	Skjerstad	852 955	190 568	25 000	40 000	69 948	1 178 472
Beiarn	Beiarn	0	0	0	0	0	0
Meløy	Engavågen	0	0	0	0	0	0
Meløy	Glomfjord	0	0	0	0	0	0
Meløy	Ørnes	0	0	0	0	0	0
Gildeskål	Gildeskål	0	0	0	0	0	0
Bodø	Tverlandet	0	0	0	0	0	0
Bodø	Kjerringøy	0	0	0	0	0	0
Bodø	Bodø	0	0	0	0	0	0
		11 780 391	1 887 852	150 000	300 000	789 358	14 907 601

I beregningen er det lagt inn kostnader for overgang til stasjonsvakt. Dersom en reduserer fra 3 døgnbiler og 1 dagbil til 2 døgnbiler og en dagbil for Fauske vil det bli tilsvarende innsparinger.

### **7.3 Relevans for Helse Nord RHF**

For Helse Nord for øvrig er det følgende tiltak som kan være relevante:

- Samling av små og store tjenester i større tjenesteområder.
- Større grad av aktiv vakt og vakt på stasjon fremfor hjemmevakt for å bygge opp et fagmiljø. Økt fokus på faglig kvalitet.
- Bedring i responstid ved reduksjon av aktiveringstid ved økning av aktiv vakt og vakt på stasjon.
- Økt samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester eller utrykningstjenester gjennom samordning av tjenesteområder, økt aktiv tid og vakt på stasjon.
- Bruk av "first responders" for å dekke opp for svekket beredskap.
- Etablering av bårebil i områder med mye syketransport i ambulanser

Disse forslagene innebærer økt personellbehov til tross for færre ambulanserbiler. Dette illustrerer et forhold som nok gjelder andre steder innen Helse Nord; nemlig at en del tjenester har for lav bemanning i forhold til nye krav (bla arbeidsmiljø).

### 7.4 Eksempelområde 3 Midt-Troms

Figur 6: Området omfatter tjenestene Lenvik, Tranøy, Torsken, Berg, Sørreisa, Dyrøy. Torsken, Berg og Lenvik/Gibostad er lokalisert på Senja.



#### 7.4.1 Status, beskrivelse av området

I april -05 ble det vedtatt i Helse Nord sitt styre at Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal overta ansvaret for kommunene Dyrøy, Berg, Torsken og Tranøy fra Hålogalandssykehuset.

Ambulansetjenesten dekker en befolkning på ca 19 500 med totalt 8 døgnbiler og en dagbil. Alle tjenestene har veiforbindelse til UNN. Ca 30 % av ambulanseturene fra Tranøy (Stonglandseidet) går imidlertid med ambulansebåt til Harstad på grunn av avstand. Båten er stasjonert på Bjarkøy.

Tabell 19: Antall oppdrag fordelt på stasjonssted, relatert til befolkningsgrunnlag

Primær område	Stasj sted	Befolkn gr lag- 04 <sup>18</sup>	Oppdrag - 04	Døgnbil	Dagbil	Beman-ning	Bem Ant	Andel m fagbrev
Lenvik	Finnsnes	11 107	1 183	2	1	VA <sup>19</sup>	15	13
Lenvik	Gibostad		292	1		H	4	3
Berg	Skaland	1 043	213	1		H	4	1
Torsken	Torsken	1 087	157	1		H	4	0
Dyrøy	Brøstadbotn	1 303	204	1		H	4	0
Tranøy	Stonglands-eidet	1 662	253	1		H	4	1
Sørreisa	Sørreisa	3 326	319	1		H	4	0 <sup>20</sup>
<b>Totalt</b>		<b>19 528</b>	<b>2 621</b>	<b>8</b>	<b>1</b>		<b>39</b>	<b>17</b>

<sup>18</sup> Befolkningsgrunnlag, fra SSB

<sup>19</sup> VA = Kombinert vakt på vaktrom/aktiv vakt

<sup>20</sup> 1 sykepleier

Ambulansetjenesten i eksempelområdet drives av 6 ulike drivere. UNN driver ambulansestasjonen i Finnsnes, mens de resterende drives av private utøvere.

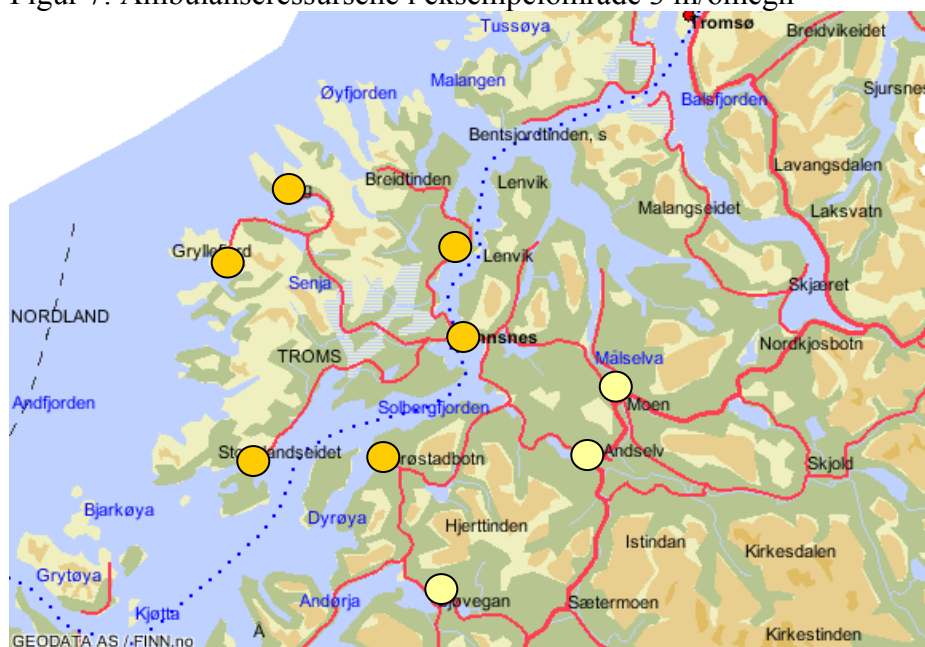
På Finnsnes er det i dag etablert Områdegeriatrisk tjeneste (OGT) som driver geriatrisk utredning og rehabilitering, og det er også fødestue som har ca 100 fødsler årlig. En privatpraktiserende ØNH-lege har kontordag hver 14. dag på Finnsnes.

Tabell 20: Antall vanlige oppdrag/år pr 1000 innb for de ulike stasjonsstedene

Stasjonssted	Antall vanlige oppdrag	Befolkningsgrunnlag	Antall vanlige oppdrag/1000 innb
Lenvik, Finnsnes	401	11 107	46
Lenvik, Gibostad	114		
Berg, Skaland	96	1 043	92
Torsken	83	1 087	76
Dyrøy, Brøstadbotn	92	1 303	71
Tranøy, Stonglandseidet	141	1 662	85
Sørreisa	122	3 326	37
<b>Totalt</b>	<b>1 049</b>	<b>19 528</b>	<b>54</b>

Tabellen viser at det er relativt store forskjeller mellom tjenestestedene i antall oppdrag per 1000 innbygger med hastegrad ”vanlige”. Dette kan ha sammenheng med lokale forhold som for eksempel terskel for rekvirering av tjenesten. En annen mulig forklaring kan være pasienter fra distriktene kommer med egen transport til legekantoret på Finnsnes. De blir da sendt derfra i drosje eller ambulanse til Tromsø.

Figur 7: Ambulanseressursene i eksempelområde 3 m/omegn



For ambulansetjenesten i eksempelområde 3 er de nærmeste ambulanseressurser (●) i Andselv (2 døgnbiler), Setermoen og (1 døgnbil), Salangen (1 døgnbil).

### 7.5 Spesielle problemstillinger for området

Området består av en stor tjeneste (Finnsnes) og flere små. Tjenestene er ikke samordnet, og antall oppdrag er få for de små tjenestene, der personalet får lite trening i akutte hendelser. Det er

kun ambulansetjenesten i Finnsnes som har vakt på vaktrom. Resten av tjenestene er organisert med hjemmevakt. Det er gjort beregninger<sup>21</sup> på median prehospital responstid for noen av tjenestene i 2001. Resultatene viste en variasjon på 15 til 50 minutter på akutte oppdrag. Etter etablering av tunnel til Senjahopen er median prehospital responstid i Berg redusert fra 50 til 15 minutter. Det er relativt korte avstander mellom noen av tjenestene i området, mens avstanden til sykehus er lang (161 km til UNN).

Værforhold vinterstid kan være ekstreme på ytre Senja, der det kan være problem å ta seg fram både med helikopter og bil. Det eksisterer ikke statistikker for eksempelområdet som sådan, men 330 skvadronen med Sea King helikoptre ved Bodø og Banak har til sammen ca 13 oppdrag pr år for hele Helse Nord som ikke blir gjennomført pga været. Luftambulansen i området Hammerfest-Narvik hadde i 2004 47 oppdrag som ikke ble gjennomført pga værforhold. Ved svært dårlige værforhold blir pasienter fra Ytre Senja transport med bil til Finnsnes der de blir hentet med helikopter.

Det er 56 % av ambulansarbeiderne som har fagbrev. Det er ansatt 1 sykepleier, og de øvrige har NOU kompetanse. Dette er ikke spesielt lavt i forhold til landsgjennomsnittet (55 %), men det er stor forskjell fra tjeneste til tjeneste. Det er problemer med rekruttering av fagpersonell til kommuner som Berg og Torsken, noe lettere å få personell på Gibostad og i Sørreisa, mens UNN sin egen tjeneste trekker personell fra distriktet.

Det er flere steder problemer også med rekruttering av annet helsepersonell, noe som i tillegg til dårlig rekruttering av fagutdannet ambulanspersonell, gir lite kontinuitet i helsefaglig kompetanse i distriktene. Det er ikke igangsatt spesielle tiltak for å møte disse problemene.

Befolkningsutviklingen vil være stigende for Lenvik kommune, mens de mindre stedene vil ha en reduksjon i folketallet fra 2004 til 2020. Totalt sett er det en liten nedgang mot 2015, mens en får en økning fra 2015 til 2020.

Det er igangsatt et prosjekt der man utreder mulighetene for DMS i Finnsnes med følgende funksjoner:

- Sengepostenhet (sykestue), som en utvidelse av Områdegeriatrisk tjeneste. Det tas imot pasienter fra sykehus og legevakt til behandling/rehabilitering, og pasienter som trenger terminal pleie og behandling.
- Dagavdeling i tilslutning til sykestuen, f.eks til cytostatikabehandling, blodtransfusjoner og eventuell annen behandling.
- Dialyseenhet som kan gi hemodialysetilbud.
- Interkommunal legevaktsentral.
- Spesialistpoliklinikk. Poliklinikk betjent av spesialister fra sykehus eller privatpraktiserende spesialister.
- Interkommunal offentlig legestilling som kan ivareta funksjoner innen miljørettet helsevern, smittevern og eventuelt andre samfunnsmedisinske områder.
- Læringscenter som skal bidra til fagutvikling, forskning og kvalitetssikring på alle nivå.
- Fødestue integrert som en naturlig del i et DMS

For eksempelområdet vil det bety at en del av oppdragene vil kunne gå til DMS i stedet for til sykehus, og at kjørelengde og tid borte fra stasjonsområdet vil bli kortere. Disse oppdragene kan være av alle kategorier; "akutt", "haster" og "vanlig". Det vil også kunne medføre flere

---

<sup>21</sup> Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr.3, 2004: "Når det haster - prehospitale responstider i Vestfold og Troms i 2001"

oppdrag fra sykehus til DMS for overflytting av pasienter. Dette vil være under kategorien "vanlig" eller syketransport.

### **7.5.1 Forslag, tiltak**

De tiltak som forelås for dette eksempelområdet er i første rekke rettet imot de utfordringer ambulansetjenesten har med arbeidsforhold, kontinuitet, kompetanse og beredskap i de små tjenestene.

For området vil en med fordel kunne ha et samarbeid med primærhelsetjenesten omkring helsetjenester i distriktene i ambulansepersonellets aktive tid. For å få til et strukturert samarbeid er det viktig med gode avtaler. Samtidig er det viktig å se de små tjenestene i relasjon til den store tjenesten på Finnsnes, slik at felles fagutvikling, rotasjonsordninger osv kan styrke den faglige kvaliteten i distriktene. En samling av alle stasjonene i en felles tjeneste med økt grad av aktiv tid i tjenesten vil legge forholdene til rette for en slik utvikling.

Utbygging av et DMS i Finnsnes med funksjoner som nevnt i kapittel 7.5.1 vil det medføre kortere kjøreavstander for et stort antall av turene.

### **Finnsnes og Gibostad**

Det er planlagt å endre tjenesten i Finnsnes fra 01.07.06, der en flytter stasjoneringen fra Gibostad til Finnsnes. Det forutsetter ansettelse av 7 personer per bil på basevakt og 4 på hjemmevakt på dagbilen. Ved en lokalisering av ambulanse på Senjahopen, og bruk av vakt på vaktrom i Finnsnes, vil responstiden reduseres slik at beredskapen for nordøst delen av Senja opprettholdes.

Finnsnes vil kunne styrkes som faglig og administrativt sentrum for ambulansetjenesten i eksempelområdet. Dersom tjenesten administreres under en eier/leder der personalet er ansatt i en felles tjeneste med utgangspunkt i Finnsnes, vil en få stor grad av fleksibilitet, og personalet kan ha vakt på vaktrom i Finnsnes med rullering på vakt på vaktrom på ytre deler av Senja. Alternativt kan de minste tjenestene i distriktet ha hjemmevaktordninger, men med rotasjonsordninger der de jevnlig er inne i tjeneste i Finnsnes for å få mengdetrening.

Dersom en slår sammen Finnsnes og Gibostad med 3 døgnbiler og vakt på vaktrom/aktiv vakt, og forutsetter 7 personer pr bil, vil det være behov for ca 21 personer totalt. I tillegg kan man ha 1 dag-/kveldsbil med for eksempel 10-12 timer beredskap i tidsrommet mandag til fredag. Dag/kveldsbilen utgjør ca 4 stillinger forutsatt aktiv vakt. Dag/kveldsbilen vil kunne etableres som en 2-bårebil som går som ambulanse mellom Finnsnes og Tromsø. Dersom man benytter en "langutgave" med for eksempel 2-3 sittende og 2 liggende, vil ambulansen kunne ha både ambulanse- og syketransportfunksjon på retur fra sykehuset til Finnsnes og evt. de mindre kommunene. Ved så lange reiseavstander må det tas spesielt hensyn til hvilke pasienter som tas med i samme transport. I eksempelområdet er det til sammen 1 049 oppdrag med hastegrad "vanlig". Antall syketransporter er på ca 9 200 turer (som var bestilt gjennom kjørekontoret). En vil med fordel kunne vurdere en del av syketransporten og ambulanseoppdrag under ett for å øke ressursutnyttelsen og redusere kostnadene. Når konsekvensene av etablering av en DMS i Finnsnes blir vurdert, er det nødvendig å gjøre en ny gjennomgang av behovet i området.

Dersom aktiviteten for ambulansen i Sørreisa også legges til Finnsnes, vil den totale oppdragsmengde bli ca 1800 oppdrag/år, fordelt på 3 ambulanser, dvs 600 oppdrag pr ambulanse. Med en gjennomsnittlig kjørelengde pr oppdrag på 4-5 timer vil gjennomsnittlig kjøretid pr ambulanse bli 6-8 timer pr døgn. En nærmere undersøkelse på døgnvariasjon og vurdering av effekt av opprettelse av DMS på oppdragslengde, vil kunne underbygge om den tredje bilen på Finnsnes skal være døgn- eller dagbil.



Når det etableres et DMS i Finnsnes vil en med fordel kunne legge en ambulansestasjon samlokalisert med DMS, slik at en kan oppnå faglige synergieffekter og felles ressursutnyttelse.

### **Torsken og Berg/Skaland**

På grunn av de spesielt utfordrende værforholdene på ytre deler av Senja, er det viktig å igangsette tiltak for å styrke beredskapen for akutte hendelser når ambulansene er ute i oppdrag. Torsken/Gryllefjord kan i perioder ha stengte veier. Det innebærer behov for utplassering av hjertestarter, surstoff med mer i tettstedene i etater som har døgnberedskap, på sykehjem, brannvesen eller liknende, med opplæring av personell i bruken av dette utstyret.

En samlokalisering av ambulansene og vakt på vaktrom for Torsken og Berg/Skaland vil kunne gi en faglig styrking av tjenesten og kortere aktiveringstid (reduksjon på 8 minutt), men beredskapen vil bli svekket på grunn av dårligere tilgjengelighet på vinters tid. Det foreslås derfor å opprettholde begge stasjonene, eventuelt flytte stasjonen i Berg/Skaland til Senjahopen (etter at tunnelen ble ferdig), slik at den kan kompensere beredskapen for flytting av ambulansen i Gibostad til Finnsnes. Alternativt etablering av en ordning med ekstra beredskap om vinteren.

Disse tjenestene med få oppdrag og hjemmevakt, bør kombineres med aktiv tid på vaktrom i/ved sykehjem. Da vil personellbehovet bli på dagens 8 personer. I en "storturnus" med Finnsnes kan behovet bli lavere.

### **Sørreisa**

Dersom en slår sammen Sørreisa og Finnsnes (19 km avstand) sine ambulanser vil en kunne dekke beredskapen forsvarlig fra Finnsnes. Finnsnes vil ha 3 døgn- og 1 dagambulanse. Oppdragsmengden for Målselv vil ved et slikt tiltak også øke, men med en kapasitet med 2 biler vil dette ikke være et problem.

Ambulansen fra Finnsnes vil med vakt på vaktrom rekke til Sørreisa i løpet av 17 minutt, som er godt innenfor anbefalt responstid for akutt- og hasteturer.

### **Tranøy og Dyrøy**

Tranøy/Stonglandseidet har ca 32 % av sine oppdrag til Harstad med båt. Med en etablering av et DMS kan det bli flere pasienter som reiser inn til Finnsnes, og ambulanseoppdragene kan da få lengre kjørelende og i større grad bli med bil. Avstand fra Tranøy/Stonglandseidet til Finnsnes er 52 km. Det foreslås at ambulansestasjonen opprettholdes for å dekke beredskap på den sørlige del av Senja.

Dyrøy/Brøstadbotn er lokalisert 72 km (2 ½ time) fra Harstad og 188 km (3 timer) fra UNN, og hadde i 2003 dobbelt så mange oppdrag til Harstad og Narvik som til UNN. I 2004 var det en dreining i forhold til noen flere oppdrag til UNN. Dersom ambulansestasjonen i Sørreisa tas ut, vil avstand mellom ambulanseressursene øke, slik at nærmeste ambulansestasjon nordover blir i Finnsnes (51 km) og sørover blir Salangen (30 km). Det foreslås at ambulansestasjonen opprettholdes med døgnbil og hjemmevakt med økt grad av aktiv tid, og at denne tjenesten innlemmes i en samlet tjeneste med Finnsnes der det legges til rette for rotasjonsordninger for personalet.

### **7.5.2 Driftsøkonomiske beregninger, Eksempelområde 3**

Ut i fra gitte forutsetninger om lønn, overtid, kostnader til bil og husleie er dagens aktivitet satt inn i en regnemodell der forventet kostnadsnivå er beregnet. Det viser at eksempelområdet har en beregnet kostnad på ca 24,4 mill. totalt pr år.

Tabell 21: Beregnet kostnad dagens organisering, eksempelområde 3

HF	Primæromr	Stasj.sted	Lønn	Bil	Garasje	Husleie	Annet	Sum kostnader
UNN	Kvænangen	Burfjord	0	0	0	0	0	0
UNN	Nordreisa	Storslett	0	0	0	0	0	0
UNN	Skjervøy	Skjervøy	0	0	0	0	0	0
UNN	Kåfjord	Birrtavarre	0	0	0	0	0	0
UNN	Kåfjord	Olderdalen	0	0	0	0	0	0
UNN	Storfjord, Bal	Hatteng	0	0	0	0	0	0
UNN	Lyngen	Lyngseidet	0	0	0	0	0	0
UNN	Lyngen	Lenangsøyra	0	0	0	0	0	0
UNN	Karlsøy	Hansnes	0	0	0	0	0	0
UNN	Karlsøy	Vannvåg	0	0	0	0	0	0
UNN	Balsfjord	Storsteinnes	0	0	0	0	0	0
UNN	Balsfjord	Malangseidet	0	0	0	0	0	0
UNN	Lenvik	Finnsnes	7 472 743	1 326 310	52 500	90 000	485 181	9 426 734
UNN	Lenvik	Gibostad	2 017 111	488 071	25 000	0	130 622	2 660 804
UNN	Berg	Skaland	1 812 342	451 288	25 000	0	117 131	2 405 760
UNN	Torsken	Torsken	1 773 916	314 187	25 000	0	115 241	2 228 344
UNN	Sørreisa	Sørreisa	2 110 198	491 989	25 000	0	131 779	2 758 966
UNN	Dyrøy	Brøstadbøtn	1 794 446	380 515	25 000	0	116 251	2 316 212
UNN	Tranøy	Stonglandseidet	1 767 289	298 261	25 000	0	114 915	2 205 465
UNN	Målselv	Andselv	0	0	0	0	0	0
UNN	Bardu	Setermoen	0	0	0	0	0	0
UNN	Tromsø	Tromsø	0	0	0	0	0	0
UNN	Tromsø, Bals	Jøvik	0	0	0	0	0	0
<b>Totalt UNN</b>			<b>18 748 046</b>	<b>3 750 621</b>	<b>202 500</b>	<b>90 000</b>	<b>1 211 119</b>	<b>24 002 286</b>

Den beregnede kostnaden avviker noe fra UNN sine regnskaper for området, men modellene er en illustrasjon for å se driftsøkonomiske konsekvenser av endringene, der de samme forutsetningene er benyttet i begge beregningene.

Når den samme regnemodellen benyttes for de endringer som forelås i eksempelområde 3, gir det en beregnet reduksjon i kostnader på ca 0,5 mill. Dette til tross for en betydelig styrking av tjenesten gjennom etablering av aktiv tid til 6 timer pr dag for stasjoner med hjemmevaktordning, samt etablering av baser hvor personalet er i den aktive tiden når de ikke er ute i oppdrag. Hovedårsaken til nedgangen er Sørreisa og samlokalisering mellom Finnsnes og Gibostad.

Denne beregningen forutsetter da at 50 % av oppdragene skjer i den aktive tiden. I denne beregningen er både Torsken og Berg/Skaland beholdt som ambulansestasjoner, men med styrking med aktiv tid og rotasjonsordninger med Finnsnes.

Tabell 22: Beregnet kostnad ny organisering, eksempelområde 3

HF	Primærom	Stasj.sted	Lønn	Bil	Garasje	Husleie	Annet	Sum kostn
UNN	Kvænange	Burfjord	0	0	0	0	0	0
UNN	Nordreisa	Storslett	0	0	0	0	0	0
UNN	Skjervøy	Skjervøy	0	0	0	0	0	0
UNN	Kåfjord	Birtavarre	0	0	0	0	0	0
UNN	Kåfjord	Olderdalen	0	0	0	0	0	0
UNN	Storfjord, E	Hatteng	0	0	0	0	0	0
UNN	Lyngen	Lyngseidet	0	0	0	0	0	0
UNN	Lyngen	Lenangsøy	0	0	0	0	0	0
UNN	Karlsøy	Hansnes	0	0	0	0	0	0
UNN	Karlsøy	Vannvåg	0	0	0	0	0	0
UNN	Balsfjord	Storsteinne	0	0	0	0	0	0
UNN	Balsfjord	Malangseid	0	0	0	0	0	0
UNN	Lenvik	Finnsnes	7880168	1708926	75000	180000	519909,1	10364003
UNN	Lenvik	Gibostad	3252821	569642	25000	60000	214489,5	4121952
UNN	Berg	Skaland	1735916	451287,6	25000	40000	113372,1	2365575
UNN	Torsken	Torsken	1716703	314187,3	25000	40000	112427,2	2208317
UNN	Sørreisa	Sørreisa	0	0	0	0	0	0
UNN	Dyrøy	Brøstadbot	1726968	380515,3	25000	40000	112932	2285415
UNN	Tranøy	Stonglands	1713389	298260,5	25000	40000	112264,2	2188914
UNN	Målselv	Andselv	0	0	0	0	0	0
UNN	Bardu	Setermoer	0	0	0	0	0	0
UNN	Tromsø	Tromsø	0	0	0	0	0	0
UNN	Tromsø, Bæ	Jøvik	0	0	0	0	0	0
Totalt UNN			18025964	3722819	200000	400000	1185394	23534177

### 7.5.3 Relevans for Helse Nord RHF

For Helse Nord for øvrig er det følgende tiltak som kan være relevante:

- Samling av små og store tjenester i større tjenesteområder.
- Større grad av aktiv vakt og vakt på stasjon fremfor hjemmevakt for å bygge opp et godt fagmiljø.
- Styrking av andel autorisert personell.
- Reduksjon av aktiveringstid ved økning til aktiv vakt og vakt på stasjon.
- Økt samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester eller utrykningstjenester gjennom økt aktiv tid og vakt på stasjon.
- Etablering av 2-bårebil i områder med mye syketransport i ambulanser.
- Vurdere konsekvenser av etablering av felles legevaktområder og DMS i forhold til behov for ambulansetjenester. Se på mulighetene for felles ressursutnyttelse på tvers av forvaltningsnivå gjennom avtaler og eventuell samlokalisering.

## **8 Valg av driftsmodell**

### **8.1 Innledning**

I forbindelse med overføring av systemansvaret fra fylkeskommunen til helseforetakene ble ambulansetjenesten omdefinert til en prehospital, akuttmedisinsk tjeneste integrert i helseforetakenes sørge-for ansvar. Den klare endringen i tjenestens innhold gir grunnlag for å reise spørsmålet om hvilken driftsform (offentlig eller privat) som vil bidra best til å oppfylle målene for tjenesten.

#### **8.1.1 Synspunkter fra referansegruppa i Helse Nord**

I diskusjoner i referansegruppa har det kommet til uttrykk ønske om at driften av tjenestene overtas av helseforetakene, og det pekes på en rekke forhold i dagens praksis hvor den private driftsformen skaper problemer eller oppfattes som et hinder for utvikling og forbedring.

Det oppfattes å være et eksisterende, men svakt leverandørmarked. Erfaringer viser at det er størst interesse for de store tjenestene. Det har vært relativt liten interesse for noen av de små tjenestene, ofte med bare en tilbyder. Det har forekommet useriøst lave priser som har resultert i at helseforetakene har gått inn med økt økonomiske kompensasjon for at kravene skulle kunne oppfylles. Videre salg av kontrakt har forekommet. Leveransekravene synes å ha vært uklare og det har tidligere vært lagt for mye vekt på økonomi ved valg av leverandør.

Man har erfart at enkelte drivere har vist liten fleksibilitet og liten evne til tilpassing til nye forhold. Det har vært vanskelig å få etablert beredskap på tvers av tjenester. Evne til fleksibilitet og økonomisk kompensasjon synes å henge sammen.

Enkelte private drivere oppfattes å holde lavere kvalitet enn offentlige og det er en oppfatning at konkurranseutsetting senker kravene til kvalitet.

Noen private drivere følger ikke opp nødvendig, faglig oppgradering for å spare penger. Det er vanskelig å oppnå deltakelse på fagmøter, og det er problemer med kontinuitet og dermed kompetanse blant ansatte. Private rekruttere personell med lavere kompetanse. Det lekkes ansatte fra de private til de offentlige. Kortvarige kontrakter (5 år) reduserer mulighetene for rekruttering og stabilitet. En del private oppfattes som svært seriøse med høy kvalitet.

Dagens kontrakter er ulike og til dels uklare og det er problemer med kvalitetssikring og oppfølging av kvaliteten i tjenestene. Dette gjelder både private og offentlige. Styring og kontroll er jevnt over for lavt prioritert. Det mangler både styringsdata og organisering av kontroll og styring ved flere HF. Investeringer i utstyret følges opp og det holder god standard.

Det synes å være en oppfatning i noen områder at de eksisterende avtalene medfører en høyere kostnad enn man ville forvente under en offentlig driftsmodell. Endringer i aktivitet og krav til kompetanse har ikke vært fanget opp i avtaleverket og konsekvensene har vært store ekstrakostnader for helseforetakene. Det er ikke tilgjengelig tallgrunnlag for sammenligning av kostnader mellom tjenester som drives i offentlig eller privat regi.

#### **8.1.2 Erfaringer i andre regioner**

Flere regioner har gjennomført revisjoner av sine driftsmodeller og avtaleverk på grunnlag av den nye forskriften. Det er eksempler både på områder hvor alle tjenester drives av det offentlige og

hvor man har konkurranseutsatt alle tjenesteområder. Vi har hentet inn begrenset informasjon fra noen regioner. Erfaringene er ikke entydige og følgende forhold har vært påpekt:

- Det er større lojalitet til bedriften, og dermed større kostnadsbevissthet hos private drivere enn i det offentlige. Dette kan slå ut i bl.a. lavere sykefravær. Det kan hevdes at dette gjelder spesielt de små driverne, og at lojaliteten innad i store bedrifter ikke skiller seg fra et offentlig sykehus.
- Krav om fortjeneste fører til nedprioritering av utdanning og opplæring i en privat driftsmodell.
- Det stilles større krav til oppfølging og kontroll av kvalitet og oppfyllelse av kontraktbetingelser innenfor en privat modell.
- Kostnadene til ambulansedriften blir mer oversiktlig og det er letter å opprettholde prioritering av midler til denne virksomheten innenfor en privat modell.
- En privat driftsmodell gir åpen tilgang til kapital for finansiering av nytt utstyr. Med godt definerte krav kan standard på utstyr opprettholdes bedre innenfor en privat modell.
- Med private drivere har man erfart at det er vanskeligere å etablere samarbeid med kommunale institusjoner. Dette gjelder ikke når en kommune står som driftsansvarlig.
- Kravene til tjenestene, slik forskriften forutsetter, stiller store krav til spesifisering av anbudsgrunnlaget, organisering av bestillerfunksjonen og oppfølging av kontrakter på kundesiden. Mange av helseforetakene har ikke kapasitet eller kompetanse til dette arbeidet.
- Ambulansebåter drives av private redere og kommuner i Rogaland, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal, som ved siden av Nord-Norge er de områder i landet med størst behov for ambulansebåt. Det har vært vurdert overgang til offentlig drift i Sogn og Fjordane (Helse Vest) men man har besluttet å gå videre med private drivere.

### 8.1.3 Kriterier for valg av driftsmodell

Nedenstående analyse har vært diskutert i referansegruppa, og gir en systematisk gjennomgang og vurdering av relevante kriterier for valg. Modellen vektet ikke kriteriene innbyrdes, og de er i liten grad kvantifiserbare. Den endelige anbefalingen må bygge på en helhetsvurdering og en viss grad av skjønn. Nedenfor er vist de kriteriene som ble drøftet i referansegruppa og hvordan de ble vektlagt i forhold til ambulansetjenesten:

Tabell 23: Vurdering av ulike kriterier for valg av driftsmodell

Kriterium	Vurdering	Offentlig/privat
Finnes det er marked for oppgaven	Erfaringer viser at det vil være flere reelle konkurrenter ved en konkurranseutsetting.	Privat drift
Oppgavens nærhet til kjernevirksomheten	Oppgaven er nært knyttet til helseforetakets kjernevirksomhet, utførelsen av oppgaven er viktig for kjernevirksomheten.	Offentlig drift
Oppgavens avgrensning	Oppgaven er vanskelig å definere og avgrense, den varierer i innhold, volum og endrer seg over tid.	Offentlig drift
Oppgavens kompleksitet	Oppgaven er kompleks og innholdet varierer fra rutineoppgaver til krevende enkelthendelser	Offentlig drift
Kostnadsnivået	Oppgavene er arbeidskraftsintensiv og kostbar. Effektiv drift vil kunne gi et potensial for innsparing.	Privat drift
Kapitalkrevende	Det vil være et relativt stort investeringsbehov i oppstarten (biler, garasjer, stasjonsanlegg) som vil konkurrere om investeringsmidlene.	Privat drift

Er det behov for nærhet til daglige operative beslutninger	Oppgavene kan regelstyres og det er begrenset behov for daglig oppfølging av beslutninger. Det vil være behov for avvik fra reglene/faglige vurderinger.	Privat drift / Offentlig drift
Hvilken risiko (faglig, politisk) er knyttet til oppgaven	Oppgaven representere relativt stor risiko og stor fare for eksponering i media ved feil og mangler.	Offentlig drift
Er risikoen styrbar	Usikkerhet og mangfold knyttet til utførelsen av oppgaven innebærer liten grad av styrbarhet.	Offentlig drift
Kan kompetanse utvikles og følges opp	Det er krav til kompetanse som skal kunne utvikles og vedlikeholdes. Det bør etableres systemer for oppfølging og styring av kompetanse som er lik for private og offentlige drivere. Det stilles eksplisitte krav til samhandling og samarbeid med andre offentlige etater.	Offentlig drift. Selv om det kan løses innenfor en privat modell antas det at det løses bedre innenfor offentlig modell
Kan kvalitet utvikles og følges opp	Samme som ovenfor	Samme som ovenfor
Er det krav til kontinuitet	Både behov for rekruttering, kompetanse, samhandling og investeringer stiller krav til kontinuitet i driften.	Offentlig drift, eventuelt langvarige kontrakter

#### 8.1.4 Fordeler og ulemper med privat og offentlig drift

På dette grunnlaget, synspunkter mottatt fra Helse Nord og erfaringer som er gjort i andre regioner er det ingen umiddelbar og entydig konklusjon på spørsmålet om privat eller offentlig drift. Vi vil i det følgende se nærmere på fordeler og ulemper med de to driftsmodellene, knyttet til problemstillinger vi oppfatter som spesielt kritiske i forhold til den videre utviklingen av ambulansetjenesten i Nord-Norge:

##### **Kvalitet: - beredskap, tilgjengelighet**

Kvalitet målt som beredskap og tilgjengelighet styres av eier og er i utgangspunktet nøytralt i forhold til driftsmodell. I noen områder med små tjenester er det behov for samordning av ressurser på tvers av tjenestene for å opprettholde beredskapen ved utrykking, og for å utvikle fleksible beredskapsordninger på natt og i helger. Det kan argumenteres for at det er lettere å etablere slike ordninger hvis alle tjenestene eies og drives av en stor driver. En løsning med en stor driver kan være lettere å etablere innenfor en offentlig driftsmodell.

##### **Kvalitet: - bemanning, kompetanse, rekruttering**

Det er i utgangspunktet mulig å stille de samme krav til bemanning og kompetanse til en privat driver som en offentlig driver. Mulighetene for å følge opp at kravene tilfredsstilles er også tilstede i begge driftsformer. Måten kravene kan stilles på og følges opp vil imidlertid være annerledes. Ved en privat driftsform kreves det etablering av et klart avtaleverk.

Utfordringen vil være at kravene er under kontinuerlig utvikling, og det er krevende å etablere og følge opp et avtaleverk med den nødvendige fleksibilitet for å hensynta utviklingen over tid.

Erfaringer viser at det offentlige rekrutterer bedre og at små tjenester mister personell til de store, offentlige tjenestene. Hvorvidt dette har sammenheng med ulikheter ved offentlig og privat drift, eller er et utslag av tjenestenes størrelse og at folk trekker inn mot større enheter, er ikke gitt å si. Dette trekker imidlertid i retning av at det bør etableres større drivere med et samlet ansvar for et område herunder både store og små enheter. På denne måten kan ”lekkasjeproblematikk” håndteres innenfor virksomheten. Gitt at regionen ønsker offentlig driver for de store tjenestene tilknyttet sykehusene, tilsier dette også offentlig drift av de mindre tjenestene som ligger i tilknytning til de store.

Rekruttering til tjenestene er et problem. I en situasjon med en privat driver vil det i utgangspunktet være driveren som har ansvaret for at han har tilstrekkelig bemanning. Dersom bemanningen er for lav blir det imidlertid i realiteten helseforetakets problem da det er helseforetaket som har sørge-for ansvaret overfor befolkningen. Man kan vanskelig styre lønn, arbeidsmiljø og andre faktorer ut over minimumskrav ved en privat driftsmodell. Helseforetakene er heller ikke formelle parter ved eventuelle konflikter mellom arbeidstakere og arbeidsgivere hvor for eksempel Arbeidstilsynet er involvert. Dette er forbundet med risiko vedrørende kostnader og oppfyllelse av sørge-for ansvaret. Mulighetene for å iverksette ekstraordinær innsats raskt for å rette opp et rekrutteringsproblem, kan være mer kronglete i en privat driftsmodell med mindre man har lyktes i å dekke dette godt i driftsavtalen. Når det gjelder mulighetene for å iverksette tiltak i form av flytting av personell mellom tjenester, antas det at dette ikke er avhengig av hvorvidt det er en offentlig eller privat driver. Mulighetene til å flytte personell mellom tjenester avhenger heller av størrelsen på driveren.

Kompetanse vedlikeholdes for en stor del gjennom utført arbeid. Små tjenester kan være avhengig av rotering til områder med større aktivitet for å få tilstrekkelig erfaring, eventuelt kan de samarbeide med kommunale institusjoner eller sykehus. I forhold til muligheter for rotering mellom områder antas det at både private og offentlige drivere rimelig greit kan få dette til så lenge driften er av en slik størrelse at den dekker både små og store tjenester. I forhold til mulighetene for samarbeid med kommunale institusjoner eller sykehus antas et at en offentlig driftsmodell enklere kan etablere slike ordninger. Dette kan begrunnes med avtaleverk, oppgjørsordninger, lønnsforskjeller, kultur oa.

Lærlingordninger er vanlig praksis i private bedrifter. Så fremt det avklares hvilket faglig innhold som skal legges til grunn og klare regler for ansvar og oppgaver, er det ingen prinsipiell forskjell mellom private og offentlige drivere. Hvis det er behov for å rotere mellom flere typer tjenester kan et mangfold av kontrakter med flere drivere gjøre ordningene mer komplisert.

### **Kvalitet: - driftskompetanse**

Et annet aspekt er den administrative og faglige kompetanse og kapasitet til å utvikle og drive ambulansevirkomheten. Den klare presiseringen i forskriften av at ambulansetjenesten er en akuttmedisinsk tjeneste tilsier en offentlig drift i regi av helseforetakene. Det transport- og logistikkfaglige aspektet synes ikke å være så tungtveiende at dette skulle tilsi at man velger private aktører innenfor transportsektoren. Det er i prinsippet ikke noe i veien for at private aktører bygger seg opp med medisinske faglig kompetanse (ref Røde Kors, Norsk Folkehjelp oa) som er tilfredsstillende for å løse oppgaven, men kravet til samhandling i en sammenhengende kjede med i hovedsak offentlig organiserte aktører, og den spesialiserte kompetansen helseforetakene har, tilsier at kompetansen er størst og innenfor det offentlige systemet.

Dette argumentet gjelder i utgangspunktet for alle typer transport, enten det er bil-, båt- eller lufttransport. Vi er imidlertid av den oppfatning at kostnader knyttet til oppbygging og vedlikehold av kompetanse på drift av båter ved flere helseforetak vil bli høy i forhold til kjøp av slike tjenester fra bedrifter/organisasjoner som er etablert innenfor denne sektoren. Vi har ikke

gjort konkrete analyser av potensielle kostnader og det foreligger ikke et erfaringsmateriale som viser hvilke ordninger som er gunstigst. Vi bygger våre vurderinger på det faktum at drift av ambulansebåter i hovedsak er organisert gjennom private drivere, og den generelle erfaringen at etablering av funksjoner som krever spesialkompetanse som skiller seg vesentlig fra den kompetansen kjernevirksomheten krever, generer høyere kostnader enn om virksomheten var skilt ut og drevet av organisasjoner som er spesialisert for oppgaven. Dette er hovedargumentet for å konkurransesutsette virksomhet i offentlig sektor.

En løsningsmodell kan være å skille ut drift av ambulansebåter i et eget selskap/helseforetak eiet av det regionale helseforetaket, og som selger tjenester videre til de enkelte helseforetakene, kommunene og eventuelt andre brukere. Vi har ikke hatt som mandat å vurdere slike løsninger innenfor rammen av denne utredningen.

### **Kvalitet: - samhandling, samordning**

Det er ønskelig å se den akuttmedisinske tjenesten, både den hospitale og den prehospitale, som en integrert helsetjeneste. Gjennom forskriften er ambulansetjenesten i enda større grad endret fra transporttjeneste til helsetjeneste, og det er viktig at den oppfattes som en del av helseforetakets tjeneste til publikum. I enkelte kommuner oppfattes ambulansetjenesten fremdeles som privat virksomhet drevet av lokale transportører.

Legeforeningen har i et eget notat pekt på at ved ”rød respons” i en større interkommunal legevakt med eget sykehus, forventes det at foretaket har spesialutrustet utrykningsteam med ansvar for å rykke ut i oppdrag som krever det. Det innebærer at helseforetaket tar et ansvar for legetjenesten utenfor sykehuset. Notatet tar ikke opp hvordan dette kan påvirke ansvarsfordelingen mellom legevaktslege og det utrykkende teamet fra sykehuset. Problemstillingen viser at det er behov for å inngå forpliktende avtaler mellom partene.

Utviklingen av ambulansetjenesten som en integrert del av spesialisthelsetjenesten er et sentralt spørsmål i forhold til kvalitet, samhandling og oppgavefordeling mellom sykehus og primærleger. Det er i dag store forskjeller mellom byer og distrikter, og mens fastleger i byene i liten grad deltar i akuttoppdrag, er det i distriktene lokale akuttmedisinske team med deltakelse fra primærlegen. Et økt krav til det faglig innhold i tjenester som forutsettes levert av spesialisthelsetjenesten vil kunne medføre betydelig økte kostnader for denne tjenesten, spesielt i Helse Nord med lange avstander, liten befolkning og tilhørende krav til desentralisering.

Kjeden av prehospitale, akuttmedisinske tjenester omfatter flere offentlige organisasjonsledd på forskjellig nivå. I denne komplekse strukturen er det behov for å utvikle samhandlingen mellom de enkelte leddene. Det er lett å argumentere for at det blir mer komplisert hvis den ene parten er en privat bedrift med de forskjeller i mål, kultur, tradisjoner for økonomistyring, personalpolitikk mv som man vet finnes mellom private og offentlige bedrifter.

Samhandling krever fleksibilitet og tilpasningsevne, og private bedrifter er normalt mer tilpassningsdyktige enn offentlige etater. På den andre siden kan fleksibilitet innebære usikkerhet i forhold til kostnader. Private bedrifter vil normalt sikre seg mot slik usikkerhet ved en høyere pris. Det kan innebære at samhandlingen går letter med private aktører involvert, men at prisen blir høyere hvis det forutsettes stor grad av fleksibilitet.

### **Driftsøkonomi, investeringer, ressursutnyttelse**

Hensikten med en eventuell konkurransesutsetting er ønsket om å realisere lavere kostnader og/eller økt effektivitet gitt en fastsatt kvalitet på tjenesten. Vi har i det følgende kommentert noen økonomiske faktorer som kan trekke i ulik retning. Noen av disse er knyttet opp mot effektivitet og kostnadsnivå, mens andre mer er uttrykk for særegenheter i den offentlige økonomi:



#### *Skjerming av driftsbudsjetter:*

Økonomiske rammer knyttet opp til inngått avtaler med private drivere kan vanskelig trekkes inn i en generell budsjettrevisjon, mens en ambulansetjeneste som er integrert i helseforetakets budsjetter vil kunne møte de samme krav til justeringer som andre avdelinger.

Denne effekten har imidlertid ingen ting med reelle kostnader og effektivitet å gjøre, men er mer et uttrykk for at private drivere i praksis kan bidra til en ”internpolitisk” skjerming av de midler som allokteres til ambulansetjenesten. Sykehusledelsen må ha som utgangspunkt at midlene skal disponeres på en totaløkonomisk riktigst måte. Eventuelle krav til sparing eller effektivisering må gjelde alle som har et potensial innenfor de områder sykehusledelsen har ansvar for.

#### *Tilgang til investeringsmidler:*

Det er selv etter eierskapsreformen, klare begrensninger i foretakenes muligheter for låneopptak og til å inngå i leasingavtaler. Dermed kan man også i det nye økonomiske regime oppleve at investeringer salderes mot drift som følge av manglende likviditet i virksomheten. Gjennom avtaler med private drivere kan investeringsbehovet for materiell i realiteten ”flyttes” over til en årlig løpende driftsutgift på samme måte som en leasingavtale. I noen helseforetak foregår utprøving av modeller for leie av biler for å omgå problemet med begrensede investeringsmidler.

#### *Lavere kostnader/kostnadseffektivitet:*

Kostnader/kostnadseffektivitet er en funksjon av pris på innsatsfaktorer og mengde innsatsfaktorer. Innenfor ambulansetjenesten er det liten grunn til å tro at det er vesentlige forskjeller mellom privat og offentlig driver når det gjelder behovet for biler og annet materiell. Dette omtales derfor ikke nærmere.

Den største innsatsfaktoren er lønn (ca 75% av kostnadene). Lavere lønnskostnader kan oppnås ved:

- Lavere enhetspris/lønn per time - Systematisk lavere lønn vil medføre redusert kvalitet på bemanning og synes lite attraktivt for eier. Det er dermed liten grunn til å tro at det i det lange løp vil være vesentlige forskjeller mellom privat og offentlig driver med hensyn på kostnaden for arbeidskraft.
- Mer effektiv utnyttelse av personalet – Her er det flere forhold som kan spille inn. På den ene siden kan offentlige drivere i større grad oppnå samdrift av ressursene med helseinstitusjoner og lignende. På den andre siden kan det i privat virksomhet være enklere å stille krav og utnytte personalet maksimalt. Dette igjen kan få uheldige effekter rundt arbeidsmiljøbestemmelser, arbeidsmiljø, kompetansenivå og rekruttering mv. Vi tror imidlertid effektiv utnyttelse av personalressursen mer et et spørsmål om riktig dimensjonering av de enkelte enheter enn driftsform.
- Lavere overheadkostnader – Private bedrifter har ofte lavere kostnader til administrasjon og styring enn det man ser i det offentlige. Det er i vårt arbeid ikke gjort analyser av administrative kostnader knyttet til ambulansedrift. Det er grunn til å anta at de administrative kostnadene for offentlig driver ved en slik analyse må korrigeres opp i forhold til eksisterende regnskapstall, som følge av kryssubsidiering.

#### *Kapitalavkastning:*

En privat driver investerer kapital i virksomheten (egen kapital og eventuell fremmedkapital/lån). Denne investeringen knytter det seg risiko til. I økonomisk teori og praksis er det en sammenheng mellom risiko og avkastningskrav. Jo større risiko, jo større avkastningskrav. I prinsippet er denne sammenhengen ikke annerledes for en offentlig driver. I praksis er det imidlertid forskjeller. Dette skyldes:

- Risikoen for den samme ambulansetjeneste kan være en annen for en offentlig driver enn en privat. – Den største økonomiske risikoen for en privat driver er betingelser driftsavtalen gir og varigheten/oppsigelsestiden i en avtale. Dette er risikoelementer som helseforetaket råder over. Den offentlige driver vil dermed ikke ha det samme behov for et høyt avkastningskrav for å ta høyde for denne risikoen. .
- Tradisjon for å stille krav om avkastning på kapital er ulik – Innenfor sykehussektoren er det ikke tradisjon for å tenke på risikojusterte avkastningskrav på investeringer. Med bakgrunn i den tradisjon som foreligger kan det være grunn til å anta at dette er lavere enn en privat driver vil kreve.
- Mulighetene og kostnadene for å finansiere investeringer kan være ulik – Som omtalt over kan helseforetakene ha problemer med å finansiere investeringer i forhold til begrensninger rundt det å ta opp lån. En privat driver vil imidlertid ha en kostnad knyttet til lånefinansiering av investeringer. Dette representerer en kostnad som må dekkes inn gjennom driftsavtalen med helseforetaket.
- Skatt – Private drivere vil være skattepliktige for virksomheten sin. Helseforetakene er ikke skattepliktige. En privat driver ønsker å sitte igjen med en avkastning etter skatt som er tilfresstillende i forhold til den risiko han tar. Helseforetakene må dermed i en driftsavtale påregne å ”betale skatten”.

## **9 anbefalinger**

### **9.1 Valg av driftsmodell**

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 prehospitale, 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.

Vi mener imidlertid at det vil være hensiktsmessig å legge ut et område for konkurranse blant private drivere. Dette vil kunne tjenes som et referansepunkt for hvordan alternative driftsformer påvirker kvalitet og kostnader, og det vil sette fokus på kravet til organisering, dokumentasjon, rapportering, styring og oppfølging av tjenestene. Dette vil også bidra til å dempe problemer knyttet til en samlet overgang fra privat til offentlig drift for hele regionen, knyttet både til administrativ kapasitet og press på investeringsbudsjetter.

For ambulansebåter anbefaler vi fortsatt privat drift. I alle områder som har båtdrift av betydning har man opprettholdt privat drift som hovedmodell. Som for bilambulanser vil rekruttering av kompetent ambulansepersonell og faglig kvalitet i tjenesten best kunne ivaretas innenfor en offentlig modell. Vi vil imidlertid ikke anbefale at man nå går inn for å bygge opp spesialisert kompetanse på båtdrift ved mange helseforetak, med de kostnader og krav til investeringer vi antar dette vil medføre, spesielt ikke i en situasjon hvor overføring av et stort antall bilambulansetjenester planlegges overført fra privat til offentlig drift. Det kan vurderes om man på sikt kan etablere en sentralisert enhet for eierskap og drift av ambulansebåter i regi av det regionale helseforetaket.

Våre anbefalinger bygger ellers på følgende vurderinger:

#### **Driftsøkonomi**

Argumenter som taler for privat driftsmodell er først og fremst knyttet til driftsøkonomi og tilgang til private investeringsmidler. I Helse Nord vises det til at det er vanskelig å etablere gode kontrakter som fanger opp variasjoner i krav til innhold, kvalitet og volum i den operative driften. Kravene i kontraktene er minimumskrav. Med en begrenset avtaleperiode (vanligvis 5 år) vil private drivere ha fokus på å oppfylle minimumskrav og å oppnå fortjeneste, og i mindre grad på kvalitet og innhold i tjenesten.

Selv om sektoren preges av stor usikkerhet og det kan forventes endringer i driftsforutsetningene, kan man tenke seg kontraktsmodeller hvor dette reguleres på en mer fleksibel måte enn dagens avtaler. Det vises bl.a. til åpne samhandlingsmodeller som anvendes i forbindelse med entreprenørvirksomhet.

#### **Fleksibilitet**

Vi er av den oppfatning at private aktører, gitt rimelige økonomiske rammer, er mer fleksible og samhandlingsorientert enn enheter innenfor det offentlige helsestellet. Det kan imidlertid

argumenteres for at blanding av offentlige og private aktører i en og samme leveransekjede kan skape problemer som skyldes forskjeller i økonomiske rammer, kultur, avtaler mv.

### **Beredskap**

Beredskap og tilgjengelighet er i utgangspunktet nøytralt selv om det kan anføres argumenter for at en offentlig modell gir større muligheter til etablere modeller på tvers av tjenester og vaktssystemer.

### **Kompetanse og kvalitet**

Det viktigste argumentet mot privat drift vil være hvordan man kan håndtere kompetanse, rekruttering og utvikling, spesielt i et område som Helse Nord hvor marginene er små og man har mange små og sårbare delsystemer. Små drivere med begrensede ressurser vil ha problemer med effektiv rekruttering, med å løse akutte problemer og skaffe kvalifiserte vikarer. De vil også ha begrensede muligheter til systematisk utvikling av kompetanse og kvalitet gjennom kursing og opplæring. Det er også lett å se at små drivere med liten administrativ kapasitet vil ha problemer med å utvikle og vedlikeholde kvalitetssystemer, rapportering og endring. Det kan dermed synes som om forskjeller i muligheter til å oppfylle kvalitative krav heller er knyttet til størrelsen på driftsorganisasjonen, enn forskjeller mellom privat og offentlig driftsmodell.

### **Drift av ambulansebåter**

Ambulansebåter drives i dag av private rederier eller kommuner. Ved en eventuell overgang til offentlig drift av ambulansebiler, må man også vurdere om helseforetakene skal overta driften av ambulansebåter. En samling av bil og båt i en felles driftsorganisasjon vil lette samordningen av bruk av utstyr og personell, samt etablering av felles baser. Dette kan gi en effektiviseringsgevinst.

På den andre siden vil drift av båt skape behov for spesialisert kompetanse ved flere helseforetak, som man i dag ikke har. Det er også knyttet betydelige investeringer til anskaffelse/utskifting av ambulansebåter som det kan være vanskelig å innpasse i helseforetakenes investeringsrammer. Vi vil derfor anbefale at den private driftsmodellen videreføres, og at det utarbeides avtaler som regulerer grensesnittene mellom bil- og båtambulanse.

## **9.2 Øvrige anbefalinger**

Nedenfor har vi presisert og konkretisert noen tiltak som vi anbefaler legges til grunn for den videre utviklingen av ambulansetjenesten. Disse anbefalingene bygger på analyser og drøftinger i denne rapporten.

### **9.2.1 Rekruttering, kompetanse**

Å oppnå tilfredsstillende bemanning med forsvarlig kompetanse (75 % av ansatte med fagbrev), synes være den største utfordringene for ambulansetjenesten i Helse Nord i de nærmeste 5 – 10 årene. Økte krav til aktiv tjeneste, kompetanseutvikling og en generell aktivitetsøkning som følge av økte behov, antas å gi behov for en økning i bemanningen på ca 30 % de neste 10 år. Det forventes også stor avgang av personell over 50 år, samtidig som yngre ansatte med fagbrev er mer mobile og har en høyere turnover. Det beregnede behovet for nyansettelser med fagbrev (ca 350 personer frem mot 2010) kan bare dekkes hvis det igangsettes effektive rekrutteringstiltak.

En viktig forutsetning for å lykkes vil være å gjøre tiltakene konkrete og målrettede både når det gjelder grupper/personer man ønsker å rekruttere, og tjenester/områder som har et spesielt behov. Aktuelle tiltak kan være:

**Aktiv lønnspolitikk:**

Økt lønnsforskjell for personer med fagbrev, tillegg for stasjonering ved små tjenester. Konkurransedyktig lønn og særskilte tiltak ved tjenester med kompetansemangel.

**Målrettet utvelgelse:**

Rekruttere og velge personell som har lokal tilknytning.

**Samarbeid med skoleverket og arbeidsmarkedsetaten:**

Presse på for å øke utdanningskapasiteten, motivere ungdom og arbeidssøker fra distriktene til å ta utdanning. Det er mulig å gjøre avtaler med AETAT som kan ta deler av lønnskostnadene for arbeidssøkende lærlinger.

**Utvikle opplæringspakker:**

Utnytte mulighetene for å ta fagbrev som privatist både for ansatte og interesserte med annen helsefaglig bakgrunn. Tilby helhetlige program som fører frem til autorisasjon.

**Lønn under utdanning, støtte til kurs:**

I noen tilfeller kan det være aktuelt å tilby tilsetning med opplæringspakke og bindingstid. Dette kan være rettet mot personer uten erfaring fra bransjen og som faller inn under gruppen voksne rettighets elever. De har rett til gratis videregående utdanning, men vil kunne ha problemer med å gå inn i et utdanningsløp uten økonomisk kompensasjon. Tiltak kan også rettes mot personer innenfor tjenesten som kan få fagbrev som privatist.

Nødvendig tilleggsutdanning for personer som kommer inn under ordningen med realkompetansevurdering kan også være aktuelle.

**Arbeidsforhold:**

Små tjenester med små fagmiljø har et spesielt rekrutteringsproblem, men har også problemer med å holde på arbeidskraft, spesielt yngre arbeidstakere. Innføring av aktiv tid vil gi bedre arbeidsforhold, spesielt hvis det er lagt til rette for faglige aktiviteter i den aktive perioden. I tillegg bør det arbeides aktiv med å utvikle hospiteringsordninger, rotering til andre og større tjenester, samarbeidsordninger med primærhelsetjenesten oa, som øker det faglige innholdet og gir muligheter til faglig og personlig utvikling. Organisering av tjenestene i større enheter ville gjøre det enklere å gjennomføre slike tiltak.

Ved innføring av aktiv tid kan det også bli nødvendig å etablere/leie oppholdsrom/baser hvor personalet kan møtes og opplæring og egentrening kan skje. Ved å legge baser til sykehjem eller legesenter kan det faglige og sosiale utbyttet økes.

**Seniorpolitikk:**

Som nevnt forventes det stor avgang av personell over 50 år, til dels gjennom førtidspensjonering på grunn av krevende arbeidsoppgaver. Det har vært etterlyst en seniorpolitikk som innebærer at eldre arbeidstakere kan gå over i annet relevant arbeid når det av helsemessige grunner er vanskelig å fortsette som ambulansearbeider. Disse arbeidstakerne kan være en ressurs ved en eventuell etablering av bære-biler for helsetransport.

**9.2.2 Fagutvikling, samhandling**

Fagutvikling og samhandlingstrening er generelt en utfordring uavhengig av rekrutteringsspørsmålet. Det er ansatt undervisningsledere i ambulansetjenesten ved helseforetakene som bl.a. har ansvar for å gjennomføre samhandlingskurs. Det er viktig at dette arbeidet gjøres målrettet og at man i tillegg til trening på samhandling knyttet til fag, også utnytter denne treningen til å utvikle gode rutiner og holdninger til rekvirering og ressursdisponering.

### 9.2.3 Andelen aktiv tid

Egentrening og gjennomføring av regelmessige tiltak for å opprettholde kompetanse krever at det avsettes tid. Det er vedtatt minimum 6 timer aktiv tid per uke. Denne aktiviteten er knyttet til fagutvikling (kompetanseutvikling, samtrening), og den aktive tida reduseres ikke ved utrykning. Det bør vurderes om denne andelen kan økes for å sikre forsvarlig kompetanse. For at denne tiden skal fungere effektivt må det stilles krav til innholdet i den aktive tida, og dem må foreligge strukturerte opplegg for aktiviteter og trening som blir registrert og fulgt opp.

### 9.2.4 Utvikle driftsorganisasjonen

Vi har ikke kartlagt organisering og personellressurser i driftsorganisasjonene ved helseforetakene, men det bør vurderes om det er behov for en gjennomgang av kapasitet og kompetanse i forhold til den økte innsatsen som forutsettes for å oppfylle kravene i forskriften. Overgang til en offentlig driftsmodell vil innebære økte oppgaver på de delene av organisasjonen som skal overta ansvaret for disse tjenestene. Det bør vurderes en trinnvis overtakelse samtidig som organisasjonen bygges opp både når det gjelder kapasitet og kompetanse. De løpende oppgavene knyttet til økonomistyring, personalansvar, rekruttering, opplæring og operativ drift, vil øke betydelig. Det er viktig at oppbyggingen av organisasjonen bygger på grundige analyser av organisering, roller/ansvar, arbeidsoppgaver og kompetansekrav, slik at rekruttering og opplæring blir målrette.

### 9.2.5 Etablering av større enheter

Det er på flere områder vist at den desentrale strukturen med mange og små enheter innebærer spesielle utfordringer for organisering og drift av ambulansetjenestene. Krav til forsvarlighet og akseptabel beredskap og tilgjengelighet tilsier at man ikke kan legge ned små tjenester i stort omfang og slå sammen stasjonssteder til større enheter. Man kan imidlertid skape større og mer robuste organisatoriske rammer rundt driften, ved å samle flere tjenester til større enheter med ansvar for bemanning, rekruttering, kompetanseutvikling, ressursstyring mv. Vi har ikke vurdert hvilken inndeling som er hensiktsmessig. Å bygge opp organiseringen rundt et helseforetak kan være hensiktsmessig, men dette må vurderes i forhold til geografi og avstander.

### 9.2.6 Kostnadsutvikling og effektivisering

De økte kravene til kompetanse og kvalitet i ambulansetjenesten vil slå ut i økt bemanning og økte kostnader. Dette vil omfatte den operative tjenesten med økt bemanning og økte lønnskostnader som følge av økte krav til beredskap/vaktordninger, føringer for faglig forsvarlighet og responstid og økt kompetanse gjennom rekruttering av fagpersonell og aktiv tid til opplæring, samhandling og egentrening.

I tillegg må det forventes økt behov for ressurser sentralt til administrasjon, fagutvikling, innhenting og bearbeiding av styringsdata, rekruttering og opplæring og oppfølging og kvalitetskontroll av de enkelte tjenestene. Det er viktig at man i en overgangsperiode fra for en stor del private til i hovedsak offentlige drift, har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til planlegging og styring av denne prosessen. Det er også foranpekt på behov for ekstraordinære tiltak for rekruttering og opplæring som kreves for å nå oppsatte mål om kompetanse, og som vil gi økte kostnader.

I denne situasjonen er det viktig at man henter ut mulige innsparinger gjennom effektiviseringstiltak. Vi har gjennom kontakten med referansegruppa og ambulansesjefene og analysen av eksempelområdene, vist at det finnes en rekke mulige tiltak. Disse er liste opp nedenfor. :

- Gjennom bedre samhandling med primærhelsetjenesten kan man påvirke praksis med rekvirering av ambulanser for pasienttransport innad i kommunehelsetjenesten

- Tettere samarbeid og om mulig samlokalisering av AMK-sentral og kjørekontor vil kunne bidra til endring i fordelingen mellom sykefrakt og oppdrag med hastegrad ”vanlig”.
- Systematisk søke å etablere alternative transportmidler for å dempe etterspørselen etter ambulansetjenester for pasienter som ikke krever medisinsk assistanse men må transporteres liggende (bårebiler og lignende).
- Endring av lokalisering/sammenslåing av tjenesteområder der dette er mulig innenfor en akseptabel beredskap. Ved å etablere større enheter som omfatter flere tjenester vil man enklere kunne se flere tjenester i sammenheng og finne fleksible løsninger som beredskap på natt/helg og ifm samtidigkonflikter.
- Samlokalisering av baser for båt og bilambulanser. Utnytte personellet gjennomgående fra bil til båt (og omvendt) der det er mulig.
- Endre båttype, antall og lokalisering/struktur for båtambulanser der dette er mulig. Gå fra faste avtaler til kjøp av tjenester til stykkpris der det er beredskapsmessig og økonomisk forsvarlig.

### **9.2.7 Utvikle/forbedre styringsinformasjon og styringssystemer**

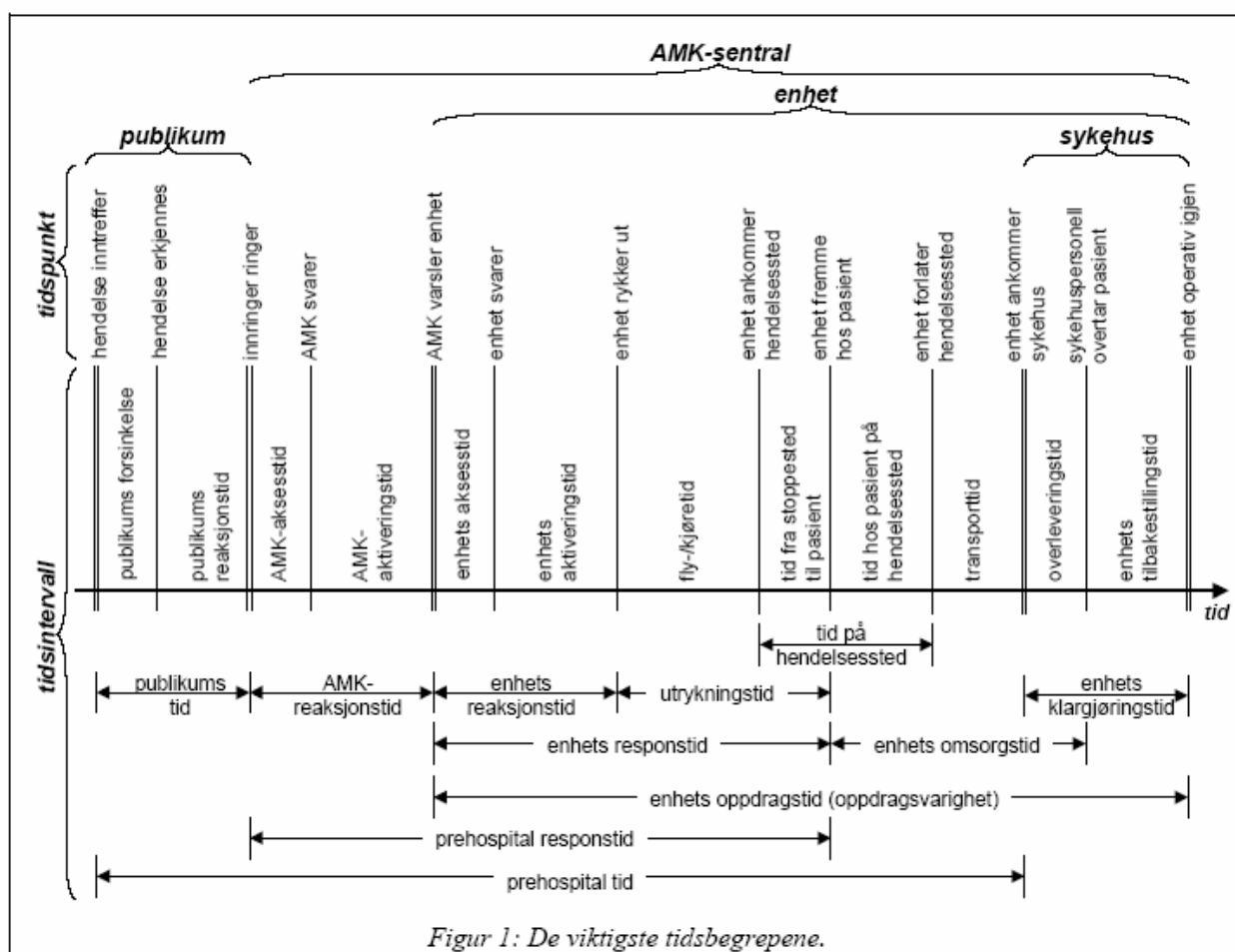
Arbeidet med denne rapporten, og diskusjoner i referansegruppen har vist at datagrunnlag og systemer for styring av virksomheten ikke er tilfredsstillende. Selv om man velger en offentlig driftsmodell, vil det være behov for bedre dokumentasjon og bedre grunnlag for beslutning og styring. Dette gjelder ikke minst dokumentasjon av kompetanse og utdanning, men også aktivitet, faglig kvalitet, juridiske problemstillinger oa. Det er viktig at interessenter på alle nivå avklarer sine behov for dokumentasjon og tilgjengelighet til informasjonen, slik at systemene blir målrette og effektive.

Det vil være et mål i seg selv å følge nasjonale standarder for bl.a. å kunne sammenligne. I dag registreres data i AMIS, men man har ikke tatt i bruk alle moduler som gjør det mulig på en effektiv måte å hente ut rapporter.

## Vedlegg 1

### DEFINISJONER

**Akuttbereidskap:** Helsevesenets organisering av menneskelige og materielle ressurser for å imøtekomme befolkningens akutte behov for helsehjelp.



**Enhets reaksjonstid:** Tidsintervall fra AMK-sentralen varsler en enhet, til enheten rykker ut.

**Enhets responstid:** Tidsintervall fra AMK-sentral varsler en enhet til enheten er fremme hos pasienten.

**AMIS:** AkuttMedisinsk InformasjonsSystem som er utviklet i samarbeid med brukerne og som har blitt en de facto standard for norske AMK-sentraler.

**AMK-sentral:** Helsevesenets akuttmedisinske fagsentral plassert i sykehus med akuttmottak, for mottak og håndtering av medisinsk nødmelding, øyeblikkelig hjelp innleggelse og ambulanseoppdrag.



**Legevaktsentral (LV) :** Fagsentral betjent av helsepersonell, normalt for mottak, prioritering og formidling av henvendelse til legevakt eller oppdrag til hjemmesykepleier og jordmor, rådgivning til innringer og varsling av leger og ambulanser ved behov for medisinsk nødhjelp.

**IKL:** Interkommunalt legevaktsamarbeid

**Legevakten:** Det fysiske stedet der befolkningen kan møte frem for å få hjelp av allmennlegetjenestens vaktlege.

**Syketransport:** Transport av pasienter og eventuell nødvendig ledsager i forbindelse med undersøkelse og behandling hos lege eller i helseinstitusjon, i tilfeller der pasientens sykdom eller skade ikke gjør det nødvendig å bruke ambulanse.

**Sekundæroppdrag:** Oppdrag der pasient befinner seg på sykehus (institusjon) med etablert øyeblikkelig hjelp funksjon. Transporten skjer fra et lavere til et høyere omsorgsnivå. Styk punktet hvis det ikke brukes

**Øyeblikkelig hjelp innleggelse:** Henvisning til eller mottak av pasient i helseinstitusjon, som har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie. Gjelder pasienter med antatt hjelpebehov innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten.

**Hastegrad "akutt":** Hastegrad for antatt kritisk tilstand der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret og der ambulanse skal rykke ut og lege alarmeres.

**Hastegrad "haster":** Hastegrad for antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjonene kan bli truet og der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege eller transport til sykehus.

**Hastegrad "vanlig":** Hastegrad for tilstander der det antas at tidsmomentet medisinsk sett ikke er avgjørende og som kan forelegges lege til vurdering ved første passende anledning.

## Vedlegg 2

### UTKAST MAL AMBULANSEPLAN

#### FORORD

##### ***DEL 1: OVERORDNEDE KRAV OG MÅLSETTINGER***

I denne delen beskrives overordnede mål for og krav til tjenesten, og her avklarer begreper og rammer for planen

#### **MÅLSETTING**

Må kunne operasjonaliseres / måles  
Tar utgangspunkt i foretakets målsetting

#### **MYNDIGHETSKRAV**

Lover  
Forskrifter  
Rundskriv  
Foretakets forståelse av den prehospitale forskriften

#### **DEFINISJONER OG BEGREPSAVKLARINGER**

Henviser til f.eks KITH's definisjonskatalog  
Presisere definisjoner av ord og begrep som ikke finnes i ovennevnte katalog

#### **PLANHOSRISONT, UTVIKLING OG ENDFRING**

Definerer basisår og planhorisont

Beskriver forventet utvikling i dimensjonerende forutsener, for eksempel:

- Innbyggertall med fremskriving
- Kommende prosjekt som endrer kommunikasjonsmønster; veier, tunneler og broer oa..
- Utbygging av Distriktsmedisinske Senter, planer for funksjonsfordeling mellom sykehus i foretaksområdet oa
- Annet

##### ***DEL 2: ORGANISERING OG DRIFT***

I denne delen beskrives hvordan den operative driften skal organiseres, herunder kvalitetsstyring, krav til bemanning, samhandling, kompetanse, kurs, fartøy og annet utstyr

#### **ORGANISERING**

Beskrive organisasjonen med organisasjonskart fra RHF og nedover til den enkelte ansatt

Ansvar:

- Systemansvar
- Behandlingsansvar
- Budsjettansvar

Roller/oppgaver:

- Mellomledere
- Stasjonsledere
- Ambulanseledelse på foretaksnivå

- Ambulansearbeidere
- Maritimt mannskap
- Andre

Samarbeide/interessenter:

- AMK-sentral/HF
- Legevakt
- Kommuner, alternative oppgaver
- Brann
- Politi
- Ambulanse i naboforetak
- Ambulanse i naboland (kommuner langs grensen til Finland, Sverige og Russland)
- Kjørekontor

## **KOMPETANSE OG BEMANNING**

Kompetansekrav:

- Bemanningssituasjonen, status og utvikling
- Tiltak for å øke kompetansen
- Rekrutteringstiltak

Lærlingordninger:

- Krav til veiledere for lærlinger
- Krav til lærlinger

Vikarordninger

Kurs og opplæring:

- Sertifisering
- Div medisinske og operative kurs
- Kompetansebevaring og heving
- Etterutdanning
- Hospitering
- Samhandlingstrening
- Kollegastøtte

## **KVALITET OG STYRING**

Styring av ressurser

- Flåtestyring
- Ruting av 113 i forhold til foretaksgrenser
- Ruting av signaler for kart og flåtestyring i forhold til 113

Kvalitet

- Kvalitetssystem
- Kvalitetsindikatorer
- Dokumentasjon, virksomhetsregistrering
- Kontroll, styring

## **FARTØY**

Bil:

- Beskrive biltyper, eventuell standardisering av biltype

- Eventuell standardisering av innredning
- Maksimal levetid og kjørelengde
- Krav til merking av ambulanse

Båt:

- Krav til ambulansebåt
- Samfunnsbåt

#### **UTSTYR / MEDIKAMENTER / ANNEN UTRUSTNING**

- Pakningsplan
- Medikamenter
- Forbruksutstyr
- Reponeringsutstyr
- Medisinteknisk utstyr
- Radio / IKT utstyr
- Bæreutstyr
- Uniform, vernebekledning

#### ***DEL 3: LOKALISERING, BEREDSKAP***

I denne delen beskrives konkret lokalisering, organisering, beredskap og ressurser for den enkelte tjenesten.

Krav til enhets reaksjonstid

Krav til enhets responstid

Definisjon av forskjellige vakttyper

- Hjemmevakt
- Tilstedevakt
  - Aktiv vakt
  - Vakt på vaktrom

Definere stasjoneringsted:

- Døgnambulanse
- Dag /kvelds ambulanse
- Tobårebil
- Ambulansebåter
- Baseløsninger
- Samhandling båt – bil
- Samhandling med fly og helikopter

Dokumentasjon av hvor stor andel av befolkningen som nås innenfor en definert responstid

Vurdering av risiko for samtidigetskonflikter og hvordan disse løses.

Katastrofeberedskap, vedlegg lokale beredskapsplaner

#### **VEDLEGG**

- Utstyrliste/pakningsplan
- Medikamentliste
- Krav til mannskap ved sertifisering/resertifisering

- Fysisk test for ambulanspersonell
- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, gjeldende fra 01.04.05
- Forskrift om samordning av ambulansetjenesten med syketransport og transport av helsepersonell
- Retningslinjer i Helse Nord vedr. forskrift
- Katastrofeplan