



Helse Førde

Prosjekt Prehospitale tenester

Høringsutkast sluttrapport



Innleiing

Omgrepet prehospital betyr «før sjukehus». Det handlar då om ambulanse (bil og båt), AMK-sentral, legevakt og luftambulansse/redningshelikopter.

Prosjekt "Prehospitale tenester" skal lage og implementere ein overordna plan for heile det prehospitale området til Helse Førde. Mandatet seier to ting om føremålet:

- 1) *Sikre innbyggjarane gode tenester*
- 2) *Leggje til rette for godt samarbeid mellom helseføretaket og kommunane*

Du sit no med høyringsutkastet til rapport for fase 1 av prosjekt «Prehospitale tenester» på skjermen din eller i handa. Høyringsutkastet inneheld ei oppsummering av arbeidet prosjektet har gjort gjennom haust og vinter 2017/2018. I dei ulike kapitla vil du mellom anna finne stoff om:

- Kva lover, forskrifter og føringar som gjeld
- Korleis ein driv tenestene i dag (ambulanse, AMK, luftambulansse, legevakt)
- Kva som er bra og kva som kan bli betre
- Diskusjon om økonomiske realitetar
- Nye mogelegheiter

Prosjektleiari vil på vegner av Helse Førde få seie **TUSEN TAKK** til alle for god innsats, opne diskusjonar og heile vegen godt samarbeid. Det gjeld:

- Prosjektgruppa
- Referansegruppa
- Tilsette i ambulansetenesta, tillitsvalde og verneteneste
- Brukarrepresentantar
- Støttespelarar i Helse Førde-systemet
- Prosjektstøttene frå PWC

Førde 15.03.18

Trine Hunskaar Vingsnes

prosjektleiari

Høyringsutkast sluttrapport prosjekt Prehospitale tenester

1. Formål og bakgrunn for prosjektet	2
1.1 Historikk og styrevedtak	2
1.2 Samanheng med andre prosjekt og planar	2
1.3 Mandatarbeid	2
1.4 Mål for prosjektet	2
1.4.1 Hovudmål (for alle dei tre fasane i prosjektet)	2
1.4.2 Delmål for alle fasane	2
1.4.3 Delmål for fase 1 av prosjektet (denne rapporten)	2
1.5 Prosjektrisiko	2
2. Interessentanalyse og kommunikasjonsarbeid	2
2.1 Føreseielegheit i prosess og prosjektarbeid	2
2.2 Korleis vi har kommunisert og involvert	2
2.2.1 Dialog med eigar, tilsynsmyndigheit og direktorat	2
2.2.2 Brukarmedverknad	2
2.2.3 Involvering av interessentar og tillitsvalde	2
2.2.4 Kommunikasjonslogg	2
2.2.5 Bruk av inter-/intranett	2
3. Særskilt om kommunikasjon og samhandling med kommunane	2
3.1 Deltaking i ulike samhandlingsfora	2
3.2 Akuttmedisinsk konferanse januar 2018	2
4. Regulatoriske krav til den prehospitale tenesta	2
4.1 Lovverk	2
4.2 Forskrifter	2
4.3 Delavtalar	2
4.4 Sentrale føringar	2
4.5 Praktisk grenseoppgang mellom helseføretak og kommunar	2
5. Om krav til bemanning, arbeidstidsordningar, stasjonstilhøve og kompetanse i ambulansetenesta	2
5.1. Arbeidstidsordningar og vaktplanar	2
5.1.1. Vaktmodellar	23
5.1.1.1. Heimevakt	24
5.1.1.2. Kasernert vakt (tilstadevakt)	24
5.1.2. Krav til avtalar med arbeidstakarorganisasjonane	25
5.1.3. Status for vaktordningar i ambulansetenesta	25
5.1.4. Aktiv versus passiv vakt	26
5.1.5. Signal frå Helse Vest	26
5.1.6. Nye moglegheiter og pågåande prøveprosjekt i høve bemanning	27
5.1.6.1. Kalenderplan	27

5.1.6.2. Standby-crew	27
5.1.6.3. Vikarpool	28
5.1.6.4. AMK-personale som fylgjepersonell på dagbil Førde vekedagar	28
5.2. Stasjonstilhøve	28
5.3. Kompetanse	29
5.3.1. Forskriftskrava om kompetanse	29
5.3.2. Status i høve kompetanse i ambulansetenesta Helse Førde	29
5.3.3. Ambulanseoppdrag per tilsett i 2017	31
5.4. Rekruttering og stabilisering av medarbeidarar	32
5.5. Oppsummering og vurderingar	33
6. Skildring av dagens prehospitala teneste i Helse Førde	35
6.1. Bilambulanse	35
6.1.1 Stasjonar, døgnambulansar og dagambulansar	35
6.1.2. Aktivitetsstatistikk	36
6.1.2.1. Utvikling i aktivitet 2000-2018	36
6.1.2.2. Aktivitet ved ulike ambulansestasjonar	37
6.1.2.3. Fordeling av ambulanseoppdrag over vekedagar, over døgnet og gjennom året	38
6.1.2.4. Særskilt om sesongvariasjon for ambulanseoppdrag i turistkommunar	40
6.1.2.5. Tid på oppdrag versus tid i beredskap for bilambulansane	40
6.2. Båtambulanse	43
6.2.1. Aktivitetsdata	43
6.2.2. Oppsummering og vurdering i høve båt	45
6.3. Luftambulanse og redningshelikopter	45
6.3.1. Operatørar og bemanning	46
6.3.2. Retningslinjer for bruk av luftambulanse	47
6.3.3. Omkringliggande helikopterressursar	48
6.3.4. Aktivitetstal	49
6.3.5. Andel avviste og avbrotne oppdrag, årsaker	51
6.3.6. Faktisk tilgjengelegheit	53
6.3.7. Kva skjer når luftambulansen ikkje kan kome?	54
6.3.8. Oppsummering og vurderingar i høve luftambulanse/ redningshelikopter	55
6.4. AMK Førde (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral)	55
6.4.1. Oppgåver	56
6.4.2. Aktivitetstal	56
6.4.3. Pågåande utvikling i høve AMK-funksjonar	57
7. Skildring av dagens prehospitala tenester i kommunane	58
7.1. Krav til kommunane i lov og forskrift	58
7.2. Organisering av legevakt og legevaktstelefontalar	59
7.2.1. Kvifor kommunane har oppretta større interkommunale legevakter	61

7.3. Spørjeundersøking til kommunane	62
7.3.1. Organisering av daglegevakt	62
7.3.2. Organisering av legevakt på kveld/natt/helg	63
7.3.3. Utstyr	64
7.3.4. Andre kommunale helsetenester	64
7.3.5. Vegen vidare	64
7.4. Utrykking av legevakt ved akuttoppdrag	65
7.4.1 Utrykking på dagtid	66
7.4.2. Utrykking på kveld, natt og helg	66
7.4.3. Betraktningar omkring validitet	69
7.5. Avstand til legevakt i Sogn og Fjordane	69
7.6. Førstehjelp, utplasserte hjartestartarar og akutthjelparordningar i Sogn og Fjordane	71
7.6.1. Nasjonal førstehjelpsdugnad: Saman reddar vi liv	71
7.6.2. Status for utplasserte hjartestartarar i Sogn og Fjordane	71
7.6.3. Fagleg bakgrunn for akutthjelparordningar	72
7.6.4. Føringar og avtalar i høve akutthjelparordningar	72
7.6.5. Status for akutthjelparordningar i Sogn og Fjordane	73
7.6.6. Akutthjelparordninga i Luster kommune	73
7.7. Oppsummering og vurdering	74
8. Datainnhenting og analysar i prosjektet	76
8.1. Nasjonale kvalitetsindikatorar som gjeld prehospitala tenester	76
8.1.1. Tid frå 113 oppringing til ambulanse er på plassen (responstid)	76
8.1.1.1. Fagleg bakgrunn	76
8.1.1.2. Lovkrav/forskriftskrav/føringar og vedtak som gjeld responstid	77
8.1.1.3. Nasjonal kvalitetsindikator: Prosentvis oppfylling av vegleiane responstid	78
8.1.1.4. Helse Førde sitt samla resultat for responstid i 2016	78
8.1.1.5. Responstid for ulike kommune i Sogn og Fjordane i 2016	81
8.1.1.6. Tal oppdrag i ulike kommunar der bilambulanse ikkje nådde fram innan rettleiande responstid i 2016	84
8.1.1.7. Luftambulanse og redningshelikopter sin del av akuttoppdraga	86
8.1.1.8. Oppsummering og vurdering i høve responstid	86
8.1.1.9. Mogelege kompenserte tiltak når responstida ikkje er ideell	87
8.1.2. Vellukka gjenoppliving etter hjartestans	88
8.1.2.1. Hovudfunn nasjonalt	88
8.1.2.2. Resultat for Helse Førde	89
8.1.2.3. Oppsummering og vurdering	90
8.1.3. HLR starta før ambulansen kjem fram ved hjartestans	91
8.1.3.1. Hovedfunn nasjonalt	91
8.1.3.2. Resultat for Sogn og Fjordane	91
8.1.3.3. Prosjektet si oppsummering og vurderingar:	92

8.1.4. Tid til besvart anrop 113 i AMK-sentralen	93
8.1.4.1. Resultat nasjonalt og for AMK Førde	93
8.2. Datainnhenting og analysar gjort i prosjektet	94
8.2.1. Responstid luftambulanse og redningshelikopter	94
8.2.2. Brukarundersøking	96
8.2.2.1 Metode	96
8.2.2.2 Respondentane	97
8.2.2.3 Funn	97
8.2.2.4 Svakheitar og styrkar	98
8.2.3 Medarbeidarane si vurdering av utfordringsbilete og framtidige prioriteringar	98
8.2.3.1 Metode for å hente inn informasjon	99
8.2.3.2 Oppsummering	99
8.2.3.3. Resultat frå spørjeundersøkinga	102
8.2.3.4. Resultat frå gruppeøvingar	104
8.2.4 Uønska hendingar i dei prehospitala tenestene	107
8.2.4.1. Bakgrunn	107
8.2.4.2. Meldekultur	107
8.2.4.3. Uønska hendingar	108
Pasientrelaterte	108
HMS (helse, miljø, sikkerheit)	109
Drift	109
Samhandlingssaker	109
8.2.5. Samanliknbare helseføretak	110
8.2.5.1 Metode, styrkar og svakheiter	110
8.2.5.2. Nøkkeltal	111
8.2.5.3. Ressursbruk samanlikna med andre føretak	119
8.2.5.4. Responstider for samanliknbare helseføretak – oppsummering	120
8.2.5.4. Hovudfunn og vurderingar	121
8.2.6. Spørjeundersøking i befolkninga om legevakt og ambulansetenesta	121
8.2.6.1 Metode	121
8.2.6.2 Funn	122
Opplevd tryggleik knytt til kvite bilar	125
8.2.6.3 Oppsummering	127
8.2.7. Demografiske utviklingstrekk	127
8.2.7.1. Utvikling i folketal samla og per kommune dei siste tiåra	127
8.2.7.2. Framskrivningar	131
8.2.7.4. Oppsummering og vurderingar: eit første utkast... ..	133
9. Dei prehospitala tenestene som del av Helse Førde	134
9.1. Pasientovergangar mellom prehospital og hospital teneste	134

9.1.1. Tidsbruk ved levering av pasientar	135
.....	135
9.2. Grensesnittet mellom Pasientreiser og ambulansetenesta	136
9.2.1. Offentleg transport, drosje eller ambulanse?.....	136
9.2.2. Kostnadar ved bruk av ambulanse versus drosje eller offentlig transport.....	137
9.2.3. Helseekspress eller kvite bilar	138
9.3. Organisering	139
Prosjektet sine vurderingar	141
10. Prehospital samhandling mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta	142
10.1. Krav og føringar i høve samhandling.....	142
10.2. Delavtalar om samarbeid.....	142
10.3. Beredskapsarbeid, status i Sogn og Fjordane.....	143
10.4. Kva seier forskninga om betydninga av legevakt	144
10.5. Samhandling i kvardagen – styrkar og utfordringar	144
10.6. Oppsummering og vurdering	145
11. Nye mogelegheiter og gode idéar	146
11.1 Ny akuttbil løftar helsetilbodet på Røros	146
11.2 Kvite ambulansar/bilar	146
11.3 Akutthjelparar i Skien.....	147
11.4 Drosjekutt ved Sykehuset Innlandet HF.....	148
11.5 Bakvakt i legevaktsordninga for Kvam kommune.....	148
11.6. Nye mogelegheiter innan bemanning i ambulansetenesta	149
11.7. Mogeleg legevaktspilot i Sogn og Fjordane	149
12 Økonomi	151
12.1. Faktaopplysningar.....	151
12.2. Tenesta i dag.....	151
12.3. Tilnærming til fastsetting av økonomisk ramme	151
12.4. Kostnadsdrivande faktorar framover.....	152
12.5. Særskilt om rettleiande responstid	153
12.5.1. Mogelegheit for å nå 90 prosent – SINTEF-rapporten.....	153
12.5.2. Styresignal om tilnærming til responstider.....	154
12.6. Avvikling av heimevakt.....	155
12.7. Kostnadsreduserande faktorar framover.....	155
12.8. Nokre økonomiske storleikar	155
12.9. Inntektsmodellen.....	156
12.10. Prioritering mellom det hospitale og det prehospitalt	157
12.11. Mogelege scenario	158
12.12. Konklusjon økonomisk ramme.....	158
13. Samla vurdering av status for dei prehospitalt tenestene.....	160

13.1 Gapanalyse	160
13.1.1. Lov og forskriftskrav	161
13.1.2. Delavtaler	162
13.1.3 Nasjonale føringar	162
13.1.4. Samla vurdering og oppsummering	162
14. Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) ved ulike økonomiske scenarier for ambulansetjenesta	164
14.1. ROS-analyse	164
14.2 Oppsummering	169
15. Vegne vidare	170

UTKAST

1. Formål og bakgrunn for prosjektet

1.1 Historikk og styrevedtak

Styret i Helse Førde HF bad i 2013 administrasjonen utarbeide ein samla plan for dei prehospitale tenestene i Sogn og Fjordane. Ei prosjektgruppe la i oktober 2014 fram rapporten "Målbilete og modell for ambulansetenesta i Helse Førde 2015-2025", men saka vart den gong trekt før styrebehandling, mellom anna fordi NOU «Først og fremst» (9) samt ny akuttmedisinforordning (7) var venta i 2015.

Våren 2016 initierte styret i Helse Førde HF eit nytt arbeid knytt til dei prehospitale tenestene, då avgrensa til kommunane Hyllestad, Askvoll, Fjaler og Solund (HAFS). I dette arbeidet vurderte ein både bil- og båtambulansetenesta i området. Prosessen vart gjennomført med deltaking frå kommunar, brukarar og interne ressursar.

Styret gjorde følgjande vedtak i styremøte 18. november 2016 (styresak 065/2016) (1):

1. *Bilambulansetenesta for kommunane Askvoll og Fjaler vert stasjonert i Dale.*
2. *Båtambulansetilbod for område sør vert lyst ut på anbod med ein båt i Solund, supplert med kjøp av taxibåttenester eller anna eigna transportkapasitet for Atløy, i tråd med føringar i saksførelegget.*
3. *Styret ber adm. direktør legge fram ei sak med framlegg til prosess for heile det prehospitale området i Helse Førde, tilpassa den økonomiske ramma.*

I styremøte 06.06.2017 behandla styret oppfølgingssaka til punkt 3 frå vedtaket i november 2016 (styresak 046/2017)(2). I styrets konklusjon heiter det:

"Helse Førde set i verk prosess for å avklare det prehospitale tenesteområdet. Prosessen krev utstrakt deltaking frå eksterne interessentar og klare økonomiske rammer. Mandat for arbeidet skal leggest fram i neste styremøte."

Styret i Helse Førde HF vedtok i styresak 068/2017 (3) mandatet for fase 1 av prosjektet "Prehospitale tenester" 12. september 2017 (vedlegg 1).

1.2 Samanheng med andre prosjekt og planar

Prosjektet "Prehospitale tenester" er ein del av utviklingsprogrammet «Pasientens helseteneste» i Helse Førde HF. Føretaket skal etablere «pasientens helseteneste,» som er samordna og tilpassa pasientens behov, og der pasienten har så stor medverknad som mogleg. Pasienten skal oppleve å vere likeverdig i møtet med helsetenestene, og få trygge, samordna og effektive tenester av høg kvalitet.

"Verksemdsmessig utviklingsplan 2015-2030" for Helse Førde HF omtalar det prehospitale området som fagleg og økonomisk krevjande. I somatikken sitt vedlegg til utviklingsplanen er det skildra tiltak for planperioden knytt til dei prehospitale tenestene. Når det no blir laga ein samla plan for det prehospitale området får prosjektet mynde til å vurdere desse tiltaka og føreslå nye tiltak for å oppnå måla. Verksemdsmessig utviklingsplan skal rullerast i 2018, og arbeidet med prehospital plan inngår i dette arbeidet.

Planen for det prehospitale området i Helse Førde HF må vidare sjåast i samanheng med plan for dei prehospitale tenestene i Helse Vest RHF.

1.3 Mandatarbeid

Styret i Helse Førde HF gav i styresak 068/2017 (3) tilslutnad til at prosessen med å utvikle og implementere ein plan for heile det prehospitale området skal gjennomførast i tre fasar:

1. Hausten 2017: Etablere prosjekt – forankring internt og eksternt fem månader: Avklare prinsipp, premissar og rammevilkår.

2. Vår 2018: Fem månader: Detaljering av modellar.

3. Haust 2018 – 2019 12- 36 månader: Implementering av vald modell.

Ei breitt samansett arbeidsgruppe (sjå tabell 1.1. nedanfor) utarbeidde i august/september 2017 eit utkast til mandat for fase 1 av prosjektet.

Tabell 1.1: Mandatarbeidsgruppa til prosjekt Prehospital plan fase 1

Trine Hunskaar Vingsnes	Direktør kir. klinikk, prosjektleder
Robert Brennersted	Avdelingssjef AAM
Stian Sægvog	Ambulansesjef
Vidar Vie	Spesialrådgjevar
Olav Hesjedal	Direktør medisinsk klinikk
Elisabeth Andersen	Foretakstillitsvalgt Delta
Leif Johnny Fjellro	Tillitsvalgt Fagforbundet
Hans Jacob Westbye	Foretakstillitsvalgt DnLF (OVLf)
Arthur Norevik	Klinikkstillitsvalgt NSF
Berit Hornnes	foretaksverneombod
Solfrid Fossberg	brukarrepresentant
Audun Norevik	brukarrepresentant
Stein Helle	Kommunalsjef Askvoll kommune
Vivian Kvam	Leiar Sogn lokalmedisinske senter

Kommunikasjonsavdelinga i Helse Førde HF bidrog i arbeidet med interessentanalyse (vedlegg 2) og kommunikasjonsstrategi. Kommunikasjonsarbeidet er omtala i kapittel 2. Arbeidsgruppa hadde også ekstern bistand av konsulentar frå PWC for å kvalitetssikre arbeidet.

Mandatet vart godkjent av styret i Helse Førde 12. september 2017 (styresak 068/2017)(3) og i programstyret til programmet "Pasientens helseteneste" 10. oktober 2017.

Mandatet i sin heilskap finnast i vedlegg 1.

Prosjektgruppe og referansegruppe vart samansett i dialog med dei viktigaste samarbeidspartane og interessentane. Tabell 1.2. og 1.3. nedanfor viser samansetninga av gruppene:

Tabell 1.2.: Prosjektgruppe Prehospital plan fase 1

Trine Hunskår Vingsnes	Direktør kir. klinikk, prosjektleiar
Robert Brennersted	Avdelingssjef Avd. for akuttmedisin (AAM)
Stian Sægrov	Ambulansesjef
Ove Johan Haugerøy	Koordinerande verneombod ambulansetenesta
Leif Johnny Fjellro	Tillitsvald Fagforbundet
Audun Nedrebø	Brukarrepresentant, leiar brukarutvalet
Daniel Søvde	Tillitsvald Delta
Ronny Cassels	Fastlege/legevaktslege Flora kommune
Kjell Idar Dvergsdal	Kommunalsjef Gaular, KS-repr. Sunnfjord
Jeanette Jensen	Kommunalsjef Vågsøy, KS-repr. Nordfjord
Stein Helle	Kommunalsjef Askvoll kommune, KS-repr HAFS
Vivian Kvam	Leiar Sogn lokalmedisinske senter, KS-repr. Sogn
Tom Ole Dyrstad	Seksjonsleiar akuttmottak FSS
Terje Olav Øen	Beredskapssjef
Stig Igland	Samhandlingssjef
Vidar Øvrebø	Avd.sjef Pasientreiser
Vidar Vie	Spesialrådgjevar

Tabell 1.3: Referansegruppe Prehospital plan fase 1

Trine Vingsnes, dir. kir. klinikk	Prosjektleiar Helse Førde
Linda Svori, ass. Fylkeslege	Fylkesmannen i S&Fj
Arild Østergaard, spesialrådgjevar	Prehospital klinikk Oslo Universitetssykehus
Steinar Olsen, avd.dir. avd. med. nødmeldetjeneste	Helsedirektoratet
Terje Brandsøy, dagleg leiar	Alarmsentralen i Sogn og Fjordane
Håvard Stensvand, fylkesberedskapssjef	Fylkesmannen i Sogn og Fjordane
Ingvill Skogseth, seniorrådgjevar	Helse Vest
Hanne Klausen, klinikkdirektør	Helse Bergen
Anne Stubdal, fastlege	PKO (praksiskonsulent) i Helse Førde

1.4 Mål for prosjektet

1.4.1 Hovudmål (for alle dei tre fasane i prosjektet)

Prosjektet “Prehospitale tenester” har som mål å lage og implementere ein overordna plan for heile det prehospitale tenesteområdet innanfor Helse Førde sine grenser, i tråd med føremålet.

1. Tiltrå og implementere ei løysing for dei prehospitale tenestene til Helse Førde HF, knytt opp mot dei faglege føringane og gjeldande regelverk som ligg til grunn for det prehospitale tenesteområdet, samt dei økonomiske rammene som gjeld for helseføretaket. Prosjektet skal vidare avklare kva driftsform som best oppfyller mål og føremål. Dette arbeidet inkluderer ei vurdering av lokalisering, flåtestyring, utstyr, bemanning og kompetanse.
2. Gjennomgå, konkretisere, tilrå og operasjonalisere framtidig ansvar, samarbeid, organisering og samhandling mellom Helse Førde HF og kommunane i den akuttmedisinske kjeda, i tråd med akuttmedisinforskrifta (2015).
3. Gjennomgå, konkretisere, tilrå og operasjonalisere det framtidige pasientforløpet mellom helseføretaket sine prehospitale tenester og kliniske avdelingar i Helse Førde HF.

Kvar av desse tre fasane har sine delmål som til saman vil byggje opp om hovudmålet. Mandatet som styret godkjente 12. september 2017 omhandla fase 1 av prosjektet, og alt prosjektarbeid og denne rapporten fokuserer difor på fase 1 med sine delmål. Detaljert mandat med delmål for fase 2 og 3 vil bli utarbeidd på eit seinare tidspunkt.

1.4.2 Delmål for alle fasane

1. Etablere eit prosjekt som har ei tydeleg leiing, som i starten av prosjektet avklarar forventingar til prosjektdeltakarane, og som har klare reglar for korleis usemje i prosjektgruppa skal handterast.

2. Sikre ei god plattform for open og tillitsfull dialog med kommunane i fylket, slik at Helse Førde HF og kommunane kan einast om primære ansvarsområde i den akuttmedisinske kjeda.

3. Sikre ein jamn og god kommunikasjon i prosjektet "Prehospitale tenester" til tilsette, kommunar, eigar og befolkninga i fylket elles.

4. Sikre involvering frå brukarar og innspel frå innbyggjarar elles.

1.4.3 Delmål for fase 1 av prosjektet (denne rapporten)

5. Gje ei kort skildring av dagens prehospitale tenestetilbod; kvalitativt og kvantitativt

6. Avklare premisser og rammevilkår for det prehospitale tilbodet.

7. Gjennomgå bemanningsmodell ved ambulansestasjonane som tek omsyn til kompetansekrav, arbeidsturnus, rekruttering, tilstrekkeleg mengdetrening og moglegheit for auka stadleg leiing, då vurdert opp mot nasjonale faglege føringar.

8. Saman med leiinga i Helse Førde HF definere korleis ulike kriterium for val av framtidig basestruktur skal vektast (eksempelvis økonomiske rammer, risiko for samtidskonfliktar, faglege normer, regionale føringar, gjeldande regelverk, lokalt nærvær mm.)

9. Identifisere minst to sjukehusdistrikt det er relevant å samanlikne seg med, for å kunne samanlikne eksisterande ressursbruk og kvalitetsparameter i desse distrikta med tilsvarande data frå dei prehospitale tenestene i Helse Førde HF. Særskilt vurdere korleis ny teknologi eventuelt kan bidra til å vidareutvikle dei prehospitale tenestene.

10. Gjennomgå og konkretisere ansvar, samarbeid, organisering og samhandling mellom Helse Førde HF og kommunane i den akuttmedisinske kjeda, i tråd med Akuttmedisinforskrifta (2015).

11. Identifisere eventuelle flaskehalsar i det akuttmedisinske pasientforløpet, med spesielt fokus på grensesnittet mellom dei prehospitale tenestene og den hospitale tenesta.

12. Gjennom kartlegging, analysar og dialog med dei viktigaste aktørane både i og utanfor Helse Førde skissere moglege framtidige driftsformer/samarbeidsmodellar.

I mandatet for fase 1 ligg ein detaljert oversikt over kva som skal gjerast og korleis det skal gjerast for kvart delmål. Denne prosjektrapporten svarer ut disse delmåla.

1.5 Prosjektrisiko

For alle komplekse prosjekt er det ein ibuande risiko for at framdrifta ikkje vert som planlagd. Denne risikoen kan reduserast dersom ein ved oppstart av prosjektet er klar over dei største risikomomenta og om moglege set i verk risikoreduserande tiltak.

Prosjektgruppa nytta ei enkel risikomatrix for å synleggjere prosjektrisiko, samt planlegge risikoreduserande tiltak. Risikoanalyse er gjort av prosjektleiar og presentert for prosjektgruppa og prosjekteigar ved to høve. Første analyse vart gjort 05.10.17 og denne vart revidert 26.11.17 (vedlegg 3).

2. Interessentanalyse og kommunikasjonsarbeid

2.1 Føreseieleleg prosess og prosjektarbeid

Å utvikle ein plan for det prehospitale området i Helse Førde HF er ein omfattande prosess. Helse Førde HF har lagt dei regionale helseføretaka sin «Veileder for arbeid med utviklingsplanar» til grunn i denne prosessen. (vedlegg 4) For å sikre at rettleiinga vert nytta korrekt har prosjektgruppa i tillegg nytta «Revisjonstabell for kvalitetssikring av utviklingsplanar» (vedlegg 5). Også denne er utvikla i ei interregional arbeidsgruppe for dei regionale helseføretaka. Desse grunnlagsdokumenta er nytta for å sikre brukarinvolvering og ein open og føreseieleleg prosess.

2.2 Korleis vi har kommunisert og involvert

2.2.1 Dialog med eigar, tilsynsmyndigheit og direktorat

Vår eigar Helse Vest RHF har vore representert i referansegruppa ved spesialrådgjevar Ingvill Skogseth. I tillegg har eigar, gjennom sine eigaroppnemnde styrerepresentantar, fått jamlege oppdateringar på prosjektet gjennom løypemeldingar til styret i Helse Førde HF ved fleire styremøte hausten 2017.

Helse Førde har vektlagd at både Helsedirektoratet, Helse Vest RHF, Fylkesmannen og leiar for prehospitale tenester i Helse Bergen HF har vore representert i referansegruppa. Dette for å bidra til å kvalitetssikre prosjektet si datainnhenting, at prosjektet sine tolkingar av lov, forskrift og andre føringar er adekvate, dessutan bidra til å kvalitetssikre analysar og forsvarleg tolking av ulike funn.

2.2.2 Brukarmedverknad

Både arbeidsgruppa for mandatutarbeiding og prosjektgruppa har hatt brukarrepresentantar med i prosjektperioden, sjå tabell 1.1 og 1.2. Det har vidare vore gjennomført ei spørjeundersøking blant brukarar som har nytta ambulansetenesta (desember 2017), sjå punkt 8.2. Endeleg har det også vore gjennomført ei telefonundersøking i fylket, utført av tredjepart, for å få kartlagt befolkninga sitt syn på og kunnskap om dei prehospitale tenestene, sjå punkt 8.2.

2.2.3 Involvering av interessentar og tillitsvalde

Kommunikasjonsavdelinga i Helse Førde har før prosjektstart, og i samarbeid med mandatgruppa, utarbeidd ein eigen interessentanalyse, sjå vedlegg 2. Viktige interessentar vart inviterte inn i prosjektgruppe og referansegruppe, sjå tabell 1.2. og 1.3. Kapittel 3 beskriv særskilt involveringa av kommunane. Ein har i tillegg søkt å innhente eksterne interessentar sine synspunkt ved mellom anna ei spørjeundersøking til kommunane.

Tillitsvalde frå Fagforbundet og Delta, har vore involvert gjennom deltaking i prosjektgruppa, og tilsette elles har vore involvert via medarbeidarundersøking og møter for informasjon og diskusjon.

2.2.4 Kommunikasjonslogg

Kommunikasjonsavdelinga i Helse Førde HF har jamleg oppdatert eigen kommunikasjonslogg over kva fora og kva kanalar Helse Førde HF har informert om prosjektet og invitert til innspel. Tabell 3.1. viser logg for ekstern kommunikasjon per 15.03.18. Prosjektet har i tillegg ein logg for interne kommunikasjonsaktivitetar.

2.2.5 Bruk av inter-/intranett

Helse Førde HF har oppretta ei eiga side på intranett i helseføretaket der saksdokument og anna relevant informasjon om prosjektet har vore lagt ut etter kvart. Tilsette i Helse Førde kan sjå dokument her: http://innsida.helse-forde.no/forbetringsprogrammet/5/prehospitale_tenester/Sider/default.aspx

I tillegg har føretaket jamleg lagt ut informasjon om prosjektet på ekstern internettside under eiga overskrift «Prehospital plan», sjå: <https://helse-forde.no/om-oss/prehospital-plan-helse-forde>

3. Særskilt om kommunikasjon og samhandling med kommunane

3.1 Deltaking i ulike samhandlingsfora

I prosjekt som gjeld endringar i akuttfunksjonar, er det særskilt viktig å planleggje og gjennomføre prosessane saman med kommunane. Både kommunane og helseføretaket har tydeleg ansvar for sine delar av den akuttmedisinske kjeda, og ein er avhengig av kvarandre for saman å kunne levere forsvarlege helsetenester.

Det har difor vore viktig for Helse Førde at både fastlegar med legevaktserfaring og kommunalsjefar for helse og omsorg (utnemnde etter invitasjon til KS) har delteke aktivt i prosjektgruppa.

Helse Førde har allereie ei lang rekke faste samhandlingsfora med kommunane:

- Fagråd (leiarar og fagfolk i HF og kommunane)
- Koordineringsråd (leiing HF, leiing kommunar/KS, Fylkesmannen)
- Dialogmøte (styret HF, politisk leiing kommunane)
- Akuttmedisinsk samhandlingsforum (AMK, legevaktssentralane, ambulansetenesta)

Dette prosjektet har vore diskutert og presentert følgjande stader og tider hausten 2017, sjå tabell 3.1.

Tabell 3.1. Ekstern kommunikasjonslogg for prosjekt Prehospital plan fase 1, status per 15.03.18. Grøn = gjennomført, gul= utsett, raud=ikkje gjennomført.

1	Utsending styresaker	Alle	Nettsider, media	05.09.17	Tvedt/Ulvedal	
2	KS rådmannsutvalet	Kommunar	Møte	06.09.17	Vingsnes/Ulvedal	
3	Styremøte Helse Førde	Alle	Møte, nettsider, media	12.09.17	Landstad/Ulvedal	
4	Orienterer om prosess/få innspel	Sogn regionråd	Møte	15.09.17	Vingsnes/Ulvedal	
5	Orienterer om prosess/få innspel	Fagrådet	Møte	21.09.17	Vingsnes/Igland	
6	Orienterer om prosess/få innspel	Koordineringsrådet	Møte	25.09.17	Vingsnes/Igland	
7	Orienterer om prosess/politikardag	Fylkestinget	Møte	25.09.17	Ulvedal	
8	Mediekontakt	NRK Sogn og Fjordane	Møte	27.09.17	Kleiven/Ulvedal	
9	Pressemelding om mandat m.m.	Alle	Nettsider, media	??	Ulvedal	
10	Orienterer om prosess/få innspel	Bremanger kommune	Møte	05.10.17	Vingsnes/Ulvedal	
11	Mediekontakt	Nordfjordavisene	Møte	Oktober	Kleiven (?)Ulvedal	
12	Orienterer om prosess/få innspel	Fylkesmannen/fylkeslegen	Møte	Okt./nov.	Vingsnes/Ulvedal	
13	Orienterer om prosess/få innspel	Nordfjordreådet	Møte	30.10.17	Vingsnes/Ulvedal	
14	Orienterer om prosess/få innspel	Samarbeidsforum i Sunnfjord	Møte	17.11.17	Vingsnes/Ulvedal	
15	Orienterer om prosess/dialogmøte	Ordførarane i fylket/KS	Dialogmøtet	24.11.17	Landstad/Igland/Ulvedal	
16	Orienterer om prosess/få innspel	HAFS regionråd	Møte	Nov./des.	Vingsnes/ulvedal	
17	Akuttmedisinsk seminar	Fagnivåa i kommunane/politikarar	Seminar/konferanse	09.01.18	Vingsnes	
18	Orienterer om framdrift	Styret i Helse Førde, alle	Møte	26.01.2018	Vingsnes	
19	Pressemelding om framdrift	Alle	Eigne nettsider, media	29.01.2018	Ulvedal	
20	Orientering om høyringsutkast	Styret i Helse Førde, alle	Møte	01.03.2018	Vingsnes	
21	Utsending høyringsutkast fase 1	Høyringspartar (kommunar m. fl.)	Epost, brev	01.03.2018	Vingsnes	
22	Pressemelding høyringsutkast	Eigne nettsider, media	Artiklar, epost	01.03.2018	Ulvedal	
23	Orienterer om høyring/få innspel	SIS/HAFS	Møte	02.03.18	Sægrov/Ulvedal	
24	Orienterer om høyring/få innspel	Nordfjordreådet	Møte	05.03.18	Vingsnes/Holvik/Ulvedal	
25	Orienterer om høyring/få innspel	Sogn regionråd	Møte	09.03.18	Vingsnes/Thue/Ulvedal	
26	Orienterer om høyring/få innspel	Fylkesmannen/fylkeskommunen sitt møte om ev. legevaktspilot	Møte	02.03.18	Vingsnes m.fl.	
27	Orienterer om høyring/få innspel	Bremanger kommune	Bremanger kommune	Mars/april	Vingsnes/Ulvedal	
28	Orienterer om høyring/få innspel	Fagnivåa i kommunane	Møte	Mars/april	Vingsnes/Ulvedal	

Presentasjonane har vore utforma som invitasjon til dialog med reelle moglegheiter for innspel.

3.2 Akuttmedisinsk konferanse januar 2018

9. januar 2018 arrangerte Helse Førde HF ein akuttmedisinsk konferanse på Scandic Hotell Sunnfjord der kommunane i fylket var invitert. Konferansen var også annonsert via ulike nettsider for samhandling og på Helse Førde si internettside, og samla 110 deltakarar. Formålet var å informere om planarbeidet og belyse styrkar og utfordringar innan prehospitale tenester med eksterne foredragsholdarar frå mellom anna Helsedirektoratet, Fylkesmannen, Helse Vest RHF og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. Det vart og gjennomført ein paneldebatt der deltakarane kunne stille spørsmål og utfordre føredragshaldarar og leiarar i Helse Førde på ulike tema.

Program for konferansen ligg i vedlegg 6.

Presentasjonane frå konferansen ligg ute på Helse Førde si internettside:
<https://helse-forde.no/nyhende/samla-den-akuttmedisinske-kjeda>

4. Reglar og krav til den prehospitala tenesta

Der er ei lang rekke lover og forskrifter som regulerer helsetenesta og dermed også dei prehospitala tenestene. Prosjektgruppa har i fase 1 lagt til grunn at kommunar og helseføretak har system og tenester som fyller lovkrava om forsvarlegheit (Helse- og omsorgstenestelova §4 (4) og Specialisthelsetenestelova §2-2 (5)) samt forskriftskrava om internkontroll i helsetenesta (Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta)(6). Ein har i prosjektet dermed ikkje gått inn på å vurdere status i høve desse heilt overordna lov- og forskriftskrava.

Prosjektgruppa har derimot lagt vekt på dei detaljerte og heilt konkrete krav og føringar som gjeld for prehospitala tenester, og som aktørane må forhalde seg til. Det er desse som vert lagt til grunn for gap-analysen seinare i rapporten (kap. 13) der ulike ansvarsområde er knytt til korrekt lovheimel. Prosjektet har innhenta data, gjennomgått desse og vurdert i kva grad tenestene i dag stettar gjeldande krav og føringar.

4.1 Lovverk

Plikt til å yte øyeblikkeleg hjelp ved behov er eit sentralt lovkrav for både specialisthelsetenesta og primærhelsetenesta.

Kommunane har plikt til å yte nødvendig strakshjelp til personar som oppheld seg i kommunen. Helseføretaka har plikt til å ta imot pasientar som treng hjelp omgåande, drifte ambulansetenester og nytte denne til akuttmedisinsk utrykking. Kommunane har vidare plikt til å få helsepersonell fram til dei pasientane som ikkje sjølv kan kome seg til felles behandlingsstad som t.d. legevakta.

4.2 Forskrifter

I prehospital samanheng er det særleg Akuttmedisinforskrifta (7) som detaljerer krava til tenestene.

Etablering og drift både av legevaktstasjon (der pasientane møter legen) og legevaktsentral (som mottek telefonførespurnader frå pasientane) er kommunane sitt ansvar, medan drift av AMK (Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) er helseføretaket sitt ansvar.

Kommunane har ved si legevaktsteneste plikt til å rykke ut staks når det er nødvendig ved ulukker og andre akutte situasjonar, dessutan sørge for rett kompetanse i legevaktstenesta. Helseføretaket har plikt til å sørge for rett kompetanse i ambulansetenesta. Begge partar har plikt til å øve saman, det vil seie å arrangere felles øvingar jamleg.

4.3 Delavtalar

Det føreligg ei rekkje delavtalar mellom kommunane i Sogn & Fjordane og Helse Førde HF som skal tydeleggjere samarbeids- og ansvarsforholda mellom primær- og spesialisthelsetenesta, sjå vedlegg 7. Delavtalane er like mellom Helse Førde og dei 26 kommunane i Sogn og Fjordane. Avtalane seier mellom anna at kommunane skal utgreie behov og moglegheit for lokale akutthjelparordningar.

4.4 Sentrale føringar

Det er særleg to dokument som står sentralt kva gjeld faglege tilrådingar og føringar i dei prehospitale tenestene:

- St. melding nr. 43 (1999-2000) «Om akuttmedisinsk beredskap» (8) føreslo ei rettleiande responstid for ambulansetenesta ved akutte hendingar i grisgrendte strok til å nå 90 prosent innan 25 minutt. I tettbygde strok seier rettleiinga at ambulansetenesta skal nå 90 prosent innan 12 minutt. Etter definisjonen i meldinga er heile Sogn og Fjordane å rekne som grisgrendt strøk. Denne rettleiande føringa er ikkje forskriftsfesta, men føringa har vore med som del av målsetnader sett av både styret i Helse Vest RHF og styret i Helse Førde HF. Då i form av styrevedtak der ein legg føring om å kome nærast mogeleg opp til det nasjonale målet for responstid.

- NOU 2015: 17 «Først og fremst» (9) føreslo eit tilsvarande rettleiande reisetidskrav der 90 prosent av befolkninga i legevaktsdistriktet skal ha maksimalt 40 minutt reisetid til næraste legevaktstasjon. Vidare tilrår meldinga at 95 prosent av befolkninga maksimalt skal ha 60 minutt reisetid til næraste legevaktstasjon . Heller ikkje desse nasjonale måla er forskriftsfesta.

4.5 Praktisk grensegang mellom helseføretak og kommunar

I eit fylke som Sogn og Fjordane vil rettleiande responstidskrav og reisetidskrav vere vanskelege eller urealistiske å oppfylle fullt ut, både for kommunar og helseføretak. Samstundes har både kommunane og helseføretaka lov- og forskriftsfesta plikt til å rykke ut ved ved akutte hendingar. Kommunane med legevaktstenesta og helseføretaka med ambulanse. Denne prosjektrapporten tek sikte på å få fakta på bordet og peike på både utfordringar og styrkar. Målet for fase 1 i prosjekt

Prehospital plan er slik å leggje grunnlag for at kommunane og Helse Førde HF i fellesskap kan løyse det ingen av partane aleine er i stand til.

UTKAST

5. Om krav til bemanning, arbeidstidsordningar, stasjonstilhøve og kompetanse i ambulansetenesta

Dette kapittelet omhandlar arbeidstidsordningar og vaktmodellar, og presenterer ei oversikt over dei arbeidstidsordningane som føreligg i ambulansetenesta Helse Førde i dag.

Deretter ser vi på kva kompetansekrav som gjeld i tenesta og status på dette punktet.

5.1. Arbeidstidsordningar og vaktplanar

Arbeidstidsordningane i ambulansetenesta skil seg frå vaktordningar elles i helsevesenet. I Helse Førde har ein døgnavakter på døgnbilar og dagvakter på dagbilar. Ofte arbeider dei tilsette to til tre samanhengande døgnavakter med tilsvarande kompenserande fridagar i arbeidsplanane sine.

Det er forskriftsfesta krav til to personar per ambulanseressurs, så dette er minimumsbemanning for ein ambulanse. Andre faktorar er med å bestemme kor mange årsverk ein treng for å drifte ein ambulansestasjon:

- Tal ambulansar på døgns- og dagbasis ved stasjonen
- Vaktoppsettet med innslag av aktiv og passiv tid per for kvar ambulanse (avheng særleg av aktiviteten ved stasjonen)
- Oppdekking av planlagd fråvær ved feriar, kurs og anna opplæring slik at vaktplanen ikkje har vakans (udekka hol i turnusen)
- Vaktmodell (heimevakt eller kasernert vakt)

5.1.1. Vaktmodellar

Arbeidstidsordningane i ambulansetenesta er delt i to hovudtypar: *heimevakt* og *kasernert vakt* (tilstadevakt).

5.1.1.1. Heimevakt

Akuttmedisinforskrifta § 11 (7) seier følgande:

«Ambulansebiler som utfører oppgaver etter denne forskriften skal være bemannet med tilstede vakt. Unntak kan gjøres der det er et lavt antall akuttoppdrag per år og ambulansen kan være bemannet innen forsvarlig tid etter varsling».

På heimevakt kan personellet ferdest fritt innanfor definert oppmøtetid som er maksimalt 10 minutt ved akuttoppdrag. Personell oppheld seg heime på kveld, natt og helg og får betalt for kvar fjerde time (1:4). Utrykking ved heimevakt godtgjerast som overtid. På dagtid i vekedagar og nokre timar på helg, har personellet aktiv teneste på stasjonen.

Summen av timar aktiv vakt og omrekna heimevakt gjev timetalet i arbeidsplanen. Dei tilsette har 35,5t/arbeidsveke.

Ein døgnambulans med heimevaktordning krev ei bemanning på minimum 4-5,5 årsverk, i tillegg vikarar for ferie og anna fråvær. Tilsette har oftast jobba annakvar helg.

Ein har fleire utfordringar med heimevakt:

- få tilsette ved stasjonen, og dermed også få med lokal bustadadresse. Dette gjer det lite attraktivt å ta ekstravakter.
- Heimevakt inneber brot på arbeidsmiljølova (AML) då ordninga planlegg med overtidbruk ved oppdrag på kveld, natt og helg.
- Døgnvakter krev avtalar med arbeidstakarorganisasjonane om å gå utanom arbeidsmiljølova (AML).
- Vanskelegare å rekruttere stabilt over tid.

5.1.1.2. Kasernert vakt (tilstadevakt)

Kasernert vakt er den vanlegaste vaktordninga i ambulansetenesta i Helse Førde, og er også ut frå forskrifta den vaktmodellen som i hovudsak skal nyttast. Vaktpersonellet er då på stasjonen i heile vaktperioden. Eit typisk vaktdøgn er omlag 17 timar. Vakta har aktiv tid kl. 08.00-21.00 og passiv vakt kl. 21.00-08.00. Kasernevakt gjev kortare aktiveringstid og dermed kortare utrykkingstid gjennom døgnet. Utrykking på passiv tid gjev utrykkingstillegg som tilsvarende kostnaden til 50 prosent overtid. Likevel tel ikkje utrykkingstillegg som overtid etter arbeidstidsreglane, og ein unngår AML-brot. Dei tilsette har 33,6 timars arbeidsveke.

Ein døgnambulansse med kasernevakt krev ei bemanning på sju årsverk, i tillegg vikarar i ferie og anna fråvær. Tilsette jobbar tredje kvar helg, og arbeider i snitt åtte døgn i månaden i heil stilling.

5.1.2. Krav til avtalar med arbeidstakarorganisasjonane

Arbeidsmiljølova regulerer arbeidstid og arbeidsplanar. AML §10-12, fjerde ledd, krev avtale med arbeidstakarorganisasjonane dersom ein skal planlegge drifta utanom ordinære arbeidstidsreglar. Drift med døgnvakter (både som tilstadevakt på stasjon og heimevakt) krev slike avtalar med arbeidstakarorganisasjonane.

For arbeidsgjevar gjev slike avtalar ein fleksibilitet som passar betre i drifta og organiseringa av ambulansetenesta, men gjev også arbeidstakarorganisasjonane stort rom for å kunne påverke prosessen. Merk at arbeidsgjevar og vernetenesta har vernereglar som trer i kraft ved høg arbeidsbelastning i ein vaktperiode. Desse gjeld også ved avtale om døgnvakter.

Alternativet til avtalar om døgnvakter er arbeidstidsordningar etter ordinære reglar i AML. Dette er krevjande å praktisere for arbeidsgjevar, og inneber ugunstige arbeidsplanar for tilsette med aktive vakter, tre skift i døgnet og vesentleg hyppigare oppmøte.

Om ambulansetenesta rekna all arbeidstid som aktiv tid heile døgnet (tilsvarande ein sengepost som delar døgnet i dag-, sein- og nattevakt), ville det krevje elleve årsverk å ha to tilsette på ein døgnambulansse 24/7. I større byar gjer ein dette, då anten med åtte timars vakter eller tolv timars vakter. Men her er oppdragsmengda langt større, og dei tilsette kan vere på oppdrag utan avbrot frå dei kjem på vakt til dei går av. I Helse Førde har vi ingen stasjonar med slik vaktordning.

5.1.3. Status for vaktordningar i ambulansetenesta

Helse Førde HF tok over drifta av ambulansetenesta i 2005, og har hatt kontinuerleg auke i årsverk fram til 2018. Ei årsak er mange nye årsverk på grunn av overgang frå heimevakt til kasernevakt ved mange stasjonar. Tabell 5.1. viser vaktordningane ved dei ulike ambulansestasjonane i Helse Førde per mars 2018.

Vaktmodell	Ambulansestasjonar
Døgnbilar med kasernevakt	Vågsøy, Eid, Stryn, Høyanger, Sogndal, Luster, Fjaler, Førde, Florø, Svelgen, Vik
Døgnbil med kasernevakt i veka og heimevakt i helg	Gloppen, Årdal og Lærdal
Heimevakt alle dagar	Selje, Ytre Bremanger, Lavik
Dagbil med innslag av heimevakt	Vågsøy, Eid
Dagbil med innslag av vakt på vaktrom	Vågsøy, Høyanger

Tabell 5.1: Vaktmodellar ved dei ulike ambulansestasjonane i Helse Førde.

Dersom tenesta skal oppretthalde dagens struktur med omsyn til tal stasjonar og dagbilar/døgnbilar, og avvikle resterande heimevaksordning, vil det samla krevje om lag 15 årsverk til.

5.1.4. Aktiv versus passiv vakt

Beredskapsnivået i tenesta avheng av kor mange bemanna døgnambulansar og dagambulansar føretaket kan stille. Summen av aktive versus passive timar avgjer kor mange årsverk ein treng for å bemanne kvar ambulanse, og avgjer dermed også kostnadsbiletet.

5.1.5. Signal frå Helse Vest

Helse Vest RHF har i regional plan frå 2008 gjev desse føringane for vaktmodellar og konsekvensar for responstid:

- Ambulansar med tilstadevakt kan ha eit større dekningsområde innanfor same responstid samanlikna med ressursar med heimevakt.

- Helseføretaket skal organisere og drive ambulansetenesta slik at ein best mogeleg sikrar ambulanseressursane eit aktivitetsnivå som gjev grunnlag for tilstadesvakt.
- Det må dokumenterast korleis ulike bemanningsmodellar påverkar responstida.
- Om eit helseføretak vurderer heimevakt, må dette vurderast opp mot unntaka for tilstadevakt.

5.1.6. Nye mogelegheiter og pågåande prøveprosjekt i bemanning

5.1.6.1. Kalenderplan

Ved fleire stasjonar har ein gått over til kalenderplan, og erfaringane er gode både sett frå arbeidsgjevarsida og tilsettsida. Med bemanningsplan over 52 veker og høgare grunnbemanning (fleire faste stillingar og større stillingsbrøkar) får tenesta betre rom for å planlegge fråver som feriar, permisjonar, kurs, øvingar, osb. Ein kan då redusere overtid og ekstravakter, og ein kan tilby vikarar større grad av langsiktigheit. Ein erfarer også at det er lettare å sikre ei bemanning som stettar gjeldande kompetansekrav.

5.1.6.2. Standby-crew

På kort varsel er det vanskeleg å skaffe vikar utan bruk av overtid. Sjukefråvær blir ofte meldt same morgon som ein tilsett skulle gått på døgnvakt. Ambulansetenesta ynskjer å redusere kostnader til overtid og ekstravakter. I samband med fase 1 i prosjektet prøver difor ambulansetenesta ut ei ordning der ein kvar dag har ein (1) tilsett som går på toppen av ordinær bemanning, eit såkalla «standby-crew». Denne personen skal dekkje opp for uføresett fråvær på ein ambulanse med akutt bemanningsbehov. Målet er å redusere samla lønskostnader og AML-brot.

Ein har gjennomført kartlegging av sjukefråværet og vurdert korleis redusere overtid. Tiltaket framstår som eit potensielt innsparingstiltak. Ein tilsett går på toppen av 14 ambulansar og 28 personar. Det er då påreknleg med uføresett fråvær nær kvart døgn. Personellet får oppmøtestad i Førde og skal dekke ledige vakter i Førde, Florø, Svelgen, Fjaler, Høyanger, Lavik, Sogndal og Gloppen.

5.1.6.3. Vikarpool

Ambulansetenesta prøver no ut sitt eige vikarsenter med autoriserte ambulansarbeidarar. Alle vikarar vil organiserast i ein felles vikarpool i prøveperioden, og dei ulike ambulanseområda skal få nytte vikarressursane fleksibelt og på tvers ved å melde inn behova til vikarsenteret. Målet er å kunne engasjere vikarar på lengre kontrakter, nytte vikartilgangen godt og motivere vikarar til å ta ledige vakter på fleire stasjonar ved å sy saman greie «pakkar» av vakter.

5.1.6.4. AMK-personale som følgjepersonell på dagbil Førde vekedagar

Eitt av kirurgisk klinikk og avdeling for akuttmedisin sine kostnadsreducerande tiltak i 2018 er å nytte AMK-personale til å avhjelpe hol i turnus på dagambulanse tilhøyrande Førde. Gjennom ein prøveperiode i 2018 bidreg personale i AMK (ambulansarbeidarar og sjukepleiarar) som nr. 2 på ein dagambulanse som typisk nyttast til pasienttransportar mellom sjukehusa. Ordninga skal evaluerast mot prøveperioden sin slutt.

5.2. Stasjonstilhøve

Krava til stasjonsfasilitetar har endra seg vesentleg sidan Helse Førde tok over ambulansetenesta. I 2011 gjennomførte Arbeidstilsynet eit nasjonalt tilsyn med ambulansetenestene, mellom anna med fokus på stasjonsfasilitetar.

I etterkant av tilsynskampanjen har Helse Førde gjort tiltak ved ei rekkje av stasjonane. Det står framleis att stasjonar som ikkje oppfyller krav frå Arbeidstilsynet eller driv på dispensasjonar. For nokre pågår det no byggeprosessar. For andre har ein ikkje starta, både p.g.a. investeringskostnadane men også fordi ein avventar endeleg avklaring i høve framtidig struktur i etterkant av fase 2 av dette prosjektet. Sjå vedlegg 9 for statusrapport stasjonstilhøve.

5.3. Kompetanse

5.3.1. Forskriftskrava for kompetanse

Akuttmedisinforakrifa §11 (7) seier følgande om kompetansekrav for ambulansenesta:

«Ambulansebiler som yter ambulansetjenester skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansarbeider. Der det er bare én ambulansarbeider, må den andre personen ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig ambulansefaglig kompetanse. Begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

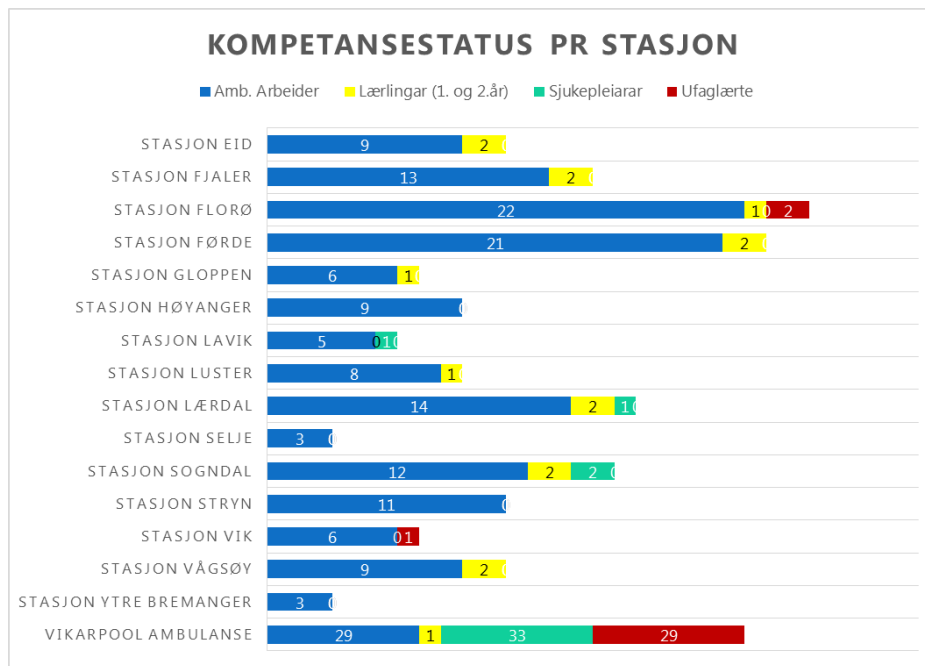
For vikariater av inntil to måneders varighet kan det gjøres unntak fra kravet i første ledd om at begge personene på ambulansen må ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy, dersom det ikke er mulig å skaffe personell som oppfyller disse kravene».

Akuttmedisinforakrifa frå 2015 innebar ei skjerping i høve kompetansekrav for ambulansenesta, men ga også ei overgangsordning slik at helsetenesta skulle få nødvendig tid til å løfte kompetansenivået. Overgangsordninga var i første omgang gjeldande i tre år, dvs. fram til våren 2018. Nyleg har ein motteke signal (frå Helsedirektoratet) om at ordninga kjem til å bli forlenga med ytterlegare tre år, dvs. til 2021.

5.3.2. Status for kompetanse i ambulansenesta Helse Førde

Dei tilsette i ambulansenesta i Helse Førde har jamt over eit godt kompetansenivå, der fast tilsette med få unntak stettar kompetansekrava i akuttmedisinforakrifa.

I tenesta arbeider autoriserte ambulansarbeidarar, sjukepleiarar, ulike typar lærlingar og paramedics (ambulansarbeidarar og sjukepleiarar med tilleggstudanning). Sjukepleiarstudentar og legestudentar kan no, ut frå den sannsynleg forlenga overgangsperioden, også vere korttidsvikarar (etter kursing) til dømes i sommarferieavviklinga nokre år til.



Figur 5.1: Status kompetanse i ambulansetenesta per 01.03.18. Formalkompetanse per stasjon øverst. Fast tilsette med vidareutdanning som anten sjukepleiar eller paramedic nederst. Data frå ambulansetenesta.

Ambulansetenesta i Helse Førde har to sertifiseringsnivå for operativt personell, trinn 1 og trinn 2. Formelle kvalifikasjonar med autorisasjon som ambulansesarbeidar eller sjukepleiar dannar grunnlaget for det store fleiratalet, men i tillegg køyrer tenesta kvalitetssikring og utsjekk på desse to nivåa. Trinn 1 skal sikre at tilsette stettar minstekrava i forskrift, og trinn 2 skal sikre at autoriserte ambulansesarbeidarar og sjukepleiarar mellom anna kan handtere medisinar og avanserte behandlingstiltak etter definerte behandlingsprotokollar.

Tenesta har eigen kompetanseplan. Noverande plan gjeld for 2018-2021 og inneheld oppsett for intern utdanning og regelmessige utsjekkar. Her framgår gjeldande krav om kursrevisjonar for fast tilsett ambulansesarbeidarar, men også krav til læreløpet og vikarkompetanse. Planen skisserer vidare tiltak og oppfølging ved teikn på kompetansemanglar for tilsette.

Kompetanse	Amb.arb	Amb.ass	Fagutviklar	Lærling	Instruktør	Administrasjon
Aut. amb.arbeidar	Skal		Bør		Bør	
Aut. helsepersonell	Skal	Bør	Skal		Skal	
C1	Skal	Skal	Bør		Skal	Bør
K160	Skal	Skal	Bør		Skal	Bør
AMLS	Skal		Skal	Bør	Skal	
PHTLS	Skal		Skal	Bør	Skal	
Nødnett	Skal	Skal	Skal	Skal	Skal	Skal
Leder ambulanse	Skal		Skal			Bør
Trinn 1	Skal	Skal	Skal	Skal		
Trinn 2	Skal		Skal		Skal	
Leiarkompetanse						Skal
Spesialkurs /e-læring	Skal	Skal	Skal	Skal	Skal	Bør
Rettleiingskompetanse					Skal	

Tabell 5.2: Oversikt over kurs og sertifiseringspakkar som tilsette får i sine kompetanseplanar.

Tenesta har god oversikt over kompetansen til dei tilsette. Status for kompetanse, eigentrening og sertifisering vert dokumentert ved hjelp av elektroniske system.

5.3.3. Ambulanseoppdrag per tilsett i 2017

Eit spørsmål som hyppig kjem opp til diskusjon, er i kva grad dei tilsette får tilstrekkeleg mengdetrening og variasjon.

Uttrekk av aktiviteten per stasjon for 2017 viser eit gjennomsnitt av ambulanseoppdrag per tilsett fordelt på hastegrader. Oversikta viser at tilsette ved ulike stasjonar har ulikt oppdragsvolum. Med dagens vaktordningar kjem tilsette ved heimevaktstasjonar godt ut i høve oppdragsvolum. Grovt rekna vil tilsette vere sjåfør i ein halvdel og ta seg av pasient under transport i den andre halvdel av oppdraga.

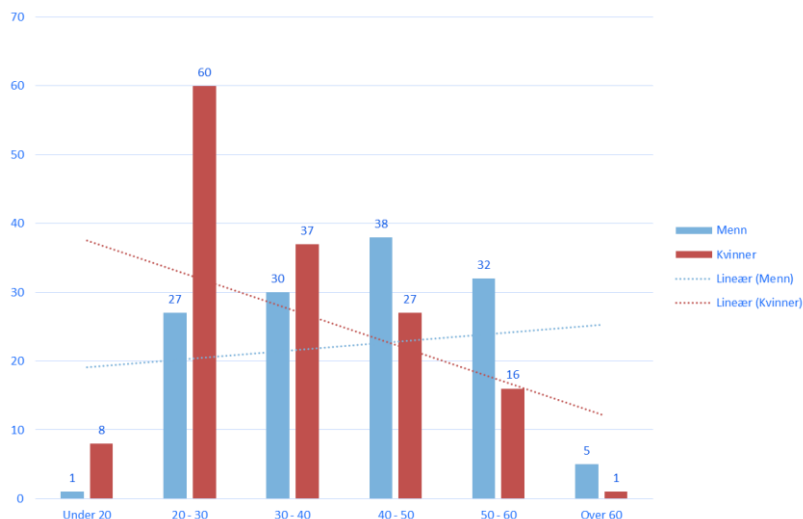
Snitt tal oppdrag per tilsett per stasjon per hastegrad 2017				
Stasjon	Akutt	Haster	Vanlig	Alle oppdrag
	Tal	Tal	Tal	Tal
Stasjon Eid	34	82	88	204
Stasjon Fjaler	25	57	40	122
Stasjon Florø	35	67	38	140
Stasjon Førde	39	76	67	183
Stasjon Gloppen	35	78	32	145
Stasjon Høyanger	24	44	43	111
Stasjon Lavik	23	57	44	124
Stasjon Luster	21	57	49	128
Stasjon Lærdal	33	58	55	146
Stasjon Selje	41	102	52	195
Stasjon Sogndal	37	77	40	154
Stasjon Stryn	38	76	49	163
Stasjon Vik	36	73	48	157
Stasjon Vågsøy	30	67	47	144
Stasjon Ytre Bremanger	33	76	45	154
Vikarpool ambulanse	24	45	36	104
Samla for tenesta	31	63	47	141

Tabell 5.3.: Gjennomsnittleg tal ambulansetoppdrag per tilsett per hastegrad og samla. Data frå ambulansetenesta i 2017.

5.4. Rekruttering og stabilitet

Vi har fokus på rekruttering og stabilitet i tenesta. Tenesta treng kvalifisert personell som stettar myndigheitskrav og som kan bemanne ambulanseressursane. Skjerpa myndigheitskrav krev både helseautorisasjon og førarkortkompetanse klasse B, C1 og utrykkingsførfarbevis (K160).

Det er no flest kvinner som skaffar seg kvalifikasjonar tilsvarande forskriftskrava. Frå å ha vore eit tradisjonelt mannsdominert yrke, er situasjonen snudd, sjå figur 5.2. Flest jenter tek VG 2 Ambulansefag, og det er dette som kvalifiserer til læreplass. Tilsvarande er det også flest kvinner som kjem inn i tenesta via sjukepleiefaget. Ambulansetenesta ønskjer balansert kjønnsamansetting, både med tanke på gode arbeidsmiljø, men også fordi ein trur dette er fornuftig ved gjennomføring av ambulansetoppdrag. Ein vil framover satse på rekruttering ved å oppsøkje skulane og motivere både unge kvinner, men ikkje minst unge menn, til å velje ei helseretta utdanning.



Figur 5.2.: Oversikt over alder og kjønnsfordeling i tenesta i 2017. Data frå ambulansetenesta.

5.5. Oppsummering og vurderingar

Heimevaktordning er ein krevjande modell å drifte i ambulansetenesta. Utviklinga i Helse Førde har vore at stadig fleire ambulansestasjonar får kasernert vakt. Og også elles i landet blir heimevaktsordningar fasa ut.

Både tilsetteorganisasjonar og ambulanseleinga ønskjer ei utvikling mot kasernering, fordi arbeidstidsordningane er meir attraktive, det er lettare å rekruttere stabilt og fordi responstida ved akuttoppdrag jamt over er betre.

Utfordringa er at tilstadevakt på vaktrom krev auka bemanning, og kostnadene stig monaleg for kvar stasjon der ordninga blir innført. Auka bemanning medfører færre oppdrag per tilsett. Dersom Helse Førde prioriterer å avvike heimevaktsordningar også på dei ambulansestasjonane med lågast aktivitet, må budsjettdekning anten takast frå andre delar av spesialisthelsetenesta (ved reduksjonar i sjukehusavdelingane sine budsjett), eller så må ambulansetenesta sjølv finne budsjettmidlar ved andre kostnadskutt. Dei økonomiske realitetane kjem ein attende til i kapittel 12.

For å rekruttere og stabilisere medarbeidarar framover, må tenesta vere ein attraktiv arbeidsplass. I dette legg prosjektgruppa mellom anna:

- Attraktive arbeidstidsordningar – vaktlengde m.m.
- Fagleg attraktivt og med tilstrekkeleg oppdragsmengde
- Utviklingsmoglegheiter i form av etterutdanning, vidareutdanning
- Godt fysisk arbeidsmiljø med bra stasjonsfasilitetar og ambulansebilpark i god stand.

Evalueringer av pågåande prosjekt må takast med vidare i planlegging og drift av tenesta, både med omsyn til medarbeidartilfredsheit men også med tanke på å redusere kostnader.

Arbeidsplanar bør utarbeidast på grunnlag av aktivitet og belastning ved den aktuelle stasjonen. I dette må vi også vurdere om beredskapen skal planleggast ut frå sesongvariasjonar eller differensierast på anna måte.

Jobbrotasjon mellom stasjonar med hhv. høg og låg aktivitet kan nyttast både av omsyn til rekruttering, men ikkje minst for at ambulansetilsette ved stasjonar med låg aktivitet skal få tilstrekkeleg erfaringsgrunnlag.

UTKAST

6. Skildring av dagens prehospitala teneste i Helse Førde

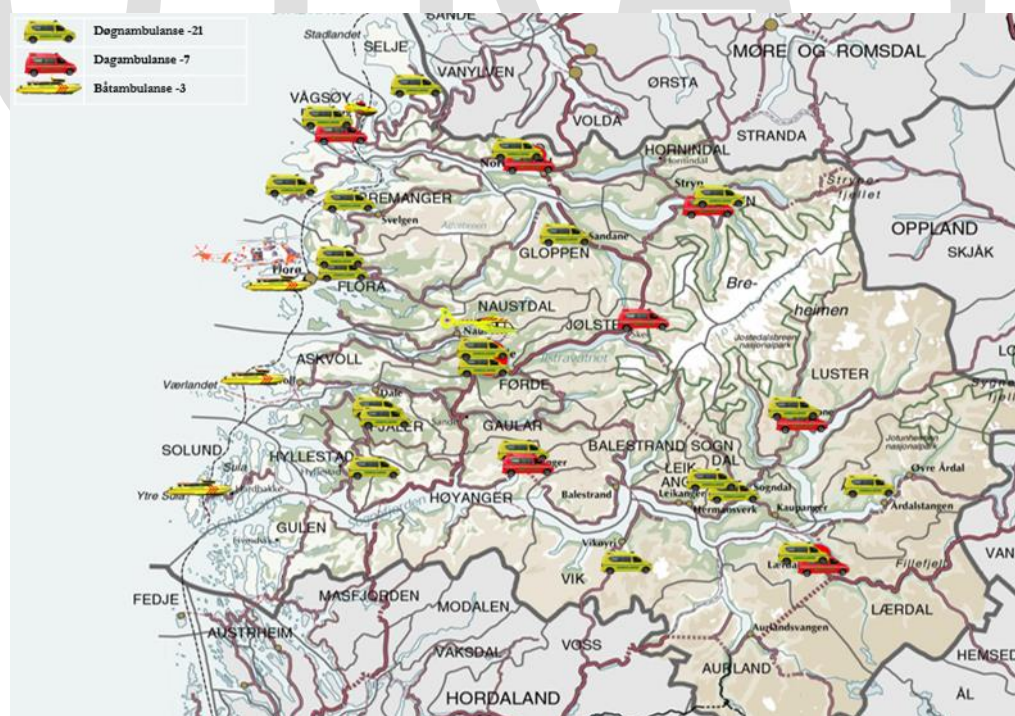
Dei prehospitala tenestene i Helse Førde omfattar bilambulansar, båtambulansar, AMK-sentral, luftambulanse og redningshelikopter. Dette kapittelet skildrar lokalisering og dimensjonering av tenestene og nokre av endringane som er gjort dei seinare åra. Her skildrar vi også aktivitetstal for dei ulike delane av tenesta.

6.1. Bilambulanse

6.1.1 Stasjonar, døgnambulansar og dagambulansar

Ambulansetenesta i Helse Førde har 18 stasjonar, der 17 av dei har døgnberedskap.

- **Nordfjord:** Vågsøy, Selje, Eid, Stryn og Gloppen
- **Sunnfjord:** Førde, Florø, Svelgen og Ytre Bremanger, Solund - båt
- **Sogn:** Årdal, Lærdal, Luster, Sogndal, Vik
- **Ytre Sunnfjord:** Høyanger, Lavik, Fjaler



Figur 6.1.: Kart over ambulanseressursane i Helse Førde. Døgnbilar er gule, og dagbilar er røde. Luftambulanse er teikna inn i Førde og redningshelikopter i Florø. Ambulansébåtar er lokalisert i Solund, Askvoll og Flora. Skei i Jølster har dagbil mån-fredag, ein ressurs som reiser ut frå Førde ambulansestasjon.

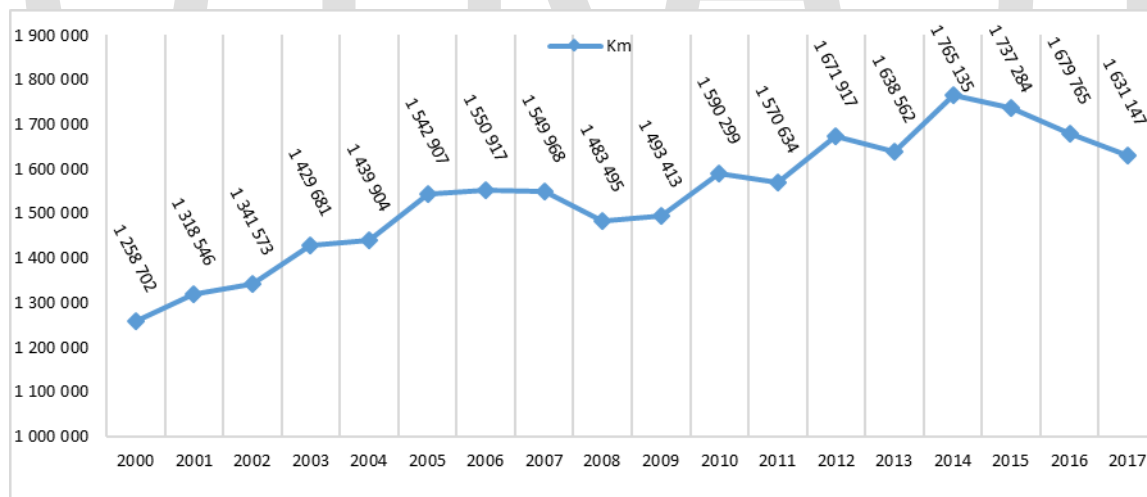
Ved sju stasjonar er det dagbilar: Stryn, Vågsøy, Eid, Førde, Høyanger, Lærdal og Skei. Desse er i drift måndag – fredag, med unntak av Eid og Stryn som og har dagbil i helg. Dagbilane ved sjukehusa (Lærdal, Eid og Førde) er to-bårebilar, som kan transportere to bårpasientar samstundes.

AMK-sentralen koordinerer ambulanseressursane og fordeler oppdraga ut frå vurdering etter hastegrad, leveringsstad, tilgjengelege ressursar osv. Den totale kapasiteten er litt mindre enkelte dagar i året, til dømes ved ferie, fridagar og kurs.

6.1.2. Aktivitetsstatistikk

6.1.2.1. Utvikling 2000-2018

Bilambulansetenesta har gradvis hatt auke i aktivitet, sjå figur 6.2. Større sprang i auken har si årsak i endra funksjonsfordeling mellom sjukehusa i Helse Førde, og etablering av interkommunale legevakter. Innføring av tobårebilar har verka motsett veg. I 2016 og 2017 har nedgangen samanheng med at Gulen ambulansestasjon vart overført til Helse Bergen.



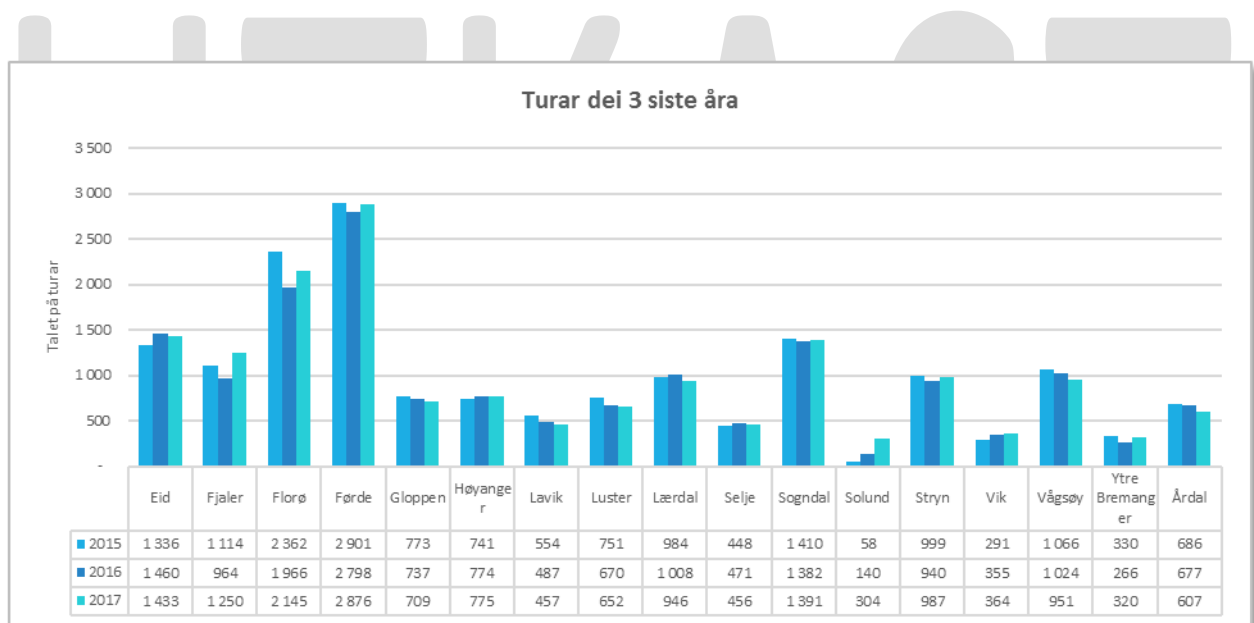
Figur 6.2. Utviklinga frå 2000-2017 i høve tal køyrde kilometer i ambulansetenesta i Helse Førde. Data frå ambulansetenesta.

Ambulansetenesta si verksemdrapportering kan hente ut aktivitet tal for tenesta samla, stasjonsvis og ned på den enkelte ambulanseressurs. Oppdraga registrerast med oppdragstype, start- og stopptidspunkt, hentestad og leveringsstad for pasienten, tal

kilometer og type oppdrag (raude, gule og grønne ambulansetoppdrag samt bestilte transportar).

6.1.2.2. Aktivitet ved ulike ambulansestasjoner

Aktiviteten kan svinge noko frå periode til periode, men mange stasjonar har jamn aktivitet frå år til år, sjå figur 6.3 nedanfor. Viktigaste faktor for ambulansetoppdrag pr. stasjon er folketal og alderssamansetnad, men også andre faktorar som forbruk av ulike helsetenester, i kva grad ein nyttar ambulanse vs. anna pasienttransport (som t.d. drosjer), avstand til sjukehus og legevakt. Stasjonane lokalisert ved sjukehus har mykje sekundæroppdrag. Til ein viss grad gjeld dette og for stasjonar som ligg på transportaksar mellom sjukehus.

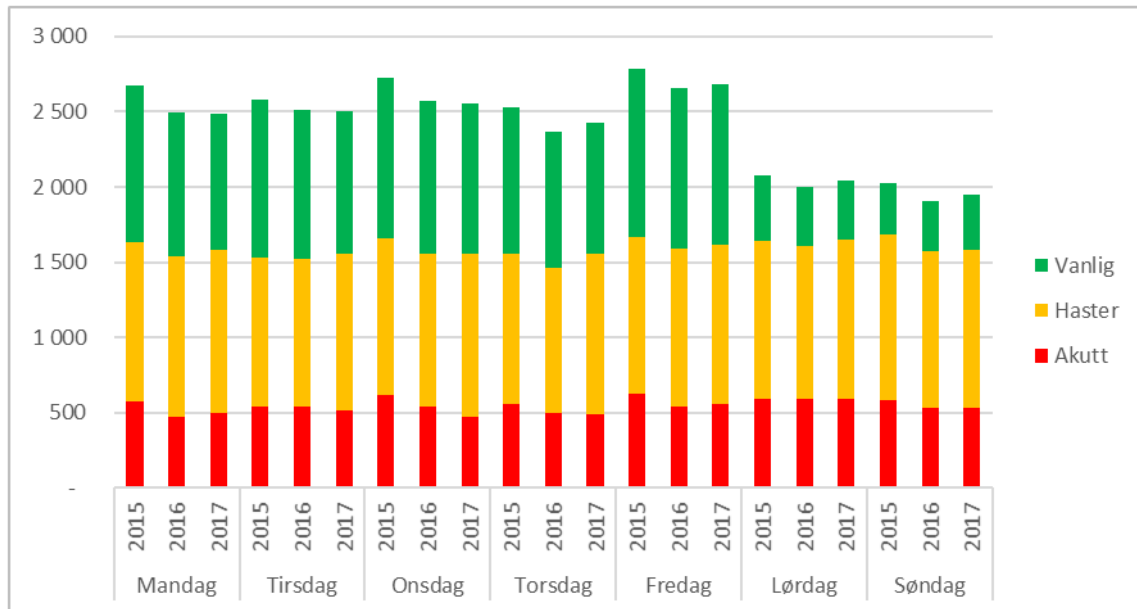


Figur 6.3: Stasjonsvis oversikt over oppdrag i perioden 2015-2017. Data frå ambulansetjenesta. Fjaler og Askvoll vart slegne saman i 2017. Tala i 2015 og 2016 syner begge stasjonane.

Eit gjennomsnittleg ambulansetoppdrag i Helse Førde er på 100 km og tek 2,9 timar å gjennomføre. Tal køyrde oppdrag speglar ikkje alltid tal køyrde kilometer. Stasjonane ved sjukehusa har mange overflyttingstransportar mellom sjukehus, og køyrer difor høvesvis mange kilometer. Det same gjeld stasjonar med lang veg til sjukehus og/eller legevakt som Ytre Bremanger, Luster og Vik ambulansetasjon. Dei tre har alle oppdrag som i snitt er på over 130 km og tek 3,3 -3,7 timar å gjennomføre.

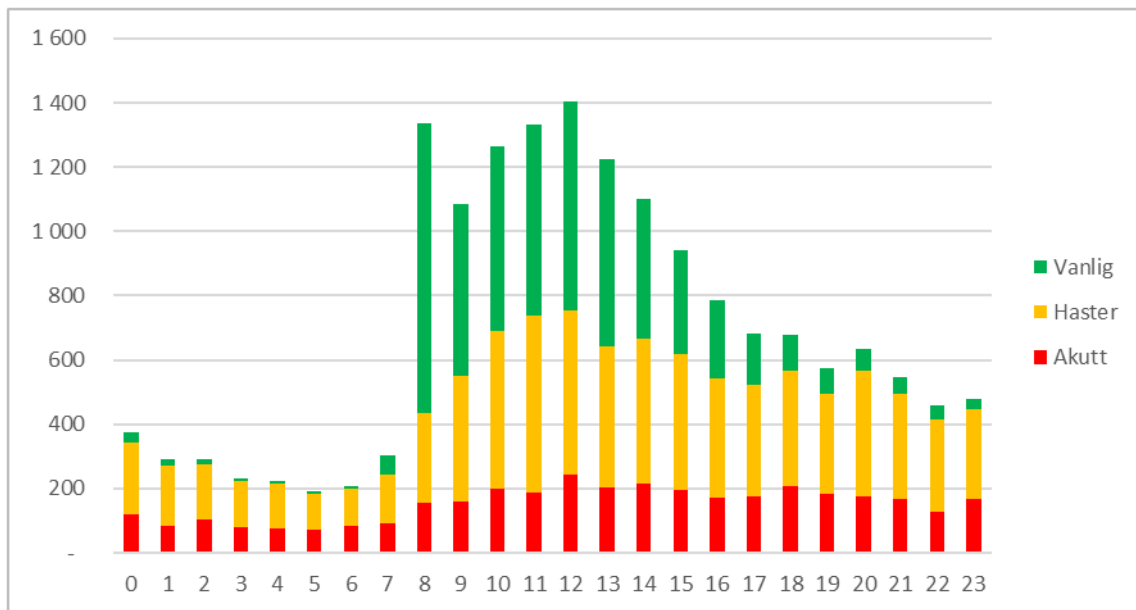
6.1.2.3. Fordeling av ambulanseoppdrag over vekedagar, over døgnet og gjennom året.

Ambulansetenesta har høgast aktivitet på vekedagar, jamfør figur 6.4. Då føregår dei fleste transportoppdraga; planlagde transportar til og frå poliklinikkar, legekontor, transportar ut frå sjukehus og mellom sjukehus.



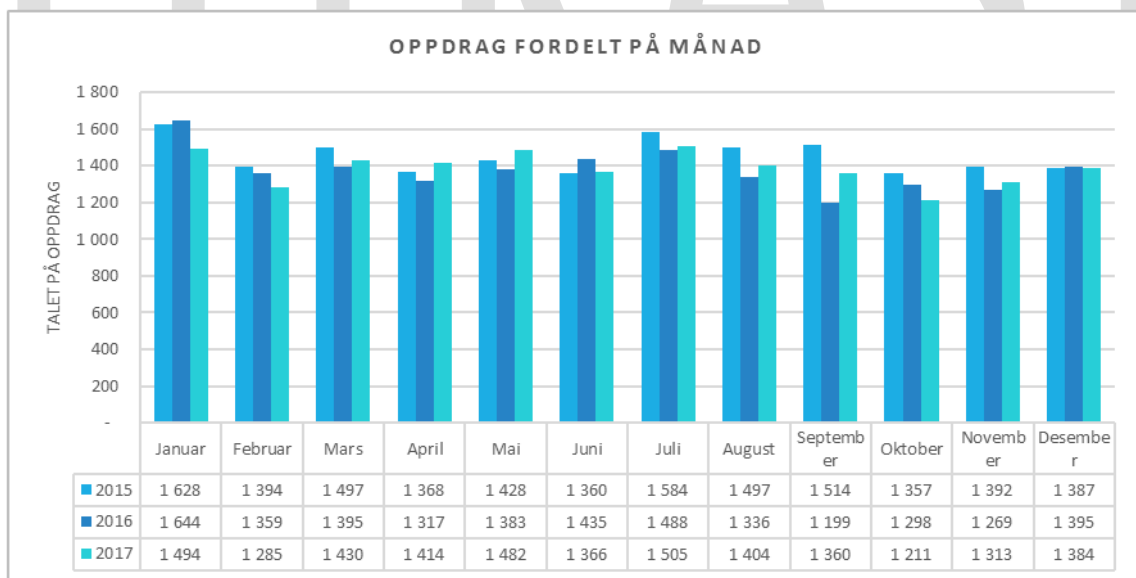
Figur 6.4.: Ambulanseoppdrag delt etter hastegrad i åra 2015-2017 per vekedag. Akuttoppdrag (raude) og hasteoppdrag (gule) er nokolunde likt fordelt, men ein har langt fleire bestilte turar i vekedagane. Ambulansetenesta har ein eit stabilt mønster med høgast aktivitet fredagar og lågast aktivitet laurdag og søndag.

Dei grøne turane startar nesten berre på dagtid. Også hasteoppdrag førekjem oftare på dag og kveld, truleg relatert til at fleire pasientar då tek kontakt med legekontor og legevakt, Akuttoppdrag fordelar seg meir jamt gjennom døgnet.



Figur 6.5.: Tal ambulanseoppdrag fordelt etter hastegrad og plassert på det tidspunktet på døgnet som oppdraga starta. Gjeld perioden 2017. Data frå ambulansetenesta.

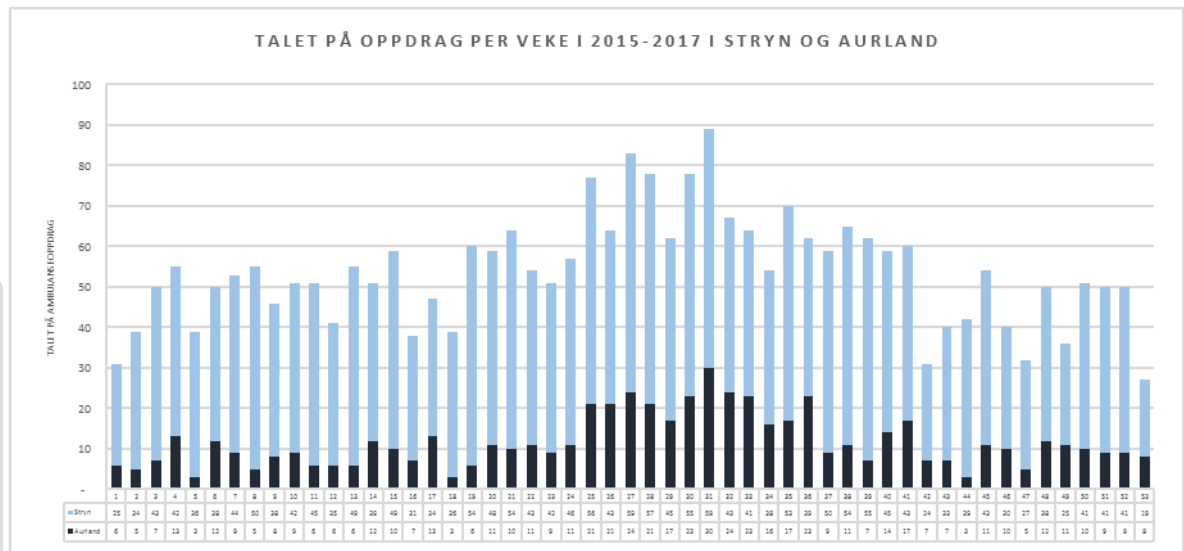
Aktiviteten gjennom året er litt ulik måned for måned, og varierer også for same måned frå år til år, som vist i figur 6.6. Dei siste tre åra er det lågaste tal oppdrag i ein måned 1211 (oktober 2017) og det høgaste 1644 (januar 2016).



Figur 6.6.: Sesongvariasjon for ambulansetenesta samla dei tre siste åra. Oppdragsaktivitet fordelt etter måned viser noko variasjon, men i snitt høgast aktivitet i januar og juli. Data frå ambulansetenesta.

6.1.2.4. Særskilt om sesongvariasjon for ambulanseoppdrag i turistkommunar

Eit relevant spørsmål i vårt fylke er i kva grad behovet for ambulansetenester aukar i dei periodane av året vi har mest turistar. Prosjektet har teke ut tal for turistkommunane Aurland og Stryn for å vurdere dette. Figur 6.7 syner at det er litt fleire oppdrag om sommaren i dei to kommunane.



Figur 6.7.: Tal ambulanseoppdrag i Stryn og Aurland kommunar i snitt per veke dei tre siste åra (2015-2017). Data frå ambulansetenesta.

Tala for 2017 åleine viser at Aurland hadde flest oppdrag i veke 26 (juni) med 11 oppdrag, som utgjør 1,57 oppdrag/døgn. Stryn hadde flest oppdrag i veke 19 og 20 (mai) og 37 (september) med 26, 26 og 27 oppdrag. Dette gjev om lag 1,86 oppdrag/ressurs/døgn.

Generelt ser ein at sjølv om befolkninga i nokre turistkommunar aukar mykje i turistsesongen, så aukar ikkje tal ambulanseoppdrag i same grad. Det kan ha samband med at turistane ikkje har behov for planlagde turar til og frå dei offentlege helsetenestene. Turistar treng ambulansetenester når det inntreffer meir uventa sjukdom og skadar.

6.1.2.5 Tid på oppdrag versus tid i beredskap for bilambulansane

Figur 6.8 viser belastning på kvar enkelt av ambulansabilane til Helse Førde. Kvart pågåande oppdrag over 365 dagane i 2017, er registrert på den timen/dei timane

oppdraget var. Dersom ein ambulansebil var ute på oppdrag alle dagar i året i ein aktuell time, så ville det stå 365 i tabellen.

Klokke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
711 Solund	0	0	1	0	0	0	0	0	6	13	15	14	17	18	19	18	16	15	10	4	3	5	5	1
712 Fjaler	8	21	20	15	17	15	12	18	49	74	89	112	126	139	135	123	123	99	89	73	68	54	40	22
713 Fjaler	10	15	19	22	19	15	18	22	36	72	104	125	150	156	148	141	117	90	77	66	58	39	27	13
714 Låvik	10	16	18	19	15	14	12	19	21	46	73	103	129	147	141	126	128	109	90	85	65	54	34	17
715 Høyanger	19	18	19	20	18	16	13	17	12	30	32	46	53	64	71	76	85	68	74	64	52	43	33	15
716 Høyanger	0	0	0	0	0	0	0	2	75	111	147	163	170	173	157	131	97	59	27	10	3	1	1	0
721 Vik	4	9	16	17	16	19	14	17	29	36	62	72	81	85	80	72	72	53	45	43	40	37	30	18
722 Lærdal	10	18	20	27	23	21	19	16	35	54	75	88	103	108	109	117	113	107	91	63	60	55	37	18
723 Lærdal	0	0	0	0	0	0	0	7	127	160	192	209	210	206	184	131	92	41	18	3	2	1	0	0
724 Årdal	15	23	33	31	31	28	27	28	46	68	97	117	127	119	115	113	102	92	85	80	80	74	62	38
731 Luster	13	12	20	24	29	32	30	29	47	64	79	85	108	113	120	114	90	77	66	51	38	23	18	18
732 Luster	0	0	0	0	0	0	1	1	10	80	96	107	111	97	79	47	22	6	3	0	0	0	0	0
733 Sogndal	20	26	42	38	41	38	33	36	52	79	102	128	136	149	148	144	130	110	102	84	79	62	36	22
734 Sogndal	12	27	32	33	33	35	28	23	59	84	106	117	145	153	148	146	131	113	108	85	82	72	48	24
741 Førde	37	29	37	36	37	46	43	44	83	97	139	151	174	189	180	163	133	115	105	104	103	75	76	54
742 Førde	35	44	46	42	40	28	32	32	71	107	112	135	145	160	156	136	133	117	102	87	86	71	61	47
743 Førde	2	3	3	2	2	2	2	8	238	270	307	350	337	319	315	264	148	42	8	2	0	0	0	0
751 Florø	25	23	22	29	34	32	31	26	78	92	131	157	169	155	123	113	95	88	83	87	91	91	64	36
752 Florø	25	37	41	36	31	28	28	39	51	76	108	131	144	141	145	131	121	96	77	65	70	74	66	37
753 Florø	12	20	19	21	21	18	15	33	56	75	93	105	104	93	81	67	60	58	64	59	48	28	13	13
754 Yre Bremanger	2	7	7	11	9	10	8	16	30	56	71	92	107	107	104	82	70	63	53	43	37	24	15	6
761 Gloppen	23	36	45	50	49	31	29	47	54	75	86	116	130	128	129	123	115	109	103	99	86	73	43	26
762 Stryn	23	27	36	26	29	37	31	31	34	49	67	79	95	110	119	118	112	108	109	101	89	87	64	32
763 Stryn	2	2	2	2	2	2	2	7	53	84	114	133	158	158	132	100	59	34	23	14	8	2	0	0
764 Eid	17	29	40	44	26	30	35	39	50	63	95	119	133	154	156	160	153	147	120	121	111	89	53	21
765 Eid	1	3	2	2	1	1	2	7	104	169	209	220	235	230	204	171	136	98	74	46	28	9	5	1
766 Vågsøy	14	26	29	29	27	19	24	24	39	43	65	88	96	106	101	107	98	79	74	64	73	68	45	26
767 Vågsøy	0	1	1	1	1	1	2	5	73	106	123	133	132	124	100	71	40	23	12	3	1	1	1	1
768 Selje	13	17	20	16	18	16	16	19	33	42	58	70	88	97	95	79	79	69	64	46	56	47	39	24

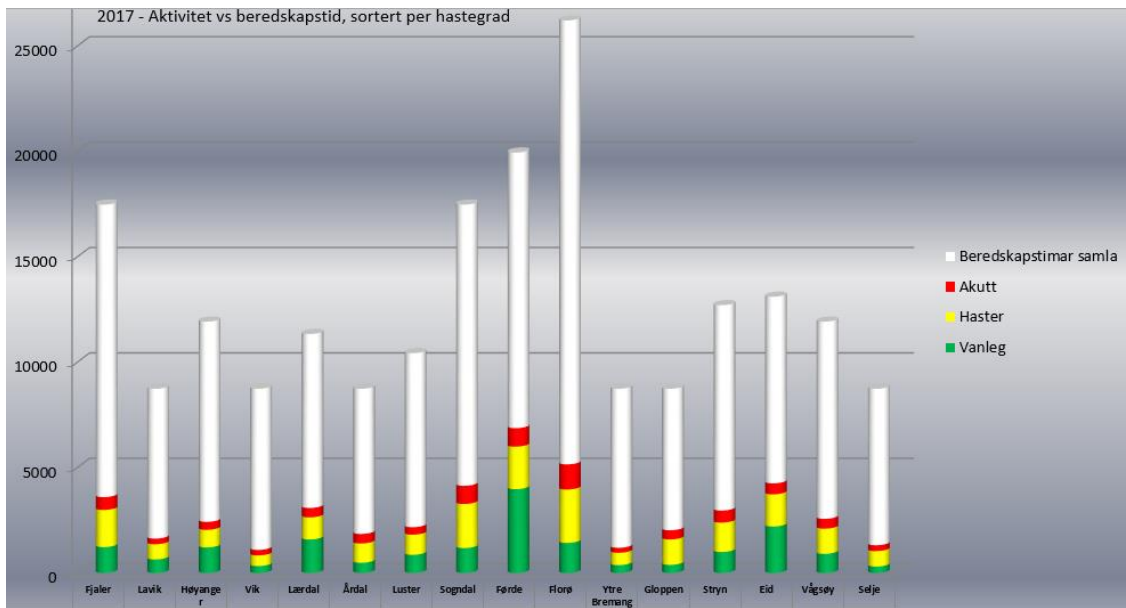
Figur 6.8.: Aktivitetsoversikt for 2017 for dei ulike ambulansane (døgn- og dagbilar). Tabellen viser aktivitet for kvar time på døgnet langs x-aksen, og kvar ambulans har si linje. Sjå teksten for forklaring. Data frå ambulansetenesta.

Høgaste talet i tabellen er 350 mellom klokka 11-12 for «743 Førde», dagambulansen i Førde. Det betyr at denne ambulanseressursen var i oppdrag 350 av 365 mogelege gongar mellom 11-12 gjennom 2017. Raudast farge er høgast aktivitet, grønst farge er lågast aktivitet. Tobårebilane som har kapasitet for to bårepasientar vil i situasjonar med to pasientar i bilen, telje to timar per klokke. Tilsvarende gjeld for dagbil i Lærdal og Eid.

Ein ser at dagambulansane i Lærdal og Eid også har mykje oppdrag på dagtid. For dei øvrige stasjonane med dagbil, vert denne ressursen ofte nytta som første ressurs ut føremiddag og dagtid. Dette for å avlaste personellet som skal ha døgnvakt.

Dagambulansar som anten er i oppdrag eller på stasjonen på dagtid, er ikkje i beredskap på kveld, og natt og då skal aktiviteten på nattetid vere null eller nær null. Årsaka til at talet ikkje alltid er null, er at ambulansen nyttast på kvelds- og nattetid ein gong i blant, til dømes på reservebiloppdrag, eller ved utvida beredskap ved uvær-situasjonar eller større arrangement der beredskapen er utvida.

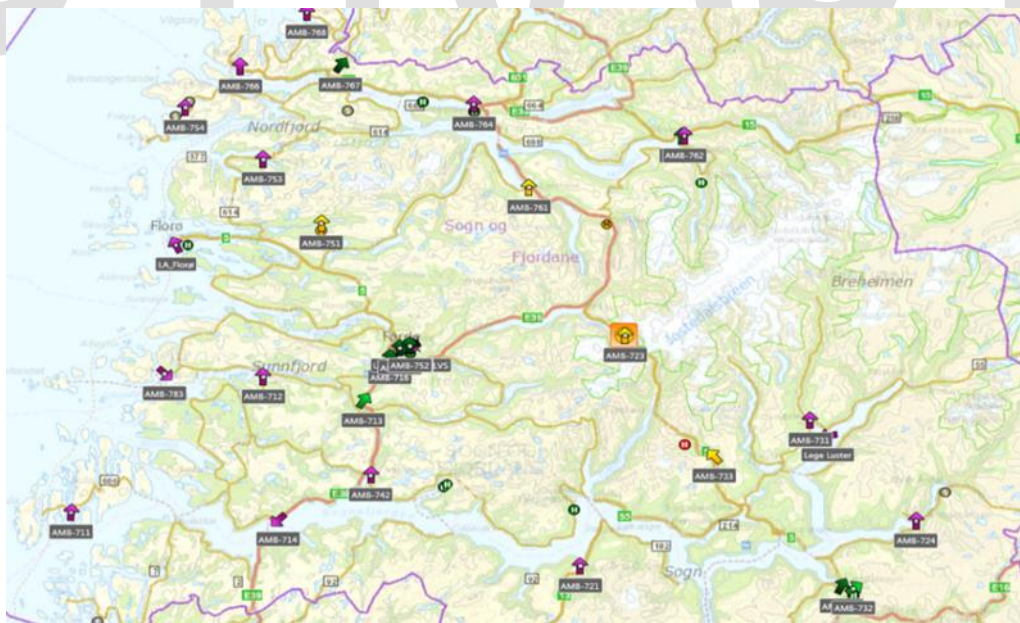
Prosjektet har også sett på andel tid i beredskap i høve tid på oppdrag, sjå figur 6.9:



Figur 6.9: Søylediagram med aktiv tid vs beredskapstid ved ulike stasjonar i Helse Førde. Samla tal vakttimar langs y-aksen. Periode 2017. Kvit del av søylene er tid i beredskap, raud/gul og grøn del av søylene er tidsforbruk på hhv. akutte-, haste- og vanlege oppdrag. Data frå ambulansetenesta.

Det framgår av figur 6.9 at ambulansarbeidarar er mykje i beredskap, og det gjeld ved alle stasjonar. Andelen er likevel ulik då det er ved dei minste stasjonane med lågast aktivitet at prosentvis tid i beredskap er størst.

Sjølv om det gjennomsnittleg er mange ambulansar i beredskap i fylket, så er det også tidspunkt kor ein stor del av ambulanseressursane kjem i bruk samstundes, sjå figur 6.10 nedanfor. Figuren syner alle bilane i fylket på eit gitt tidspunkt. Pilene viser at alle saman var i oppdrag av ulike kategoriar.



Figur 6.10: Døme på augeblinksbilete frå AMK-sentralen i Førde på eitt av dei travlere tidspunkta i 2017. Pilene representerer ambulanseressursar i oppdrag, og fargen representerer type oppdrag. Ambulansar på tur utanom fylket framgår ikkje av denne oversikta.

6.2. Båtambulanse

Tidlegare var det opptil sju båtar med driftsavtale som ambulansebåt langs kysten av Sogn og Fjordane. Forbruket av båtoppdrag i fylket har dei siste 20 åra hatt ein kraftig tilbakegang. Struktur og beredskap er gradvis forsøkt tilpassa dei største endringane, som skuldast endra infrastruktur kor øyar har fått veg- og brusamband, ev. utvida ferjetilbod. I tillegg har folketalet på øyane gått jamt tilbake. Redusert bruk- og oppdragsmønster har ført til færre båtar i drift. Interkommunal legevaktordning har og resultert i færre legebesøk med ambulansebåt.

I dag er det tre utøvarar av båttjenester i Helse Førde. Desse ligg i Solund, Askvoll og Florø. Reiarlaga stiller med båt og kompetent maritimt personell, medan Helse Førde stiller helsefagleg personell. Styret i Helse Førde avgjorde i styremøte 18. november 2016 korleis båtambulansetilbodet i område sør skal vere. Område Sør skal på sikt driftast med ein ambulansebåt frå Solund, med ein båtberedskap for innbyggjarane på Atløy.

6.2.1. Aktivitetsdata

Aktivitetsdata for båtambulanse er basert på innrapportering frå utøvarane. Det er nokre feilmarginer i høve fordeling på hastegrad og type oppdrag. Ein manglar tal frå Flora frå tidlegare år.

	Oppdrag 1997	Oppdrag 2005	Oppdrag 2012	Oppdrag 2017
Gulen	539	155		
Solund	490	284	186	227
Askvoll	480	253	109	99
Florø				93
Samla	1509	692	295	419

Tabell 6.1: Ambulansebåtar, utvikling i oppdragsmengde frå 1997 – 2017. Data frå ambulansetenesta.

	Helsepersonell				Pasienttransport			
	2003	2005	2012	2017	2003	2005	2012	2017
Solund	155	52	17	25	196	145	83	37
Askvoll	197	101	0	0	102	99	33	13
Florø	117		1	0	145		21	48
Samla	469	153	18	25	443	244	137	98

Tabell 6.2: Ambulansebåtar: Oppdrag pasienttransport og transport av helsepersonell 2003-2017. Data frå ambulansenesta.

Bruken viser nedgang på alle båtar i område sør. Kommunane sin bruk av båt til å transportere helsepersonell har størst tilbakegang. Pasientreiser sin bruk av båt til sjuke-transport har også stor tilbakegang. Ambulanseoppdrag har derimot vore meir stabilt i perioden. Båtambulansen i Solund har hatt ein auke i tal ambulanseoppdrag etter at det i 2015 kom ambulansefagarbeidar som del av besetninga.

	2012				2017			
	Totalt	Akutt	Hastar	Vanleg	Totalt	Akutt	Hastar	Vanleg
Solund	92	10	40	38	168	22	86	60
Vågsøy	12	2	8	2	3	2	1	0
Askvoll	75	31	42	2	90	31	51	6
Florø	121	37	77	7	45	11	32	2
Totalt	298	83	168	47	306	66	170	68

Tabell 6.3: Ambulanseoppdrag totalt og delt på hastegrad i 2012 og 2017.

Helse Førde kjøper i dag båttjenester i Vågsøy med Redningsselskapet som eit «supplerande kjøp av akuttmedisinsk beredskap». Vågsøy skil seg ut med særleg få oppdrag. Av desse oppdraga er nokre knytt til pasientar som kryssar Nordfjorden frå Bremanger. Gjennomgang av utførte oppdrag viser også hyppig bruk av luftambulanse på akuttoppdrag på øyane i Vågsøy.

Dagens avtale i Florø varer til 1.mai 2020, eventuelt til 2022 medrekna moglege opsjonar. Forbruket av båttjenester dei siste åra har reelt hatt ein nedgang. Dette var venta i og med at Bremanger 2 sambandet var under bygging i førre anbodskonkurranse.

I helgane og sommartid er folketalet ofte høgare enn tala oppgitt i befolkningsgrunnlaget. Tilsvarande må ventast at folketalet kan vere lågare i vekene med vekependling av yrkesaktive og skulelevar.

6.2.2. Oppsummering og vurdering i høve båt

Det er viktig å sikre at båtambulansetenesta, som bilambulansetenesta, representerer trygge tenester av høg kvalitet for innbyggjarane langs kysten og i øyane. Det har vore nødvendig å samle tenestene og sikre større aktivitet både av omsyn til medisinsk og maritim kompetanse.

Prosjektgruppa er opptatt av å sikre ei medisinsk organisering og følgeordning som er organisert opp mot ambulansetenesta på fastland. Med unntak av i Solund, er det naturleg at medisinsk fylgjepersonell kjem frå ordinære ambulansebilar.

Nedgang i aktivitet og folketal, saman med skjerpa krav til organisering og drift, gjer endringar nødvendige. Det er nødvendig med eiga saksutgreiing i høve organisering av båtambulanse i område Nord – Florø, Bremanger og Vågsøy – i fase 2 av prosjektet.

6.3. Luftambulanse og redningshelikopter

Luftambulanse og redningshelikopter utgjer ein viktig del av Helse Førde sine prehospitala tenester.

Ambulansehelikopter vert nytta når kritisk dårlege pasientar har behov for tiltak både før og under transport til Førde sentralsjukehus. Ein nyttar også helikopter når ein treng rask transport til sjukehus og avstanden er lang.

Ved nokre akuttoppdrag er det høgast prioriterte å få transportert pasienten direkte til avansert sjukehusbehandling utanfor fylket. Dette gjeld t.d. traumepasientar med alvorlege skadar i hovud eller mage/brystregionen etter trafikkulykker. Behandlinga av desse er sentralisert til større traumesenter på regionssjukehus med kapasitet innan nevrokirurgi, thoraxkirurgi (hjarte/lunge) og intensivavdeling på høgaste nivå. Det same gjeld pasientar med akutt hjarteinfarkt og behov for øyeblikkeleg hjelp utblokking av hjartet sine kransårer. Begge pasientgrupper er døme på akuttoppdrag der ein fortrinnsvis transporterer direkte til Haukeland Universitetssjukehus med helikopter.

Prosjekt prehospital plan har ikkje i sitt mandat å skulle vurdere strukturen for luftambulanse og redningshelikopter. Rapporten tek likevel med ei beskriving av aktiviteten for luftambulanse- og redningshelikoptertenestene, fordi informasjonen utgjer ein viktig del av kunnskapsgrunnlaget når status for den samla prehospitala tenesta i Helse Førde skal vurderast, og når ein i seinare prosjektfase skal modellere framtidens bil- og båtambulanseteneste.

Heilt kort oppsummert har luftambulanse og redningshelikopter kvar sine primære ansvarsområde, men dei overlappar likevel kvarandre i stor grad. Redningshelikopteret tek flest søk- og redningsoppdrag og går til havs, og har storleik og særskilt utrustning for dette. Det er Hovudredningsentralen på Sola som styrer ressursen. Luftambulansen tek primært akuttmedisinske oppdrag, men også redningsoppdrag ved behov. Helikopteret er mindre og har noko anna utstyr. Luftambulansen mottok sine alarmer frå AMK Førde.

6.3.1. Operatørar og bemanning

Luftambulansen har base i Førde, redningshelikopteret i Florø. Både luftambulansen og redningshelikopteret er bemanna med anestesilege 24/7 frå Avdeling for akuttmedisin (AAM) i Helse Førde. Øvrig personell på luftambulansen (pilot og redningsmann) er tilsett i operatørselskapet Norsk Luftambulanse AS. Operatør for redningshelikopteret i Florø har frå september 2017 vore CHC Helikopter Service. Tidlegare har det vore Forsvaret sin 330 skvadron som har vore operatør, og Forsvaret planlegg å kome inn att når nye redningshelikopter er på plass om nokre år.

6.3.2. Retningslinjer for bruk av luftambulanse

Nasjonale retningslinjer for bruk av luftambulanse er frå 2009. Disse er oppsummert i figur 6.10 nedanfor.

Retningslinjer for bruk av luftambulanse:

- I. Luftambulanse kan brukes når det foreligger sykdom eller skade som krever rask og/eller spesialisert overvåkning, akuttmedisinsk behandling og transport. Bruk av luftambulanse skal alltid vurderes opp mot bruk av ambulansebil eller ambulansebåt og skal gi en forventet økt helsegevinst i forhold til bruk av andre ressurser.
- II. Luftambulanse kan også brukes i situasjoner hvor tidsfaktoren ikke er avgjørende, men hvor bruk av ambulansebil eller ambulansebåt vurderes å representere en uakseptabel fysisk eller psykisk belastning for pasienten, for eksempel ved spesielt lang transportavstand/tid eller ved åsteder som er vanskelig tilgjengelig for landbaserte ressurser.
- III. Ambulansefly og unntaksvis ambulanshelikopter kan også benyttes til tilbakeføringer av pasienter der lufttransport er nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Dette gjelder også der sykehusene må frigjøre kapasitet for å sikre tilfredsstillende beredskap for mottak av nye pasienter. Beredskapshensyn skal prioriteres foran tilbakeføringsoppdrag, og primært bør retur til egen base utnyttes til slike oppdrag.
- IV. I spesielle situasjoner, når det anses tvingende nødvendig på grunn av tidsaspektet, kan luftambulanse benyttes til transport av for eksempel medisinsk utstyr, medikamenter, organer, blod og helsepersonell.
- V. Luftambulanse kan benyttes til enkle søk- og redningsoppdrag (SAR).
- VI. Luftambulanse skal ikke benyttes til andre politioppdrag enn SAR*. Etter nøye vurdering kan imidlertid politi følge med for å sikre en trygg gjennomføring av akuttmedisinske oppdrag.
- VII. Redningshelikopter kan benyttes til ambulansoppdrag etter godkjenning fra HRS.

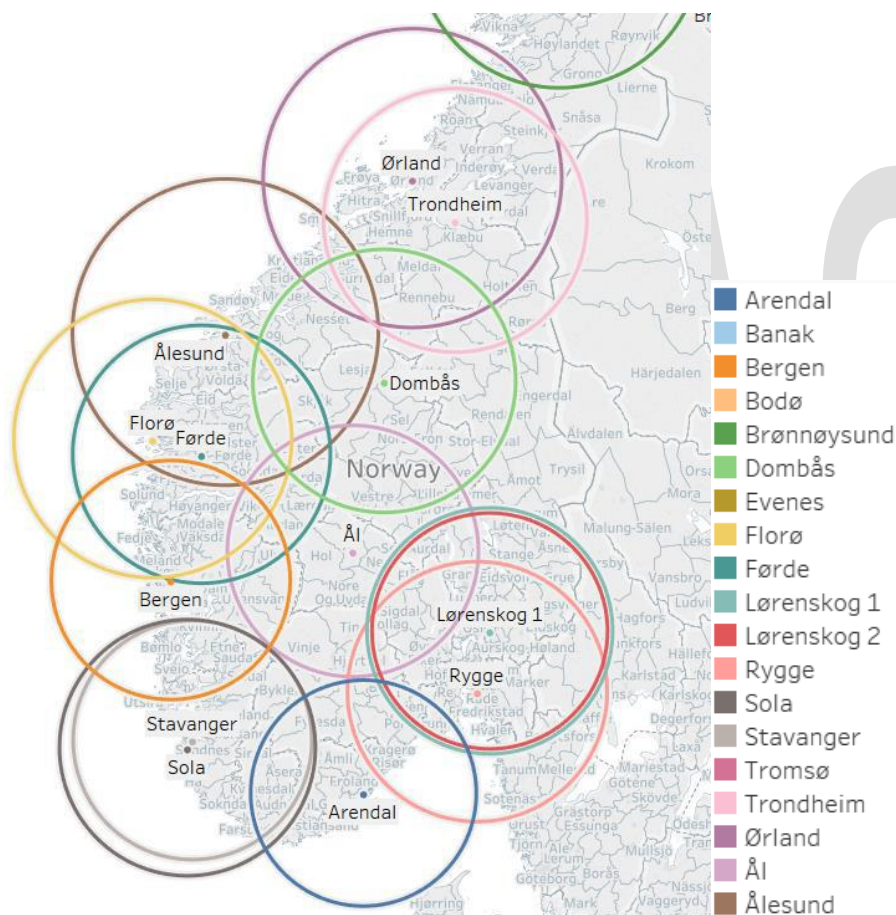
Når det vurderes mer hensiktsmessig, kan luftambulansetjenestens personell rykke ut med legebil i stedet for luftambulanse. Legebil benyttes etter de samme kriteriene som luftambulanse og skal ikke erstatte varsling og bruk av kommunal legevakt.

*I ettertid er det tilkommet en merknad om at luftambulanse kan transportere politi i situasjoner der livstruende vold pågår (PLIVO)

Figur 6.10: Nasjonale retningslinjer for bruk av luftambulanse.

6.3.3. Omkringliggende helikopterressursar

Helikopter stasjonert i Sogn og Fjordane er del av ein nasjonal helikopterflåte. Helikopter frå andre basar bistår i vårt fylke og vice versa, til dømes når lokale vêrtilhøve hindrar eit helikopter i å lette, når ein er ute på anna oppdrag, eller når eit helikopter er ute av drift pga tekniske problem. Sjå figur 6.11 nedanfor.



Figur 6.11: Basestrukturkartet viser områda som teoretisk dekkast innan ca. 30 minutt flytid i Sør-Norge. NB: Dei inntegna ringane gjeld for nye ambulanshelikopter og redningshelikopter som fasast inn frå 2018-2020. Kjelde: Prosjekt Gjennomgang basestruktur for luftambulanshelikopter, 2017(Helse Sør Øst).

Figur 6.11 illustrerer at Sogn og Fjordane har tilgang på helikoptertjenester frå fleire basar: Førde, Florø, Bergen, Ål, Ålesund og Dombås.

6.3.4. Aktivitetstal

Prosjektet har to hovudkjelder til aktivitetsdata. Det pågår i 2017/2018 eit nasjonalt prosjekt med gjennomgang av basestrukturen for luftambulansar. I dette prosjektet ser ein mellom anna på aktivitetstal ved ulike basar i landet. Figurane nedanfor der Førde og Florø-basane samanliknast med andre basar kjem frå dette prosjektet, og talmaterialet er frå treårsperioden 2014-2016. Vidare er luftambulansen sine eigne data presentert i høve aktivitetstal i vårt fylke for 2016. Ulike oppdragstypar framgår i figur 6.12.

Primæroppdrag: oppdrag der pasienten befinner seg utenfor sykehus.

Sekundæroppdrag: Oppdrag der pasienten transporteres fra et sykehus til et annet sykehus på høyere nivå, pga. akutt sykdom eller skade som trenger høyspesialisert behandling.

Tilbakeføring: oppdrag hvor pasienten overføres fra et sykehus til et annet for å redusere omsorgsnivået, tilbake til den institusjonen som pasienten sokner til, eller til hjemmet.

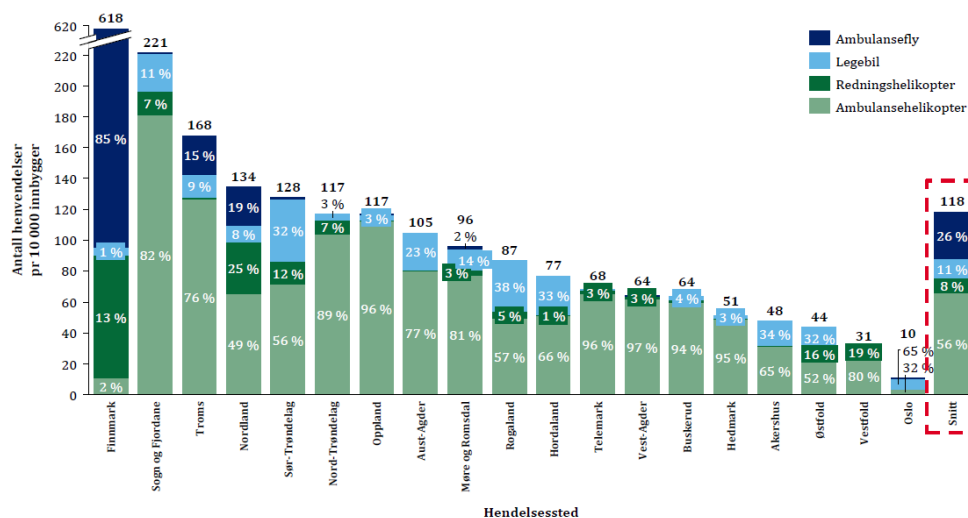
SAR: Søk og redningsoppdrag

Kilde: Helsedirektoratet, Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede, 2. utgave (2012)

Figur 6.12.: Inndeling av oppdragstypar. Kjelde: Helsedirektoratet.

I 2014-2016 hadde Sogn og Fjordane nest flest førespurnader om luftambulanse/redningshelikopter/ambulansfly til primæroppdrag, sett i høve til folketalet. Sogn og Fjordane hadde flest førespurnader om luftambulanse. I Nord-Norge og då særleg i Finnmark, brukar dei mykje ambulansfly, og det gjer at dei vart kontakta flest gonger samla sett.

Totalt antall henvendelser* fra AMK om primæroppdrag, pr 10 000 innbygger og hendelsessted, 2014-2016



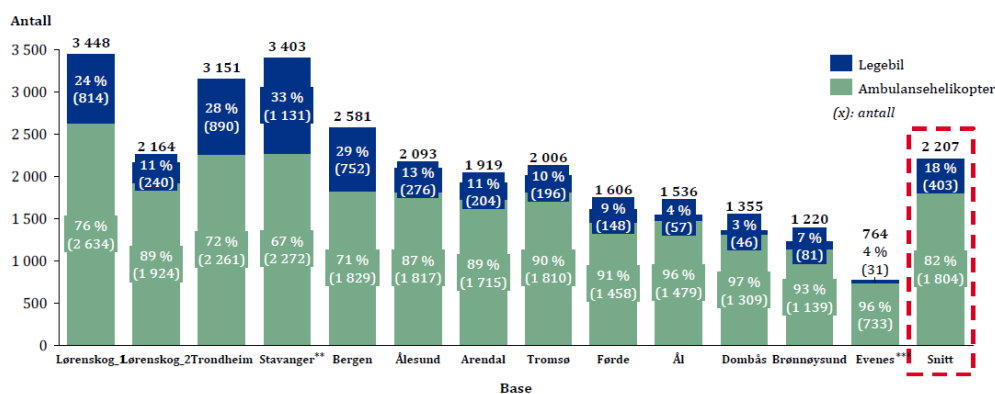
Kommentarer

- Grafen viser totalt antall henvendelser om primæroppdrag i perioden 2014-2016. Henvendelsene er fra AMK og til basene, og er i grafen presentert pr hendelsessted (fylke) og pr 10 000 innbygger

Figur 6.13: Tal henvendingar frå AMK om primæroppdrag per 10.000 innbyggjarar 2014-2016. Kjelde: Luftambulansetjenesten HF.

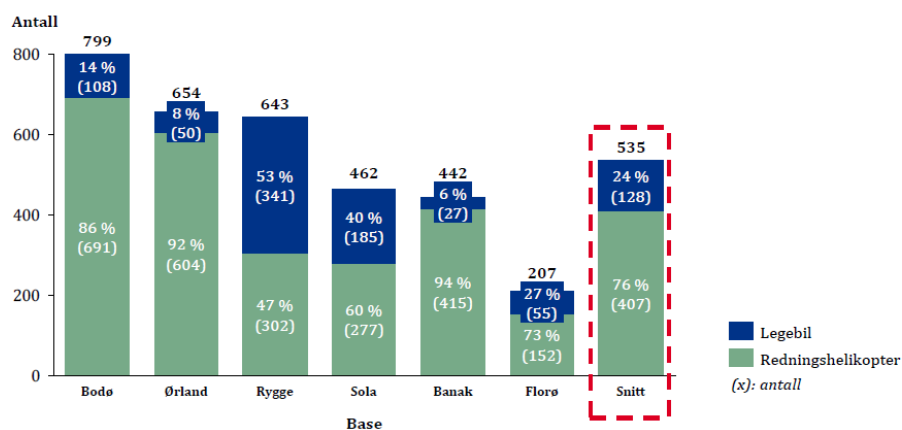
Dei to neste figurane viser absolutte aktivitetstal i perioden 2014-2016 for dei ulike basane, i figur 6.14 for luftambulansetjeneste og i figur 6.15 for redningshelikopter. Her er ikkje storleiken på befolkninga teke omsyn til:

Totalt antall gjennomførte* oppdrag med ambulanshelikopter og legebil pr base, 2014-2016



Figur 6.14: Totalt antal gjennomførte oppdrag per luftambulansbase 2014-2016. Redningsoppdrag er rekna med. Kjelde: Luftambulansetjenesten HF.

Totalt antall gjennomførte* oppdrag med redningshelikopter og legebil pr base, 2014-2016



Figur 6.15: OBS søk- og redningsoppdrag ikke regna med. Kjelde: Luftambulansetjenesten HF.

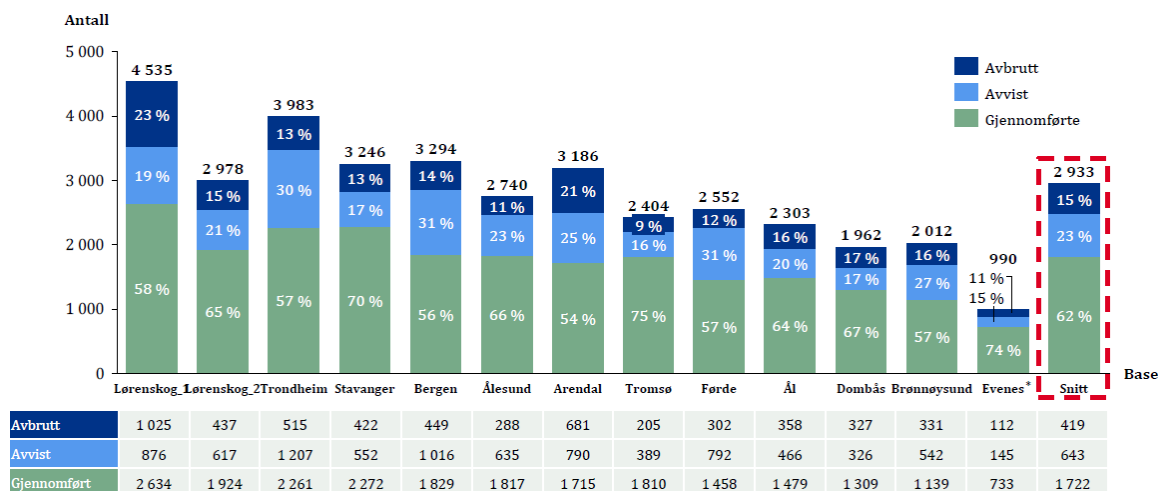
Aktivitetstala viser at vi i Sogn og Fjordane sett i høve storleiken i befolkninga brukar meir ambulanshelikopter enn andre. Dei geografiske tilhøva med lange avstandar, fjordar og fjell samt ei kystline med øysamfunn spelar inn her. Med fleire helikopter i området har ein også god tilgang på helikopterressursar. Legevaktslegar rykker i liten grad ut på akuttoppdrag på vakttid, og dette kan mogeleg også innebære hyppigare bruk av ambulanshelikopter. Treng pasienten lege på staden, så er det i praksis berre helikopterlege som kan kome til i desse delane av fylket.

Det er akuttoppdraga som dominerer for ambulanshelikoptera, og dette er slik det skal vere, jfr. retningslinene. For Førde som for dei fleste andre ambulanshelikopterbasane i landet, ligg delen av akuttoppdrag mellom 70 og 80 prosent av totalen.

6.3.5. Del avviste og avbrotne oppdrag, årsaker

Figur 6.16 viser andel oppdrag som i perioden 2014-2016 vart avvist av luftambulansen ved ulike basar. Her ser ein at luftambulansen i Førde avviste 31 prosent av førespurnadene.

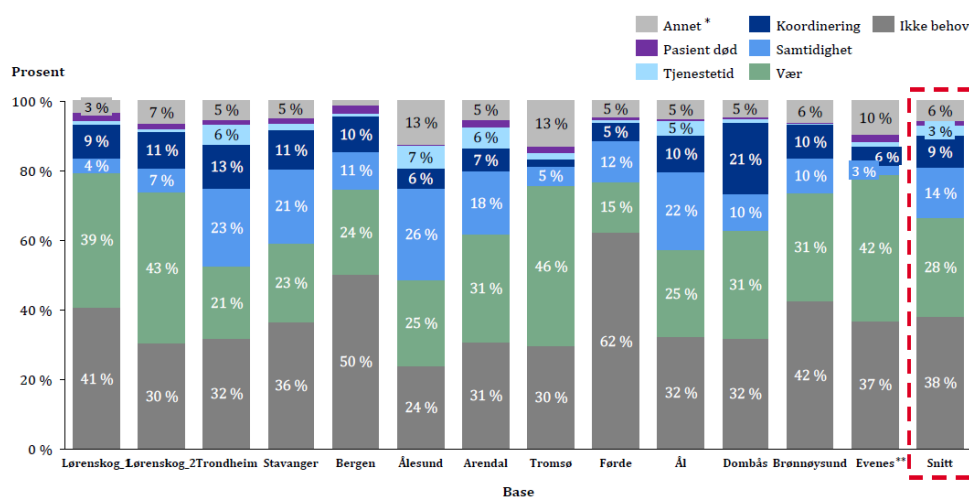
Antall gjennomførte, avviste og avbrutte oppdrag med ambulanshelikopter, 2014-2016



Figur 6.16: Avviste oppdrag for ulike luftambulanshelikopter 2014-2016. Luftambulansen i Førde avviste 31 % av oppdraga. Kjelde: Luftambulansetjenesten HF.

Figur 6.17 nedanfor går meir i detalj på årsakene til avviste oppdrag i perioden. Hyppigaste årsak i Førde var «ikkje behov» (62 prosent), dernest kom vêrtilhøve med 15 prosent og samtidskonflikt (opptatt med anna oppdrag) i 12 prosent. Det kjem ikkje fram i denne statistikken om anna helikopter kjem til frå andre basar.

Årsaker til avviste oppdrag med ambulanshelikopter, 2014-2016



Figur 6.17: Årsakar til avviste oppdrag med luftambulanshelikopter ved ulike basar, 2014-2016. Kjelde: Luftambulansetjenesten HF.

Dette samsvar godt med det anestesilegane i Førde og Florø har lagt inn i datasystemet som årsak til avslutte eller avbrutte oppdrag gjennom dei siste tre åra (2015-2017) for helikoptera. I den perioden av slo eller avbraut luftambulansen og

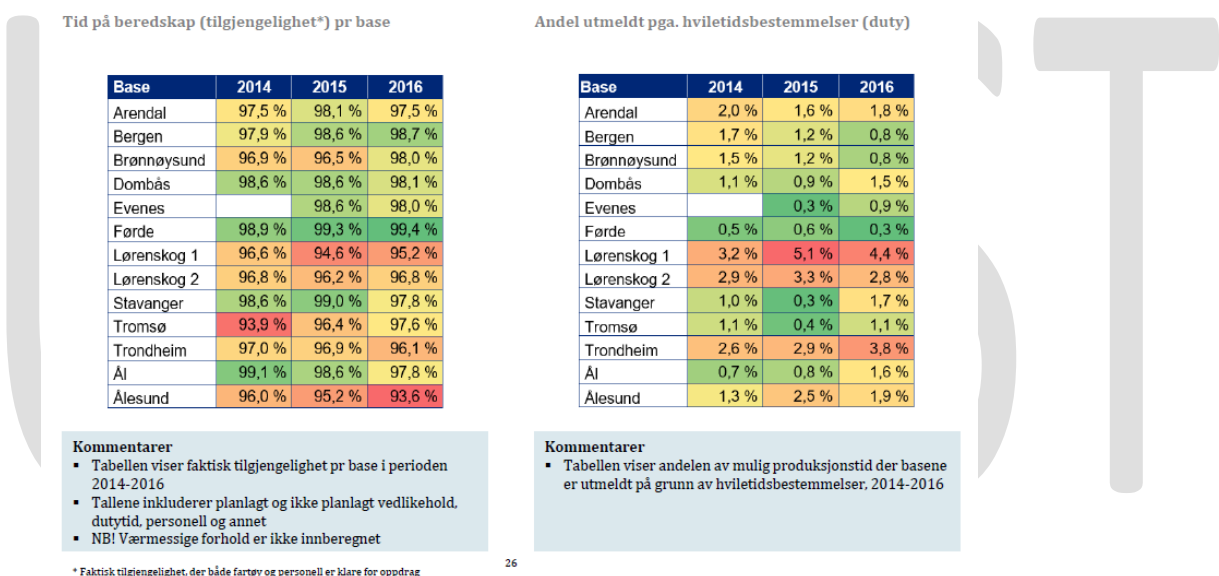
redningshelikopteret oppdrag totalt 369 gongar, og vanlegaste årsak var manglande indikasjon (ikkje behov).

Tal for 2017 åleine viser avslag eller avbrot 107 gongar pga. ikkje behov, ni gongar pga. mors (pasient død), 9 gongar pga. samtidskonflikt og 18 gongar pga. vertilhøva. Ved tre og fire tilfelle var årsaka tilhøve omkring koordinering eller «anna».

6.3.6. Faktisk tilgjengelegheit

Samanlikna med andre basar, har luftambulansen i Førde høg grad av tilgjengelegheit og låg del av tida utmeldt pga. kviletidreglar, sjå figur 6.18:

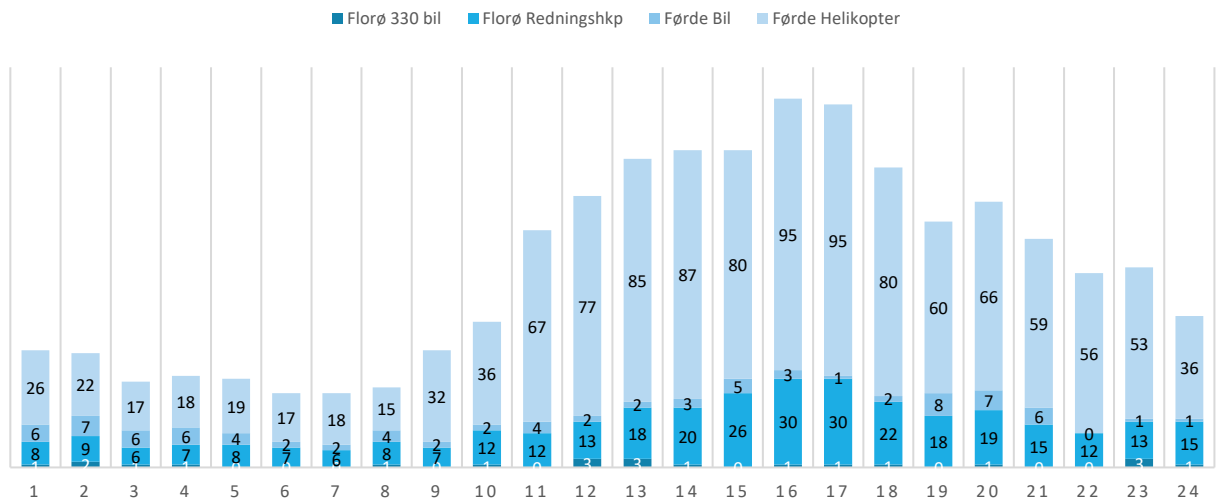
Faktisk tilgjengelighet og andel utmeldt pga. hviletidsbestemmelser for ambulanshelikoptre, 2014-2016



Figur 6.18: Andel av tida luftambulansane er tilgjengelege på base for oppdrag og andel av tida utmeldt pga kvilereglar 2014-2016. Kjelde: Luftambulansetjenesten HF.

Det framgår av desse tala at både luftambulansen i Førde og redningshelikopteret i Florø har høg grad av tilgjengelegheit. Dette passar med at samtidigheitskonflikter er sjeldne for ambulanshelikoptera i vårt fylke.

ÅRLEG BELASTNINGSRAPPORT FOR LUFTAMBULANSE PER KLOKKETIME



Figur 6.19: Total belastningsrapport for luftambulans per klokkeime i 2016 (alle oppdrag). Gjeld hhv. biloppdrag Florø, helikopteroppdrag Florø, biloppdrag Førde, helikopteroppdrag Førde. Data frå luftambulansetenesta.

6.3.7. Kva skjer når luftambulansen ikkje kan kome?

Det pågår forskning på kva som skjer når luftambulans avviser oppdrag. Figur 6.17 viser at hyppigste årsak til avslag er at luftambulanslegen ikkje finn medisinsk indikasjon. Då kan og skal bilambulans ta oppdraget. Noko anna er det når luftambulanslegen finn medisinsk grunnlag for å ta oppdraget, men må avslå til dømes pga. vêrtilhøva. I slike situasjonar må oppdraga løysast med bil- og båtambulans, legevakt og eventuell møtekyring ved luftambulanslege i Førde. Desse situasjonene har vore mykje diskutert i vårt fylke.

Eit p.t. upublisert forskningsprosjekt i høve temaet vart i desember 2017 presentert av forskar Dag Ståle Nystøyl ved den nasjonale konferansen for prehospitala tenester i Oslo. Forskinga er spesielt interessant fordi materialet er henta frå Sogn og Fjordane. Materialet tek for seg avviste oppdrag i perioden 2012-2015, og ein har gått gjennom heile pasientforløpa der luftambulansoppdrag vart avvist. Prosjektgruppa inviterte forskaren til å presentere sine funn for oss i februar 2018. Resultata er ikkje publiserte, så ein kan ikkje gje att detaljar. Likevel kan vi referere nokre hovudtrekk:

- Ein del av dei avviste oppdraga blei løyst ved bruk av andre helikopter frå andre basar, og ein annan del oppdrag vart nedgraderte då ein ikkje lenger fann indikasjon for luftambulans.

- Forskaren har så gått i djupna på dei gjenståande avviste akuttoppdraga både i høve korleis dei vart løyste, om legevakta i desse situasjonene valde å følge med pasienten til sjukehus eller ikkje, og også korleis det gjekk med pasientane:
 - o Transport med bilambulans var hovudalternativ når oppdrag ble avvist av luftambulansen.
 - o Fleirtalet av pasientane vart lagt inn på sjukehus.
 - o Ein del av pasientane vart undersøkt av legevaktslege, og det var i fleire tilfelle også legevakta som rekvirerte luftambulans.
 - o I berre liten grad fulgte legevaktslege med pasienten under ambulansetransporten til sjukehus, også i dei tilfella kor legen primært hadde vurdert det nødvendig med luftambulans.

6.3.8. Oppsummering og vurderingar i høve luftambulans/redningshelikopter

I vårt fylke er luftambulans og redningshelikopter viktige supplement til bil- og båtambulansane.

Pasientane har god tilgang på helsetenester og transport levert av helikopterressursar i Sogn og Fjordane, særleg frå dei to basane som ligg i fylket, men også frå omkringliggande basar.

Vi brukar mykje luftambulanseresursar i Helse Førde i høve folketalet. Årsakene er god tilgang, avstandar og øvrige geografiske tilhøve.

Høg bruk av luftambulans ved akuttoppdrag supplerer bil- og båtambulansane i å levere tenestene til pasientar i fylket vårt. Luftambulansen utgjer i praksis eit viktig kompensierende tiltak i dei delane av fylket kor responstida for bilambulansar ligg over den nasjonale målsetninga om at 90 prosent av befolkninga bør nåast innan 25 minutt i grisgrendte strok. Sjå kap. 8 for meir om responstid for bilambulans.

6.4. AMK Førde (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral)

Medisinsk nødmeldetjeneste er eit nettverk av AMK-sentralar som samla utgjer svartjeneste på medisinsk nødhjelpsnummer 113. AMK-sentralane arbeider tett saman innan regionane, men samhandlar også med andre AMK-sentralar nasjonalt.

For å få dette til har ein hatt eit stort nasjonalt prosjekt knytt til felles datasystem for medisinsk nødmeldetjeneste. Dette arbeidet vert no vidareført i regi av Helse Vest, og vil truleg ende med innføring av nytt elektronisk støttesystem i løpet av hausten 2019.

6.4.1. Oppgåver

AMK Førde er «navet i hjulet» for dei prehospitala tenestene.

AMK-sentralen svarer på medisinske nødmeldingar, gjev nødvendige råd og vegleiing, prioriterer, registrerer, iverkset, koordinerer og følgjer opp akuttmedisinske oppdrag fram til helseressursar er framme hjå pasienten og pasienten eventuelt levert hjå legevakt eller sjukehus.

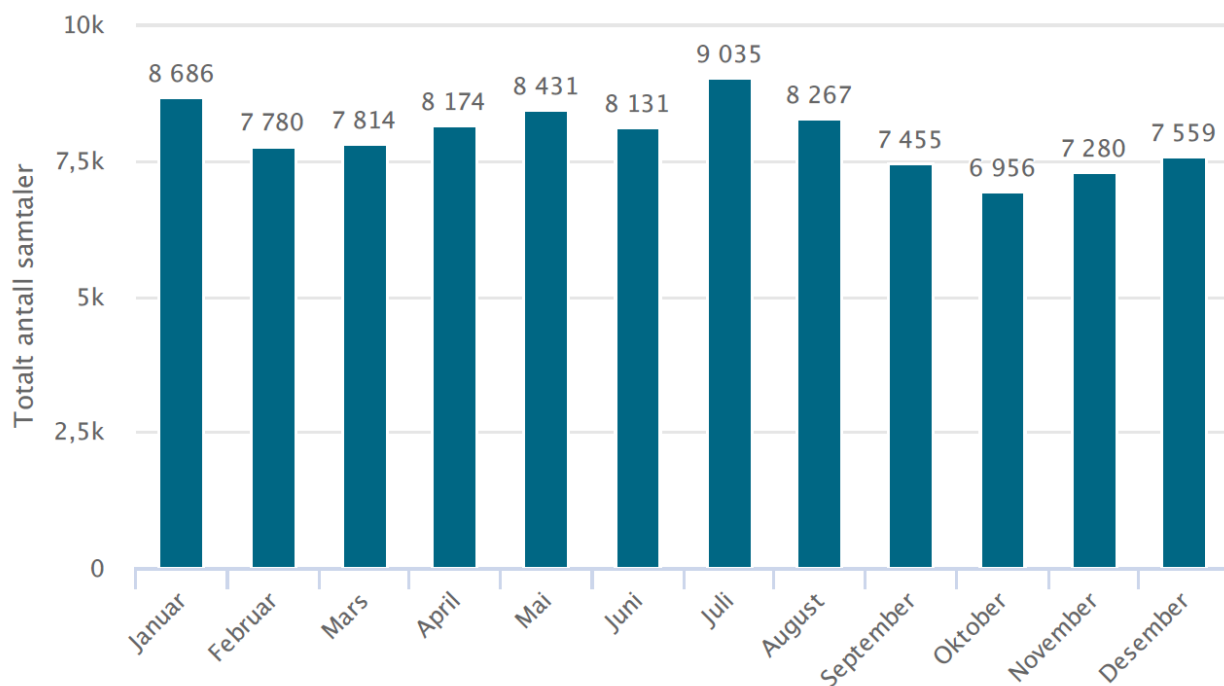
Varsling av ressursar som ambulanse, ambulansébåt, ambulanshelikopter og legevaktsentral med legevaktslegar er sentrale oppgåver. I dette ligg også styring av den samla ambulanseflåten. God flåtestyring er viktig for beredskapen, og AMK vurderer løpande både korleis innkomande oppdrag kan løysast best, samstundes med at ein tek omsyn til attverande beredskap i området.

Ved større eller spesielle hendningar varslar AMK beredskapsleiinga i føretaket i samsvar med beredskapsplanverket. Det er då også tett samarbeid med andre AMK-sentralar.

AMK-sentralen samhandlar vidare nært med dei tre legevaktsentralane i fylket. Desse er drifta av interkommunale løysingar og er lokaliserte ved sjukehusa på Nordfjordeid, i Førde og i Lærdal.

6.4.2. Aktivitetstal

AMK har mange ulike oppgåver å ivareta, og det ligg utanfor formatet til denne rapporten å presentere AMK-aktivitetane i detalj. Tal telefonar til AMK Førde for kvar månad i 2017 (figur 6.20) kan illustrere telefontrafikken i sentralen:



Figur 6.20: Antall telefonar i AMK Førde gjennom 12 månader i 2017. Data frå AMK Førde.

6.4.3. Pågåande utvikling i høve AMK-funksjonar

Luftambulanseskoordinering føregår i dag ved alle AMK-sentralar, men vil i framtida bli lagt til 1-2 av AMK-sentralane i regionen. Denne vil få nemninga LA AMK (luftambulanses AMK).

Med innføring av nytt felles datasystem i AMK-sentralene i Helse Vest, vil sentralane meir effektivt kunne assistere kvarandre ved til dømes stor pågang. Det pågår no prosjekt i Helse Vest omkring dette under nemninga "virtuell AMK".

7. Dagens prehospitala tenester i kommunane

Prosjekt Prehospital plan har jfr. mandatet for fase 1 (vedlegg 1) kartlagt status også for kommunane sin del av dei prehospitala tenestene. Ein har innhenta informasjon frå kommunar og legevakter via spørjeundersøking. I tillegg har ein henta informasjon frå AMK-sentralen, ambulansetenesta og helsedirektoratet.

Fokus har vore på korleis primærhelsetenesta har organisert seg i høve legevakt på dagtid og vakttid, dessutan på om ein har fungerande akutthjelparordningar i kommunane. Ein har ikkje hatt høve til å gå nærare inn på andre, viktige deler av dei kommunale tenestene, som til dømes pleie- og omsorgstenester. Dette kapitlet inneheld oversyn over den informasjonen som prosjektet har henta inn.

7.1. Krav til kommunane i lov og forskrift

Kommunane har ansvaret for alt av øyeblikkeleg hjelp hendingar i eigen kommune, jfr. Helse- og Omsorgslova §3.5 (4).

Kapittel 2 i Akuttmedisinforskrifta (7) omhandlar kommunal legevaktordning:

§6 pålegg kommunane å tilby legevaktordning som sikrar befolkninga sitt behov for øyeblikkeleg hjelp. Lege skal vere tilgjengeleg for legevakt heile døgnet. Vaktlegen skal til ei kvar tid vere knytt opp mot kommunen sin legevaktsentral og vere tilgjengeleg for kommunikasjon og varsling via nødnetradio (§12,13). Fleire kommunar kan samarbeide om legevaktordninga, og slik utgjere eit legevaktdistrikt. Fastlegar har ansvar for øyeblikkeleg hjelp til eigne pasientar i legekantoret si opningstid. Legevakta skal vurdere, gje råd og rettleie ved øyeblikkeleg hjelp, diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstandar ved legekonsultasjonar og sjukebesøk. Legevakta skal yte hjelp ved ulukker og andre akutte situasjonar, mellom anna straks rykke ut når det er nødvendig (§6).

Kommunane skal syte for at legevakta er utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvaking i akutte situasjonar (§9). Legevakta skal også vere organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt straks kan rykke ut.

Det er vidare i akuttmedisinforskrifta krav til kompetanse for helsepersonell i legevaktarbeid (§7,8), og alt helsepersonell skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs innan vald og overgrep. Sjølvstendig arbeidande legevakslegar skal vere spesialistar i almenntmedisin eller godkjende allmennlegar. Der er også krav til kursing (m.a. akuttmedisinsk kurs og kurs i vald- og overgrepshandtering). For legar

i vakt som ikkje fyller krava, pliktar kommunane å etablere bakvaksordningar, som må kunne rykke ut når det er nødvendig.

På same vis som forskrifta i 2015 ga overgangsordning for kompetansekrava for ambulansetenesta, har ein også hatt tre års overgangsordning for kompetansekrava for legar i legevakt.

7.2. Organisering av legevakt og legevaktstelefonentralar

I kontortida er det i alle kommunar slik at fastlegekontora syter for nødvendig helsehjelp. Vaktlege er tilgjengeleg på nødnetradio. På vakttid driv seks kommunar i fylket eiga legevaktordning (Solund, Vik, Luster, Flora, Bremanger og Gloppen). Dei øvrige 20 kommunane er del av interkommunale legevaktssamarbeid. Alle kommunane er med i samarbeid om legevaktssentralar, sjå tabell 7.1. og 7.2.

Tabell 7.1.: Kommunane i Sogn og Fjordane: Legevaktordningar på vakttid og plassering av legevaktssentralat.

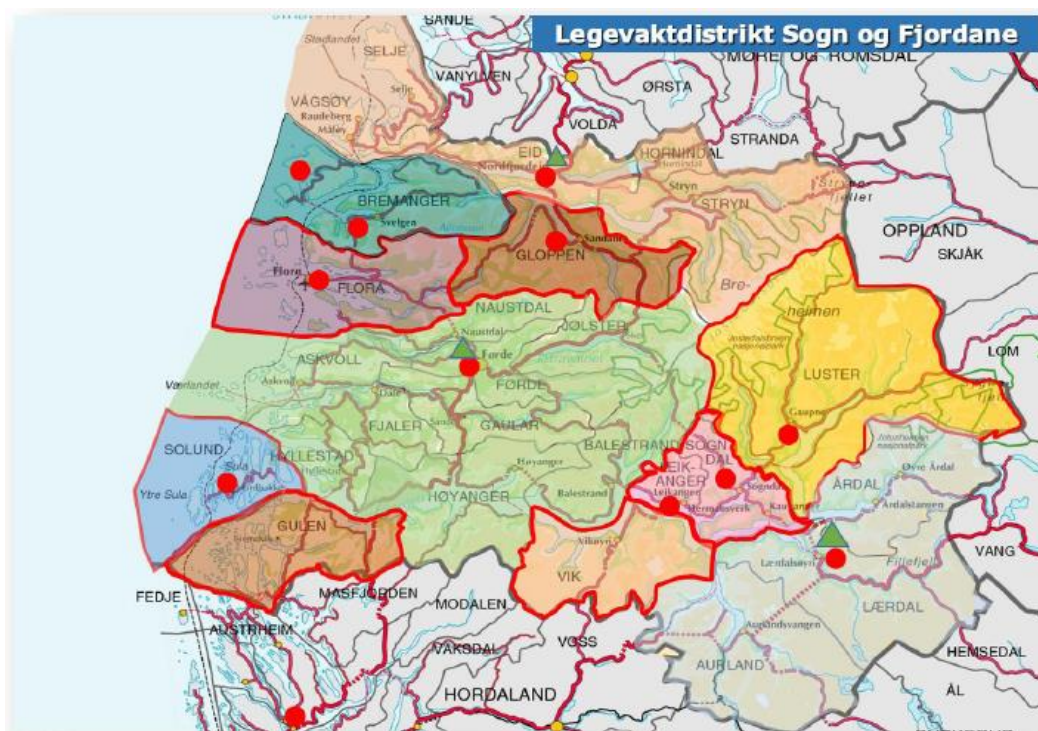
Kommune	Kveld/natt/helg	LV-sentral
Gulen	Nordhordland legevakt(NHLV)	Knarvik
Solund	Solund LV	Førde
Hyllestad	Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	Førde
Høyanger	Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	Førde
Balestrand	Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	Førde
Askvoll	Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	Førde
Fjaler	Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	Førde
Gaular	Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	Førde
Jølster	Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	Førde
Førde	Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	Førde
Naustdal	Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	Førde
Flora	Flora LV	Førde
Bremanger	Bremanger LV	Førde
Gloppen	Gloppen LV	Førde
Vik	Vik LV	Lærdal
Leikanger	Leikanger og Sogndal IK LV	Lærdal

Sogndal	Leikanger og Sogndal IK LV	Lærdal
Aurland	Aurland, Lærdal og Årdal IK LV	Lærdal
Lærdal	Aurland, Lærdal og Årdal IK LV	Lærdal
Årdal	Aurland, Lærdal og Årdal IK LV	Lærdal
Luster	Luster LV	Lærdal
Selje	Nordfjord IK LV	Eid
Eid	Nordfjord IK LV	Eid
Hornindal	Nordfjord IK LV	Eid
Stryn	Nordfjord IK LV	Eid
Vågsøy	Nordfjord IKLV	Eid
Tal kommunar med egne legevakter: 6		
Tal interkommunale legevakter: 5 (21 kommunar)		

Interkommunal legevakt (IK LV)	Tal	Kommunar
Aurland, Lærdal og Årdal IK LV	3	Aurland, Lærdal, Årdal
Leikanger og Sogndal IK LV	2	Leikanger, Sogndal
Nordfjord IK LV	5	Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Stryn
Nordhordland legevakt NHLV	(8)	Gulen + 7 andre kommunar i Nordhordland
Sunnfjord og Ytre Sogn IK LV	9	Hyllestad, Høyanger, Balestrand, Askvoll, Fjaler, Gaular, Jølster, Førde, Naustdal

Tabell 7.2.: Interkommunale legevakter

LV-telefonsentralane er knytt til legevaktsstasjonane i Nordfjord, Lærdal og Sunnfjord/Ytre Sogn og ligg i eller tett ved sjukehusa i fylket. Her er ein dekkja med lege og sjukepleiar(ar) som også dekkar telefonoperatørfunksjon og bemannar kommunale ØHD senger. SYS-IKL i Førde har to legar på vakt utanom kontortid, øvrige legevakter har ein lege på vakt.



Figur 7.1.: Legevaktstidstrakta i Sogn og Fjordane på vakttid. Raude prikkar viser plassering av legevaktslegane (NB - for Bremanger anten vakt i Svelgen eller på Hauge, raud prikk i Vik manglar). Grøne trekantar viser legevaktstelefontentralar.

Figur 7.1. viser legevaktområda i Sogn og Fjordane framstilt i eit kart. I Sogn og Fjordane som elles i landet har kommunane i stor grad gått saman i interkommunale større legevaktsamarbeid.

7.2.1. Kvifor kommunane har oppretta større interkommunale legevakter

NOU 2015: 17 «Først og fremst» (9, side 111-112) refererer korleis argumentasjonen for og i mot interkommunale legevakter har vore i saksutgreiingar ulike stader i landet. Prosjektet refererer desse punktvis, då problemstillingane også har vore utfordrande for kommunane i Sogn og Fjordane:

- For: Omsynet til legane sin vaktbelastning og omsynet til rekruttering og stabilitet i fastlegetenestene. Viktigaste argument.
- For: Høg vikarbruk, mange utanlandske vikarlegar, høg del turnuslegar og få fastlegar ga auka risiko og sårbarheit i tenesta.
- Mot: Redusert tilgjengelegheit til legevakta for innbyggjarane i alle andre kommunar enn vertskommunen. Omtalt kompenserte tiltak ved at ambulans og luftambulans handterer dei mest akutte tilfella.
- For: Store kostnader til vikarlegar ved tidlegare ordningar (gjaldt nokre kommunar).

- Lite omtalt: Effektar på evna til uttrykking og sjukebesøk.
- Lite omtalt: Omsyn til kvalitet og sikkerheit.
- Lite omtalt: Samfunnsøkonomiske avvegingar.

For grundigare omtale av dei utfordringar primærhelsetenesta/kommunane har hatt/har, og korleis desse har medverka til at ein har oppretta større interkommunale legevakter, les utsnittet av NOU-en som er nemnd ovanfor.

7.3. Spørjeundersøking til kommunane

Prosjekt prehospital plan gjennomførte i januar 2018 ei spørjeundersøking for å kartleggje situasjonen i kommunane med omsyn til mellom anna legevakt. Tolv av 26 kommunar (Eid, Flora, Askvoll, Selje, Vågsøy, Balestrand, Leikanger, Bremanger, Solund, Hyllestad, Jølster, og Vik) svara, dvs. ein svarprosent på 33. Spørsmåla framgår av figur 7.2.

Pga. låg svarprosent og mange «veit ikkje», har ein ikkje gått vidare med analyser på desse, men valt å oppsummere slik:

7.3.1. Organisering av daglegevakt

Daglegevakt er på legekontora i kommunane. Kapasiteten er opplevd som god, slik at konsultasjonar sjelden eller aldri må flyttast frå dag til kveld. Ein kommune beskriv likevel at heimebesøk må skje etter kl. 16 pga. tidsbruken. Kommunane svarar ulikt på om legevaktslege rykker ut på akuttoppdrag (raude responsar) på dagtid. I nokre kommunar er det alltid/nær alltid utrykking, mens andre stader rykker legen ut ved ein del av oppdraga. I fleirtalet av dei tolv kommunane registrerer ein ikkje når lege rykker ut (lege skriv berre i pasientjournalen), og kommunane veit difor ikkje om utrykking skjer og i tilfelle i kva grad.

Kommunane har som hovudregel at lege skal rykke ut til sjukeheim, i staden for at sjukeheimspasientane skal bringast til legekantoret (med ambulanse eller drosje).

Spørjeundersøkinga:

1. Organisering av daglegevakt

- 1.1 Roterer dei ulike legekontora i kommunen på å ha daglegevakt (dersom fleire legekontor)?
- 1.2 Kor mange legar deltek i daglegevaksordninga? (inkludert turnuslegar)
- 1.3 Kor mange raude responsar har det vore på dagtid siste tre månader?
- 1.4 Kor mange av disse har daglegevakslegen rykka ut på?
- 1.6 Kor mange gule responsar har det vore på dagtid siste tre månader?
- 1.7 Vert daglegevakslegen varsla om gule responsar?
- 1.8 Kor mange gule responsar har daglegevakslegen eventuelt rykka ut på siste tre månader?
- 1.9 Korleis registrerast raude og gule responsar på dagtid for legetenesta?
- 1.10 Kor mange gongar har ambulansen vore nytta til å transportere pasientar frå sjukeheimen til legekantoret?

2. Organisering av legevakt på kveld/helg/natt

- 2.1 Deltek kommunen i ein interkommunal legevakt?
- 2.2 Kor mange legar deltek i legevaksordninga for legevaksdistriktet?
- 2.3 Er talet ulikt på kveld og natt? Spesifiser i så tilfelle.
- 2.4 Kva type vakt er det på kveld? Spesifiser (tilstades på legevaksstasjon eller heimevakt)
- 2.5 Er det ein annan type vakt på natt enn på kveld? Spesifiser (tilstades på legevaksstasjon eller heimevakt)
- 2.6 Kor mange raude responsar har det vore på vakttid (16-08) siste tre månader?
- 2.7 Kor mange av disse har legevakslegen rykka ut på?
- 2.8 Kor mange gule responsar har det vore på vakttid (16-08) siste tre månader?
- 2.9 Vert legevakslegen varsla om gule responsar?
- 2.10 Kor mange gule responsar har legevakslegen eventuelt rykka ut på siste tre månader?
- 2.11 Kva er lengste reiseavstand inn til legevaksstasjonen på kveldstid i distriktet?
- 2.12 Har daglegevakta på det jamne god nok kapasitet, eller må ein forskyve konsultasjonar til kveldsvakta?

3. Utstyr

- 3.1 Har legevaksdistriktet ein eigen legevaksbil (utstyrt og eigna til å rykke ut med)?
- 3.2 Er det nødvendig utrykkingsutstyr på legevaksstasjonen? (akuttsekk, utekle etc)

4. Andre kommunale helsetenester

- 4.1 Kven ser kommunen på som samhandlingspartar i den akuttmedisinske kjeda? Spesifiser
- 4.2 Har kommunen vurdert, utgreidd eller forsøkt ei ordning med akutthjelparar? Spesifiser
- 4.4 Kor er det utplassert hjartestartarar i kommunen?
- 4.5. Har kommunen oversikt over hjartestartarane og kven som kan kontaktast ved behov?
- 4.6. Har AMK oversikt over hjartestartarane og kven som kan kontaktast ved behov?
- 4.5 Kor er heimetenester og sjukeheimar lokaliserte i kommunen?

5. Vegane vidare

- 5.1. Kva er, etter di/dykkar meining, dei viktigaste samhandlingsutfordringane i den prehospitala kjeda i Sogn og Fj.?
- 5.2. Kva er, etter di/dykkar meining, styrkane i den prehospitala kjeda i Sogn og Fjordane?
- 5.3. Har kommunen planar om endringar i høve daglegevakta eller organiseringa av legevakt på kveld/natt/helg?
- 5.4. Er der andre synspunkt di/dykkar kommune ynskjer å formidle til prosjektet Prehospital plan i Helse Førde?

Figur 7.2: Spørsmåla i spørjeundersøkinga til kommunane i prosjekt Prehospital plan, fase 1.

7.3.2. Organisering av legevakt på kveld/natt/helg

Nokre av kommunane driv eiga legevakt, dei øvrige er del av interkommunale legevakter. Som for dagtida, manglar fleirtalet oversikt over tal akuttoppdrag og utrykkingar ved legevakslege, og ber difor prosjektet hente statistikk frå AMK-sentralen. I nokre kommunar rykker legevakta alltid ut ved akuttoppdrag. Andre oppgjev ein del samtidskonflikter for legevaktene, og at ein då ikkje rykker ut. Legevaktene varslast no ved gule responsar, men dette er for mange deler av fylket ei heilt ny rutine frå hausten 2017. Fram til no har ein varsla legevakslege ved gule responsar berre ved nokre legevaktssentralar.

7.3.3. Utstyr

Legevakta i Flora, Førde (SYS IKL), Lærdal (ALÅ IKLV) og Luster har uniformert utrykkingskøyrety. Eid legekantor har eigen, delvis uniformert legevaktbil (ikkje godkjent for utrykking med blålys), det har også Solund og Vik. Fleirtalet kommunar har ikkje eigen legevaktbil, og legane brukar då eigne bilar ved eventuell utrykking. Legekantora og legevaktene har akuttsekkar med hjartestartarar, og i nokre kommunar har legane kvar sin. Ein har i varierende grad utstyr som jakker, hjelmar, hanskar og refleksvest.

7.3.4. Andre kommunale helsetenester

Alle kommunar (som har svart) oppgjev ambulanse, luftambulanse, AMK og som viktige samarbeidspartnarar ved akutte hendingar. Nokre nemner også førstehjelparar og øvrige kommunale helsetenester som t.d. heimesjukepleien. Nokre har vurdert og eller utgreidd ordningar med akutthjelparar, men fleirtalet har ikkje sett på slike løysingar. I Leikanger har heimesjukepleien hjartestartar tilgjengeleg. I Askvoll, Selje og Hyllestad har ein akutthjelparordningar/hjartestartargrupper (frivillige, brannkorps med meir).

Nokre av kommunane har oversikt over utplasserte hjartestartarar, andre ikkje.

7.3.5. Veggen vidare

Fleire kommunar framhevar trongen for å behalde ambulansen i sitt kommunesenter:

«Ambulansepersonellet er dei einaste med akuttmedisinsk kompetanse som er i vakt her, og er ein føresetnad for legevaktssamarbeidet og fastlegedekninga i kommunen».

Fleire fortel om godt samarbeid med ambulansetenesta, god kompetanse i ambulansetenesta og også god helikopterdekning.

Sentraliseringa av legevakt, og at ambulansen er blitt einaste og næraste ressurs, blir problematisert:

«Auka avstand til større sentraliserte legevakter gjev samtidigheitskonflikter for legevakslegen, og difor er det over tid blitt vanleg at ambulanse rykker ut i staden for at lege vurderer andre tiltak først. Særleg for skrøpelege eldre er det tid til å tenke seg om. Blir mange unødvendige innleggingar når pasienten først er i ambulansen. Slike innleggingar med ambulanse reduserer beredskapen i distriktet mtp. alvorlege hendingar»

«Det er viktig å prioritere slik at det er beredskap for alvorlege hendingar. Er det mogeleg å redusere all køyringa på pasientar som kanskje kunne vore kontrollerte i kommunene eller vore på KAD seng eller via video hatt kontakt med legen?»

7.4. Legevakt - utrykking ved akuttoppdrag

Det er ikkje sett lov- eller forskriftskrav om kor ofte legevaktslege skal rykke ut ved raude responsar (akuttoppdrag), men akuttmedisinforskrifta seier at ein skal rykke ut «umiddelbart når det er nødvendig» (§6), og vidare at legevakta skal vere «organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart» (§9). I Akuttutvalet sin rapport «Først og fremst (NOU 2015:17)» vert det tilrådd at lege er med i 75 prosent av raud respons.

Sidan kommunane manglar oversyn over utrykking ved legevakt, bad prosjektet AMK om å gå gjennom alle raude responsar over fire månader i perioden frå start av oktober 2017 til og med januar 2018. Det var 971 raude responsar i perioden. Desse er delt opp i kategoriane «dag» (324) og «kveld, natt, helg» (647), dessutan sett opp per kommune og etter organisering av legevakt. Sjå tabell 7.3.

Gjennomgangen viser at det er store skilnader mellom kommunane, og at det særleg gjeld på kveld, natt og helg. Informasjonen frå materialet i gjennomgangen er samla i tabellen under.

Utrykking per legevaktsområde - Inkludert prosent og delsummer	Område	Kommune	Utrykking samla				Utrykking kveld/natt/helg				Utrykking dag			
			Ja	Nei	Samla	%	Ja	Nei	Samla	%	Ja	Nei	Samla	%
	Indre Sogn	Aurland	6	2	8	75 %	4	1	5	80 %	2	1	3	67 %
		Lærdal	21	6	27	78 %	15	5	20	75 %	6	1	7	86 %
		Årdal	27	25	52	52 %	8	24	32	25 %	19	1	20	95 %
		Indre Sogn Total	54	33	87	62 %	27	30	57	47 %	27	3	30	90 %
	Nordfjord	Eid	20	28	48	42 %	13	14	27	48 %	7	14	21	33 %
		Hornindal	2	3	5	40 %	1	3	4	25 %	1	0	1	100 %
		Selje	5	24	29	17 %	0	15	15	0 %	5	9	14	36 %
		Stryn	17	36	53	32 %	2	33	35	6 %	15	3	18	83 %
		Vågsøy	15	48	63	24 %	2	40	42	5 %	13	8	21	62 %
		Nordfjord Total	59	139	198	30 %	18	105	123	15 %	41	34	75	55 %
	SYS IKL	Askvoll	5	25	30	17 %	0	20	20	0 %	5	5	10	50 %
		Balestrand	2	8	10	20 %	0	7	7	0 %	2	1	3	67 %
		Fjaler	2	18	20	10 %	0	15	15	0 %	2	3	5	40 %
		Førde	39	54	93	42 %	23	33	56	41 %	16	21	37	43 %
		Gaular	7	23	30	23 %	2	16	18	11 %	5	7	12	42 %
Hyllestad		5	10	15	33 %	0	8	8	0 %	5	2	7	71 %	
Høyanger		7	50	57	12 %	0	40	40	0 %	7	10	17	41 %	
Jølster		8	11	19	42 %	5	10	15	33 %	3	1	4	75 %	
Naustdal		10	8	18	56 %	6	7	13	46 %	4	1	5	80 %	
	SYS IKL Total	85	207	292	29 %	36	156	192	19 %	49	51	100	49 %	
Eiga legevakt	Bremanger	37	5	42	88 %	25	3	28	89 %	12	2	14	86 %	
	Florø	120	29	149	81 %	97	13	110	88 %	23	16	39	59 %	
	Gloppen	50	5	55	91 %	35	3	38	92 %	15	2	17	88 %	
	Luster	20	3	23	87 %	15	1	16	94 %	5	2	7	71 %	
	Solund	3	2	5	60 %	1	1	2	50 %	2	1	3	67 %	
	Vik	22	5	27	81 %	17	1	18	94 %	5	4	9	56 %	
	Eiga legevakt Total	252	49	301	84 %	190	22	212	90 %	62	27	89	70 %	
Leikanger og Sogndal IK LV	Leikanger	11	5	16	69 %	5	5	10	50 %	6	0	6	100 %	
	Sogndal	46	31	77	60 %	33	20	53	62 %	13	11	24	54 %	
	Leikanger og Sogndal IK LV Total	57	36	93	61 %	38	25	63	60 %	19	11	30	63 %	
	Samla	507	464	971	52 %	309	338	647	48 %	198	126	324	61 %	

Tabell 7.3: Utrykking ved legevakt i Sogn og Fjordane ved akuttoppdrag, periode 01.10.17-31.01.18. Data frå AMK Førde.

7.4.1 Utrykking på dagtid

Når det gjeld utrykking på dagtid skjedde det i mellom 33 og 100 prosent av tilfella i kommunane, og samla i 61 prosent av tilfella. Kommunane i dei store legevaktsamarbeida rykka, samla sett, sjeldnast ut, men med store variasjonar også der. Sjå tabell 7.3. for detaljar.

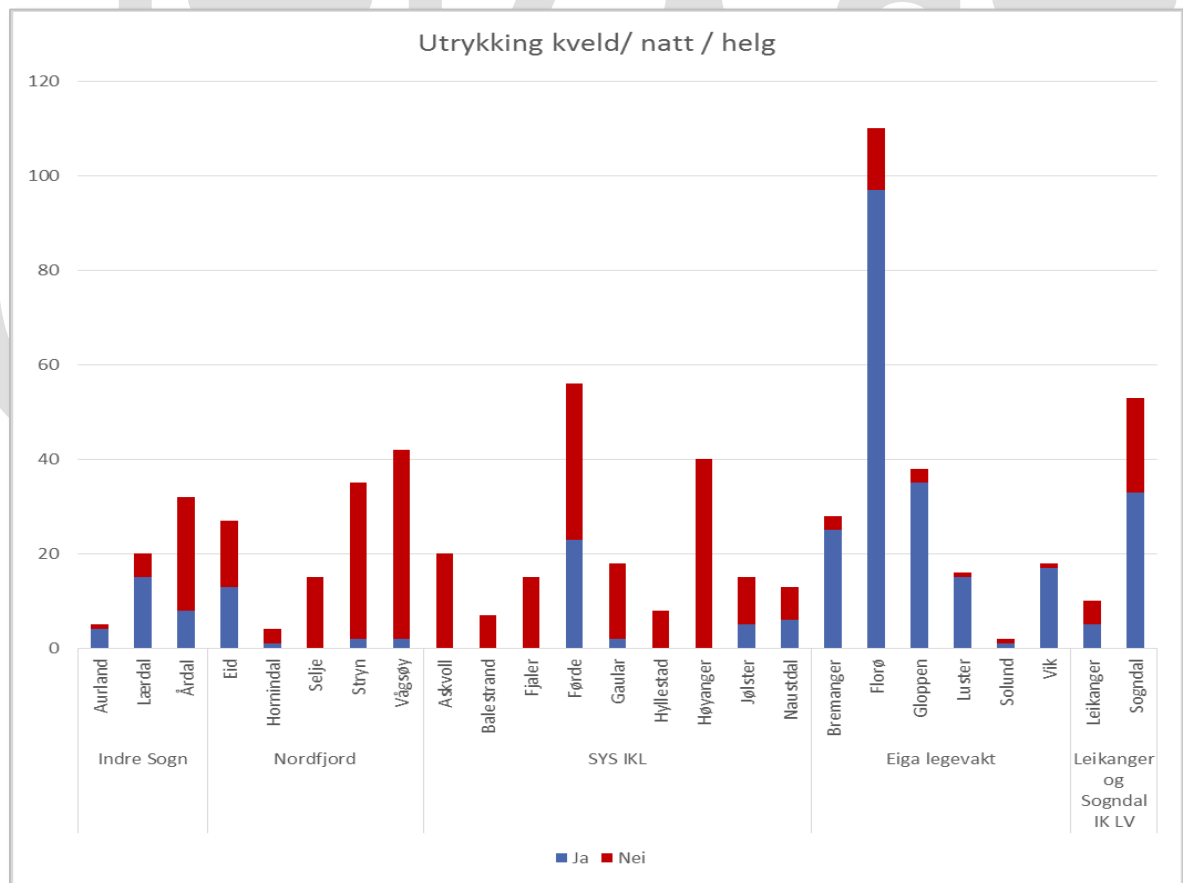
7.4.2. Utrykking på kveld, natt og helg

Dei største og mest systematiske variasjonane var på kveld, natt og helg. Særskilt går skiljelinja mellom dei kommunane som har eiga legevakt, og dei kommunane som ligg lengst unna Eid og Førde i dei to store legevaktsamarbeida. I ni av 25 kommunar

(Selje, Stryn, Vågsøy, Askvoll, Balestrand, Fjaler, Gaular, Hyllestad og Høyanger) var det ingen, eller berre heilt unntaksvise, uttrykkingar på raude responsar utanom ordinær arbeidstid i perioden. Desse ni kommunane er alle med i dei to største legevaktsamarbeida og hadde 200 av dei 647 raude responsane på kveld, natt og helg. Det vart gjennomført seks uttrykkingar i det aktuelle tidsrommet, noko som utgjer tre prosent av tilfella.

Seks kommunar har eiga legevakt. Av dei skil Solund seg ut som klart minst. Kommunen hadde fem raude responsar på dei fire månadene, mot 389 i dei fem andre, og berre to på kveld, natt og helg.

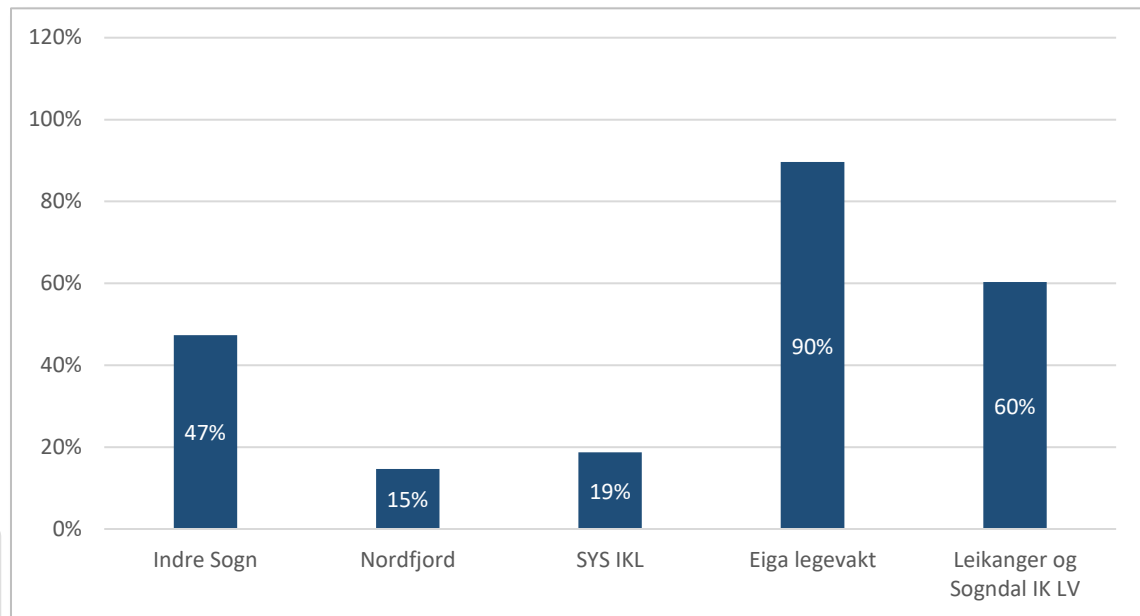
Bremanger, Flora, Gloppen, Luster og Vik ser ut til å ha omlag lik praksis med å rykke ut på raude responsar utanom dagtid; alle på rett over eller rett under 90 prosent. I desse kommunane rykker legevakta også oftare ut på raude responsar når dei skjer på kveld, natt og helg. Motsett ser ein ved for større legevaktsamarbeida at det føregår fleire uttrykkingar ved lege på dagtid. Legen rykker då ut frå fastlegekontoret i eigen kommune.



Figur 7.3: Grafisk framstilling av data (i tabell 7.3) for utrykking/ikkje utrykking ved legevakt ved raud respons.

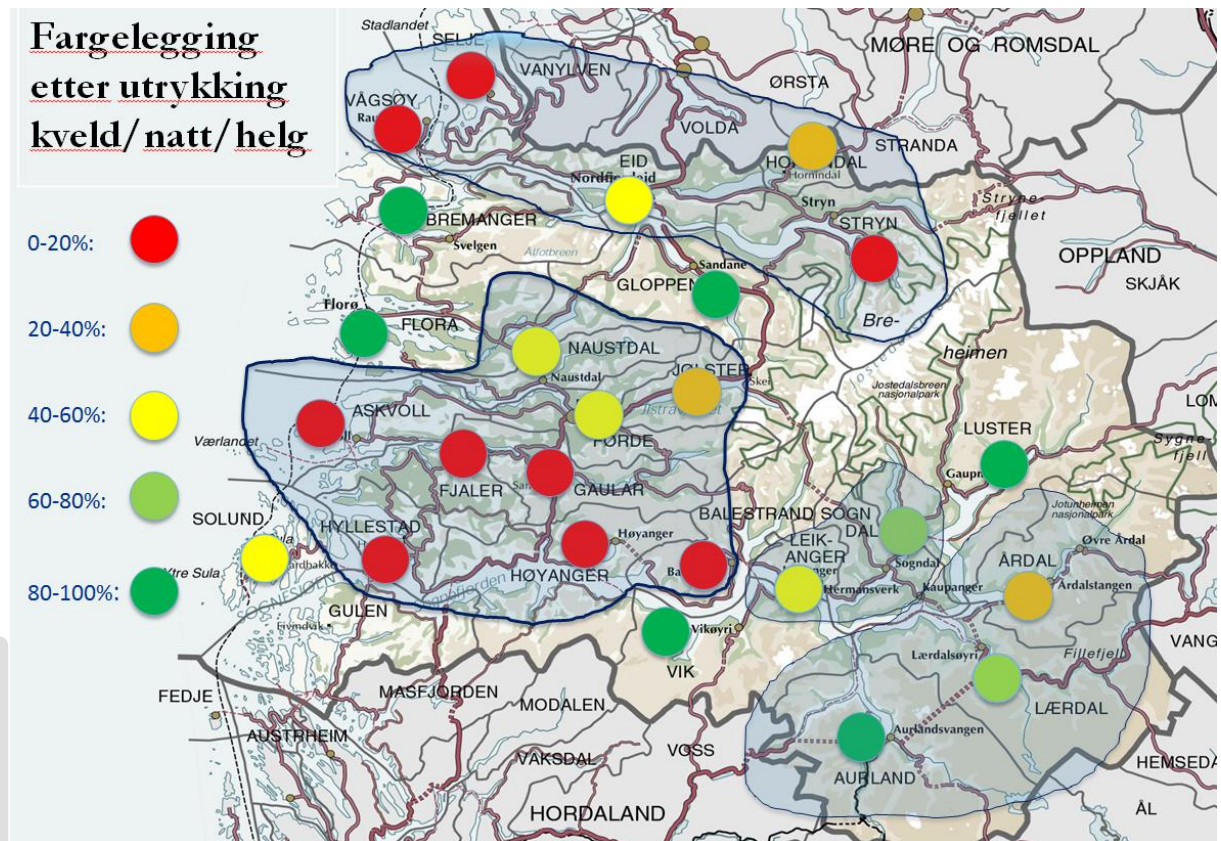
Når kommunane i figur 7.3. blir gruppert etter korleis ein er organisert for legevakt på kveld, natt og helg, kjem omtalte skilnader tydeleg fram. Figur 7.4 viser kor ofte det skjer utrykking i prosent av raude responsar på kveld, natt og helg ved dei ulike

interkommunale legevaktene. Her er kommunane med sjølvstendige legevakter samla i hop i ei søyle:



Figur 7.4.: Utrykkingsgrad ved raud respons for dei ulike legevaktsområda. Data frå tabell 7.3.

Dersom resultatane blir overført til kartet, så ser ein at det i nokre område av fylket aldri eller svært sjeldan skjedde utrykkingar på kveld, natt og helg frå legevakta i løpet av dei fire månadene. Dei fire legevaktsamarbeida er markerte:



Figur 7.5: Fordeling av utrykking ved legevakt sett i høve avstand til legevaktstasjonen. Forklaring på fargekodane til venstre i figuren. Data frå tabell 7.3.

7.4.3. Betraktningar omkring validitet

Prosjektet vurderer at datamengda (971 raude responsar på fire månader) er stor nok til å teikne eit generelt bilete av situasjonen med omsyn til utrykking ved legevakt, men for dei minste kommunane kan variasjon gjere resultatet usikkert. Tala inkluderer også situasjonar der pasient er på legevakta når akuttoppdrag blir meldt til AMK, men dette ser ikkje ut til å påverke hovudintrykket.

7.5. Avstand til legevakt i Sogn og Fjordane

I NOU 2015: 17 «Først og fremst» føreslo utvalet å innføre eit nasjonalt krav om at 90 prosent av befolkninga i kvart legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutt reisetid til næraste legevaktstasjon, og at 95 prosent av befolkninga skal ha maksimalt 60 minutt reisetid.

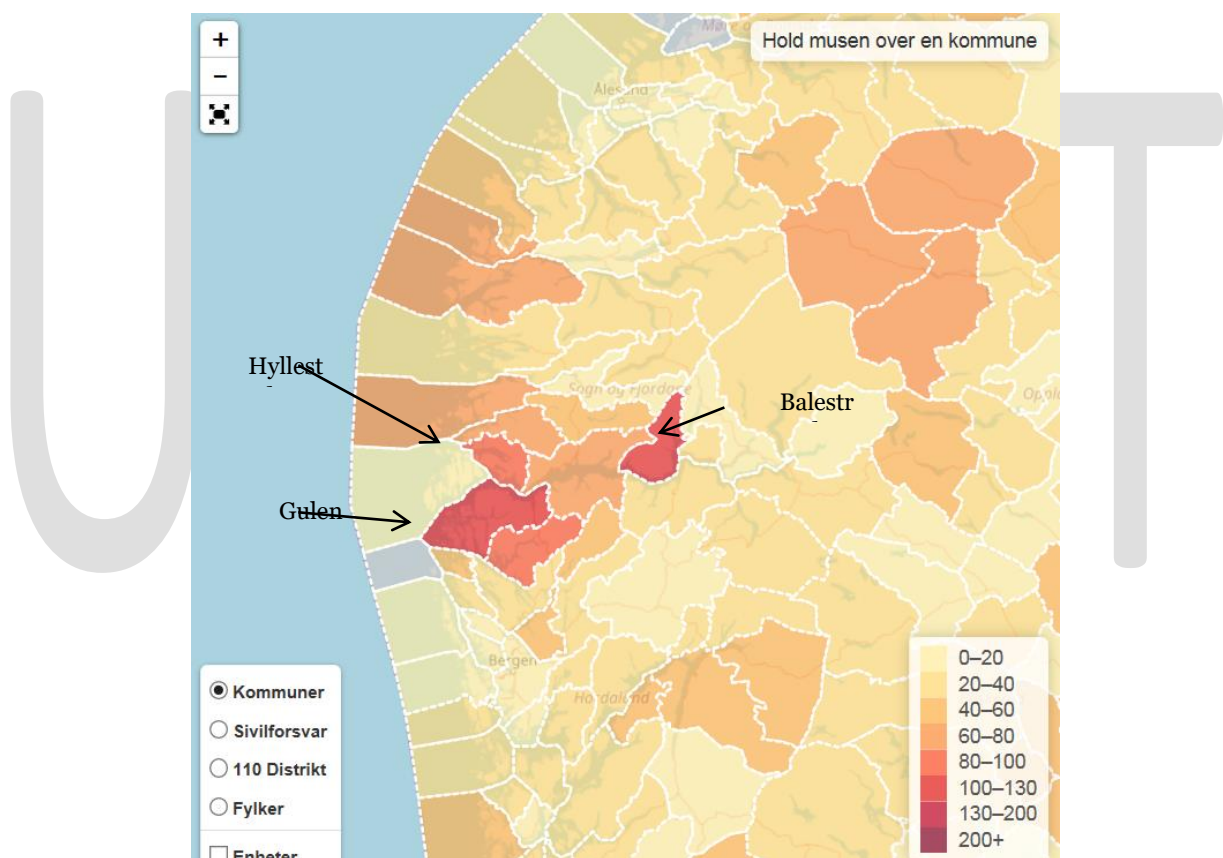
Grunnlaget for tilrådinga er forskning som viser at bruk av legevakt går ned med aukande reisetid til legevakta og at dette skjer i same grad for akutte tilfelle som ved lågare hastegrad.

Desse føringane er ikkje forskriftsfesta.

Prosjektet har ikkje sjølv gjort opp status i høve reisetid til legevakt for befolkninga i ulike kommunar i Sogn og Fjordane, men konstaterer at særleg SYS-IKL og Nordfjord legevakt dekkjer svært store område, sjå figur 7.5. Då blir reisetida lang for pasientar i utkantane, så vel som for legevakslegen, når ein finn det nødvendig å rykkje ut.

Prosjektet viser til Helsedirektoratet sin interaktive nettportal for reisetid til akutttenester: <https://reisetid.helsedirektoratet.no/analyse/dashboards/e149e1fd-a109-4c6b-aad3-b9422282c0ee>. Her kan ein finne reisetida til legevakt, sjukehus og andre akutttenester.

Figur 7.6. nedanfor er henta frå nettportalen, og viser reisetid til legevakt for kommunane i Sogn og Fjordane. Dei to kommunane som får raudast fargekode for avstand til legevakt er Gulen og Balestrand:



Figur 7.6.: Bilete frå Helsedirektoratet sin nettportal for reisetid til akutt-tenester. Ved å følgje lenka ovanfor kan ein gå inn i portalen, trykke seg fram til der ein sjølv bur, sjå på ulike kommunar osv.. Namna på dei tre kommunane med lengst reisetid i Sogn og Fjordane er lagt til manuelt.

7.6. Førstehjelp, utplasserte hjartestartarar og akutthjelparordningar i Sogn og Fjordane

Både i akuttutvalet si innstilling (NOU 2015:17 «Først og fremst») og i internasjonal litteratur viser til tre hovudsatsingsområde for førstehjelpsinnsetning fram til første helseressurs er framme hjå pasienten:

- Befolkninga sin kunnskap, evne og vilje til å yte livreddande førstehjelp
- Ein effektiv, kvalifisert og brukartilpassa medisinsk nødmeldetjeneste
- Akutthjelparar med utvida førstehjelpskompetanse

7.6.1. Nasjonal førstehjelpsdugnad: Saman reddar vi liv

Strategien til den nasjonale førstehjelpsdugnaden «*Sammen redder vi liv*» inneheld ei rekkje tiltak som kvar for seg og saman skal bidra til å auke overlevinga ved akutt og livstruande sjukdom eller skade utanfor sjukehus. Mest av alt handlar strategien om å mobilisere publikum som akuttmedisinsk ressurs. Målet er at det skal vere ei kompetent og budd befolkning som skal vere kvalifisert og trygg på å slå alarm via 113 og å gi førstehjelp ved livstruande sjukdom eller skade. Ei slik mobilisering kan bli mogeleg gjennom livslang førstehjelpsopplæring som startar i barnehagen, vidareførast i skule, i arbeidslivet, og etter at ein går ut av arbeidslivet.

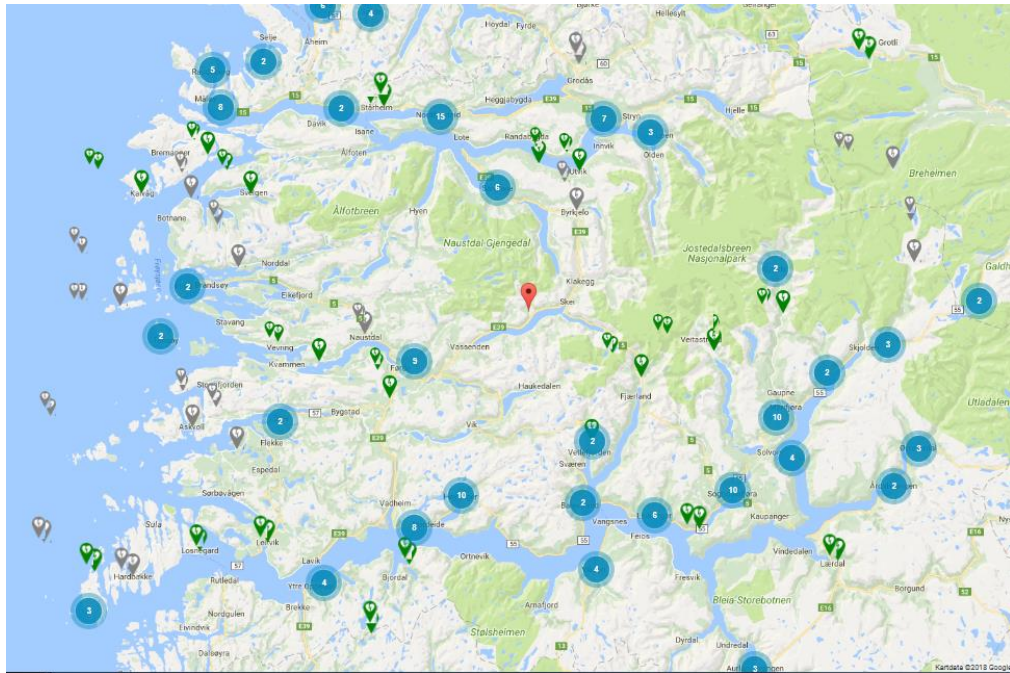
Opplæringa skal først og fremst gjere publikum i stand til kjenne att og handtere dei mest tidskritiske akuttmedisinske tilstandane:

- Hjertestans
- Hjerteinfarkt
- Hjerneslag
- Akutte skadar

7.6.2. Status for utplasserte hjartestartarar i Sogn og Fjordane

Fleire bedrifter/butikkar/bygg har også hjartestartarar som er registrert i hjertestansregistreret. Desse er ikkje knytt til ei organisert varslingsgruppe med akutthjelparar.

Det er utplassert hjartestartarar i alle kommunar i Sogn og Fjordane, både på fastland og fleire øysamfunn. AMK Førde har oversikt over plassering og varslingsrutinar. Det er viktig å få oversikt over nyetableringar og sikre oversikt på oppdaterte ressurslister.



Figur 7.8: Oversikt hjertestartarar i Sogn og Fjordane. Henta frå 113.no.

7.6.3. Fagleg bakgrunn for akutthjelparordningar

Det er nytta ulike omgrep for etablerte grupper som kan gje førstehjelp før det profesjonelle helsevesenet kjem til. Formålet med akutthjelparordningar er å understøtte frivillige sin innsats som førstehjelparar ved å mobilisere personar med utvida førstehjelpskompetanse og enkelt behandlingsutstyr. Det er viktig å presisere at akutthjelparar er eit supplement og ikkje eit alternativ til den ordinære akuttmedisinske beredskapen.

Kunnskapsgrunnlaget for akutthjelparordninga er i stor grad knytt til hjertestans utanfor sjukehus. Kunnskapsoppsummeringar gjort av Helsedirektoratet (17) slår fast at det er godt dokumentert at bruk av akutthjelparar bidreg til auka overleving ved hjertestans utanfor sjukehus.

Auka førstehjelpskompetanse blant innsatspersonell frå mellom anna politi og brann- og redningstenesta er eit viktig bidrag til bedra nasjonal helseberedskap for å handtere større hendingar, samt tryggleik for at dette innsatspersonellet er i stand til å yte livreddande førstehjelp innad i egne etatar.

7.6.4. Føringar og avtalar i høve akutthjelparordningar

Akuttmedisinforskrifta (7) seier følgande i §5: Avtale om bistand fra personer utanfor helse- og omsorgstjenesten (akutthjelparar).

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

I Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsbrev til dei regionale helseforetaka for 2018 (16) står det det:

«De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Helsedirektoratet og kommunene etablere en ordning for opplæring og bruk av akutthjelpere. Det vises til akuttmedisinforskriften § 5».

I delavtalane mellom Helse Førde og kommunane om «Samarbeid om den akuttmedisinske kjeda» (vedlegg 7) heiter det i punkt 9.2.:

«Kommunen skal gjennomføre ei ROS-vurdering av behovet for lokal akutthjelparordning. Dette kan m.a. skje ut frå følgjande kriterium:

- Ressurssituasjonen i kommunen
- Avstandar (til sjukehus, legevakt, ambulanse)
- Sårbarheit i høve infrastruktur
- Folketettleik i kommunen/området».

7.6.5. Status for akutthjelparordningar i Sogn og Fjordane

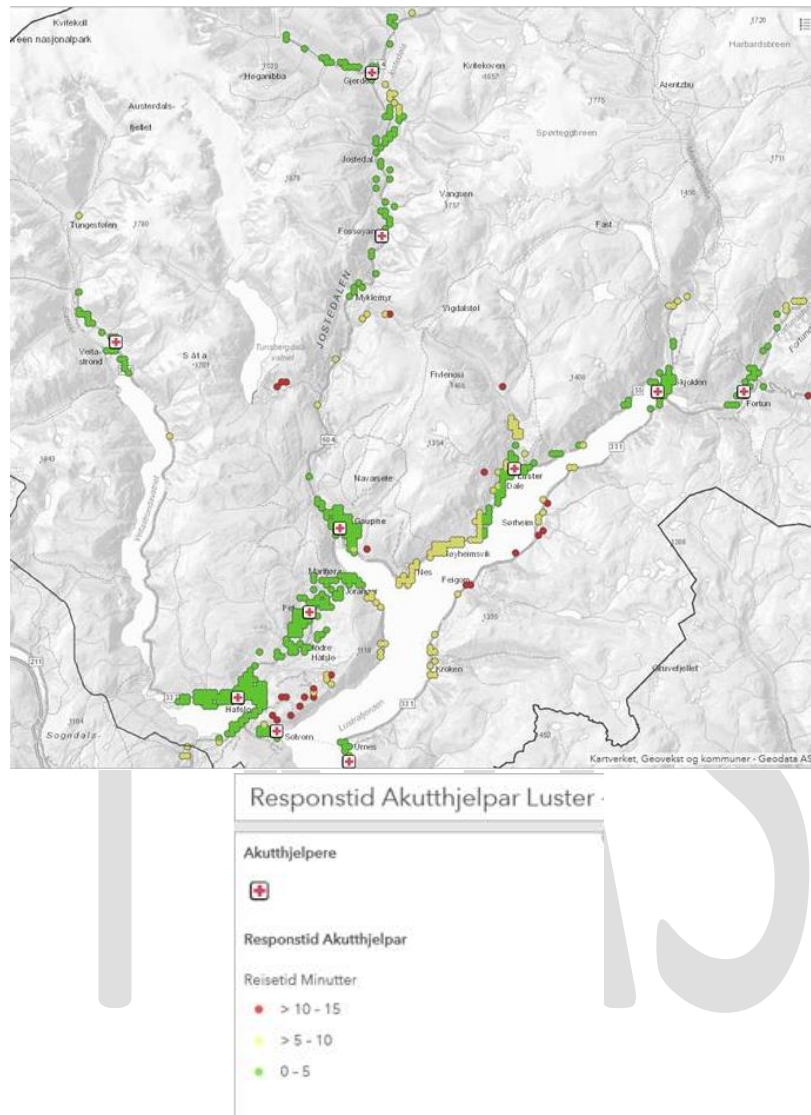
I Sogn og Fjordane er det i dag fleire etablerte akutthjelparordningar. Det er i bruk litt ulike omgrep, og gruppene har også litt ulikt kompetansenivå. Gruppene består av frivillige og/eller utdanna brannmannskap og helsepersonell. Dei fungerer som ei forlenging av helsetenesta, særleg i område med lang avstand til legevakt og ambulanse.

I Sogn og Fjordane er deltakarane i slike grupper anten utdanna gjennom prosjekta «tidleg hjertestart», «mens du venter på ambulansen», eller gjennom DHLR-kurs basert på Norsk førstehjelpsråd sitt kurskonsept. Gruppene er organiserte og kan varslast frå AMK når ein får melding om hjertestans.

7.6.6. Akutthjelparordninga i Luster kommune

Prosjektet vil særleg trekke fram Luster kommune som eksempel til etterfølging. Her har lokale ressurspersonar sett akutthjelparordninga i system med felles opplæring, utstyrsoppsett og varslingslister. På ei eiga facebookgruppe blir øvingar i dei ulike

bygdelaga kunn gjort, og medlemmene er også oppdaterte i høve hjertestartarane som er plasserte på sentrale stader.



Figur 7.9.: Hjertestartarar utplasserte i Luster kommune og responstid for akutthjelparordninga (grøne område: 0-5 minutt, gule område: 5-10 minutt og raude område: > 10-15 minutt). Kart utarbeidd av Multiconsult.

7.7. Oppsummering og vurdering

Det er gode grunnar for kommunane å gå saman om interkommunale løysingar for legevakt. Dette har skjedd her i fylket så vel som elles i landet, og det har skjedd særleg utfrå omsynet til levelege vaktordningar for fastlegar i distrikta som har drive denne utviklinga. Fleire av kommunane i Sogn og Fjordane har utfordringar i høve rekruttering av stabile fastlegar.

Kartlegginga gjort i prosjektet viser at kommunane ikkje sjølv registrerer data for egne prehospitala aktivitetar, og t.d. i høve utrykking ved legevakt har prosjektet difor hente data frå AMK Førde.

Det er stor variasjon kommunane og legevaktsområda i mellom korleis dei stettar forskriftskravet om utrykking ved legevakt når dette er vurdert nødvendig. På kveld, natt og helg hadde nokre legevaktsområde i stor grad utrykking med lege, medan andre område ikkje hadde utrykkingar i det heile.

Ikkje alle kommunar har utstyret som skal til for at legevakta skal kunne rykkje ut.

Nokre kommunar har oversikt over hjartestartarar, og nokre har arbeidd med å etablere akutthjelparordningar. Ikkje alle kommunar har gjennomført vurderingar i høve akutthjelparordningar slik dei er skildra i delavtalane med helseføretaket.

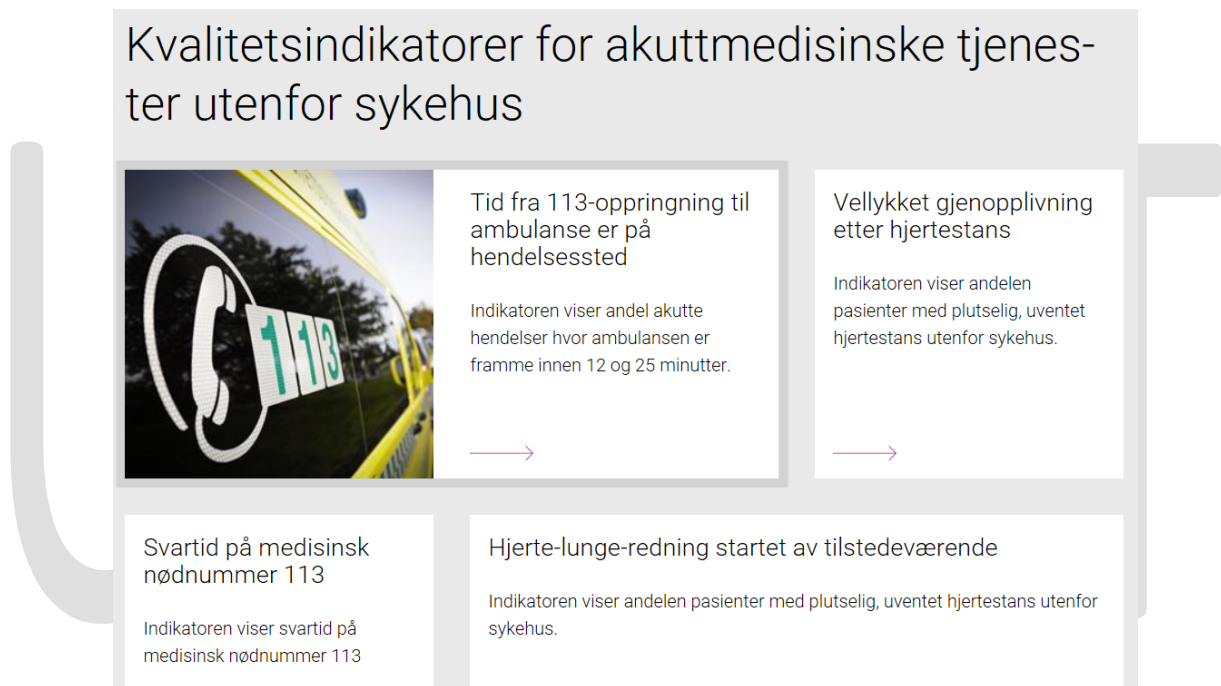
Ein har gode døme på velfungerande akutthjelparordningar i fylket. Prosjektet tilrår å etablere akutthjelparordningar i alle kommunar, men særleg der ein har lang veg til legevakt og sjukehus.

UTKAST

8. Datainnhenting og analysar i prosjektet

8.1. Nasjonale kvalitetsindikatorar som gjeld prehospitala tenester

På helsenorge.no publiser Helsedirektoratet tal for nasjonale kvalitetsindikatorar. For akuttmedisinske tenester finst fire kvalitetsindikatorar, sjå figur 8.1. Prosjektet vil her formidle status i høve desse kvalitetstala for Helse Førde og Sogn og Fjordane.



Figur 8.1.: Kvalitetsindikatorar for akuttmedisinske tenester slik dei presenterast på helsenorge.no: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus>

8.1.1. Tid frå 113 oppringing til ambulanse er på plassen (responstid)

Responstida er definert som tida det tek frå eit anrop til medisinsk nødtelefon 113 byrjar å ringe i AMK-sentralen til første ambulanse er på hendingsstaden.

8.1.1.1. Fagleg bakgrunn

Tida det tek frå ei potensielt alvorleg hending (akutt sjukdom eller skade) inntreff til ein pasient har fått nødvendig helsehjelp ofte avgjerande for å unngå død, tap av

leveår og funksjonsnivå eller lidning. For fleire akutte tilstandar som hjartestans, hjerneslag, akutt hjarteinfarkt og alvorlege traume (t.d. trafikkulukker) er difor rask responstid med på å redde liv og betre pasienten sin sjanse til å halde funksjonsnivået sitt. For brå, uventa hjartestans utanfor sjukehus er det berekna at sannsynligheita for overleving blir redusert med ti prosent per minutt fram til bruk av hjertestartar.

8.1.1.2. Lovkrav/forskriftskrav/føringar og vedtak som gjeld responstid

- 1) Lov om spesialisthelsetjenester § 6** pålegg Helse Førde å levere forsvarlege helsetenester. I dette omgrepet inngår at ein skal oppretthalde ei forsvarleg responstid til heile befolkninga. I forsvarlegheitskravet inngår også at alle tilsette held ein fagleg forsvarleg standard, at arbeidstilhøve og arbeidstid er slik at det er mogeleg å utføre oppgåvene på ein forsvarleg måte og at teknisk utstyr og infrastruktur held forsvarleg standard.
- 2) Akuttmedisinforakriften:** Inneheld ikkje krav til responstid.
- 3) NOU 15:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus** (same tekst på helsenorge.no):
«Det er ikke etablert nasjonale krav til responstid for ambulansetjenesten, men Stortinget vedtok i 2000 følgende veiledende responstider for akuttoppdrag:
 - I byer og tettsteder skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent av de akutte hendelsene.
 - I griségrendte strøk skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 90 prosent av de akutte hendelsene.»
- 4) Helse Vest sitt styrevedtak i sak 141/2016 «Ambulansedekning og responstider i Helse Vest»:**
 1. Helse Vest sin samla plan for prehospitala tenester frå 2008, bør reviderast i tråd med nasjonale føringar. Arbeidet bør starte så snart som råd i 2017.
 2. Helse Vest RHF vil arbeide systematisk for at tid frå 113-oppringning til ambulanse er på hendelsesstad skal vere nærast mogleg 12 minuttar (tettbygde strøk) eller 25 minuttar (griségrendte strøk) i minst 90 prosent av oppdraga.»
- 5) Helse Førde sitt styrevedtak i sak 046/2017 «Prosess for det prehospitala området»:**

Punkt 4: «Styret ber om at administrerande direktør i utforminga av mandatet planlegg å utforme ein prehospital teneste som klarer å oppfylle den nasjonale målsetninga, som og Helse Vest har vedtatt, for responstider. Styret ønskjer at Helse Førde ser på responstider samla for foretaket» (Viser til punkt 2 i Helse Vest sitt styrevedtak i sak 141/16 «Ambulansedekning og responstider i Helse Vest»).

8.1.1.3. Nasjonal kvalitetsindikator: Prosentvis oppfylging av vegleiane responstid

På den nasjonale helseportalen helsenorger.no publiserer Helsedirektoratet kvalitetsindikatorar for prehospitale tenester, og ein av desse gjeld responstid.

Responstida blir målt frå medisinsk nødtelefon 113 byrjar å ringe i AMK-sentralen til første ambulanse er på hendingsstaden.

Indikatoren viser:

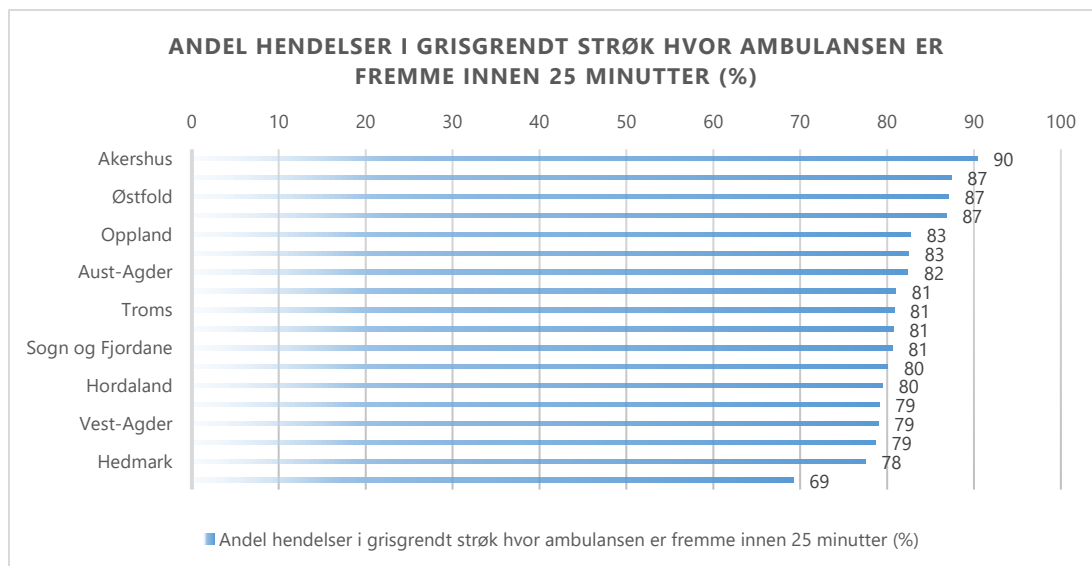
- 1) Delen akutte hendingar der bilambulanse er framme innan 25 minutt for grisgrendte strok.
- 2) Delen akutte hendingar der bilambulanse er framme innan 12 minutt for tettbygde strok.
- 3) 90-prosentilane som seier at i 90 prosent av hendingane er bilambulanse framme innan dette talet minuttar.

Alle delar av Sogn og Fjordane kjem inn under definisjonen grisgrendt strøk. Det er viktig å merke seg at indikatoren gjeld berre akuttoppdrag (raude responsar) med bilambulanse. Oppdrag som løysast med båtambulanse eller luftambulanse registrerast ikkje, heller ikkje om legevakslege eller akutthjelparar med hjartestartar kjem først fram.

8.1.1.4. Helse Førde sitt samla resultat for responstid i 2016

2016 er siste periode Helsedirektoratet har publisert data for.

I figur 8.2 og tabell 8.3 nedanfor ser ein resultatet for 2016 i Sogn og Fjordane samanlikna med andre fylke. I Sogn og Fjordane nådde ambulansetenesta fram innan 25 minutt i 81 prosent av akuttoppdraga i 2016. Med dette resultatet ser ein at sju fylke ligg over Helse Førde på lista, tre ligg likt og sju fylke ligg under.



Figur 8.2: Andel hendingar i grisgrendte strøk i 2016 der ambulanse er framme innan 25 minutt ved akuttoppdrag. Perioden er heile 2016. Data henta frå helsenorge.no: <https://helsenorge.no/kvalitetsseksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=113> ambulanse pa hendelsessted

Om ein går inn på helsenorge.no og ser på ulike periodar, ser ein at prosentdelen svingar noko opp og ned. Til dømes ligg Helse Førde for siste tredjedel (tertiar) av 2016 med ei måloppnåing på 83,3 prosent, som er noko betre enn for heile året samla. Også tal akuttoppdrag varierer noko frå tertial til tertial.

FYLKE	Andel hendelser i grisgrendt strøk hvor ambulansen er fremme innen 25 minutter (%)	Antall akutte hendelser i grisgrendt strøk hvor ambulansen er fremme innen 25 minutter	Totalt antall akutte hendelser i grisgrendt strøk	90-prosentilet i grisgrendt strøk (minutter)
Akershus	90	1706	1 887	26,0
Vestfold	87	1542	1 764	27,7
Østfold	87	1673	1 921	27,6
Møre og Romsdal	87	2924	3 369	27,8
Oppland	83	2233	2 700	30,8
Buskerud	83	2146	2 601	31
Aust-Agder	82	1830	2 221	30,3
Telemark	81	1714	2 116	31,6
Troms	81	975	1 207	30,8
Finnmark	81	1344	1 665	37,7
Sogn og Fjordane	81	1549	1 922	33,3
Nord-Trøndelag	80	1438	1 795	36,1
Hordaland	80	2840	3 572	31,4
Sør-Trøndelag	79	2498	3 158	32,8

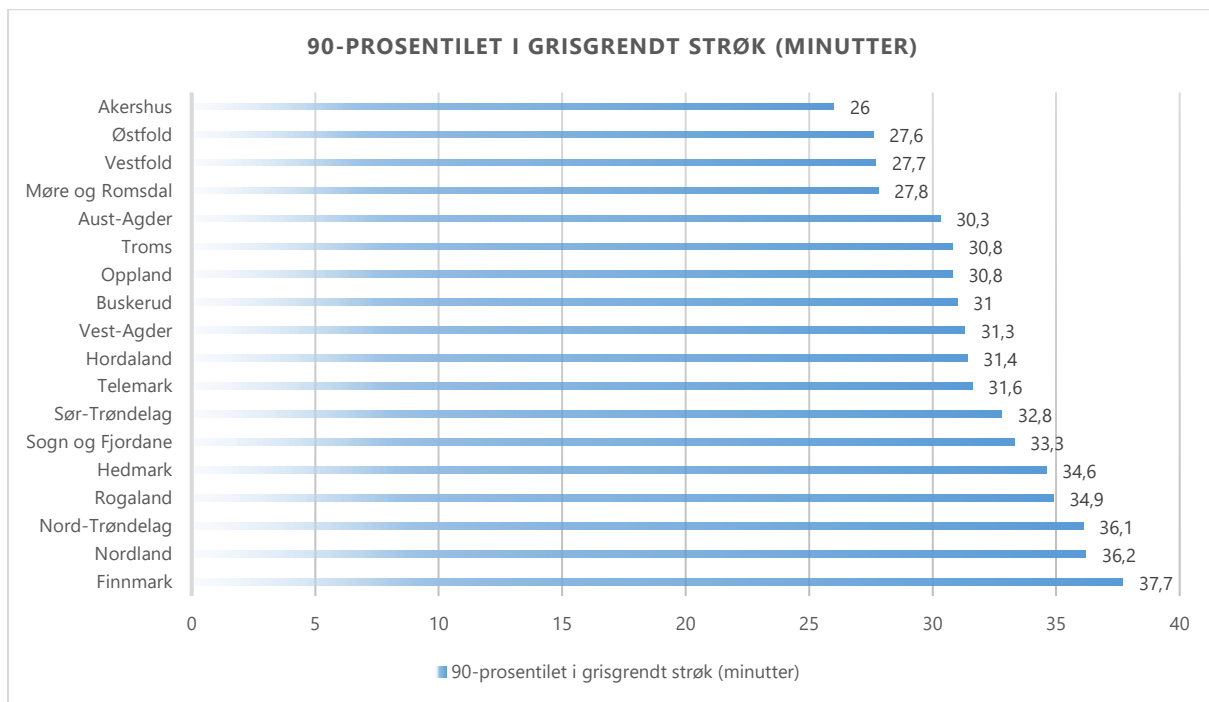
Vest-Agder	79	1856	2 349	31,3
Nordland	79	2192	2 785	36,2
Hedmark	78	1150	1 484	34,6
Rogaland	69	1510	2 182	34,9
Oslo, fylke				

Tabell 8.1: Responstid i Sogn og Fjordane samanlikna med andre fylke i 2016. Tabellen inneheld totalt tal akuttoppdrag, andelen akuttoppdrag der ambulanse kjem fram innan 25 minutt i prosent og absolutte tal samt 90-prosentilen (den tida tenesta brukte på å nå fram i 90 prosent av oppdraga). Oslo er tettbygd strøk og kjem difor ikkje opp med tal her. Henta frå helsenorge.no: https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=113_ambulanse_pa_hendelsessted

Kvalitetsindikatoren viser også kor lang tid ambulansetenesta i Helse Førde brukar på å nå fram i 90 prosent av akuttoppdraga, denne kallast 90-prosentilen. Sjå figur 83: Helsedirektoratet si vurdering av resultatet på landsbasis er som følgjer på helsenorge.no:

«I grisgrendt strøk var ambulansen fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 82 prosent av hendelsene på landsbasis i 2016. I 2015 var andelen 83 prosent. 90-prosentilet viser at det i 90 prosent av hendelsene i 2016 var en ambulanse på hendelsesstedet før det hadde gått mer enn 31,7 minutter.

Det er noe variasjon mellom fylkene, men ingen av fylkene oppnådde i 2016 den veiledende responstiden om at ambulansen skal være fremme innen 12 minutter i 90 prosent av hendelsene i tettbygd strøk. Med unntak av Akershus var det heller ingen av fylkene som oppnådde veiledende responstiden om at ambulansen skal være fremme innen 25 minutter i 90 prosent av hendelsene i grisgrendt strøk».



Figur 8.3: 90-prosentil responstid: Tal minutt ambulansetenesta brukte på å nå fram i 90 prosent av akuttoppdraga i 2016. Sogn og Fjordane samanlikna med andre fylke. Henta frå helsenorge.no: https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=113_ambulanse_pa_hendelsessted

Nasjonal målsetting er at ambulanse skal nå fram til 90 prosent innan 25 minutt ved akuttoppdrag med bilambulanse. I vårt fylke klarte vi 81 prosent samla for heile 2016. Tenesta hadde 1922 akuttoppdrag, og nådde fram til 1549 innan 25 minutt. For dei resterande 373 oppdraga brukte ein lenger tid. 90-prosentilen vår var 33,3 minutt, det vil seie at vi trengde 8,3 minutt meir enn 25 minutt på å nå fram i 90 prosent av oppdraga. Forskjellen mellom fylka er små. Fire fylke greidde å nå fram til 90 prosent innan 30 minutt, øvrige fylke ligg mellom 30 og 38 minutt. Frå år til år er der også noko variasjon i desse fylkesvise tala, men jamt over er dei ikkje store.

8.1.1.5 Responstid for ulike kommunar i Sogn og Fjordane i 2016

I avsnittet ovanfor har vi sett på responstid for dei ulike fylka samla, og i tabell 1 ser ein også tal akuttoppdrag løyst med bilambulanse i dei ulike fylka i 2016. Vidare vil vi sjå på tala for dei einskilde kommunane i fylket vårt. Mellom dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane er det stor skilnad på kor mange akuttoppdrag ambulansetenesta har i året. Årsaka er først og fremst varierende folketal. Det er naturleg at der er fleire akuttoppdrag i kommunar med høgare folketal. Vidare har også aldersfordelinga i dei ulike kommunane noko å seie. Bruken av ambulanse aukar med alderen, og også mengda akuttoppdrag.

I tabell 8.2 nedanfor ser ein kor mange akuttoppdrag ambulansetenesta hadde i kvar kommune i 2016. Dei fem kommunane med flest akuttoppdrag var Flora (202), Førde (198), Vågsøy (124), Sogndal (116) og Eid (106). Dei fem kommunane med færrest akuttoppdrag var Leikanger (13), Hornindal (15), Balestrand (36), Solund (38) og Naustdal (38).

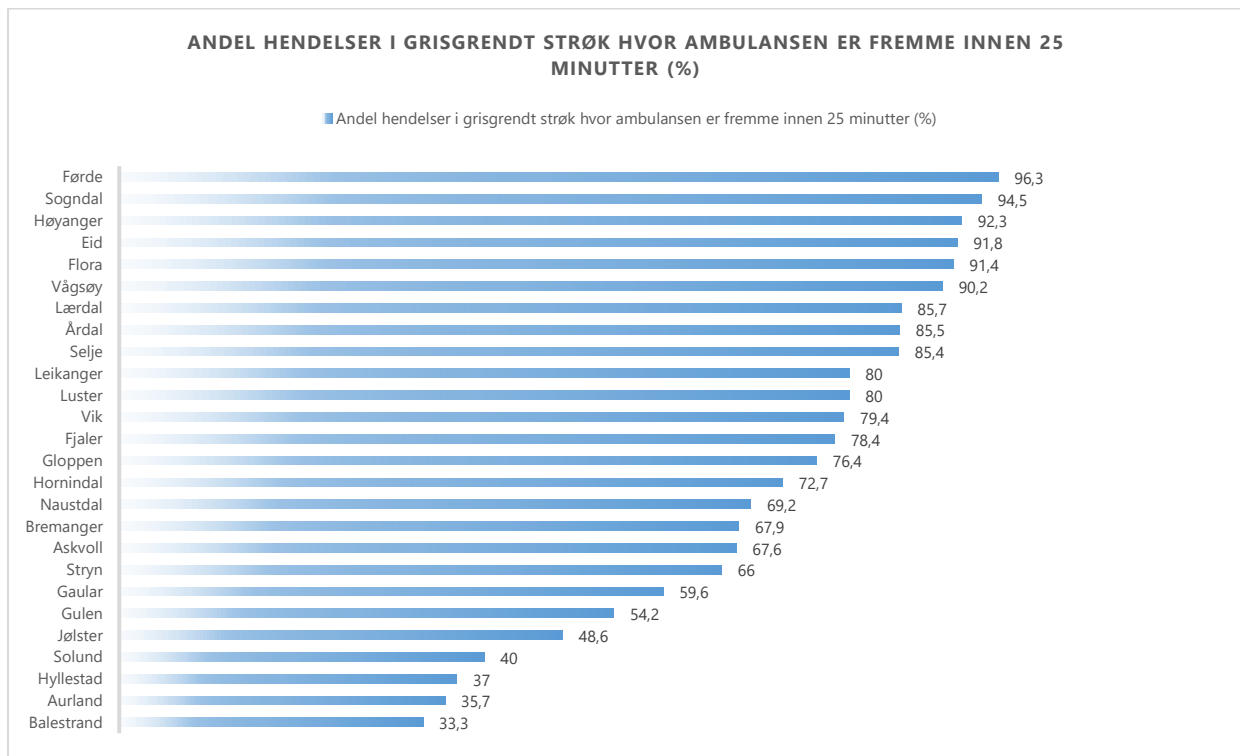
Tabell 8.2: Responstid. Tabellen viser for kvar kommune totalt tal akuttoppdrag, del oppdrag der ambulansen kom fram innan 25 minutt i absolute tal og prosentvis samt 90-prosentilen. Data henta frå helsenorge.no: https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=113_ambulanse_pa_hendelsessted

Kommunar	Andel hendingar kor ambulansen var framme innan 25 minuttar (%)	Tal akutte hendingar kor ambulansen var framme innan 25 minutt i 2016	Totalt antall akutte hendingar i kommunen i 2016	90-prosentilet i kommunen (i minutt)
Førde	96,3	191	198	14,3
Sogndal	94,5	110	116	18,7
Høyanger	92,3	78	85	23
Eid	91,8	97	106	22,1
Flora	91,4	185	202	23,7
Vågsøy	90,2	112	124	25,2
Lærdal	85,7	35	41	30,7
Årdal	85,5	76	89	30,6
Selje	85,4	48	56	27,8
Leikanger	80	10	13	27,7
Luster	80	40	50	27,8
Vik	79,4	34	43	32,1
Fjaler	78,4	37	47	35
Gloppen	76,4	55	72	39,6
Hornindal	72,7	11	15	31,8
Naustdal	69,2	26	38	36,1
Bremanger	67,9	56	82	41,9
Askvoll	67,6	37	55	47,5
Stryn	66	97	147	39
Gaular	59,6	47	79	40,7
Gulen	54,2	48	89	39,7
Jølster	48,6	37	76	36,6
Solund	40	15	38	63,7
Hyllestad	37	27	73	41,6
Aurland	35,7	28	78	43,7
Balestrand	33,3	12	36	39,2

I figur 8.4

Nedanfor ser ein at den prosentvise andelen akuttoppdrag der ambulansen kjem fram innan 25 minutt varierte mellom kommunane i 2016. For seks kommunar låg ein over målsettinga på 90 prosent, for dei øvrige låg ein under. For fem kommunar låg ein under 50 prosent.

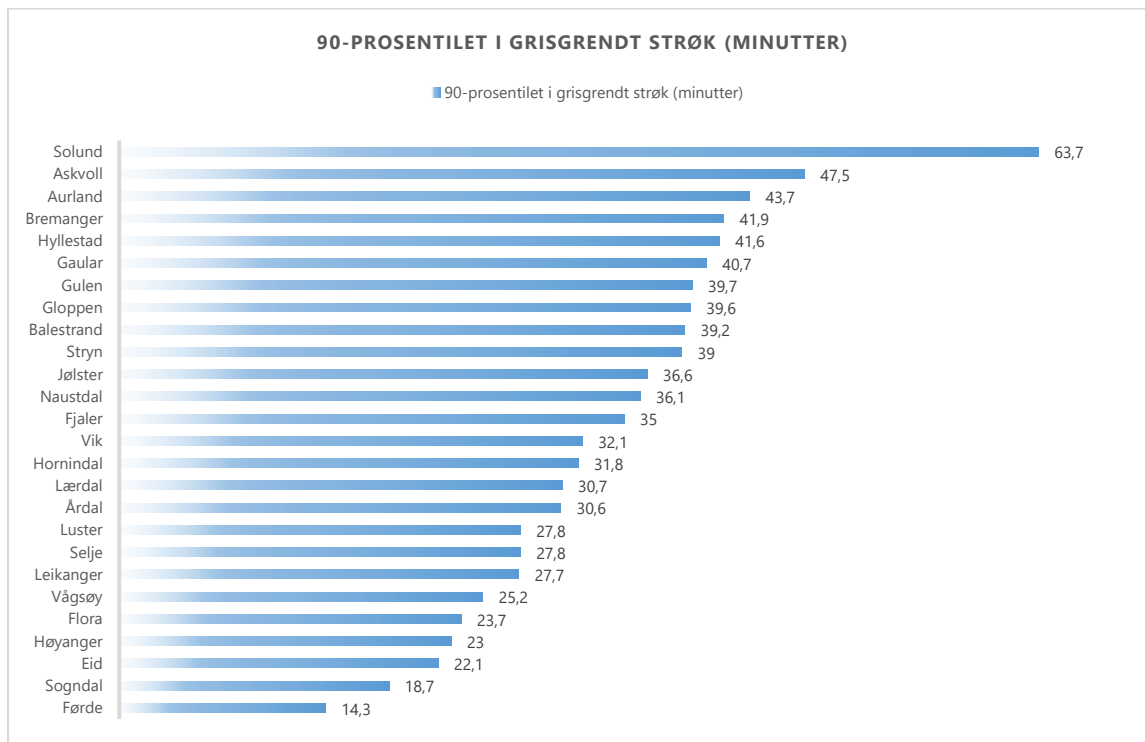
Det er viktig å vere merksam på at desse tala svingar ein del frå periode til periode og frå år til år. Grunnen er at tal akuttoppdrag er lågt i fleirtalet av kommunane i Sogn og Fjordane. Tilfeldig variasjon medfører her at tala svingar opp og ned fordi ambulansetenesta nokre år får fleire og nokre år får færre akuttoppdrag i dei mest avsidesliggende områda i kommunane.



Figur 8.4.: Responstid i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane, samla for 2016. Andel akuttoppdrag i prosent der ambulansen kom fram innan 25 minutt. Data henta frå helsenorge.no:

https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=113_ambulanse_pa_hendelsessted

Figur 8.5 viser 90-prosentilen (kor lang tid det tek å nå 90 %) for dei ulike kommunane i 2016:



Figur 8.5: 90 prosentil. Søylen viser tal minutt ambulansetenesta brukte på å nå fram i 90 % av akuttoppdraga for kommunane i Sogn og Fjordane. Data henta frå helsenorge.no:
https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=113_ambulanse_pa_hendelsessted

I figur 8. 4 ser ein at tida ambulansetenesta brukte på å nå fram i 90 prosent av akuttoppdraga var lengst i Solund (63,7 minutt), Askvoll (47,5 minutt), Aurland (43,7 minutt) Bremanger (41,9 minutt), Hyllestad (41,6 minutt) og Gaular (40,7 minutt). For Solund merk at indikatoren berre gjeld reine bilambulanseoppdrag, ikkje båtambulanseoppdrag.

8.1.1.6. Tal oppdrag i ulike kommunar der bilambulanse ikkje nådde fram innan rettleiande responstid i 2016

For å evaluere korleis ambulansetenesta i Helse Førde ligg an i høve den vegleiarande responstida, har prosjektet også funne det viktig å telje opp dei akuttoppdraga der ambulansetenesta ikkje når fram innan 25 minutt, sjå tabell 8.3 nedanfor.

Kommunar	Tal akuttoppdrag i 2016 der ambulansen ikkje nådd fram innan 25 minutt	Andel av akuttoppdraga i 2016 der ambulansen ikkje nådde fram innan 25 minutt
Førde	7	4 %
Sogndal	6	5 %
Høyanger	7	8 %
Eid	9	8 %
Flora	17	9 %
Vågsøy	12	10 %
Lærdal	6	14 %
Årdal	13	15 %
Selje	8	15 %
Leikanger	3	20 %
Luster	10	20 %
Vik	9	21 %
Fjaler	10	22 %
Gloppen	17	24 %
Hornindal	4	27 %
Naustdal	12	31 %
Bremanger	26	32 %
Askvoll	18	32 %
Stryn	50	34 %
Gaular	32	40 %
Gulen	41	46 %
Jølster	39	51 %
Solund	23	60 %
Hyllestad	46	63 %
Aurland	50	64 %
Balestrand	24	67 %

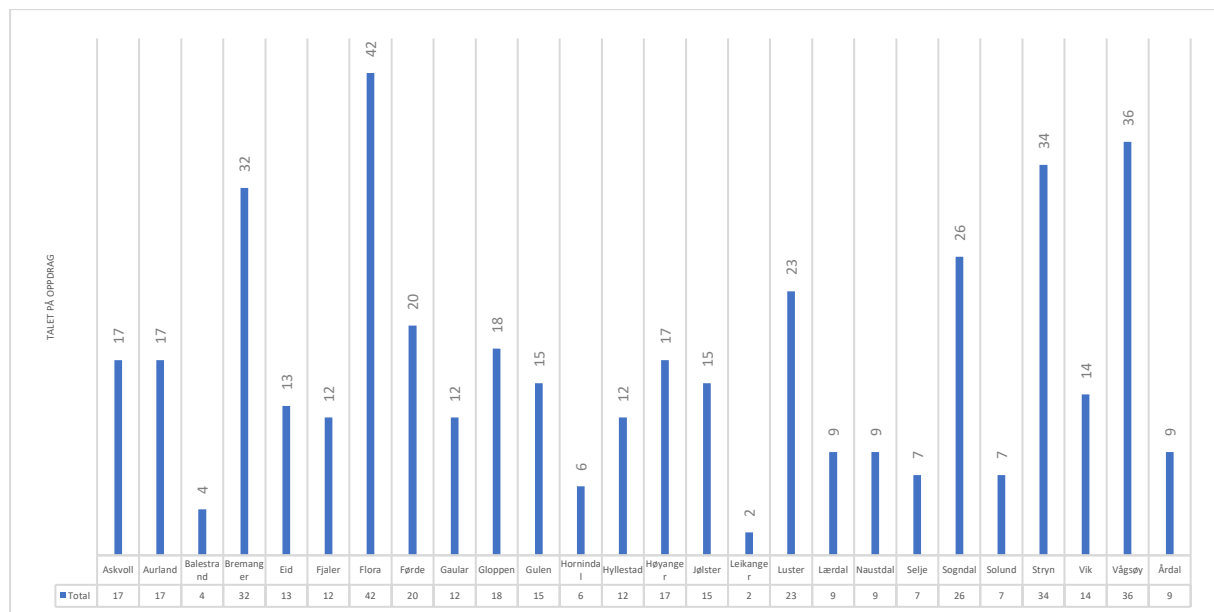
Tabell 8.3: Fordeling av akuttoppdrag med bilambulanse der tenesta ikkje nådde fram innan 25 minutt. Data frå helsenorge.no

I absolutte tal hadde Stryn (50), Aurland (50), Hyllestad (46), Gulen (41) og Jølster (39) flest akuttoppdrag der ein ikkje nådde fram innan 25 minutt i 2016. I alle kommunane var der akuttoppdrag kor ambulansetenesta brukte meir enn 25 minutt på å nå fram.

8.1.1.7. Luftambulansse og redningshelikopter sin del av akuttoppdraga

Som tidlegare omtala kjem verken oppmøte av akutthjelparar, utrykkingar ved legevakt eller bruk av luftambulansse med i statistikken over responstid. Bruk av helikopter (bemanna med anestesilege) er ein viktig del av den preshopitale tenesta, og er brukt ved dei mest tidskritiske hendingane.

Helse Førde har eigen statistikk på kor mange akuttoppdrag som i vårt fylke blei løyst med bruk av helikopter (luftambulansse eller redningshelikopter) i staden for ambulansse (bil og båt) i 2016. Her handlar det då om primæroppdrag der ein rykker ut til pasienten heime eller ein annan stad utanfor sjukehus.



Figur 8.6: Samla tal på akutte primæroppdrag utført av luftambulansse og redningshelikopter i 2016 per kommune i Sogn og Fjordane. Tal frå luftambulanssetenesta.

Samla tal på primæroppdrag utført av luftambulansse og redningshelikopter i 2016 i kommunar i Sogn og Fjordane var 428. Flest akuttoppdrag løyst med luftambulansse og redningshelikopter i 2016 hadde Flora (42), Vågsøy (36), Stryn (34), Bremanger (32) og Sogndal (26).

8.1.1.8 Oppsummering og vurdering i høve responstid

Det er berre Akershus fylke som samla greier å nå den nasjonale målsettinga om at ambulanssetenestene skal rekke fram i 90 prosent av akuttoppdraga innan 25 minutt i gravgrendte strok. Alle dei andre fylka/føretaka greier målsettinga i nokre kommunar, men ikkje alle. Sogn og Fjordane ligg midt i fatet i nasjonal samanheng.

Samla måloppnåing på 81 prosent for akuttoppdrag der bilambulanse når fram innan 25 minutt er vurdert som forsvarleg.

Det er stor variasjon kommunane i mellom når det gjeld delen akuttoppdrag der ein når fram innan 25 minutt med bilambulanse. I det vidare prosjektet må ein utgreie mogelege kompensierende tiltak for å sikre best mogeleg beredskap i utkantkommunane. Ein må også vege nærleik til ambulansestasjonar (responstid) mot nødvendig mengdetrening for ambulanspersonellet. Dette fordi det er låge volum av akuttoppdrag for fleirtalet av ambulansestasjonar og ambulansetilsette i Sogn og Fjordane.

I vurderinga av at responstida er forsvarleg, har prosjektgruppa også lagt vekt på at luftambulanse og redningshelikopter årleg tek seg av mange av akuttoppdraga i vårt fylke, heile 428 oppdrag i 2016. (Bilambulansetenesta handterte 1922 oppdrag).

Den nasjonale målsettinga har vore gjeldande i 18 år etter at den vart vedteke av Stortinget i 2000. Den er ikkje blitt lovfesta og heller ikkje teke inn i akutforskrifta. Ein openberr grunn til at nær alle fylke slit med å nå dei rettleiande responstidene, er at dette vil vere svært kostbart/ressurskrevjande å makte. Og då må noko anna i spesialisthelsetenesta kuttast tilsvarande. Meir om dette i økonomidelen av denne rapporten.

Mengdetrening: Ein annan grunn til at fleire føretak har sagt seg nøgd med å ligge lågare enn 90 prosent måloppnåing i høve responstider, er fagleg basert. Då handlar det særleg om mengdetreninga til ambulanspersonellet. Omsett i konkrete døme, ville det samla personellet i Leikanger fått 13, i Hornindal 15, i Balestrand 36 og i Naustdal 38 akuttoppdrag gjennom heile 2016 dersom desse kommunane hadde eigne stasjonar (sjå tabell 8.2). Også i kommunar med meir folk ville eigen ambulansetasje innebere at personellet fekk svært få akuttoppdrag i året. Gaular hadde 79, Jølster 76, Aurland 78, Fjaler 47, Askvoll 55 og Hyllestad 76 akuttoppdrag i 2016 – det vil seie godt under to akuttoppdrag i veka til fordeling på personellet på stasjonen.

8.1.1.9 Mogelege kompensierende tiltak når responstida ikkje er ideell

Prosjektgruppa ser at det vil vere krevjande for ambulansetenesta i Helse Førde å nå målet om å nå ut til 90 prosent av pasientane innan 25 minutt ved akuttoppdrag. Avgrensande faktorar er økonomi, tilgang på kompetent personell, men også faglege omsyn der særleg balansegangen mellom nærleik og mengdetrening er omtalt ovanfor.

Dei viktigaste supplerande tiltaka for bilambulansetenesta er:

- Akutthjelparordningar
- Utrykking ved kommunal legevakt eller legevaktsatellittar
- Luftambulanse/redningshelikopter

8.1.2. Vellukka gjenoppliving etter hjartestans

Kvalitetsindikatoren viser andelen pasientar med brå, uventa hjartestans utanfor sjukehus, som fekk tilbake eigen hjarterytme i ambulansen. Vellukka gjenoppliving er ein mykje brukt kvalitetsindikator for prehospitale tenester. Utfallet på denne indikatoren avheng av innsatsen og samspelet mellom publikum og alle aktørane i den akuttmedisinske kjeda:

- Publikum har avgjerande betydning for vellukka gjenoppliving gjennom tidlig erkjenning, rask varsling og tidleg start av hjarte-lunge-redning.
- AMK-sentralen får inn meldingar om medisinsk naud, varslar, sender ut og koordinerer ambulansar og andre ressursar og rettleier innringar i HLR (hjarte-lungeredning) fram til ambulanse eller anna profesjonell hjelp kjem til. Ved hjartestans er det rutine at AMK-sentralen tilbyr rettleiing i hjarte-lunge-redning.
- Tidlig defibrillering med hjartestartar aukar sjansen for overleving. Dette skjer når ambulanse/helsepersonell kjem til eller når førstehjelparar nyttar lokalt plassert hjartestartar.

Data til kvalitetsindikatoren er levert frå Norsk hjertestansregister. Alle pasientar som rammast av brå, uventa hjartestans utanfor sjukehus i Norge, og der helsepersonell eller publikum startar ei behandling, skal inkluderast i registeret.

8.1.2.1. Hovudfunn nasjonalt

På landsbasis i første tertial 2017 (januar-april) blei 23,6 prosent av pasientane med plutselig uventa hjartestans utanfor sjukehus vellukka gjenoppliva. Dei ulike regionale helseføretaka hadde følgande resultat for vellukka gjenoppliving for første del av 2017:

Helse Midt-Norge: 25,2 %

Helse Nord: 25 %

Helse Vest: 23.3 %

Helse Sør-Øst 23 %

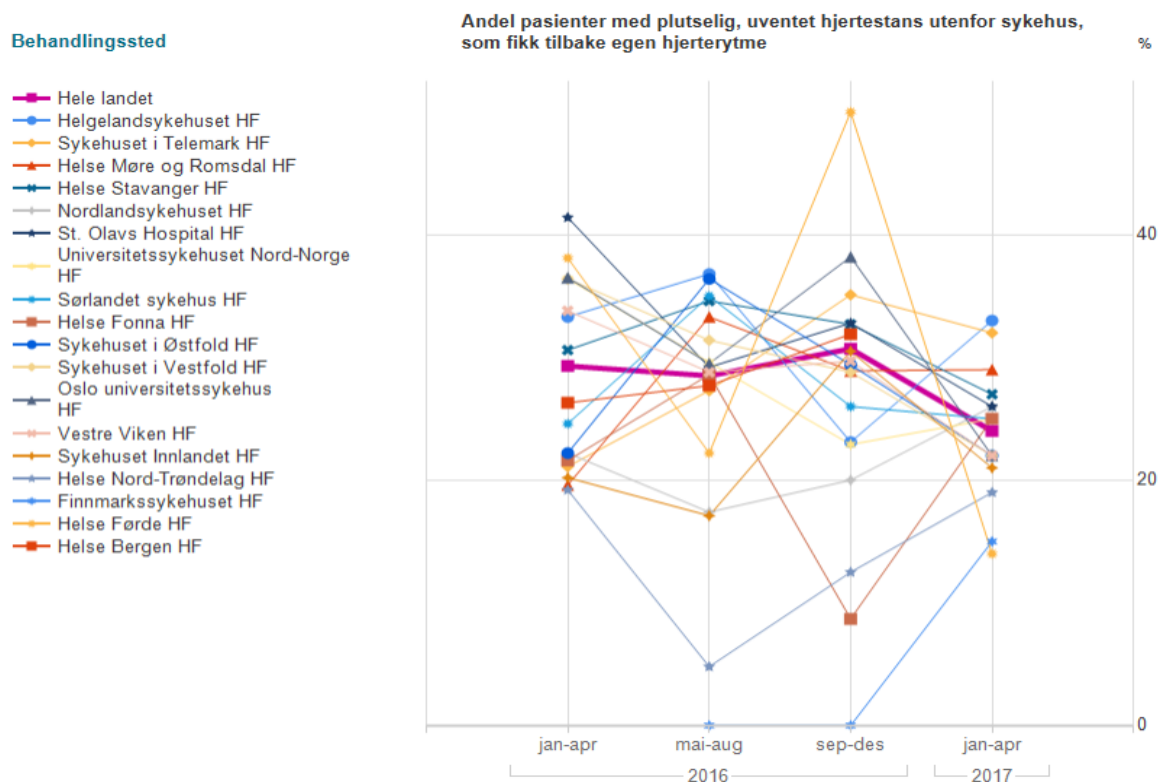
Tal hjartestans utanfor sjukehus har samla for landet lagt på 53-55 per 100 000 innbygarar per tertial i 2016-2017. Helsedirektoratet tek diverse atterhald når det gjeld ulik rapportering og tilfeldig variasjon, sjå eventuelt helsenorge.no for meir informasjon om dette. Resultata i høve hjartestans skal difor tolkast med varsemd.

8.1.2.2. Resultat for Helse Førde

Prosjektet har valt å sjå på indikatoren for 2016 og første tertial 2017, dette fordi del hjartestans med vellukka gjenoppliving varierer for Helse Førde HF, men også for andre føretak som har lågare befolkningstal, sjå figur 8.7 og tabell 8.4. Ein ser at resultatet for Helse Førde HF svingar frå periode til periode når det gjeld del vellukka gjenoppliving.

Tabell 8.4 : Helse Førde sine tal for prosentvis vellukka gjenoppliving prehospitalt. Tal frå helsenorge.no

Periode:	Prosentvis vellukka gjenoppliving:	Kommentar:
Jan.-april 2016	38.1 %	Nest høgast i landet
mai-aug. 2016	22.2 %	Under gjennomsnittet for landet
Sept.-des. 2016	50 %	Høgast i landet
jan.-april 2017	14 %	Lågast i landet



Figur 8.7: Andel vellukka gjenopplivingar etter hjertestans i 2016 og første tertial 2017, Helse Førde samanlikna med andre føretak. Data frå: https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=gjenopplivning_hjertestans. Her finn ein og tal innrapporterte hjertestans i føretaka for kvar periode.

8.1.2.3. Oppsummering og vurdering

I dei tilfella ein lukkast med gjenoppliving ved hjertestans prehospitalt, har tilstadeverande (påørande eller publikum elles) alarmert 113 og i nær 100 prosent av tilfella starta opp med hjarte-lungeredning før ambulanse kjem til. Dette er heilt avgjerande for resultatet.

Ein har i liten grad etablert akutthjelparordningar/hjartestartargrupper i kommunane i Sogn og Fjordane. Publikum startar likevel med hjarte-lungeredning, og der er i mange av kommunane utplasserte hjartestartarar på sentrale stader.

Helse Førde sitt resultat for vellukka gjenoppliving ved hjertestans prehospitalt varierer mykje. Dette tilskrivast først og fremst tilfeldig variasjon. Ein finn ikkje haldepunkt for å tru at kvaliteten i ambulansetenesta varierer frå best i landet til dårlegast i landet frå periode til periode.

Trening på hjertestanssituasjonar gjennomførast systematisk i ambulansetenesta. Ein kan likevel ikkje utelukke noko variasjon i den faglege kvaliteten då personellet har ulik erfaring og i ulik grad får mengdetrening på hjertestanssituasjonar.

Prosjektgruppa finn at helseføretaket og kommunane har forbettringspotensiale når det gjeld vellukka gjenoppliving ved hjartestans prehospitalt. Det er om å gjere å sikre ikkje berre basal hjarte-lungeredning inntil ambulanse kjem, men også i flest mogeleg av tilfella å kunne gje rask defibrillering med hjartestartar. Mogelege forbetringstiltak:

- systematisk oppbygging av akutthjelparordningar i kommunane
- vidare utplassering av hjartestartarar (som AMK har oversikt over)
- helsepersonell i kommunane har hjartestartarar i bilane (til dømes pleie- og omsorgstenesta) og kan varslast av AMK-sentralen.

Ein tilrår at alle aktørar i Sogn og Fjordane aktivt går saman i arbeidet om «Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander». Denne planen blei publisert av Helsedirektoratet i 2017.

8.1.3. HLR starta før ambulansen kjem fram ved hjartestans

Brå, uventa hjartestans utanfor sjukehus er ein sjeldan men kritisk alvorleg tilstand der hjarte-lungeredning (HLR) må startast raskast mogeleg for å redde liv. For kvart minutt som går utan HLR, aukar dødelegheita med 10 prosent (10,11). Pasienten sin sjanse til å overleve avheng av at nokon startar HLR (10,11,12) fram til akutthjelpar, ambulanse/luftambulanse eller kommunalt helsepersonell kjem til med hjartestartar.

Denne nasjonale kvalitetsindikatoren viser delen pasientar med brå, uventa hjartestans utanfor sjukehus kor nokon har starta hjarte-lunge-redning (HLR) før ambulansen kjem til. Data er hentafrå det nasjonale hjartestansregisteret.

8.1.3.1. Hovedfunn nasjonalt

På landsbasis i 1. tertial 2017 hadde nokon starta HLR før ambulansen kom til i 79,9 prosent av tilfella. Talet har på det meste vore oppe i 82-83 prosent.

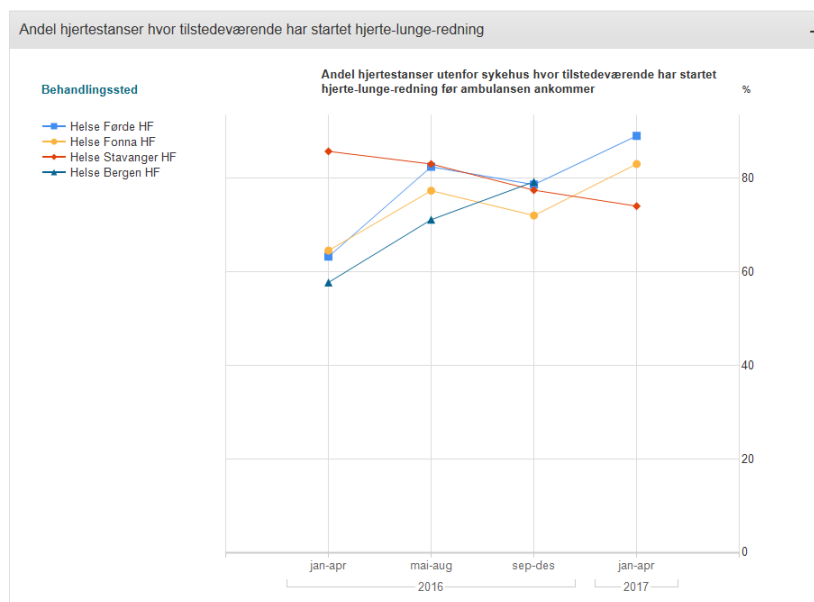
8.1.3.2. Resultat for Sogn og Fjordane

Tala her er for heile 2016 og første tertial 2017. Ver merksam på at tilfeldig variasjon gjer at både tal hjartestans og også andelen kor HLR er starta før ambulanse kjem til, svingar frå periode til periode. Vi framstiller tal i lag med resultatata for dei andre fylka i Helse Vest.

I Sogn og Fjordane er hjartestans utanfor sjukehus om lag 50-60 tilfelle/år. Dette tilsvarer den nasjonale førekomsten på vel 50 tilfelle per 100.000/år.

Tal prehospital hjertestans i 2016 kor HLR var starta før ambulansen kom fram var 37. I første tertial 2017 hadde tilstadeverande starta HLR i 16 tilfelle.

Kvalitetsindikatoren viser i kva prosentandel av tilfella HLR blir starta av nokon før ambulanse kjem fram, sjå figur 8.8:



Figur 8.8: Del hjertestanstilfelle kor HLR er starta opp før ambulanse kjem. Helse Førde har blå line. Data henta frå helsedirektoratet: https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=HLR_av_tilstede

I Sogn og Fjordane har andel der HLR er starta opp, variert mellom 63 og 89 prosent.

8.1.3.3. Prosjektet si oppsummering og vurderingar:

- Andelen av hjertestanstilfella kor hjerte-lungeredning er starta opp før ambulanse kjem til, varierer, men talet svingar rundt 80 prosent. Dette er om lag som for resten av landet.
- Det er diverre ikkje realistisk at pasientar alltid straks kan få HLR ved brå, uventa hjertestans. Hjertestansen er ikkje alltid bevitna, og den/dei tilstadeverande hjå pasienten vil heller ikkje alltid makte å slå alarm (ringe 113) og/eller starte hjerte-lungeredning. Det kan skuldast manglande kunnskap, egne helseproblem, høg alder eller anna.
- Prosjektet finn likevel at forbetring er mogeleg i vårt fylke både når det gjeld rask alarmering og oppstart av HLR ved tilstadeverande, utplassering av hjertestartarar og etablering av akutthjelparordningar i kommunane.
- Prosjektet erkjenner at ambulanseneta/luftambulansen ikkje aleine vil kunne betre overlevinga ved hjertestans. I Sogn og Fjordane (så vel som i landet elles) er det få som har ein ambulanse så nære at ein kan rekne med hjelp innan få minutt. Og uansett kor kort eller

- lang avstanden er til ambulansestasjonen, kan ambulansen vere på anna oppdrag når ein hjartestans inntreffer. Det er difor svært viktig at supplerande løysingar etablerast.
- Kommunane og Helse Førde bør saman arbeide systematisk for å betre resultatane i høve hjartestans.

8.1.4. Tid til besvart anrop 113 i AMK-sentralen

Det er viktig med raskt svar på telefonar til det medisinske nødnummeret 113.

Denne kvalitetsindikatoren måler kor stor del av anropa til det medisinske nødnummeret som får svar innan 10 sekund. Akuttmedisinforskrifta stiller som krav at 90 prosent av anropa skal svarast innan 10 sekund. I tillegg måler indikatoren kor stor del av dei svarte anropa som tok meir enn 20 sekund. Helsetilsynet har i ei tilsynssak uttalt at ingen anrop til 113 skal vere ubesvart etter 20 sekund.

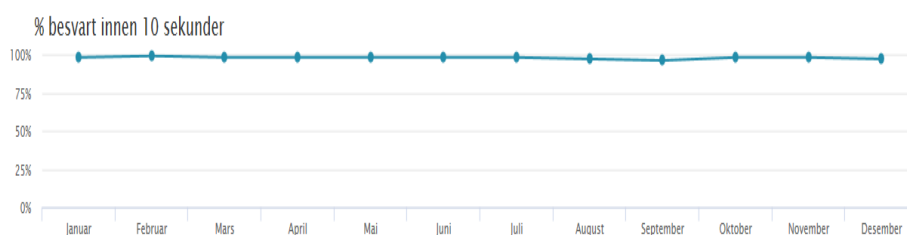
AMK-sentralane sitt system er bygd opp slik at t.d. AMK Bergen overtek anrop dersom linjene til AMK Førde er opptekne, og vice versa. Overføring av telefonar skjer ved 20 sekund.

8.1.4.1. Resultat nasjonalt og for AMK Førde

Dei siste resultatane for kvalitetsindikatoren som er publiserte på helsenorge.no, er frå siste del av 2015. På landsbasis blei den gong 83 prosent av anropa til det medisinske nødnummeret 113 besvart innan 10 sekund i 2015. AMK Førde greidde 85.4 prosent. Andelen anrop besvart etter 20 sekund var svært låg i 2015 med 0.8 prosent. Ein kan finne desse tala på [https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Svartid hos 113](https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Svartid%20hos%20113)

Sidan den gong er resultatet ytterlegare forbetra. AMK-sentralen sine tal viser for 2017 at ein ligg tett på 100 prosent når det gjeld å besvare 113-anrop innan 10 sekund i AMK Førde.

Tal 113-anrop til AMK Førde var som følgjer i 2017, sjå figur 8.9:



Figur 8.9: Svartid 113-anrop i AMK Førde gjennom 2017. Data frå AMK Førde .

AMK Førde hadde gjennom 2017 berre to 113-anrop der innringar måtte vente meir enn 20 sekund på svar og difor blei ruta til AMK Bergen. Men ein fekk overført ein del 113-anrop motsett veg.

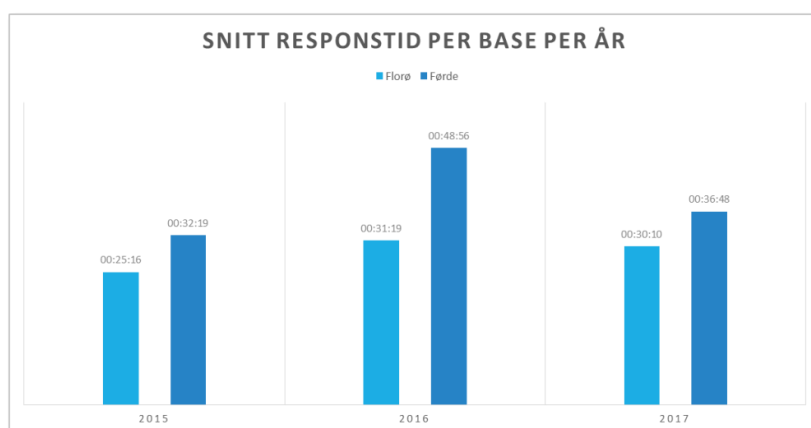
Prosjektet vurderer at AMK Førde har svært gode resultat.

8.2. Datainnhenting og analysar gjort i prosjektet

8.2.1. Responstid luftambulanse og redningshelikopter

NOU 2015: 17 «Først og fremst» sette ei nasjonal målsetting for responstid for luftambulanse og redningshelikopter på < 45 minutt ved 90 prosent av dei akutte primæroppdraga. Kravet er ikkje forskriftsfesta.

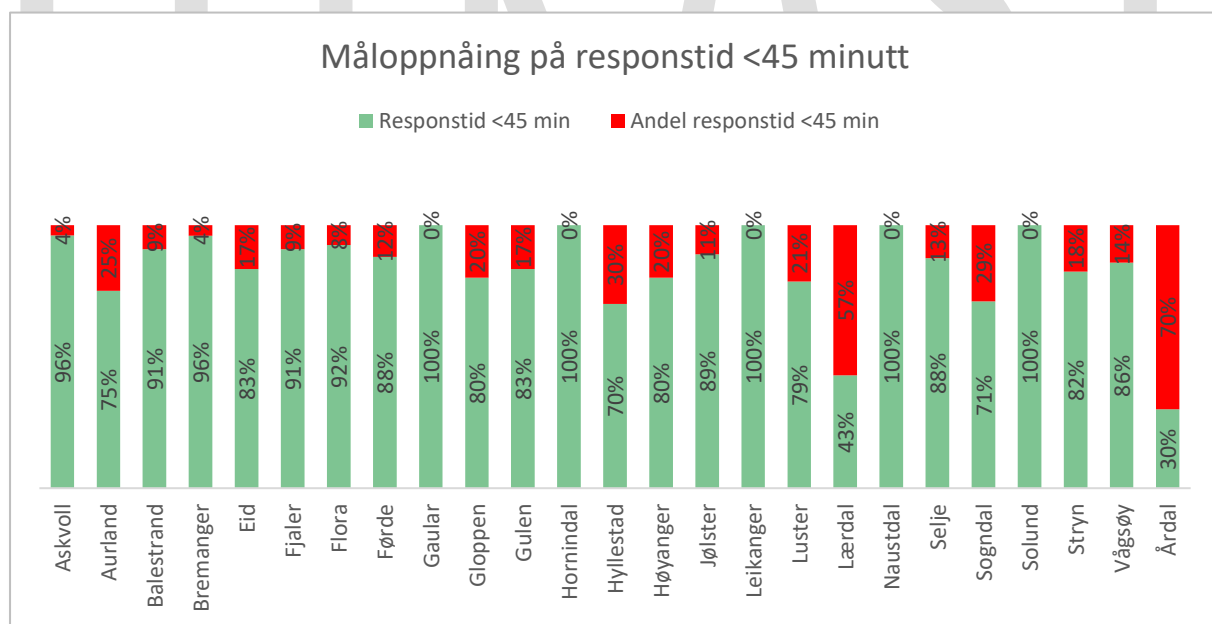
Avstand frå helikopterbasane til dei ulike kommunane er sjølvsagt ein viktig faktor i sjansen for å nå fram innan 45 minutt. For luftambulansen i Førde og redningshelikopteret i Florø, har gjennomsnittleg responstid dei siste åra vore som dei komande figurane viser:



Figur 8.10: Snitt responstid per base per år (gjeld primære akuttoppdrag). Data frå luftambulansetenesta.

I 2017 hadde luftambulansen i Førde ei gjennomsnittleg responstid på 36 minutt, mens redningshelikopteret i Florø hadde i gjennomsnitt 30 minutt.

Figur 8.11. viser i kva del av oppdraga luftambulanse/redningshelikopter når ut innan 45 minutt i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane. Tala viser at det er stor grad av måloppnåing på responstid <45 minutt. Nokre kommunar har ei måloppnåing på 100 prosent.



Figur 8.11: Grad av måloppnåing: responstid <45 min. Periode: 2017. Data frå luftambulansetenesta.

Prosjektet vurderer at luftambulansetenesta og redningshelikopteret har svært gode resultat.

8.2.2. Brukarundersøking

8.2.2.1 Metode

Gjennom ein periode på fire dagar vart det delt ut spørjeskjema til 132 pasientar, og/eller deira pårørande, i ambulansane til Helse Førde. Det kom inn 27 svar, som tilsvarar vel 20 prosent av målgruppa.

Den delen av skjemaet som skulle fyllast ut, og sendast inn i ein vedlagt frankert konvolutt, såg slik ut:

Alder:	
Bustadkommune:	
Reisetid til næraste sjukehus med bil:.....	
Reisetid til legevakt med bil (etter stengetid for ditt legekantor):.....	
Er du pårørande? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
	Ikkje i heile teke I liten grad I nokon grad I stor grad I svært stor grad
1	Opplvde du at du/de fekk rask nok hjelp? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Opplvde du/de tilstrekkeleg informasjon (t.d. om kor ambulansen skulle køyre deg og kva undersøkingar og behandling som blei gjennomført)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Følte du deg godt ivareteke av ambulanspersonellet under transporten? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Føler du deg trygg på at du vil få god hjelp av ambulansetenesta neste gong du treng det? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Var fastlegen din eller legevakslegen involvert før ambulanse blei bestilt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje <input type="checkbox"/>
6	Kvar skulle du? (sjukehus, poliklinikk, legevakt, legekantor, sjukeheim, heim)
7	Etter di eiga vurdering: Kunne annan sjuketransport vore aktuell for deg dersom eit slikt tilbod hadde vore tilgjengeleg (drosje, sjukehusbuss eller anna):
8	Vil du gje tilbakemelding om noko anna til AMK-sentralen, legevakta eller ambulansetenesta? Du kan også bruke baksida av arket.

Figur 8.12: Spørjeskjemaet.

8.2.2.2 Respondentane

Sjølv om det var relativt få som svarte på undersøkinga, så var det rimeleg god fordeling når det gjeld avstandar i reisetid til legevakt (5 til 60 minutt), til sjukehus (5 til 180 minutt) og i tal bustadkommunar (13). Godt over halvparten skulle til sjukehus i Sogn og Fjordane (17), nokre skulle til legevakt eller legesenter (5), to til både legevakt og sjukehus, ein skulle til Haukeland og ein skulle heim.

Vel 80 prosent av dei som har svara er over 50 år, og 44 prosent er over 70 år. Ein tredjedel av dei er pårørande.

8.2.2.3 Funn

Tilbakemeldingane på opplevingane var gjennomgåande gode. På dei fire spørsmåla der respondentane fekk fem svaralternativ (ikkje i det heile teke, i liten grad, i nokon grad, i stor grad og i svært stor grad) var det frå 22 til 27, av 27, som svarte i stor grad eller i svært stor grad.

Det var ein som meinte at hjelpa ikkje kom raskt nok. Elles var det spørsmålet om informasjon som fekk minst positiv skår:

Matrisespørsmål (1 – 4)						
Spørsmål	Ikkje i det heile teke	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad	Total antall svar
1. Opplevde du at du/de fekk rask nok hjelp?	1	0	1	9	15	26
2. Opplevde du/de tilstrekkeleg informasjon (t.d. om kor ambulansen skulle køyre deg og kva undersøkingar og behandling som blei gjennomført)?	0	2	3	9	13	27
3. Følte du deg godt ivareteke av ambulansepersonellet under transporten?	0	0	0	6	21	27
4. Føler du deg trygg på at du vil få god hjelp av ambulansetenesta neste gong du treng det?	0	0	1	5	21	27

Tabell 8.5: Fordeling av svar i spørjeundersøkinga

På spørsmål om fastlegen var involvert før ambulansen blei bestilt, svarte dei 27 slik:

Ja	1	62.96%	17
Nei	2	11.11%	3
Veit ikkje	3	25.93%	7

Tabell 8.6. Fordeling av svar i spørjeundersøkinga

Respondentane fekk også spørsmål om det kunne vore nytta eit anna transportmiddel enn ambulanse, viss det hadde vore tilgjengeleg då dei skulle transporterast. To av dei 27 meinte det hadde vore mogeleg, og ein av dei to peika på drosje som alternativ. Ingen av dei 25 andre meinte det kunne vore aktuelt ved deira transport.

12 av brukarane nytta høvet til å gje anna tilbakemelding til AMK, legevakta eller ambulansetenesta. Gjennomgåande er tilbakemeldingane svært positive. Det er nokre kritiske kommentarar til legevakt, og ein som meiner det er lite verdig å vere nøydd til å skifte ambulanse undervegs på transportar. Viktigheita av gode norskkunnskapar blir også påpeika.

8.2.2.4 Svake og sterke sider

Tilbakemeldingane er for få til å dra bastante konklusjonar etter brukarundersøkinga. Prosjektet finn likevel at det er verdt å merke seg den sterke overvekta av positive tilbakemeldingar på sjølve opplevinga med ambulanseturen.

8.2.3 Medarbeidarane si vurdering av utfordringsbilete og framtidige prioriteringar

Dei ambulansetilsette sine innspel i prosjektet er ei viktig kjelde til informasjon, og prosjektet har gjennomført ei kartlegging for å innhente desse. I denne rapporten presenterast hovudpunkta. Metode og resultat av medarbeidarane sine innspel er også beskrive nedanfor.

8.2.3.1 Metode for å hente inn informasjon

Prosjektet har gjennomført ei to-delt informasjonsinnsamling frå dei ambulansetilsette:

1. Ein nettbasert medarbeidarundersøking (anonym)
2. Dialogmøter med alle tre ambulansedistrikt

Den nettbaserte medarbeidarundersøkinga var ei spørjeundersøking med 50 spørsmål, derav dei fleste spørsmål med svar som skulle rangerast på ein skala. Vidare, var spørjeundersøkinga inndelt i ulike kategoriar:

1. Fag
2. Administrasjon og HMS
3. Arbeidsmiljø
4. Yrkesstoltheit
5. Arbeidsplanar og arbeidstid

Totalt er det 257 ambulansetilsette i Helse Førde, derav 155 fast tilsette. Om lag halvparten av dei fast tilsette svarte på undersøkinga og stod for om lag 80 prosent av responsane samla sett. Samla svarprosent var på 37, medan svarprosent vekta for talet på fast tilsette var 46.

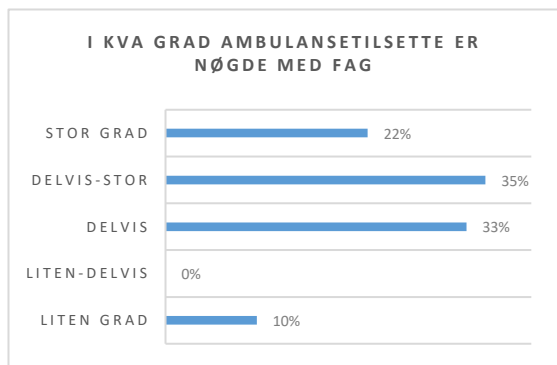
Dialogmøta vart gjennomført som 3-timers møter i høvesvis Nordfjordeid, Førde og Sogndal, der ein del av møtedeltakarane som var i vaktberedskap på tilhøyrande ambulansestasjonar deltok på video (Skype). Størstedelen av møtetida vart brukt på gruppeoppgåver som gjekk meir i djupna på ulike relevante utfordringar i Helse Førde HF.

8.2.3.2 Oppsummering

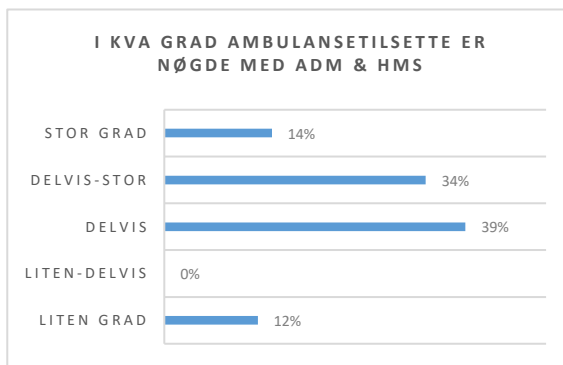
I oppsummeringa viser aggregerte data og analysar, og berre der det er stor skilnad på dei ulike ambulanseområda, er dette omtala meir detaljert.

I dei fleste spørsmål skulle dei ambulansetilsette rangere kor nøgde dei er med tilhøva i dag, ved å rangere dette på følgjande skala «Liten grad»; «Liten til delvis»; «Delvis»; «Delvis til stor» og i «Stor» grad nøgd. I figur 8.13 nedanfor visast oppsummert resultat frå undersøkinga med den høgaste svarprosenten innanfor kvar kategori.

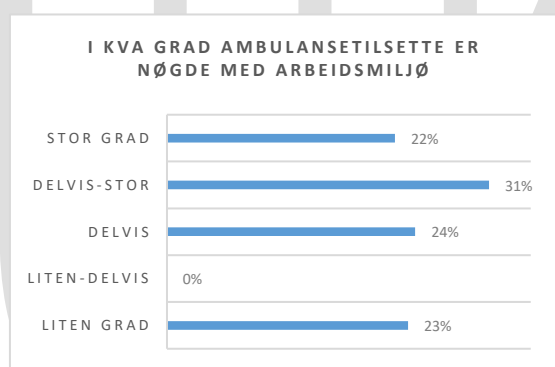
FAG



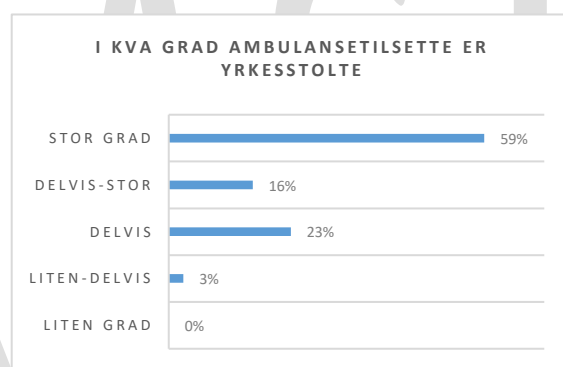
ADMINISTRASJON OG HMS



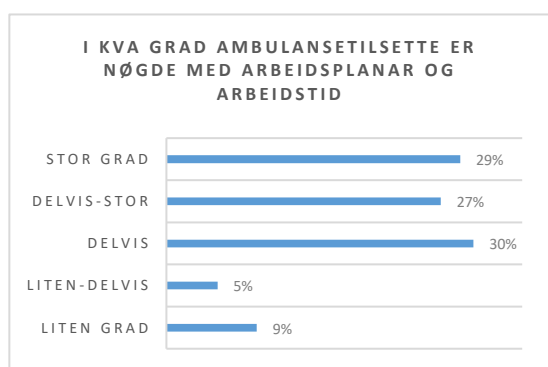
ARBEIDSMILJØ



YRKESSTOLTHEIT



ARBEIDSPANAR & ARBEIDSTID



MEDARBEIDARSAMTALE

77% har ikkje gjennomført dei 2 siste åra

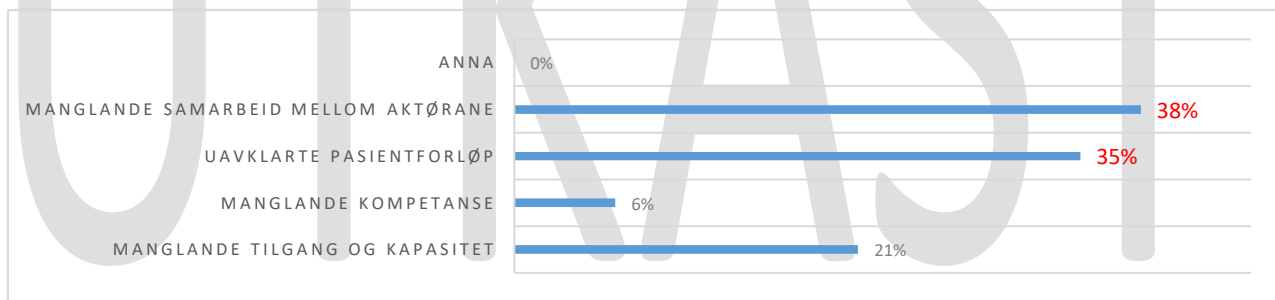


Figur 8.13: Samla vurdering av kor nøgde ambulansetilsette er innanfor dei ulike kategoriene frå spørjeundersøkinga

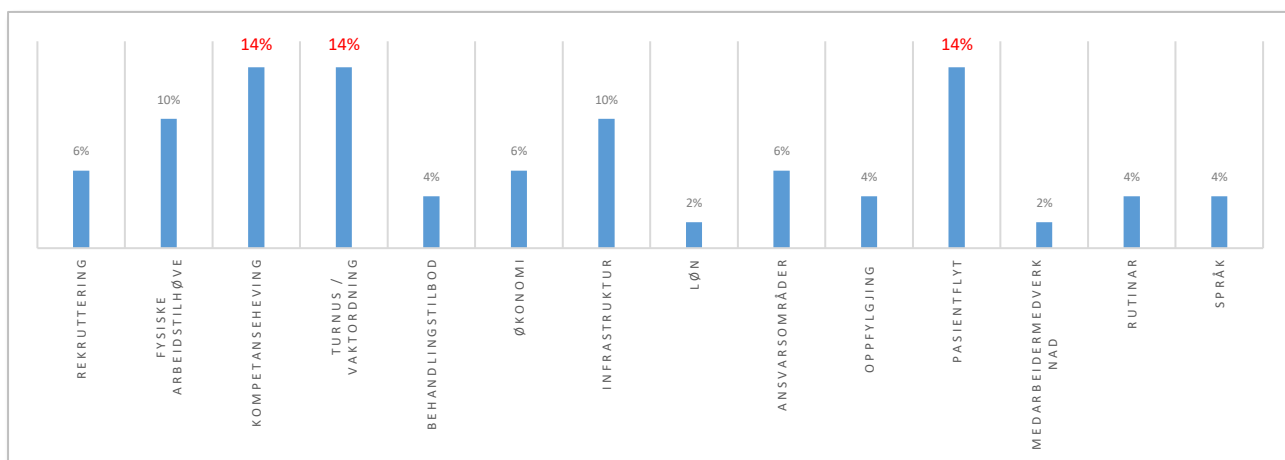
Utfordringar og fokusområder

Det er semje om kva som er dei største utfordringane, og kva satsingsområde som bør prioriterast. Dette kom fram både i spørjeundersøkinga og i gruppearbeidet i dialogmøta med dei ambulansetilsette.

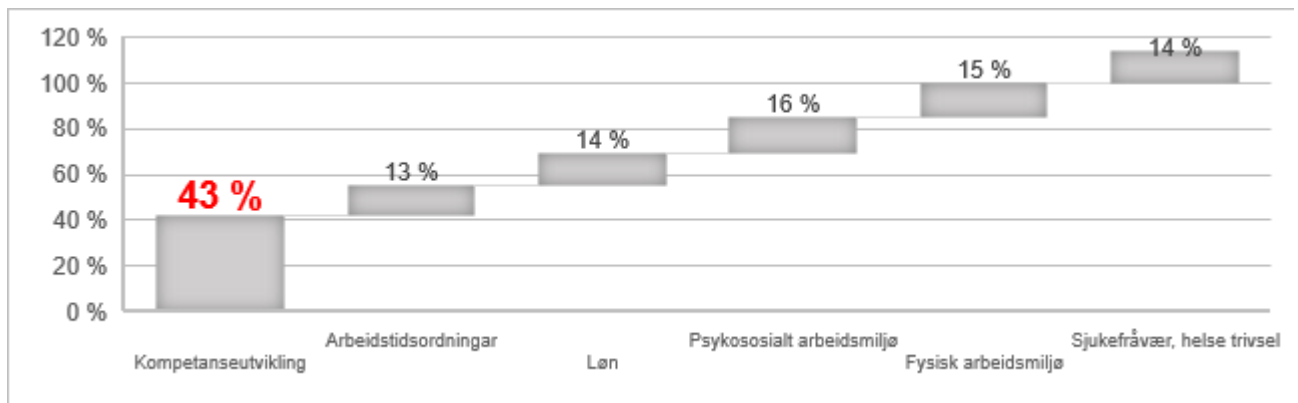
Spørjeundersøkinga viser at «manglande samarbeid mellom aktørar» og «uavklarte pasientforløp» er dei største utfordringane i den prehospitala tenesta i Helse Førde HF dag (sjå figur 8.14). «Uavklarte pasientforløp» er i samsvar med resultat frå gruppeøving, der «pasientflyt» er fremja som den største utfordringa saman med «kompetanseheving» og «turnus- / vaktordning» (sjå figur 8.15). «Kompetanseheving» er også fremja som den største satsingsområdet innan personalpolitikk dei ambulansetilsette meiner Helse Førde HF må prioritere dei komande åra (sjå figur 8.16), medan «arbeidstidsordningar» er fremja som det nest viktigaste satsingsområdet innan personalpolitikk. Når det gjeld satsingsområde innan personalpolitikk som bør prioriterast dei komande åra vil ei samanslåing av kategoriane «arbeidstidordningar», «løn» og «fysisk arbeidsmiljø» samla sett utgjere ein svarprosent på 42%, altså om lag på størrelse med «kompetanseheving».



Figur 8.14: Samla resultat frå spørjeundersøking: Kva dei tilsette i ambulansetenesta opplever som dei største utfordringane i pasienttilbodet



Figur 8.15: Samla resultat frå spørsmål 1 i gruppearbeid i dialogmøte med ambulansetilsette: «Kva meiner du som medarbeidar i HFD er dei største utfordringane i den prehospitala tenesta i Sogn og Fjordane?»

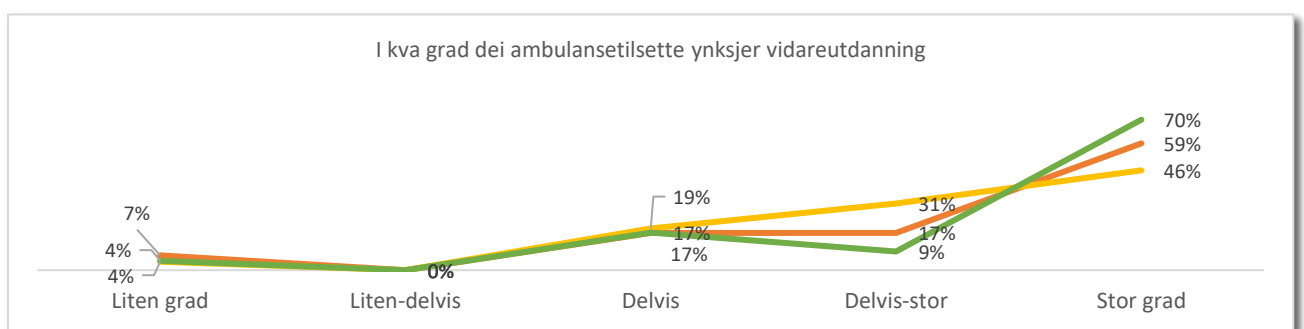


Figur8.16: Samla resultat frå spørjeundersøking: Kva for eit satsingsområde innan personalpolitikk dei ambulansetilsette meiner bør prioriterast for dei komande åra

8.2.3.3. Resultat frå spørjeundersøkinga

Fag og fagutvikling

Trass i at dei tilsette i stor grad er nøgde med fag i dei prehospitale tenestene i Helse Førde HF, viser resultatane eit uttrykt ønske om fokus på kompetanseutvikling. Dette kjem også fram i spørsmål som gjeld i kva grad dei tilsette ynskjer vidareutdanning; i heile fylket samla er det 57 prosent som seier dei i «stor grad» ynskjer dette. Det er likevel noko variasjon i dei ulike ambulansedistrikta når det gjeld dette; I det distriktet som har eit sterkest ønske om dette, svarte 70 prosent at dei i «stor grad» ynskjer dette. I dei andre distrikta svarte høvesvis 59 prosent og 46 prosent at dei i «stor grad» ynskjer vidareutdanning (sjå figur 8.17).

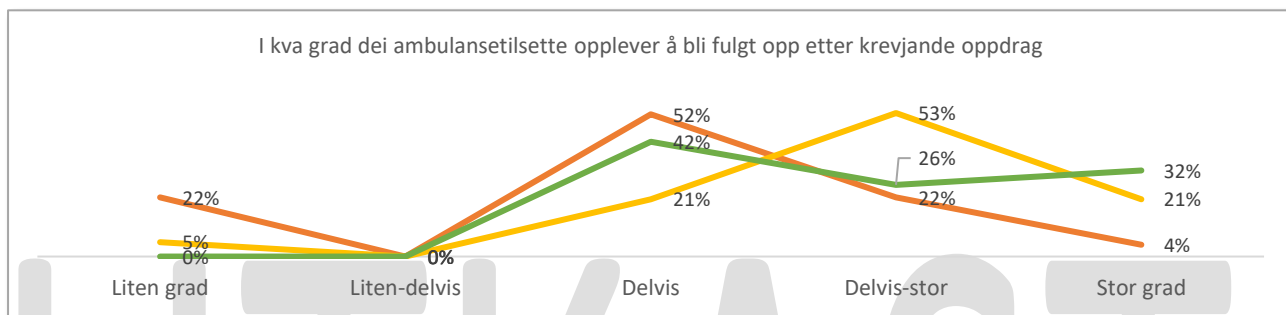


Figur8.17: I kva grad dei tilsette ynskjer vidareutdanning. Kvar linje representerer eit av dei tre ambulansedistrikta Nordfjord, Sogn eller Sunnfjord

Administrasjon og HMS

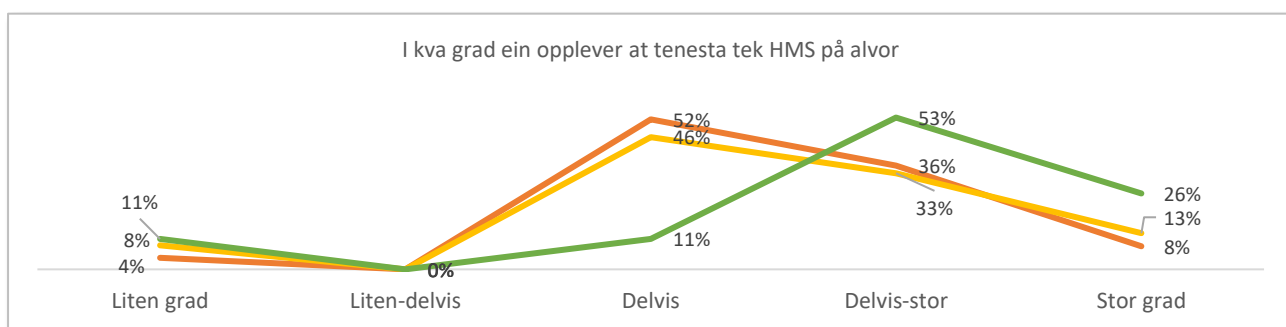
Spørjeundersøkinga viser at dei tilsette er «delvis» nøgde med administrasjon og «delvis»/«delvis-stor» grad nøgde HMS. Når det gjeld administrasjon opplever dei tilsette at ambulanseteiinga er «delvis» tilgjengelege, og at tenesta «delvis» tek medarbeidarane på

alvor i høve til debrief og oppfølging etter krevjande oppdrag. I høve sistnemnde er det variasjon på ambulansedistrikt i fylket, og i det eine distriktet føler 53 prosent at dei får god oppfølging og debrief etter krevjande oppdrag, mot høvesvis 22 prosent og 26 prosent i dei to andre ambulansedistrikta (sjå figur 8.17). Det eine distriktet utmerkar seg her og 22 prosent meiner at debrief faktisk skjer i «liten grad». Dette er også understøtta av resultat frå gruppeøvinga, der «*oppfølging etter spesielle hendingar på små stader der alle kjenner alle*» vart fremja som ei utfordring i den prehospitale tenesta i dag.



Figur 8.17: I kva grad dei tilsette føler dei blir fulgt opp etter krevjande oppdrag. Kvar linje representerer eit av dei tre ambulansedistrikta Nordfjord, Sogn eller Sunnfjord

Det opplevast vidare at tenesta i «delvis til stor grad» tek HMS på alvor. Igjen er det variasjonar på distrikt, og det eine distriktet føler at tenesta i større grad tek HMS på alvor (53 prosent i «delvis-stor» grad), enn dei to andre (høvesvis 46 og 52 prosent tykkjer tenesta i «delvis» grad, sjå figur 8.18).



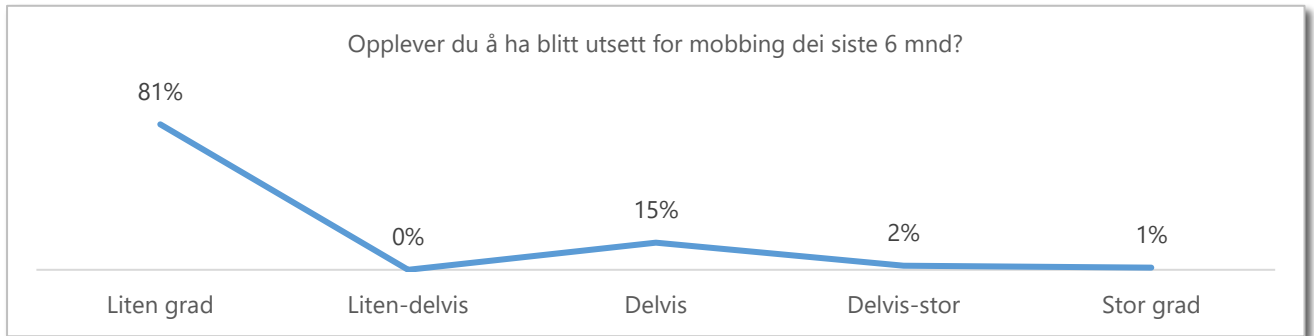
Figur 8.18: I kva grad dei tilsette føler dei blir fulgt opp etter krevjande oppdrag. Kvar linje representerer eit av dei tre ambulansedistrikta Nordfjord, Sogn eller Sunnfjord

Arbeidsmiljø

Når det gjeld arbeidsmiljø, viser spørjeundersøkinga at dei fleste tilsette er nøgde. 81 prosent seier dei ikkje har blitt utsett for mobbing dei siste månadane, men 15 prosent seier at dei

«delvis» har vorte utsett for mobbing og 3 prosent har delvis eller i stor grad vore utsett for mobbing. Tiltak er sett i verk knytt til dette viktige funnet i ambulansetenesta.

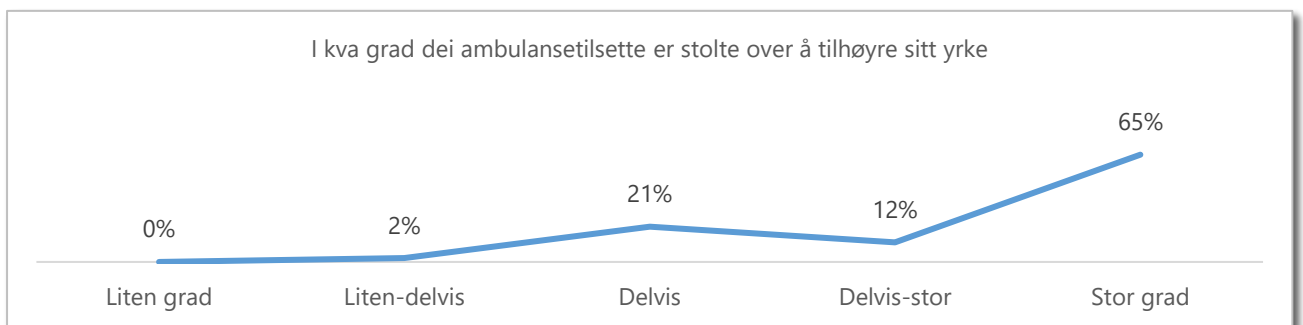
Over halvparten av dei tilsette dei føler dei bidreg til eit godt arbeidsmiljø. På spørsmål om fráværskultur er det ein andel på ni prosent som ikkje tykkjer denne er god, medan dei fleste tykkjer den er frå «delvis» til «stor» grad god.



Figur 8.19: I kva grad dei tilsette opplever å ha blitt utsett for mobbing dei siste seks månadane. Samla resultat for dei tre ambulansedistrikta

Yrkesstoltheit

Når det gjeld yrkesstoltheit, viser svar frå spørjeundersøkinga at dei tilsette er svært yrkesstolte. Dette gjeld både tilhøyrighet i yrket og personleg verdi.



Figur 1.20: Grad av yrkesstoltheit blant dei ambulansetilsette. Samla resultat for dei tre ambulansedistrikta

8.2.3.4. Resultat frå gruppeøvingar

I gruppeøvinga vart dei tilsette inndelt i grupper på tre til fem personar og følgjande problemstillingar vart diskutert i gruppene før det vart oppsummert i fellesskap. Spørsmåla dei tilsette svarte på var fylgjande:

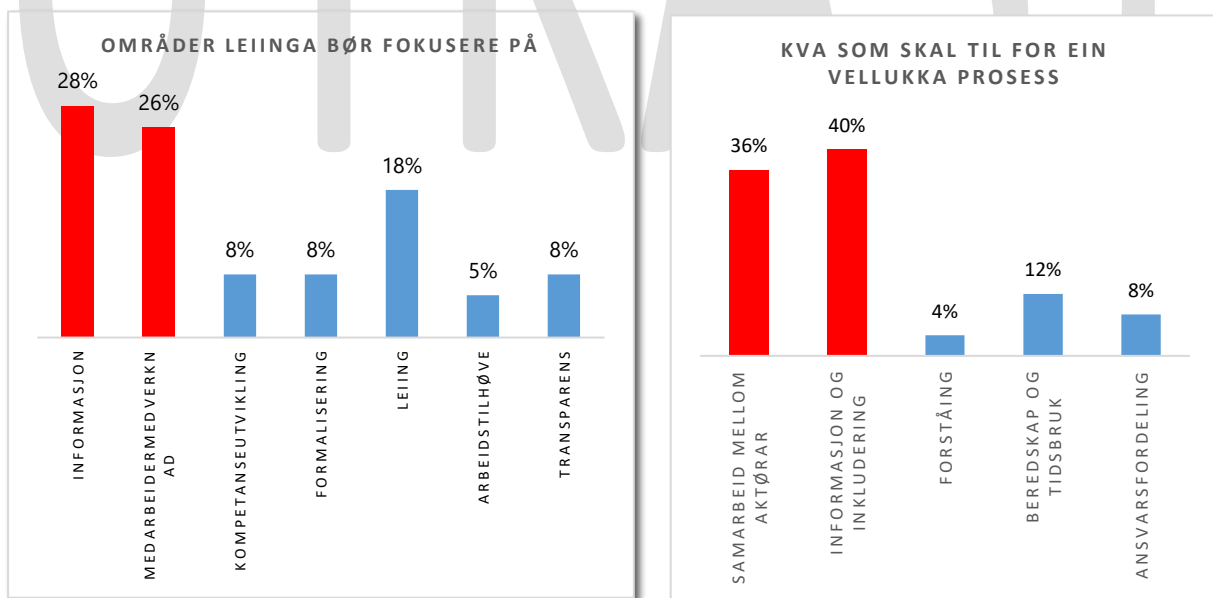
1. Helse Førde gjennomfører no eit forbetringsprogram. Kva meiner du som medarbeidar er dei største utfordringane i den prehospitala tenesta i Sogn og Fjordane?
2. Kva meiner de som medarbeidarar er dei viktigaste momenta som leiinga kan gjere for å bidra til ei positiv haldning blant medarbeidarar til endringar som vil skje i åra framover.
3. Kva er dei viktigaste momenta for at dette skal bli ein samlande og vellykka prosess?
4. Kva er de viktigaste tinga vi alt gjer i dag og som vi bør gjere meir av?
5. Kva meiner de vi ev skal gjere mindre av?
6. Kva meiner du er så viktig for ambulansetenesta å samle seg om, at det kan/bør utgjere kjerna i et felles målbilete?

Alle svar frå gruppeøvinga vart dokumentert og samla inn, og vidare vart likelydande svar samla under kategoriar. T.d. vart «Bort med heimevakter», «Må ha tilstrekkeleg beredskap heile døgnet», «Passiv arbeidstid må bort», «Heimevakter» og tilsvarande samla i kategorien «turnus / vaktordning».

Resultatet frå spørsmål 1 visast i figur 2 innleiingsvis i dette kapitlet, der «pasientflyt», «kompetanseheving» og «turnus- / vaktordning» vart fremja som dei største utfordringane.

Kva leiinga bør fokusere på og kva som skal til for ein vellukka prosess

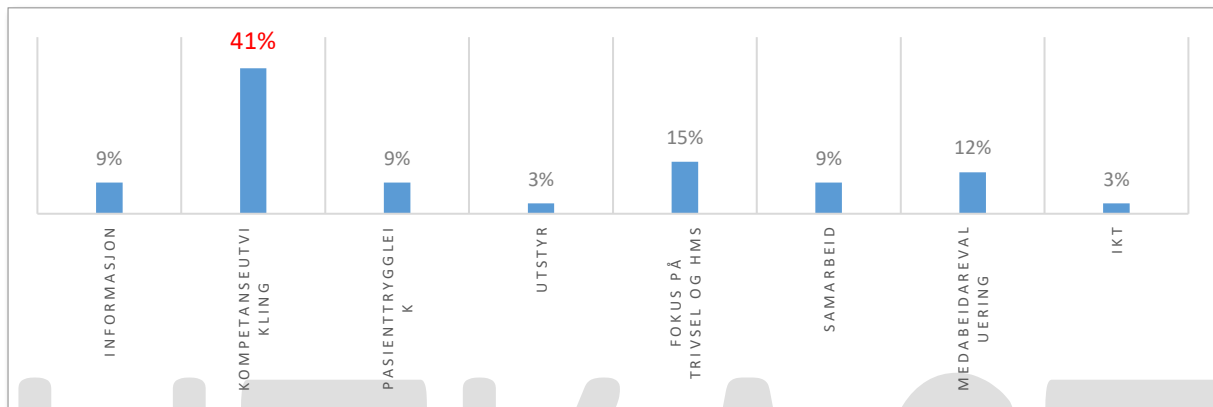
På spørsmål 2 og 3 i gruppeøvinga viser resultata at «informasjon» og «medarbeidarmedverknad» er det viktigaste. Informasjon er også fremja som eit av dei viktigaste områda for at endringa i åra framover skal bli vellukka, saman med «samarbeid mellom aktørar».



Figur 8.20: (TV) Områder leiinga bør fokusere på for å bidra til ei positiv haldning blant dei ambulansetilsette (spørsmål 2 i gruppearbeid), og (TH) dei viktigaste områda for ein vellukka prosess i dei komande åra (spørsmål 3 i gruppearbeid)

Kva gjerast i dag, som det også bør vere meir av

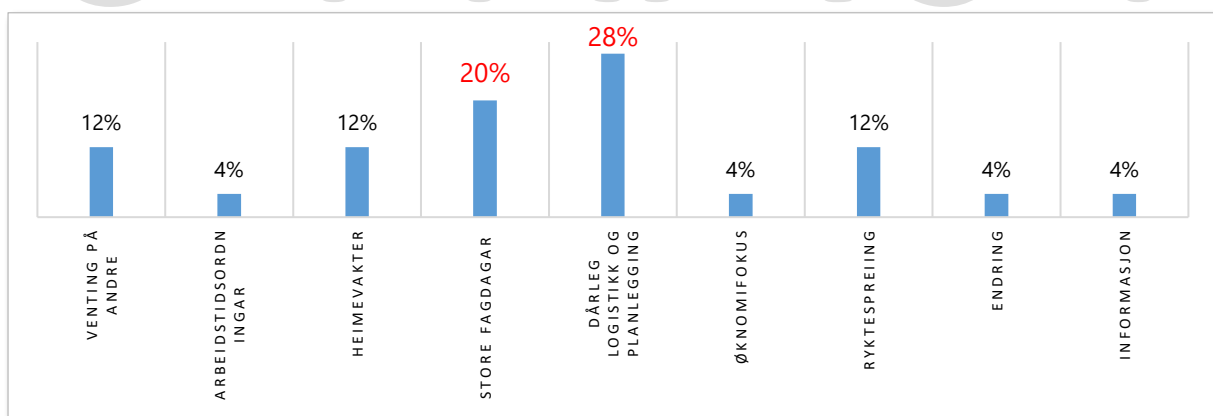
På spørsmål 4 som omhandlar kva som er dei viktigaste tinga som ein alt gjer i dag, og som ein bør gjere meir av, kjem igjen er «kompetanseheving» det klart viktigaste. «Fokus på trivsel og HMS» og «medarbeidarevaluering» framkjem som dei nest viktigaste områda ein bør halde fram med.



Figur 8.21: Kva dei ambulansetilsette meiner det bør vere meir av i dei prehospitala tenestene i Helse Førde HF. Samla resultat frå gruppeøving

Kva bør det vere mindre av

På spørsmål 5 som omhandlar kva ein bør gjere mindre av i dag, er dei i stor grad semje om at «dårleg logistikk og planlegging» og «store fagdagar» er områder dei ambulansetilsette ikkje ynskjer at skal vidareførast.



Figur 8.22: Kva dei ambulansetilsette meiner det bør vere mindre av i dei prehospitala tenestene i Helse Førde HF. Samla resultat frå gruppeøving

8.2.4 Uønska hendingar i dei prehospitala tenestene

8.2.4.1. Bakgrunn

Det skjer feil og uhell i dei prehospitala tenestene som elles i helsetenesta. No brukast samlebegrepet **uønska hendingar**. Uønska hendingar kan vere feil eller manglar som oppstår på medisinsk utstyr, kommunikasjonsutstyr eller bilar. Det kan også vere brot på rutinar. Nokre gonger er det alvorlege hendingar med pasientskade (feil diagnostikk og/eller behandling), eller hendingar som kunne medført pasientskade. Det førekjem også skader på dei tilsette.

Nokre uønska hendingar oppstår ved at ambulansetenesta får samhandlingsproblem med kommunaldelen av dei prehospitala tenestene (til dømes legevaktene) eller motsett, at kommunane får samhandlingsproblem med spesialisthelsetenesta (AMK eller ambulanse). Desse hendingane kallast **samhandlingsavvik**.

I Helse Førde har eine it elektronisk system der hendingar meldast, og her behandlast også sakene. Samhandlingsavvik som meldast til oss frå kommunane, leggest også inn. Ut frå systemet kan ein så hente ut rapportar for og halde oversikt over kor mange og kva slags avvik ein har hatt.

Uønska hendingar omfattar:

- Hendingar som gjeld pasientar
- Hendingar som gjeld tilsette/HMS
- Hendingar som gjeld drift
- Hendingar knytt til informasjonstryggleik

8.2.4.2. Meldekultur

Det er diverre ikkje slik at om ein ambulansestasjon ikkje har meldt frå om uønska hendingar på eit år, så har absolutt alt gått utan problem av noko slag det året.

Mest avgjerande for tal meldingar er nemleg meldekulturen vår. I nokre deler av helsetenesta er meldekulturen god, og då legg både leiarar og tilsette vekt på å få meldt frå om uønska hendingar av både stort og smått. Målet med å melde frå om desse hendingar er å få gjort noko med det – anten ved å fjerne årsakene til problemet eller ved å sette inn tiltak som førebygger eller avgrensar sjansen for at ei tilsvarande uheldig hending skjer på nytt.

Meldekulturen varierer i både i ambulansetenesta og den øvrige spesialisthelsetenesta, og dei fleste er samde om at ein kan bli betre. Med høg sannsynlegheit har helsetenestene fortsatt uønska hendingar som ikkje blir meldt.

8.2.4.3. Uønska hendingar

Dei siste åra har tal meldingar om uønska hendingar i ambulansetenesta vore følgande, sjå tabell 8.7:

Avvikssaker i ambulansetenesta og AMK				
	2015	2016	2017	Totalt
Pasient	26	30	18	74
HMS	24	23	10	57
Drift	109	88	59	256
IKT	0	4	3	7
Forbetringsområder	48	30	69	147
Frekvente hendingar	1	0	3	4
Samhandlingssaker	18	30	14	62
Totalt	226	205	176	607

Tabell 8.7: Uønska hendingar i ambulansetenesta per år i åra 2015, 2016 og jan-okt. 2017. Tal henta frå Synergi.

I denne rapporten er det ikkje mogeleg å gå i detalj om dei ulike uønska hendingane som har vore i ambulansetenesta, men ein vil likevel gje nokre døme:

Pasientrelaterte

Dette er uønska hendingar som har skada eller kunne ha skada pasientar. I denne gruppa med hendingar inngår til dømes:

- feil dosering av medikament
- ikkje lukkast å få lagt inn venekanyle
- feil ved diagnostikk, til dømes at personellet ikkje fekk til å ta eller sende EKG
- brukarfeil ved handtering av bære eller anna utstyr
- feilvurderingar av alvorlegheitsgrad eller symptombilete
- forseinka ankomst til sjukehus for pasienten pga ulike problem undervegs
- pasient utilstrekkeleg smertestilt under transport

Fleire av dei pasientrelaterte avvika kan knytast til ambulansetilsette sin kompetanse, mengdetrening osv. I nokre tilfelle har ein klare brukarfeil til dømes for ulikt utstyr.

I andre tilfelle har hendinga vore vanskeleg å handtere for personellet, og ein finn då ved gjennomgang at ein ikkje kunne forvente at ambulanspersonellet skulle klare meir enn det dei faktisk gjorde. I slike tilfelle hadde ein hatt behov for legevaktlegen på staden.

I fleire tilfelle er den uønska hendinga både pasientrelatert og knytta til samhandling, til dømes når ambulanspersonellet ikkje får kontakt med legevakta og då heller ikkje får nødvendig ordinasjon på det eller dei medikamenta som pasienten skulle ha fått.

HMS (helse, miljø, sikkerheit)

Dette er uønska hendingar som har eller kunne ha skada tilsette.

- Stikkskadar (venekanyler)
- Andre uhell under arbeid som medfører skade for tilsette

Drift

Uønska hendingar knytt til drifta, som til dømes

- Skade på bilar
- Problem med utstyr, teknisk svikt med meir

Samhandlingssaker

Samhandlingssaker gjeld problem i samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta (AMK-sentralen, ambulansar, luftambulanse og redningshelikopter) og kommunehelsetenesta (legekontor, legevakter, pleie- og omsorgstenestene). Desse blir meld både frå Helse Førde og frå kommunane. Ein har også saker som gjeld problem i samarbeidet mellom sjukehusavdelingane og ambulansetenesta. Nokre døme:

- Manglande informasjon frå fastlege eller legevakslege om smitte eller anna vesentleg medisinske forhold ved bestilling av ambulansetransport
- Brot på samarbeidsavtalen mellom Helse Førde og lege på vakt i kommunen, til dømes at legevakta ikkje svarer på telefon/akuttlinje
- Feil ved bestilling av bil- og båtambulanse (namn, id, adresse, usikker eller manglande informasjon om leveringsstad)
- Legevakslegar som ikkje vil rykke ut (usemje om ansvar)
- AMK alarmerte ikkje ei hjartestartargruppe ved hjartestans ute i ein kommune
- Ulike saker som går på manglande eller utilstrekkeleg dialog mellom ambulanse og legevakslegar under pasienttransportar der dette inneber forseinking eller transport til feil stad (tilfelle med informasjonssvikt begge vegar)

- Manglande eller for sein avbestilling av ambulanse frå sjukehusavdelingar og sjukeheimar i tilfelle der transporten ikkje lenger er aktuell. Resultat er unødvendige turar og redusert beredskap i aktuelt område.
- Tilfelle der det «stoppar opp på sjukehuset», til dømes dårleg pasientflyt ved mottak av pasient med mistenkt hjerneinfarkt.

8.2.5. Samanliknbare helseføretak

8.2.5.1 Metode, styrkar og svakheiter

Denne analysa er ei samanlikning mellom fylgjande helseføretak:

- Helse Førde HF
- Sykehuset Telemark HF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- Helgelandssykehuset HF
- Helse Fonna HF
- UNN HF

Helseføretaka har sjølve rapportert data som er analysert. I tillegg er det supplert med tal frå SSB¹. Tala som er analysert er frå 2016. Bakgrunn for samanlikninga med ovanfor nemnde helseføretak er at:

- Desse føretaka har oppdrag med lange avstandar
- Desse føretaka har innbyggjarar i såkalla «grisgrendte strøk» (sjå forklaring nedanfor)
- Desse føretaka er samanliknbare i måten ein registrerar oppdrag i sine system (start- og sluttidspunkt for eit ambulanseoppdrag, varigheit for eit oppdrag, tal i km mv.)

Bakgrunnen for datainnhenting og analyse av ovanfor nemnde føretak sine ambulansetenester, er at innbyggjarane i desse distrikta bur i det SSB klassifiserer som «grisgrendte strøk», som er den kategorien alle kommunar i Sogn og Fjordane hamnar i. SSB

¹<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=SpesHelseAmb&KortNavnWeb=speshelse&P Language=0&checked=true>

skil på tettbygde og grisgrendte strøk ved fylgjande definisjon: «SSB definerer et tettsted som en hussamling der det bor minst 200 personer og avstanden mellom husene ikke overstiger 50 meter (...) En kommune klassifiseres som tettbygd dersom hele eller deler av kommunens areal tilhører et tettsted med mer enn 10 000 innbyggere. Det betyr at en kommune som inneholder, eller inngår i flere mindre tettsteder som til sammen er over 10 000 innbyggere, vil bli klassifisert som grisgrendt med denne»².

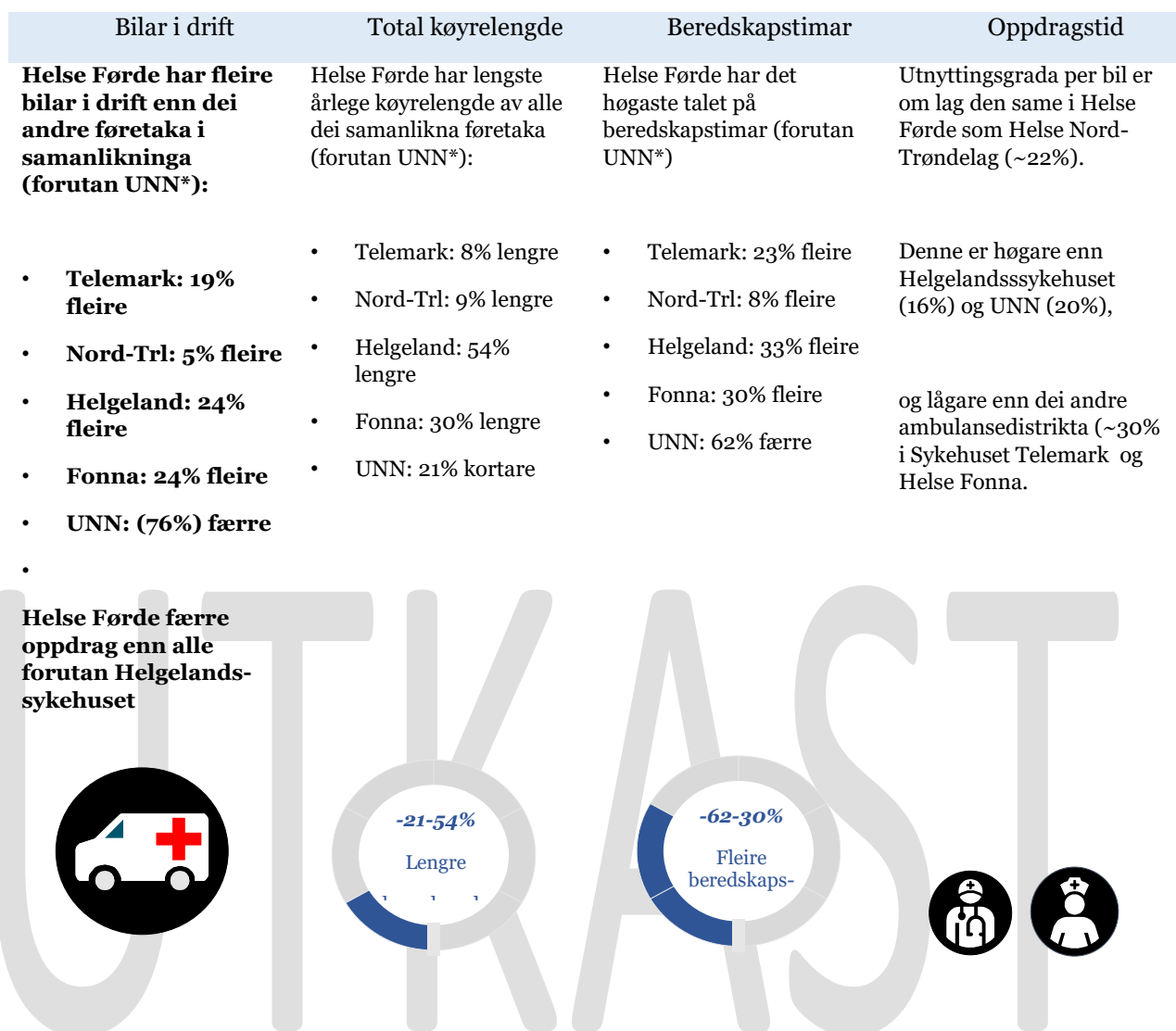
Ein viktig skilnad på Helse Førde HF og dei øvrige føretaka som er analysert, er at alle kommunane i Sogn og Fjordane vert rekna som grisgrendte strøk, medan dei andre føretaka og har kommunar som fell under tettbygde strøk.

8.2.5.2. Nøkkeltal

	Helse Førde	Sykehuse t Telemark	Helse Nord-Trøndela g	Helgelan ds-sykehuset	Helse Fonna	UNN
Talet på stasjonar	17	12	14	14	10	31
Talet på døgnbilar	21	17	20	16	16	37
Talet på dagbilar	7	5	3	-	2	10
Årsverk samla	163	153	162	111	124	275
Innbyggjarar	107 999	169 546	135 069	79 000	180 138	191 487
Innbyggjarar per årsverk	665	1 112	832	528	1449	696
Innbyggjarar per ambulansebil	3857	7707	5873	4938	10 008	4074
Oppdrag per innbyggjar	0,15	0,15	0,13	0,18	0,13	0,15

Tabell 8.8.: Nøkkeltal for samanliknbare helseføretak (Årsverk i tabellen er tal godkjende stillingsheimlar. NB! Tala skil seg frå tala i ROS-analyse i kapittel 14 mellom anna fordi vikarar til ferie, kurs, permisjonar og sjukdom kjem utanom.

² <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus/fra-ringe-113-til-ambulanse-pa-hendelsessted>

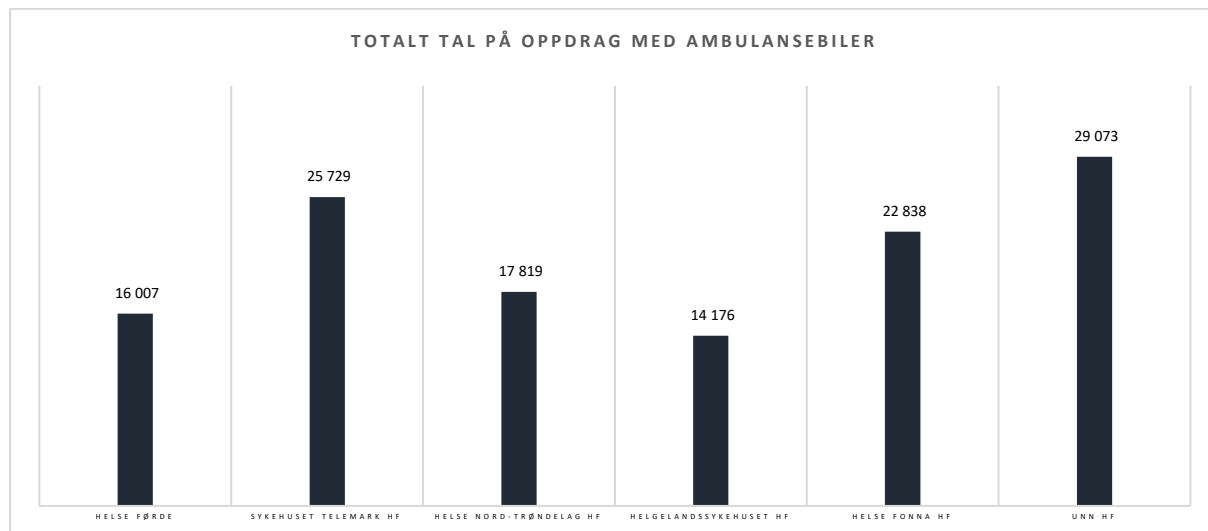


Figur: 8.23. Oppsummering funn

Merk at UNN har 44 prosent fleire innbyggjarar i sitt beredskapsområde enn Helse Førde. Dette medfører ei anna dimensjonering av ambulansetenestene, og følgjeleg har UNN fleire bilar i drift, lengre total køyrelengde (som fylgje av fleire oppdrag), og fleire bereskapstimar. Når ein ser på prosentandelar av ressursbruk opp mot innbyggjartal, er likevel UNN samanliknbart med dei andre helseføretaka.

Totalt tal på oppdrag

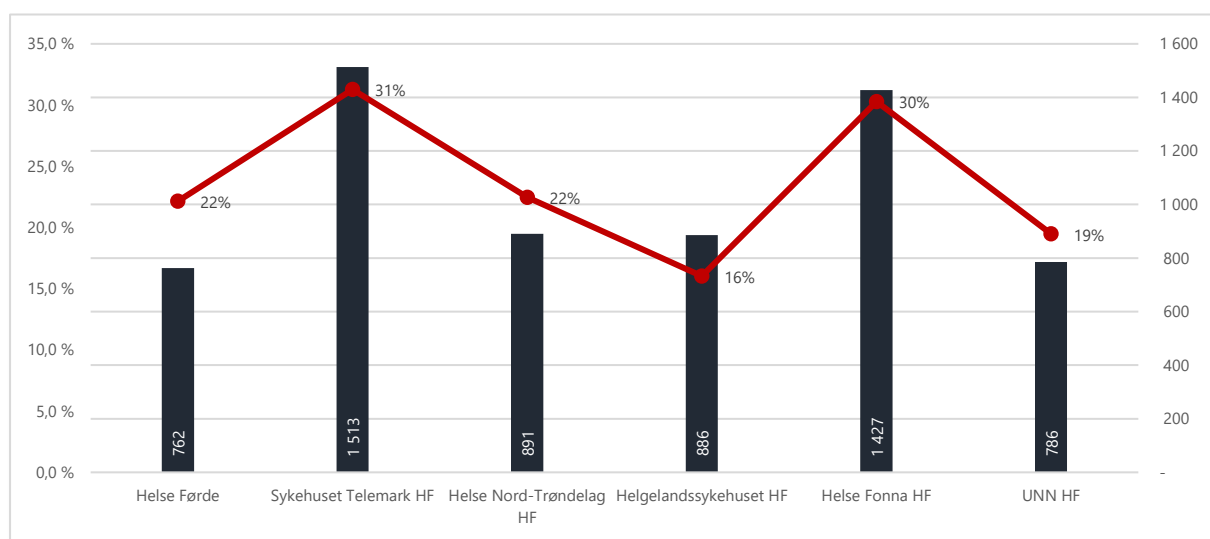
Helse Førde har det nest lågaste talet på oppdrag i 2016 samanlikna med dei andre helseføretaka .



Figur8.24: Totalt tal på oppdrag med ambulanserbilar i samanliknbare helseføretak i 2016

Talet på oppdrag i forhold til ambulanserbilar i drift

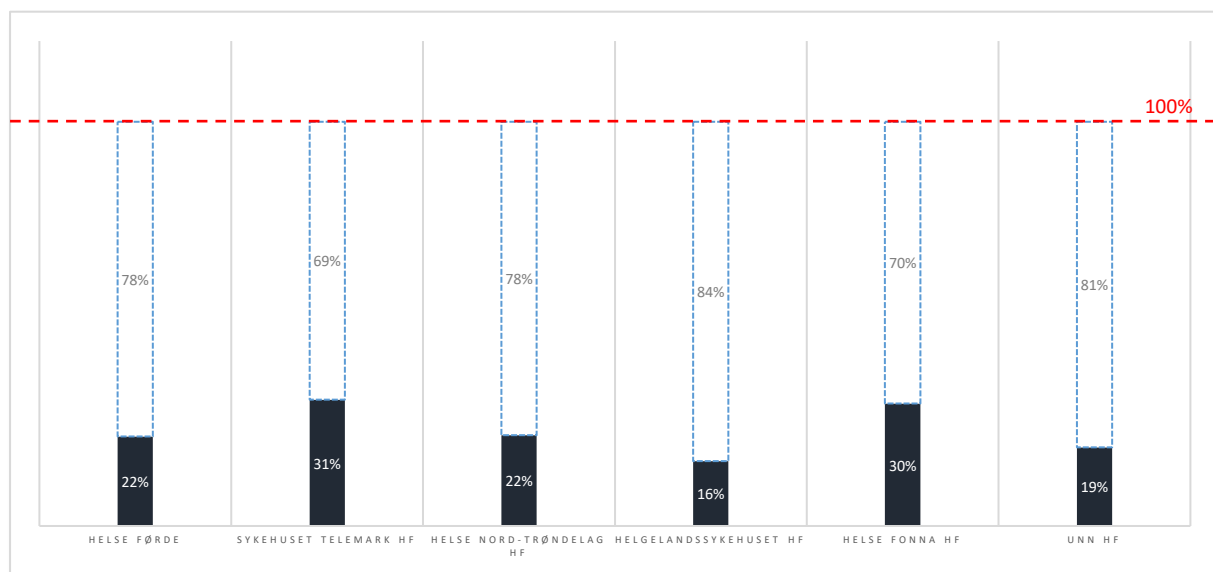
Ved å sjå på tal oppdrag i forhold til ambulansar i drift får ein eit bilete av utnyttingsgrada til ressursane ved dei ulike føretaka. Sykehuset Telemark har flest oppdrag per ressurs per år (1513 oppdrag årleg), og dette gjev høgaste utnyttingsgrad. Helse Førde har færrest oppdrag per ressurs per år (762), men ikkje lågaste utnyttingsgrad, ettersom oppdraga i Helse Førde tek lengre tid enn i dei andre helseføretaka.



Figur8.252: Talet på oppdrag (visast i dei blå søylene) i forhold til utnyttingsgrad på ambulanseressursane (raud linje) i samanliknbare helseføretak.

Utnyttingsgrad for ambulanserbilar per år

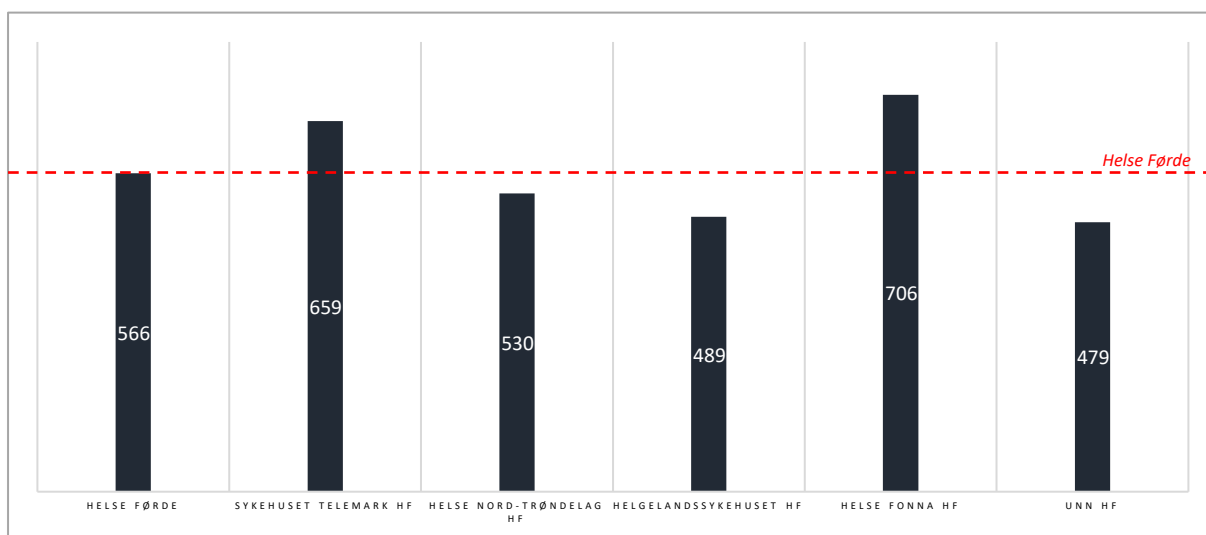
Utnyttingsgrada er utrekna ved formelen: Timar på oppdrag for ambulanserbilar i løpet av året / (Beredskapstimar per veke x 52 veker). Denne viser også kor stor del av tida bilane ikkje er på oppdrag. Sykehuset Telemark har høgaste utnyttingsgrad på 31 prosent, og Helgelandssykehuset har lågaste utnyttingsgrad på 16 prosent.



Figur 8.26: Utnyttingsgrad for ambulanserbilar per år for samanliknbare føretak. Dei blå søylene viser «timar på oppdrag for ambulanserbilar»/ «beredskapstimar» i løpet av året. Dei kvite søylene viser tida ambulanserbilane ikkje er på oppdrag i løpet av året. Den raude linja viser potensiell maksimal utnyttning.

Oppdragstimar per tilsett per år

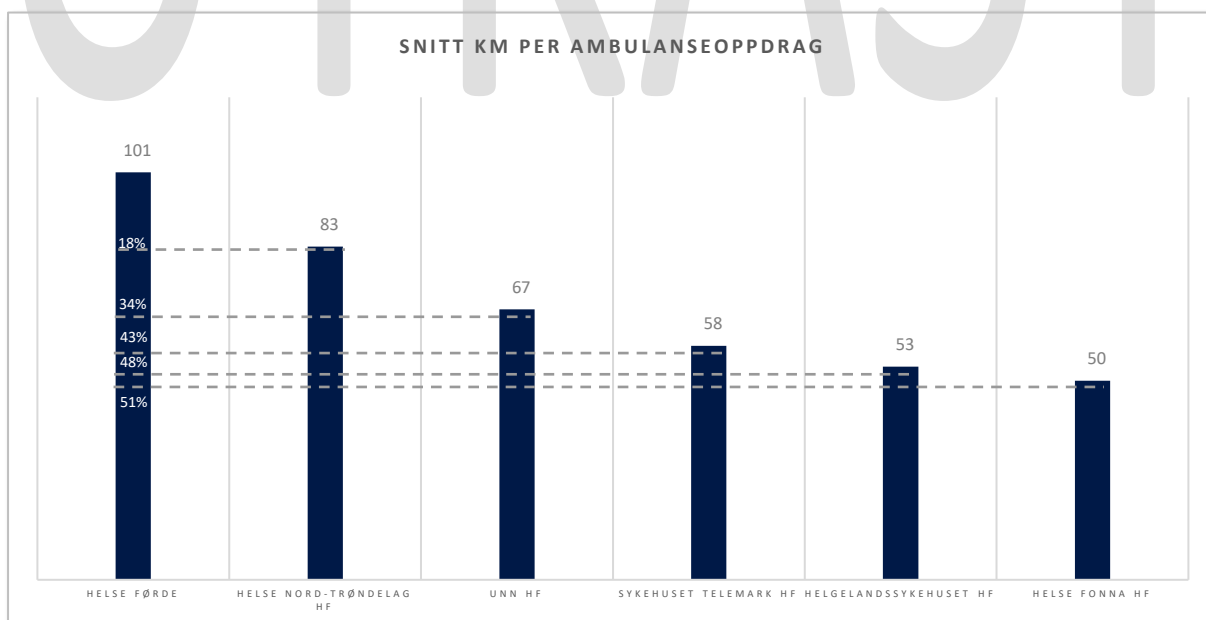
Oppdragstimar per tilsett per år er utrekna ved formelen: Timar på oppdrag for ambulanserbilar i løpet av året / årsverk per stasjon. Denne viser at Helse Førde har fleire oppdragstimar per tilsett per år enn Helse Nord-Trøndelag, sjølv om Helse Nord-Trøndelag har fleire oppdrag samla sett. Dette skuldast at kvart oppdrag tek lengre tid i Helse Førde HF (lengre køyreavstandar og fylgjeleg lengre oppdragstid). Merk at talet årsverk er likt i Helse Førde og Helse Nord-Trøndelag).



Figur 8.27: Oppdragstimar per tilsett per år for samanliknbare ambulansedistrikt. Den raude linja viser Helse Førde i forhold til dei andre samanliknbare ambulansedistrikt

Lengde på gjennomsnittlege ambulanseoppdrag

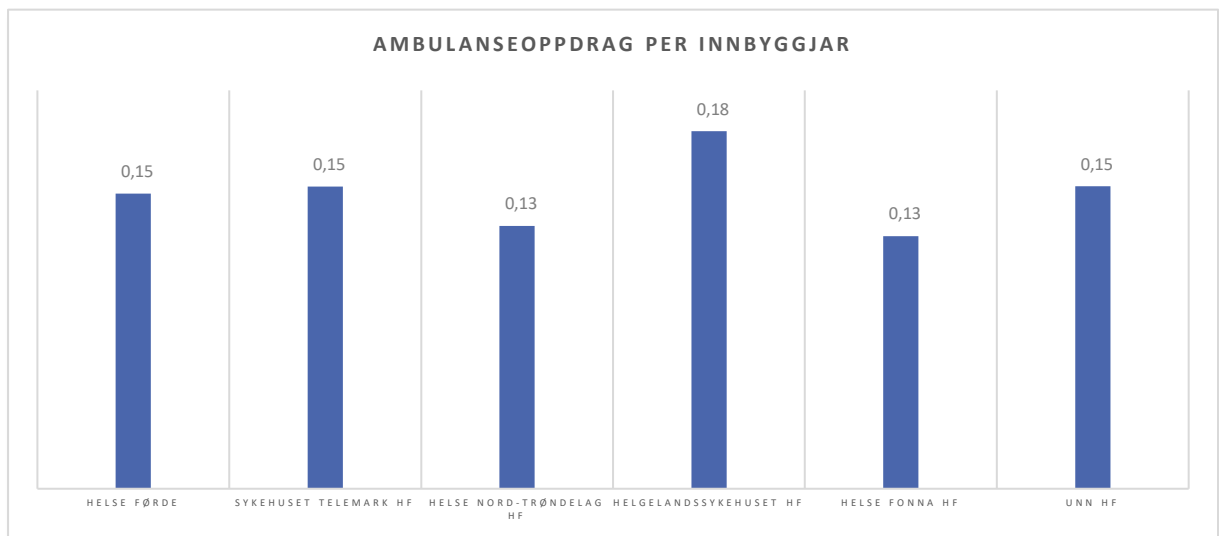
Lengde på gjennomsnittlege ambulanseoppdrag er utrekna ved formelen: Kjørte km / Oppdrag med ambulansetaxi. Denne viser at Helse Førde i snitt kjører lengre dei andre føretaka på kvart oppdrag; 18 prosent lengre enn Helse Nord-Trøndelag; 34 prosent lengre enn UNN, 43 prosent lengre enn Sykehuset Telemark, 48 prosent lengre enn Helgelandssykehuset og 51 prosent lengre enn Helse Fonna.



Figur 8.29: Snitt kjørte km per ambulanseoppdrag for samanliknbare føretak. Stipla linjer viser i prosent kor mykje lengre Helse Førde kjører enn dei andre føretaka

Ambulanseoppdrag per innbyggjar

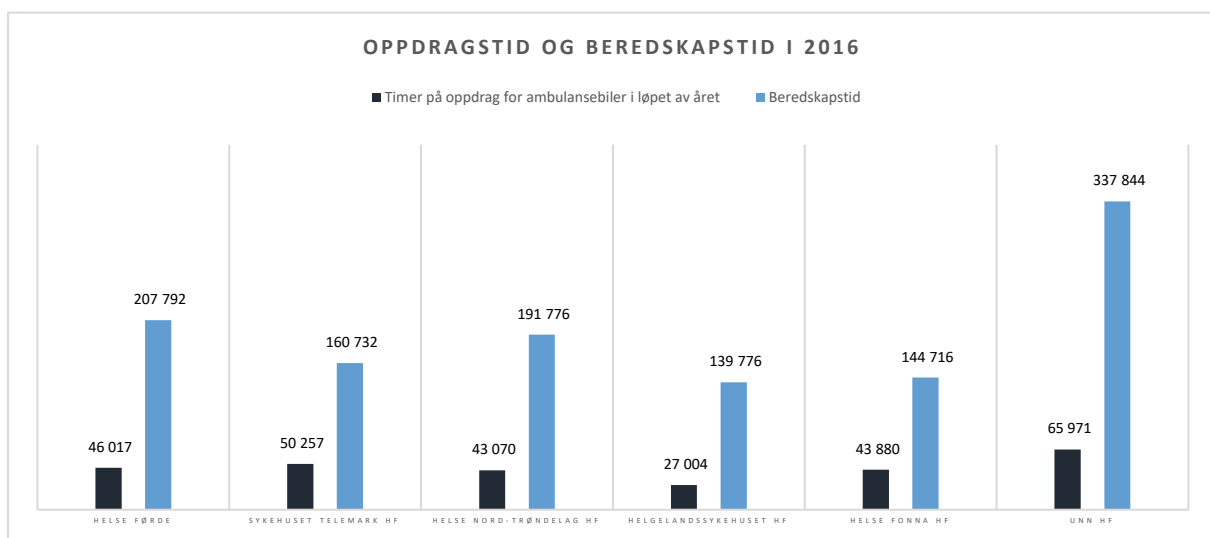
Ambulanseoppdrag per innbyggjar er rekna ut ved formelen Oppdrag med ambulansetjenester / Innbyggjarar i beredskapsområdet. Denne utrekninga seier noko om forbruket av ambulansetjenester i dei samanliknbare helseføretaka. Ein kan sjå at forbruket er likt i Helse Førde, Sykehuset Telemark og UNN, medan Helgelandssykehuset har eit høgare forbruk, og Helse Fonna har eit lågare forbruk. Årsaka til at Helse Fonna har eit lågare forbruk enn dei andre helseføretaka, kan ha samband med at ein større del av innbyggjarane har kortare veg til sjukehus enn dei andre føretaka har, og såleis kan det tenkjast at bruk av drosje i større grad vert nytta her.



Figur 8.30: Ambulanseoppdrag per innbyggjar i samanliknbare helseføretak

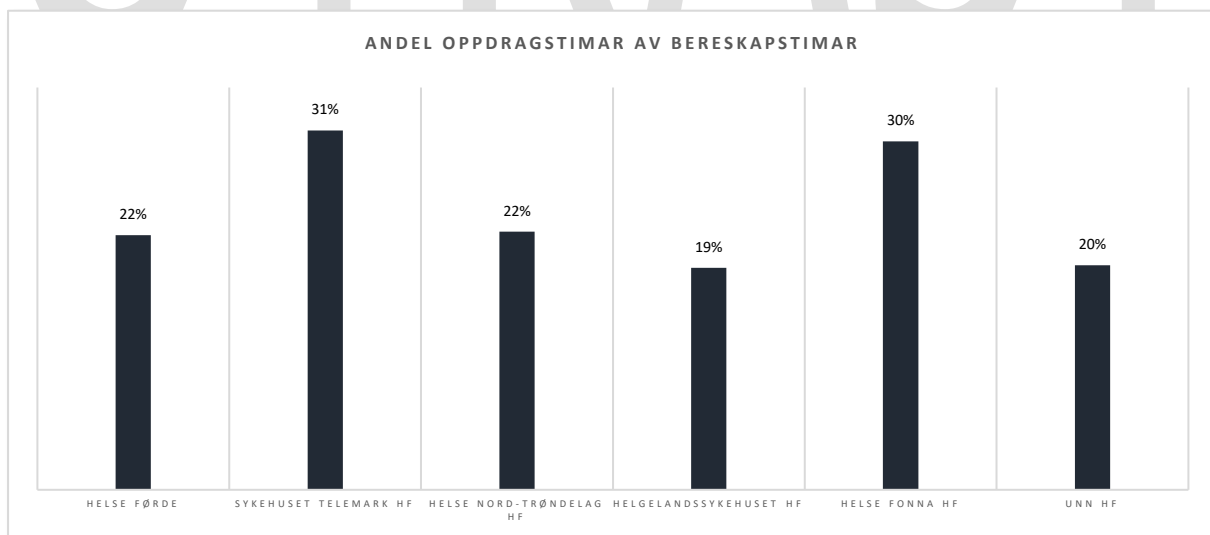
Oppdragstid og beredskapstid

Beredskapstida er den tida ambulanseresursane er i beredskap, og oppdragstid er den tida ambulanseresursane er i virke innanfor dette tidsrommet. Dette er eit uttrykk for ressursbruk i dei samanliknbare ambulansedistrikta. Her ser vi at Helse Førde har lengre oppdragstid og beredskapstid enn Helse Nord-Trøndelag, Helgelandssykehuset og Helse Fonna; kortare oppdrags- og beredskapstid enn UNN, og kortare oppdragstid og lengre beredskapstid enn Sykehuset Telemark.



Figur 8.31: Samla oppdragstid og beredskapstid blant samanliknbare helseføretak i 2016

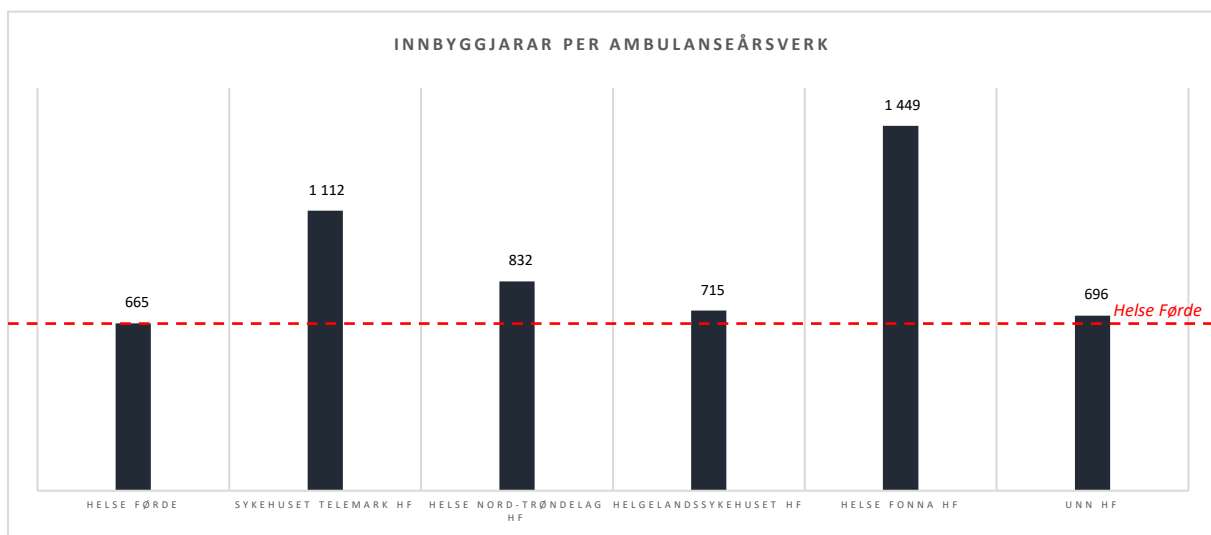
Som vi såg av figuren over har UNN lengre beredskapstid og oppdragstid enn dei andre samanliknbare helseføretaka. Dette skuldast at UNN har mange innbyggjarar i sitt beredskapsområde, og har fylgjeleg dimensjonert ambulansetenestene i høve dette. Om ein vidare ser på andel oppdragstid av beredskapstimar får ein eit betre samanlikningsgrunnlag for å seie noko om ambulanseresursbruken i helseføretaka. Denne samanlikninga viser at Sykehus et Telemark og Helse Fonna har ein større andel oppdragstimar enn dei andre føretaka. Vidare, har Helse Førde den same andelen oppdragstimar som Helse Nord-Trøndelag, og ein høgare andel oppdragstimar enn Helgelandssykehus et og UNN.



Figur 8.32: Andel oppdragstimar av beredskapstimar for samanliknbare helseføretak

Innbyggjarar per ambulanseårsverk

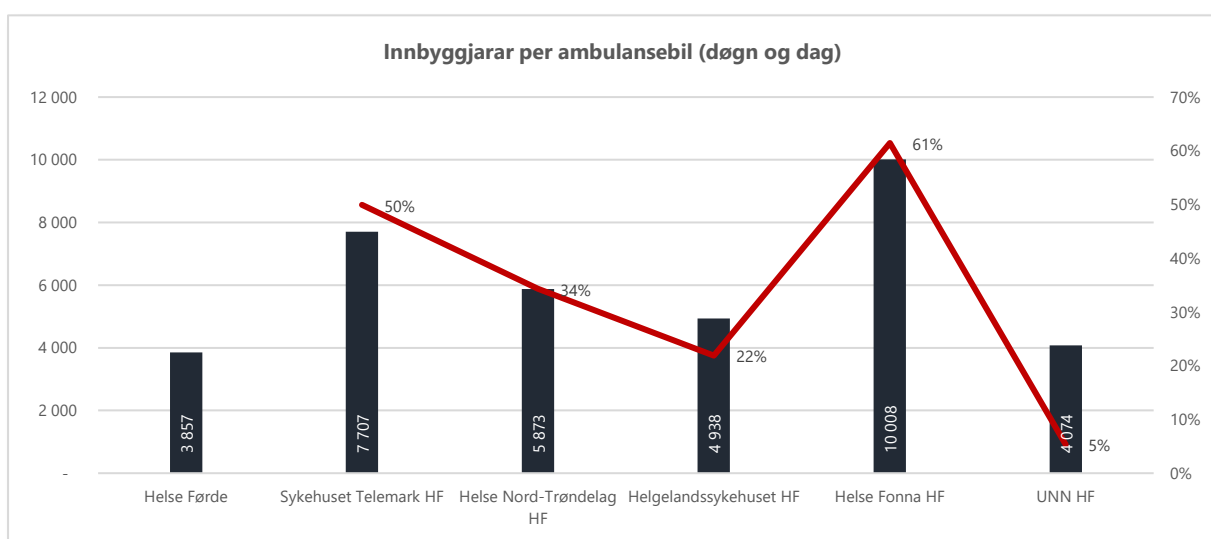
Innbyggjarar per ambulanseårsverk viser at Helse Førde har det lågaste innbyggjartal per ambulanseårsverk i forhold til dei andre samanliknbare helseføretaka. Dette tyder at Helse Førde har ein høgare bemanningsfaktor enn dei andre føretaka sett i forhold til folketal (høgare beredskap gjev høgare lønskostnad per innbyggjar).



Figur 8.33: Innbyggjarar per ambulanseårsverk i samanliknbare ambulansedistrikt

Innbyggjarar per ambulansebil

Innbyggjarar per ambulansebil viser at Helse Førde har det lågaste innbyggjartalet per ambulanseårsverk i forhold til dei andre samanliknbare helseføretaka. Igjen, er dette eit uttrykk for ein høgare ambulanseressurs-faktor enn dei andre føretaka.



Figur 8.34: Innbyggjarar per ambulansebil i samanliknbare helseføretak. Søylen viser snitt innbyggjartal per ambulansebil, den raude linja viser i prosent kor mange fleire innbyggjarar per tilsette i dei andre føretaka.

Innbyggjarar i tettbygde strøk

Når vi ser på innbyggjarar per ambulanseårsverk og per ambulansebil, kjem det tydeleg fram at Helse Fonna har mange fleire innbyggjarar per årsverk /ambulansebil enn dei andre helseføretaka, og såleis kan vere meir effektive. Årsaka til dette er at Helse Fonna sine innbyggjarar i større grad bur i tettbygde strøk (sjå tabell nedanfor), og at ein såleis har «stordriftsfordeler» av å ha meir av befolkninga i sentrale og tettbygde strøk, gjerne nær behandlingstusjosjonar. Dei føretaka som er kjenneteikna av stor del med spreidd busetnad, slik som Helse Førde, vil ha det krevjande og komplekst med å sikre eit nært og robust tilbod. Av tabellen nedanfor kan ein sjå at Helse Førde sin busetnad er mest samanliknbar med Helse Nord-Trøndelag og delvis Helgelandssykehuset.

Fylke	Andel busetnad i tettbygde strøk
Sogn og Fjordane (Helse Førde)	61,1
Nord-Trøndelag (Helse Nord-Trøndelag, Helgelandssykehuset)	60,7
Nordland (Helgelandssykehuset)	70,7
Hordaland (Helse Fonna)	83,4
Rogaland (Helse Fonna)	87,8
Troms (UNN)	70,6
Telemark (Sykehuset Telemark)	77,2

Tabell8.8.: Busetnad i tettbygde strøk. Kjelde: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/befsett>

8.2.5.3. Ressursbruk samanlikna med andre føretak

Helse Førde har den høgaste bemanningsfaktoren og tal ambulanseressursar per innbyggjar samanlikna med dei andre helseføretaka. Dette skuldast ein meir utfordrande busetnad i Sogn og Fjordane, med større delar av busetnaden i griskrendte strøk. Helse Førde har òg fleire oppdragstimar per tilsett enn tre av dei andre føretaka (Helse Nord-Trøndelag, Helgelandssykehuset og UNN), noko som avspeglar færre, men lengre ambulanseoppdrag. Årsaka til at Sykehuset Telemark (absolutte tal) og Helse Fonna har fleire oppdragstimar per tilsett, er ei større befolkning i område. Det betyr at dei gjerne har ein meir tilpassa beredskap til ein føreseieleg aktivitet, der mange av oppdraga er korte og gjerne nær sjukehus. Då vil ein kunne tilpasse aktivitet og beredskap i større grad enn i Helse Førde.

Når det gjeld beredskapstimar, er det berre UNN som har fleire beredskapstimar enn Helse Førde. Dette skuldast dimensjoneringa av ambulansberedskapen i UNN som er større, men og har eit høgare innbyggjartal enn i Helse Førde.

8.2.5.4. Responstider for samanliknbare helseføretak – oppsummering

Tabell 8.9: Responstider for samanliknbare ambulansedistrikt (tal frå Helsenorge)

<p>UNN har den lågaste 90 percentilen per føretak på 29,5 min</p>	<p>Helse Nord-Trøndelag har den høgaste 90 percentilen for samanliknbare føretak på 33,6 min</p>	<p>Ingen av føretaka har ein 90 percentil som oppfyller målsetjinga på <= 25 min</p>
<p>Førde kommune (Helse Førde) har den lågaste 90 percentilen for kommunar på 14,3 min</p>	<p>Bjarkøy kommune (UNN) har den høgaste 90 percentilen for kommunar på 71,9 min</p>	<p>Ingen av føretaka har ein 90 percentil som oppfyller målsetjinga på <= 25 min</p>

Nøkkeltal	Helse Førde	Helse Nord-Trøndelag	Sykehuset Telemark	Helse Fonna	Helgelands-sykehuset	UNN
90-prosentilet i grisgrendt strøk (for fylket)	31,70	33,60	32,20	33,00	33,30	29,50
Andel hendelser i grisgrendt strøk hvor ambulansen er fremme innen 25 minutter	80,6	81,1	81	79,5	78,7	80,8
Antall akutte hendelser i grisgrendt strøk hvor ambulansen er fremme innen 25 minutter	1 549	1 328	1 443	1 266	196	670
Totalt antall akutte hendelser i grisgrendt strøk	2 047	1 945	1 882	1 959	288	815

	Helse Førde		Helse Nord-Trøndelag		Sykehuset Telemark		Helse Fonna		Helgelands-sykehuset		UNN	
Kommune med lågast 90 percentil	14,30	Førde	18,10	Namsos	20,50	Nome	27,00	Bømlo	19,20	Sømna	20,00	Skjervøy
Kommune med nest lågast 90 percentil	18,70	Sogn dal	21,30	Levang er	22,20	Sauher ad	31,50	Vindafjord	22,40	Vega	20,00	Berg
Kommune med tredje lågast 90 percentil	22,10	Eid	23,50	Leka	23,10	Notodden	31,60	Fitjar	32,10	Nesna	22,80	Bardu

8.2.5.4. Hovudfunn og vurderingar

Helse Førde brukar samla sett meir personellressursar i ambulansetenesta (målt i årsverk og i høve folkemengd) enn dei samanliknbare føretaka.

Vidare har Helse Førde ein mindre del av busetnaden i tettbygde strøk, noko som gjer organisering og dimensjonering av ambulansetenestene både meir utfordrande og ressurskrevjande enn for dei helseføretaka som når mange fleire innbyggjarar over korte avstandar. I særleg grad har Helse Fonna og Telemark ein større del av busetnaden i tettbygde strøk.

8.2.6. Spørjeundersøking i befolkninga om legevakt og ambulansetenesta

8.2.6.1 Metode

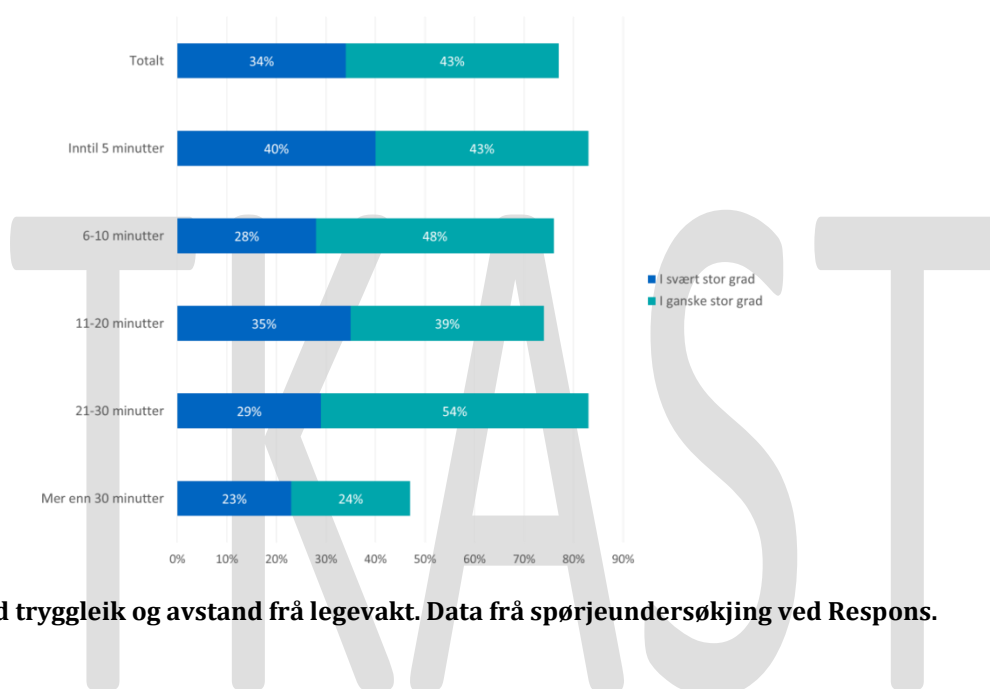
I perioden 4. til 10. januar vart 502 innbyggjarar i Sogn og Fjordane stilte spørsmål over telefon om legevaksordningar og ambulansetenesta i Sogn og Fjordane. Undersøkinga vart utført av Respons Analyse på vegne av prosjekt prehospital tenester i Helse Førde.

8.2.6.2 Funn

Opplevd tryggleik knytt til legevakt

Eitt av spørsmåla handla om intervjuobjektet ville føle seg trygg på å få hjelp av legevaktstenesta ved akutt sjukdom eller skade. 77 prosent svara at dei i svært stor grad eller ganske stor grad følte seg trygge på å få hjelp av legevaktstenesta.

Respondentane vart også spurte om kor langt frå legevakt eller sjukehus dei budde. Gjennomgåande følte dei som budde lenger enn 30 minutt vekke seg mindre trygge. Slik var utslaga knytt til spørsmål om tryggleik for å få nødvendig hjelp frå legevaktstenesta:



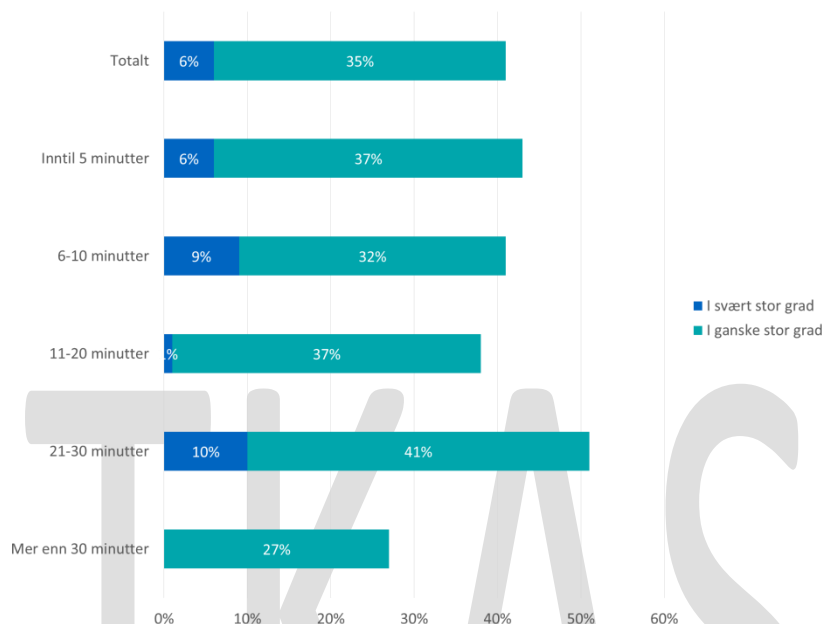
Figur 8.35: Opplevd tryggleik og avstand frå legevakt. Data frå spørjeundersøking ved Respons.

75 prosent av dei spurte kjenner mindre godt, eller kjenner ikkje til, at legevaktslegen har plikt til å rykke ut når det er nødvendig (ved akutt sjukdom eller skade):

Kjenner til svært godt	6 %
Kjenner til ganske godt	14 %
Kjenner til mindre godt	22 %
Kjenner ikkje til	53 %
Ikke sikker	5 %

Tabell 8.10. Kjennskap til legevakta si utrykkingsplikt. Data frå spørjeundersøking ved Respons. Tal spurte 502.

Dei vart også spurte om dei ville akseptere lengre ventetid på ambulanse dersom dei visste at legevaktslegen samtidig var på veg i eigen legevaktsbil. 41 prosent kunne akseptere det, medan 24 prosent i liten grad vil akseptere det. Også her var det klare skilnader knytt til kor langt frå legevakt eller legekontor dei budde:

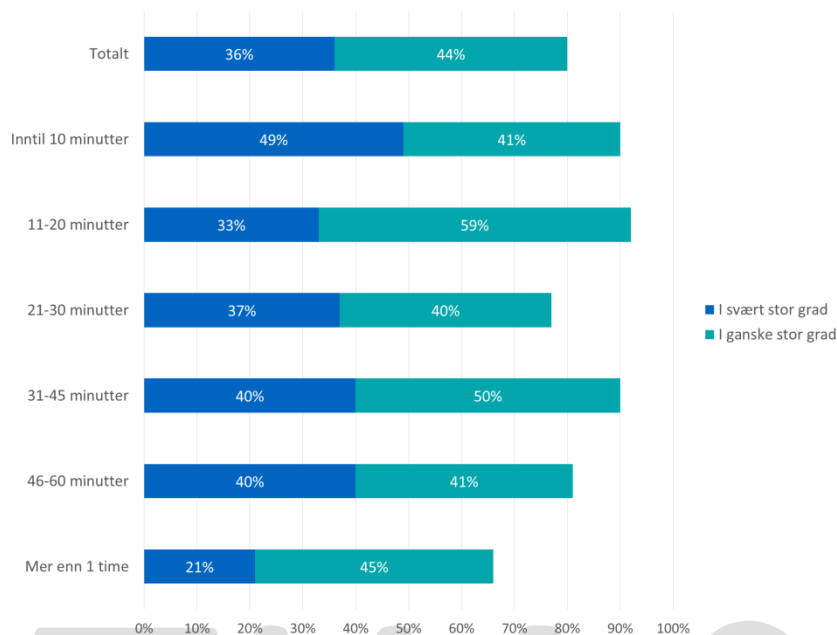


Figur 8.36: Synspunkt på ventetid med eller utan legevakt med i uttrykinga. Data frå spørjeundersøking ved Respons.

Opplevd tryggleik knytt til ambulansetenesta

Dei 502 fekk også spørsmål om dei kjende seg trygge på å få nødvendig hjelp av ambulsetenesta viss dei skulle trenge akutt transport til sjukehus. Tilbakemeldingane var omlag dei same som på tilsvarende spørsmål knytt til legevaktstenesta; 80 svara svært stor eller ganske stor grad.

Også her er det ulikskapar knytt til avstand, i dette spørsmålet til næraste sjukehus:



Figur 8.37: Opplevd tryggleik og avstand til sjukehus. Data frå spørjeundersøking ved Respons.

Respondentane fekk også spørsmål om dei meinte kvaliteten ville bli betre med aukande tal uttrykkingsoppdrag for den enkelte ambulansarbeidar. 67 prosent var samde i det, medan berre fem prosent meinte at det i liten grad var tilfelle. Dei over 60 var meir skeptiske enn dei yngre.

Opplevd tryggleik knytt til akutthjelpar

Intervjuobjekta fekk også spørsmål om dei ville føle seg trygge på å få medisinsk førstehjelp av ein såkalla akutthjelpar, i påvente av legevakslege og ambulanse ved akutt sjukdom.

I svært stor grad	16 %
I ganske stor grad	37 %
Verken stor eller liten grad	19 %
I ganske liten grad	10 %
I svært liten grad	5 %
Ikke sikker	12 %

Tabell 8.11. Opplevd tryggleik knytt til akutthjelparar. Data frå spørjeundersøking ved Respons. Tal spurte 502

Også her er det signifikante forskjellar knytt til reiselengde til legevaktstenesta. 34 prosent av dei med lengre avstand enn ein halv times reisetid svarar at dei i liten grad er trygge.

Opplevd tryggleik knytt til kvite bilar

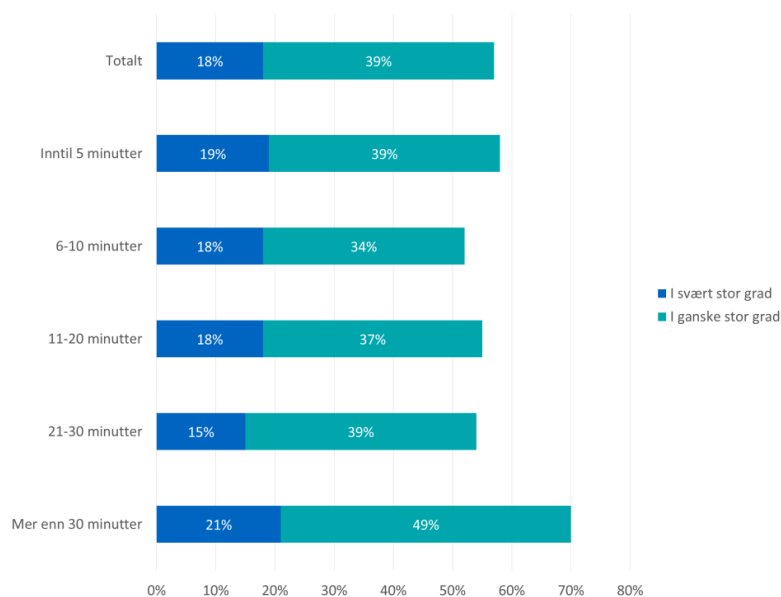
Fleire helseføretak nyttar såkalla «kvite bilar» til transportar. Det er ein enkelt utstyrt sjuketransportbil med ein helsearbeidar som sjåfør. Undersøkinga viser at omgrepet er svært lite kjent. Berre seks prosent av dei 502 svara ja på at dei kjente til kva «kvite bilar» var for noko.

Då dei vart gjort kjent med omgrepet, og fekk spørsmål om dei ville føle det trygt å bli frakta til sjukehuset med ein slik bil, i staden for med vanleg ambulanse, ved mindre alvorleg sjukdom eller skade svara dei slik:

I svært stor grad	18 %
I ganske stor grad	39 %
Verken stor eller liten grad	21 %
I ganske liten grad	10 %
I svært liten grad	5 %
Ikke sikker	7 %

Tabell 8.12: Opplevd tryggleik ved transport med «kvit bil» ved mindre alvorleg sjukdom/skade. Data frå spørjeundersøking ved Respons. Tal spurte 502.

Bakgrunnstala viser at dei med lengst reisetid til legevakt eller legekantor var minst skeptiske til denne ordninga:



Figur 8.38. Opplevd tryggleik ved transport i «kvit bil» sett opp mot reisetid til legekontor/legevakt.

Oppfatning av betydninga av øving for ambulanspersonell

I kva grad meiner du at kvaliteten på ambulansetenesta blir betre med aukande tal utrykkingsoppdrag som den einskilde ambulansmedarbeidar er med på?	
I svært stor grad	27 %
I ganske stor grad	40 %
Verken stor eller liten grad	16 %
I ganske liten grad	4 %
I svært liten grad	1 %
Ikkje sikker	11 %

Tabell 8.13: Oppfatning av øving og erfaring si betydning for kvalitet i ambulansetenesta. Data frå spørjeundersøking ved Respons. Tal spurte 502.

I alt 67 prosent av dei spurte meiner i stor grad at kvaliteten på ambulansetenesta blir betre med aukande tal utrykkingsoppdrag. Berre fem prosent meiner dette i liten grad er tilfelle. Haldninga er stort sett lik i alle grupper av befolkinga.

8.2.6.3 Oppsummering

Dei spurte føler seg gjennomgåande trygge på å få hjelp av ambulansenesta og legevakta ved akutt sjukdom eller skade, men dei som bur lengst frå legevakt eller sjukehus føler seg mindre trygge.

Det er liten kunnskap om at legevaktslegen har plikt til å rykke ut ved akutt skade eller sjukdom.

41 prosent vil akseptere å vente lenger på ambulansen viss dei visste at legevaktslegen også var på veg.

67 prosent var samde i at fleire uttrykkingsoppdrag for den enkelte ambulansarbeidar vil auke kvaliteten på tenesta

Mange vil akseptere bruk av «kvite bilar».

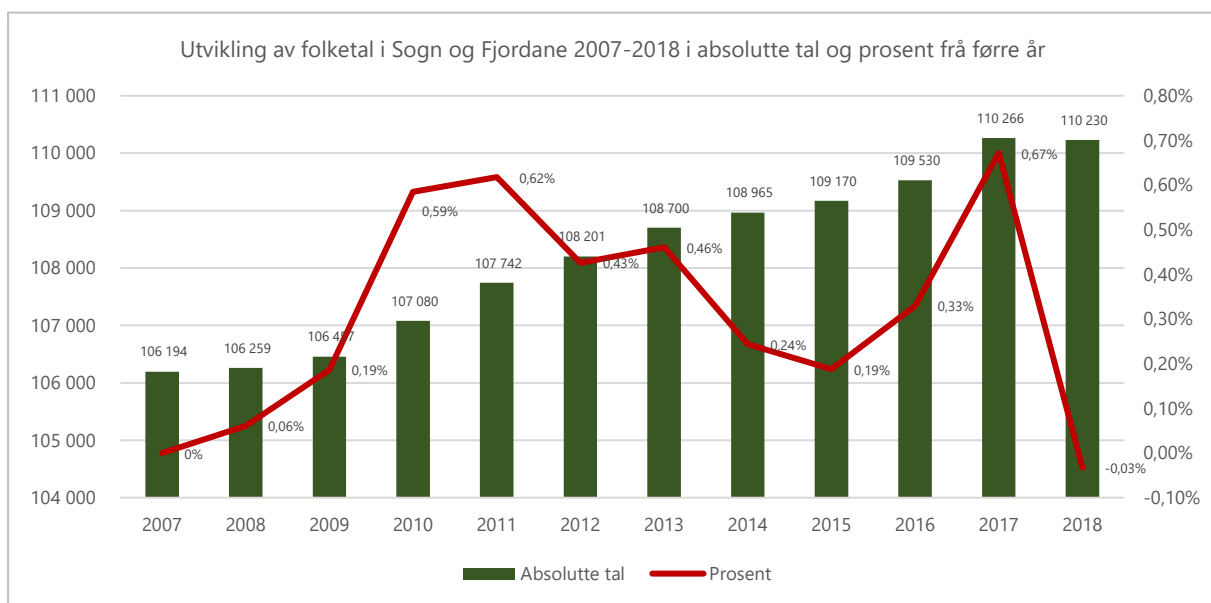
8.2.7. Demografiske utviklingstrekk

Demografi er definert som befolkningslære, og handlar om å skildre befolkninga og utviklingstrekk for denne. Den demografiske utviklinga påverkar trongen for helsetenester inne på sjukehusa, men også prehospitalt (legevaktstenester og ambulanse). Her spelar storleiken av befolkninga inn, men også alderssamansetninga. Ei større befolkning treng naturleg nok meir helsetenester enn ei mindre, og ei eldre befolkning treng også meir helsetenester enn ei yngre – dette fordi førekomsten av mange sjukdommar aukar med alderen.

Prosjektet har i dette avsnittet nytta data frå Statistisk sentralbyrå (SSB).

8.2.7.1. Utvikling i folketal samla og per kommune dei siste tiåra

Utviklinga i folketalet i Sogn og Fjordane i perioden 2007-2018 viser at folketalet har auka frå 106 194 i 2007 til 110 230 i 2018. Dette tilsvarar ein samla auke på 3,8 prosent (i snitt ein auke på 0,31 prosent årleg).



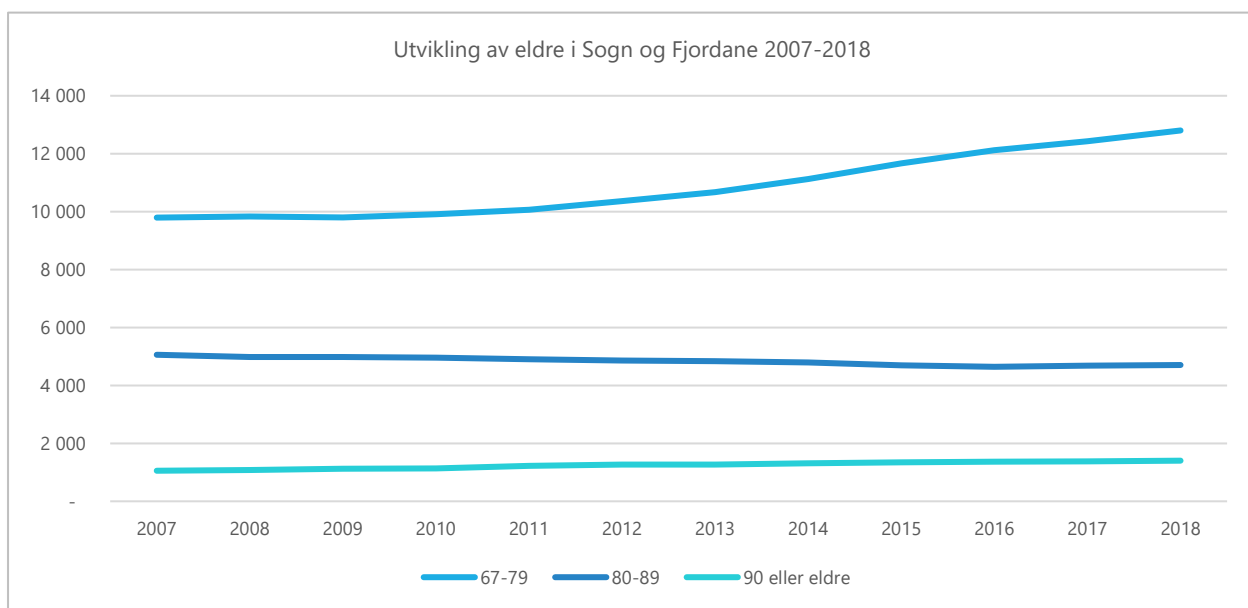
Figur 8.39: utvikling av samla folketal i Sogn og Fjordane i perioden 2007-2018 i absolutte tal og prosent auke frå førre år

2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018

Absolutte tal	106 194	106 259	106 457	107 080	107 742	108 201	108 700	108 965	109 170	109 530	110 266	110 230
Prosent årleg		0,06 %	0,19 %	0,59 %	0,62 %	0,43 %	0,46 %	0,24 %	0,19 %	0,33 %	0,67 %	-0,03 %
Prosent samla		0,1 %	0,2 %	0,8 %	1,5 %	1,9 %	2,4 %	2,6 %	2,8 %	3,1 %	3,8 %	3,8 %

Tabell 8.14: utvikling av samla folketal i Sogn og Fjordane i perioden 2007-2018 i absolutte tal, prosent auke frå førre år og prosent auke samla

Når vi ser på utviklinga av eldre i den same perioden (2007-2018), ser ein at folkemengda i alderen 67-79 år aukar ein del frå 2012-2018. For denne aldersgruppa tilsvarar denne auken 31 prosent frå 2007-2018, og dette utmerkar seg frå auken i folkemengda elles som er på 3,8 prosent.

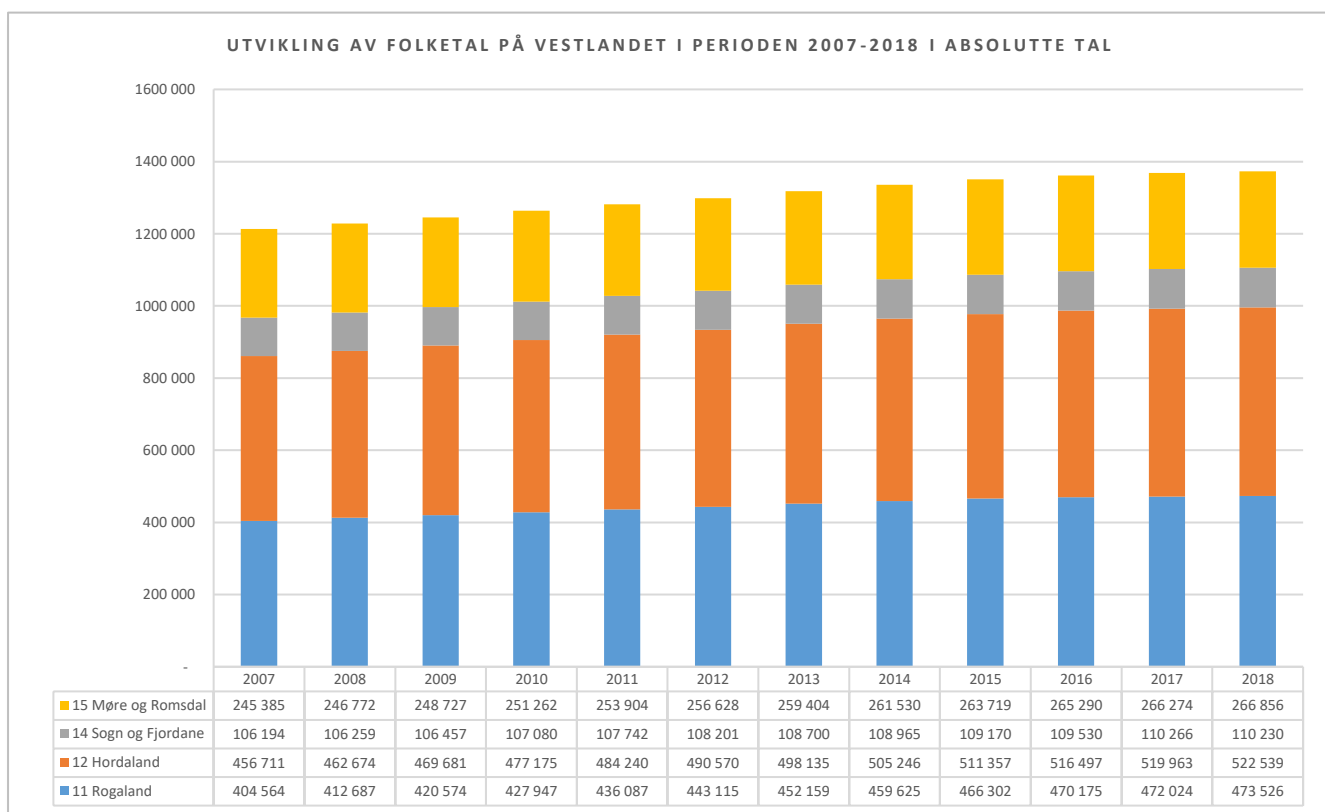


Figur 8.40: utvikling av eldre i Sogn og Fjordane i perioden 2007-2018

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Absolutte tal	15 908	15 895	15 903	16 009	16 198	16 502	16 779	17 226	17 702	18 127	18 480	18 905
Prosent årleg		-0,1 %	0,1 %	0,7 %	1,2 %	1,9 %	1,7 %	2,7 %	2,8 %	2,4 %	1,9 %	2,3 %
Prosent samla		-0,1 %	0,0 %	0,6 %	1,8 %	3,7 %	5,5 %	8,3 %	11,3 %	13,9 %	16,2 %	18,8 %
67-79 år	9 794	9 831	9 800	9 915	10 069	10 368	10 672	11 128	11 665	12 119	12 426	12 802
Prosent årleg		0,4 %	-0,3 %	1,2 %	1,6 %	3,0 %	2,9 %	4,3 %	4,8 %	3,9 %	2,5 %	3,0 %
Prosent samla		0 %	0 %	1 %	3 %	6 %	9 %	14 %	19 %	24 %	27 %	31 %

Tabell 8.15: utvikling av eldre i Sogn og Fjordane i perioden 2007-2018 i absolute tal, prosent auke frå førre år og prosent auke samla

Ei samanlikning av fylka på Vestlandet viser ein auke i samla folketal frå 1 212 854 i 2007 til 1 373 151 i 2018. Dette tilsvarar 13,2% (ein snitt-auke på 1,14% årleg). Det er fylgjeleg ein større auke på Vestlandet samla enn i Sogn og Fjordane isolert sett.



Figur 8.41: utvikling av samla folketal i fylka på Vestlandet i perioden 2007-2018 i absolute tal

Tabellen nedanfor viser at Rogaland har den største samla veksten i perioden 2007-2018 på 17%, medan Sogn og Fjordane har den lågaste samla veksten på 3,8%.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Absolute tal	1 212 854	1 228 392	1 245 439	1 263 464	1 281 973	1 298 514	1 318 398	1 335 366	1 350 548	1 361 492	1 368 527	1 373 151
Prosent årleg		1,28 %	1,39 %	1,45 %	1,46 %	1,29 %	1,53 %	1,29 %	1,14 %	0,81 %	0,52 %	0,34 %
Prosent samla		1,3 %	2,7 %	4,2 %	5,7 %	7,1 %	8,7 %	10,1 %	11,4 %	12,3 %	12,8 %	13,2 %
% Rog. årleg		2,0 %	1,9 %	1,8 %	1,9 %	1,6 %	2,0 %	1,7 %	1,5 %	0,8 %	0,4 %	0,3 %
% Rog. samla		2,0 %	4,0 %	5,8 %	7,8 %	9,5 %	11,8 %	13,6 %	15,3 %	16,2 %	16,7 %	17,0 %
% Hord. årleg		1,3 %	1,5 %	1,6 %	1,5 %	1,3 %	1,5 %	1,4 %	1,2 %	1,0 %	0,7 %	0,5 %
% Hord. sAMLA		1,3 %	2,8 %	4,5 %	6,0 %	7,4 %	9,1 %	10,6 %	12,0 %	13,1 %	13,8 %	14,4 %
% s&F årleg		0,1 %	0,2 %	0,6 %	0,6 %	0,4 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,7 %	0,0 %
% S&F sAMLA		0,1 %	0,2 %	0,8 %	1,5 %	1,9 %	2,4 %	2,6 %	2,8 %	3,1 %	3,8 %	3,8 %
% m&R årleg		0,6 %	0,8 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	0,8 %	0,8 %	0,6 %	0,4 %	0,2 %
% M&R sAMLA		0,6 %	1,4 %	2,4 %	3,5 %	4,6 %	5,7 %	6,6 %	7,5 %	8,1 %	8,5 %	8,7 %

Tabell 8.16: utvikling av folketal på Vestlandet i perioden 2007-2018 i absolute tal, prosent auke frå førre år og prosent auke samla

8.2.7.2. Framskrivningar

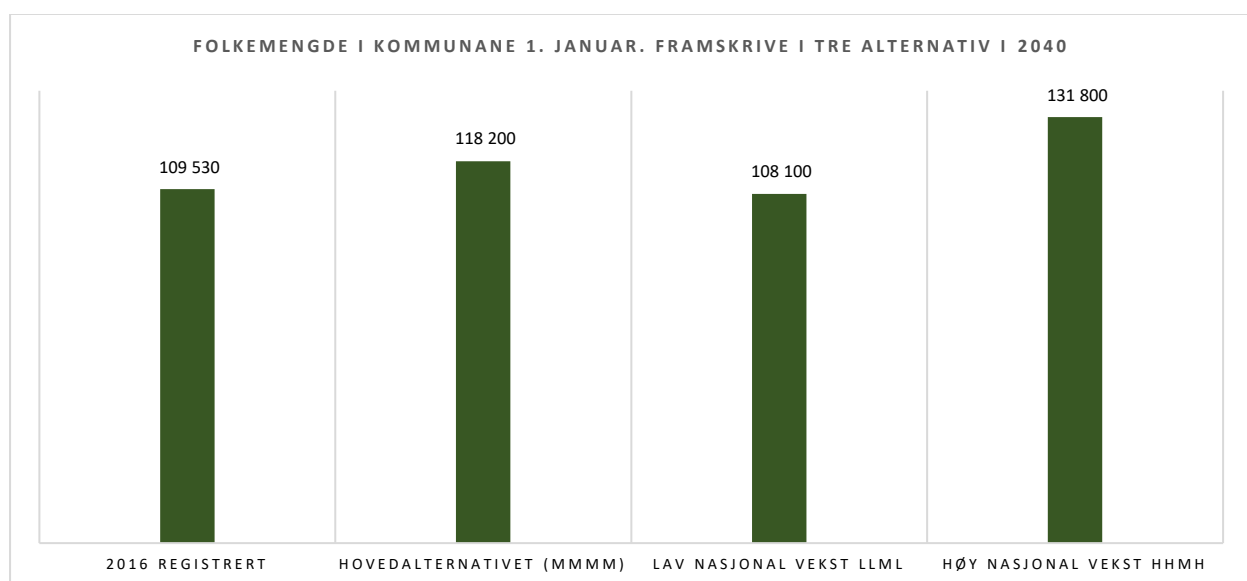
Det er knytt uvisse til folketalsframskrivingar, og difor har SSB utarbeidd tre ulike scenario kalla hovudalternativet, låg nasjonal vekst og høg nasjonal vekst. Hovudalternativet viser korleis utviklinga vert når vi legg til grunn middels utvikling i både fruktbarheit, levealder, innanlandske flyttingar og innvandring. Det inneber at:

- fruktbarheit er den same som dagens nivå med rundt 1,7 barn per kvinne
- levealderen aukar med rundt sju år for menn og fem år for kvinner frem mot 2060
- det innanlandske flyttemønstret vi har sett dei siste ti årene held fram
- nettoinnvandringa på sikt blir liggande mellom 25 000 og 30 000.

I scenariet låg nasjonal vekst er det lagt til grunn lågare fruktbarheit, innanlandske flyttingar og innvandring, og medium levealder. I scenariet høg nasjonal vekst er det lagt til grunn høgare fruktbarheit, innanlandske flyttingar og innvandring, og medium levealder.

For fylket samla viser tal frå SSB (hovudalternativet) at samla folketal i 2040 mest sannsynleg vil vere 118 200. Dette tilsvarar ein auke på 8% frå dagens folketal. Scenariet for lågare vekst vil medføre ein nedgang frå dagens folketal på 109 530 til 108 100 (-1 prosent). Scenariet for høgare vekst vil medføre ein auke frå dagens folketal til 131 800 (+20 prosent). For meir informasjon om dette, sjå

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2016-06-21>

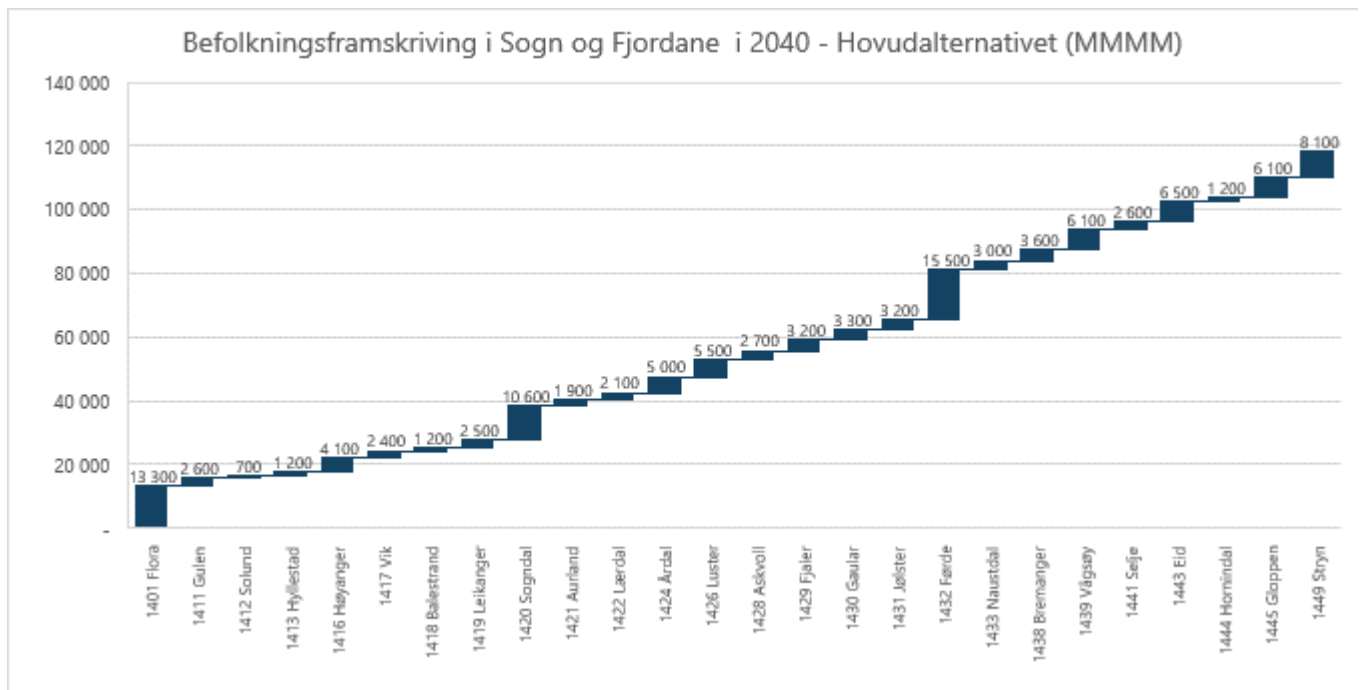


Figur 8. 42: Tre scenario for folketalsframskriving i Sogn og Fjordane samla i 2040 (Kjelde: <https://www.ssb.no>)

Kommune	2016 Registrert	Hovedalternativet (MMMM)	Lav nasjonal vekst LLML	Høy nasjonal vekst HHMH
1401 Flora	11 923	13 300	12 100	15 000
1411 Gulen	2 370	2 600	2 400	2 900
1412 Solund	785	700	600	800
1413 Hyllestad	1 395	1 200	1 100	1 300
1416 Høyanger	4 161	4 100	3 700	4 500
1417 Vik	2 689	2 400	2 200	2 700
1418 Balestrand	1 294	1 200	1 100	1 400
1419 Leikanger	2 298	2 500	2 200	2 700
1420 Sogndal	7 839	10 600	9 700	11 800
1421 Aurland	1 764	1 900	1 700	2 100
1422 Lærdal	2 172	2 100	1 900	2 300
1424 Årdal	5 359	5 000	4 600	5 600
1426 Luster	5 093	5 500	5 100	6 200
1428 Askvoll	3 023	2 700	2 500	3 000
1429 Fjaler	2 830	3 200	2 900	3 500
1430 Gaular	2 942	3 300	3 000	3 700
1431 Jølster	3 020	3 200	2 900	3 500
1432 Førde	12 900	15 500	14 200	17 200
1433 Naustdal	2 840	3 000	2 800	3 400
1438 Bremanger	3 846	3 600	3 300	4 000
1439 Vågsøy	6 046	6 100	5 600	6 800
1441 Selje	2 774	2 600	2 400	2 900
1443 Eid	6 015	6 500	5 900	7 200
1444 Hornindal	1 200	1 200	1 100	1 400
1445 Gloppen	5 784	6 100	5 600	6 800
1449 Stryn	7 168	8 100	7 500	9 100

Tabell 8.17: Tre scenarier for folketalsframskriving per kommune i Sogn og Fjordane i 2040 (Kjelde: <https://www.ssb.no>)

Dersom utviklinga blir som skissert i hovudalternativet, vil vi gradvis få ei auke i folketal som samla for fylket kan sjå ut som i figur 8.43:



Figur 8.43: Folketalsframskriving per kommune i Sogn og Fjordane i 2040 (Hovudalternativet (MMMM) (Kjelde: <https://www.ssb.no>)

8.2.7 4. Oppsummering og vurderingar: eit første utkast...

- Den demografiske utviklinga i Sogn og Fjordane har vore prega av eit aukande tal eldre, fråflytting i utkantane.
- Folkeveksten er svak samanlikna med landsgjennomsnittet.
- Det pågår ei intern sentralisering i fylket.
- SSB forventar fortsatt folketalsvekst i byane og dei større tettstadane.
- I utforminga av framtidens prehospital tenester må Helse Førde ta omsyn til at folkeveksten i nokre område kan medføre behov for auka ressursar.
- Ein må sjå på løysingar for å oppretthalde ein forsvarleg prehospital beredskap i område kor befolkningstalet er lite og ambulanseoppdraga dermed sjeldne. Dette bør gjerast i samarbeid med kommunane.

9. Dei prehospitale tenestene som del av Helse Førde

I dette kapitlet vil vi skildre samspelet mellom ambulansetenesta og dei andre delane av spesialisthelsetenesta. Grensesnittet (overgangen) mellom ambulansetenesta og ulike sjukehusavdelingar (akuttmottak, andre avdelingar og poliklinikkar) inneber eigne utfordringar, og dette gjeld både når pasientar kjem inn til sjukehus, og når dei skal ut att. Det same gjeld når ambulansetenesta transporterer pasientar til og frå ulike kommunale helsetenester (fastlegekontor, legevakt mm.). Denne samhandlinga er omtala i kapittel 10.

Det har over år vore stor nasjonal merksemd kring «overgangane» og dei utfordringane den samla helsetenesta har når pasientar blir overført frå «eitt helsevesen til eit anna» (t.d. frå kommunal sjukeheim til sjukehus). Dette gjeld mellom anna overføring av viktig medisinsk informasjon og riktig medikamentliste, men også å sikre rett type transport til rett tid for kvar einskild pasient osv.. Det fell utanfor mandatet i dette prosjektet å gå djupt inn i all overgangsproblematikk, og vi har heller ikkje hatt tid/ressursar til det. Vi har likevel sett på og diskutert nokre punkt som direkte knyter seg til ambulansetenesta. Dette for å sjå på kor tenestene kan bli betre for pasientane og/eller meir effektiv bruk av ambulanseressursane.

9.1. Pasientovergangar mellom prehospital og hospital teneste

Det er ønskjeleg at ambulanspersonell som hovudregel får levert pasienten raskt frå seg anten dei kjem til eit sjukehus, fastlegekontor eller legevakt. Når pasienten er levert, kan ambulanspersonellet setje seg i bilen, melde seg til AMK som klare for nytt oppdrag og køyre ut att til sitt eige ambulanseområde der dei er ein viktig del av beredskapen.

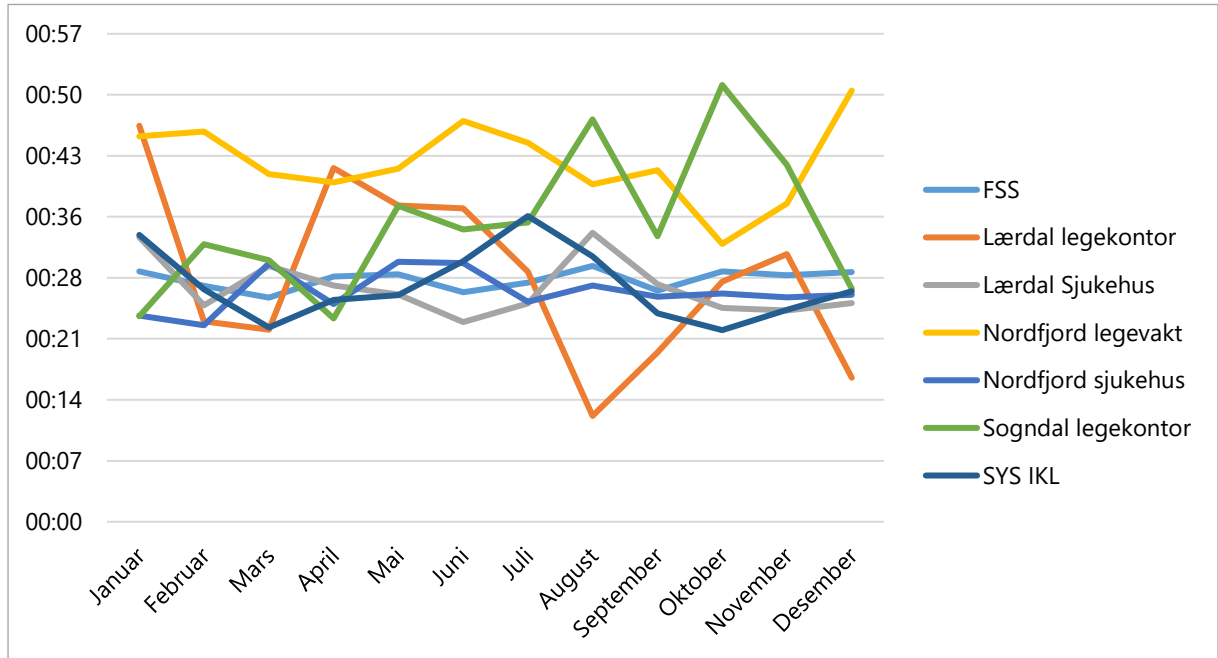
Diverre er det ofte ikkje slik. I mange tilfelle går ambulanspersonell med pasienten rundt om i sjukehus, både til røntgen og polikliniske konsultasjonar. Det er også venting på avklaringar, særleg der det kan bli aktuelt å ta med seg pasienten heim att, vidare frå legevakt til sjukehus eller frå eitt sjukehus til eit anna.

Mange legevaktslegar manglar hjelpepersonell tilstade på legekontoret når dei har vakt, og ambulanspersonellet får då også hyppig spørsmål om å kunne bistå legen ved å vere tilstades. Også i akuttmottaket ved Førde sjukehus er det tidvis svært travelt, og då kan det ta tid før sjukepleiar kan overta pasienten.

Relativt ofte blir pasientar også henta av ambulanse utan at ein lege har vurdert kor pasienten skal køyrast. Då kan ein ende med ulike omvegar og kontrameldingar før ein når fram til endeleg behandlingsstad.

9.1.1. Tidsbruk ved levering av pasientar

Prosjektet har sett på tidsbruk ved levering av pasientar til innlegging eller poliklinikkar ved dei tre sjukehusa i fylket, men også ved levering av pasientar til dei større legevaktene. Sjå figur 9.1:



Figur 9.1.: Gjennomsnittleg tidsbruk for ambulansar ved levering av pasient til nokre ulike behandlingsstader. Tid på y-aksen er i minutt, og på x-aksen er dei ulike månadene i 2017. Data er registrert av ambulansespersonellet.

Figuren viser at gjennomsnittleg tidsbruk (total tid innomhus før ambulansen er ute att på vegen og klar for nytt oppdrag) varierer mykje. Sogndal legekantor (hausten 2017) og Nordfjord legevakt (heile 2017) skil seg ut ved at ambulansane der brukar lengre tid før dei kjem seg ut att. For Nordfjord legevakt ligg gjennomsnittet gjennom året på cirka 40 minutt, mens ein ved til dømes SYS-IKL og dei tre sjukehusa ligg på omkring 30 minutt.

Nokre av årsakene til at det tek tid å levere pasientar, er summarisk nemnd i innleiinga til dette avsnittet. I stor grad handlar det truleg om at ambulansetenesta her i fylket må dekke behov som dei andre delane av helsetenesta ikkje har ressursar til sjølv, nemleg å sjå til pasientar som ventar samt å bistå legevaktslegar. Dei tilsette i ambulansetenesta opplever at mykje tid går med til å vente på avklaringar, og prosjektet har merka seg frå medarbeidarundersøkinga (kap.8) at utilstrekkeleg samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenesta er blant dei største utfordringane.

Ein har ikkje i denne fasen av prosjektet sett på om det til dømes er vanleg at ambulanspersonellet tek matpause direkte etter at pasientar er levert. Ein har heller ikkje differensiert mellom kor ambulansane kjem frå. Det betyr lite for beredskapen i eige område om til dømes Lærdalsambulansen ventar ein halv time ekstra på ei avklaring ved Lærdal legekontor. Denne ambulansen er i sitt eige område uansett. Det betyr meir om Selje- eller Vågsøyambulansen blir verande lenge ved Nordfjord legevakt på Eid, då dette svekkar beredskapen i Ytre Nordfjord. Til sist har ein ikkje analysert funna med omsyn til om ulike legevakter har eige hjelpepersonell eller ei.

Referansegruppa i prosjekt Prehospital plan har i fase 1 av prosjektet sett på våre data og samanlikna desse med eigne data frå mellom anna Helse Bergen, Helse Vest og Oslo Universitetssjukehus. Her ligg innomhustidene vesentleg lågare enn hos oss, og frå Oslo har vi motteke melding om at levering av pasient og klargjering av bilen (supplere utstyr, reinhald med meir) ikkje skal ta meir enn 10 til maks 20 minutt. Referansegruppa var klar på at ein her har forbedringspotensiale.

9.2. Grensesnittet mellom Pasientreiser og ambulansetenesta

I 2017 utførte Pasientreiser i Helse Førde 101 639 tilrettelagde transportar til og frå primær- og spesialisthelsetenesta. Dette utgjorde meir enn 3,3 millionar kilometer. I tillegg organiserte Pasientreiseavdelinga 463 flyreiser i fjor. Helse Førde sine kostnadar knytt til desse reisene var om lag 85 millionar kroner.

9.2.1. Offentleg transport, drosje eller ambulanse?

Ambulansar skal nyttast til oppdrag der pasienten treng utgreiing, overvaking eller behandling undervegs, og dei fleste ser føre seg dei typiske ambulansoppdraga som akuttoppdrag eller andre hasteoppdrag (raude og gule turar). Ambulansane har også mange grønne turar (utan hastegrad) men der pasienten treng behandling og observasjon. Ambulanse nyttast også til transport for liggjande pasientar (med behov for bære) der anna moglegheit (til dømes helseekspress) ikkje føreligg. Ambulansane blir tinga i AMK.

Sittande og oppegåande pasientar som ikkje treng overvaking og/eller behandling på turen skal normalt ha anna transport enn ambulanse til og frå behandlingsstadane. Pasientane køyrer dels privat bil eller dei nyttar offentlig transport eller får drosje. Pasientreiser organiserer desse transportane.

I praksis er Pasientreiser sitt grensesnitt mot ambulansetenesta vanskeleg å definere presist. For det første er det vanskeleg å vurdere kva behov pasienten har. Det skjer difor relativt

ofte at ambulansar transporterer pasientar som kunne vore handtert av Pasientreiser (til dømes med drosje). Særleg skjer dette når fastlegar/legevaktslegar ikkje har sett pasienten eller vore involvert i saka på telefon før ambulansen blir sendt ut frå AMK. Erfaringa har også vore at ambulansetenesta kunne unngått mange transportoppdrag dersom lege hadde hatt kontakt med pasienten på telefon eller vurderte pasienten ved gul respons, dette gjeld både på dagtid og på kveld/natt/helg.

Dette stemmer overeins med at nokre av pasientane som deltok i brukarundersøkinga i ambulansetenesta i desember 2017 (kap.8) kryssa på at dei kunne nytta anna transport. Det passar også med data innhenta i prosjektet som viser at vi i Sogn og Fjordane brukar meir ambulanse per 100.000 innbyggjarar enn mange andre stader (sjå kap. 8).

Det er svært viktig at pasientar som treng/skal ha ambulanse, faktisk får det. Det hender at Pasientreiser får melding frå drosjesjåførar om at pasienten det var bestilt drosje til, viste seg å ha behov for bære/liggjande transport. Det hender også at pasienten medisinsk sett er eller har blitt dårlegare enn det drosjebestillinga tilsa, og då må ambulanse etterbestillast.

Ved tidlegare gjennomgangar har ein i Helse Førde funne at 30 prosent av alle ambulanseoppdrag anten er polikliniske oppdrag eller overflyttingsoppdrag. Majoriteten er stabile pasientar som ikkje treng den kompetansen som akuttmedisinforskrifta definerer. I denne mengda av transportar finst eit handlingsrom dersom Helse Førde vil sjå på mindre ressurskrevjande pasienttransportar enn å bruke ambulansar.

9.2.2. Kostnader ved bruk av ambulanse versus drosje eller offentleg transport

Helseføretaka betaler pasienttransporten i Norge, og kostnadene til transport utgjer ein stor post i Helse Førde sine budsjett og rekneskap. Ikkje alle er klar over at kostnader til pasienttransport tærer på det same budsjettet som sjukehusa skal drive kjerneverksemd som utgreiing, overvaking og behandling for.

Pasientreiser driv eit utstrekt informasjonsarbeid ut mot både primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. I informasjonsmøte legg ein mykje vekt på regelverk, men val av rett transport og at unøddig bruk av ambulanse fører til redusert beredskap er også alltid tema. Ein peikar på at det kostar føretaket fleire gongar så mykje om ein vel ambulanse framfor drosje. Pasientreiser utarbeider også informasjonsmateriell til behandlarar, sjå figur 9.2. nedanfor.

**Vel du rett transport, så skaffar du
meir pengar til behandling**



Figur 9.2: Plakat frå Pasientreiser, nytta til internt informasjonsarbeid i Helse Førde. Her framgår kostnader ved bruk av ulike typar transport. Dette dømet gjeld transport frå Årdalstangen til Førde.

9.2.3. Helseekspress eller kvite bilar

Ambulansetenesta i Helse Førde har i gjennomsnitt fem turar ut av eller inn i fylket kvar dag. Pasientreiser Helse Førde organiserer om lag 1500 transportar ut av eller inn i fylket årleg, i tillegg kjem Helse Bergen sine om lag 400 transportar ut og inn av fylket (då er transportar til og frå Gulen trekt ut). Sjølv om mange av desse turane skal og må vere på ambulansenivå, finn Pasientreiser at det truleg er mogeleg å finne synergjar mellom dei ulike tenestene ved t.d. å sjå på felles transport av ulike pasientgrupper der ein nyttar bilar som handterer både sitjande og liggande pasientar.

Om vi ser til Helse Fonna, så har dei ein helseekspress som går dagleg mellom Haugesund og Bergen. Dette er ein buss der bakre del har tre bæreplassar og to liggestolar. Denne delen av bussen er bemanna med intensivsjukepleiar. I fremre delen av bussen får andre pasientar som skal mellom eller til sjukehusa plass. I tidlegare prosjekt har Helse Førde konkludert med at ein ikkje har pasientgrunnlag for ei tilsvarende løysing, men ei samkøyring mellom tenestene i mindre skala kan likevel vurderast.

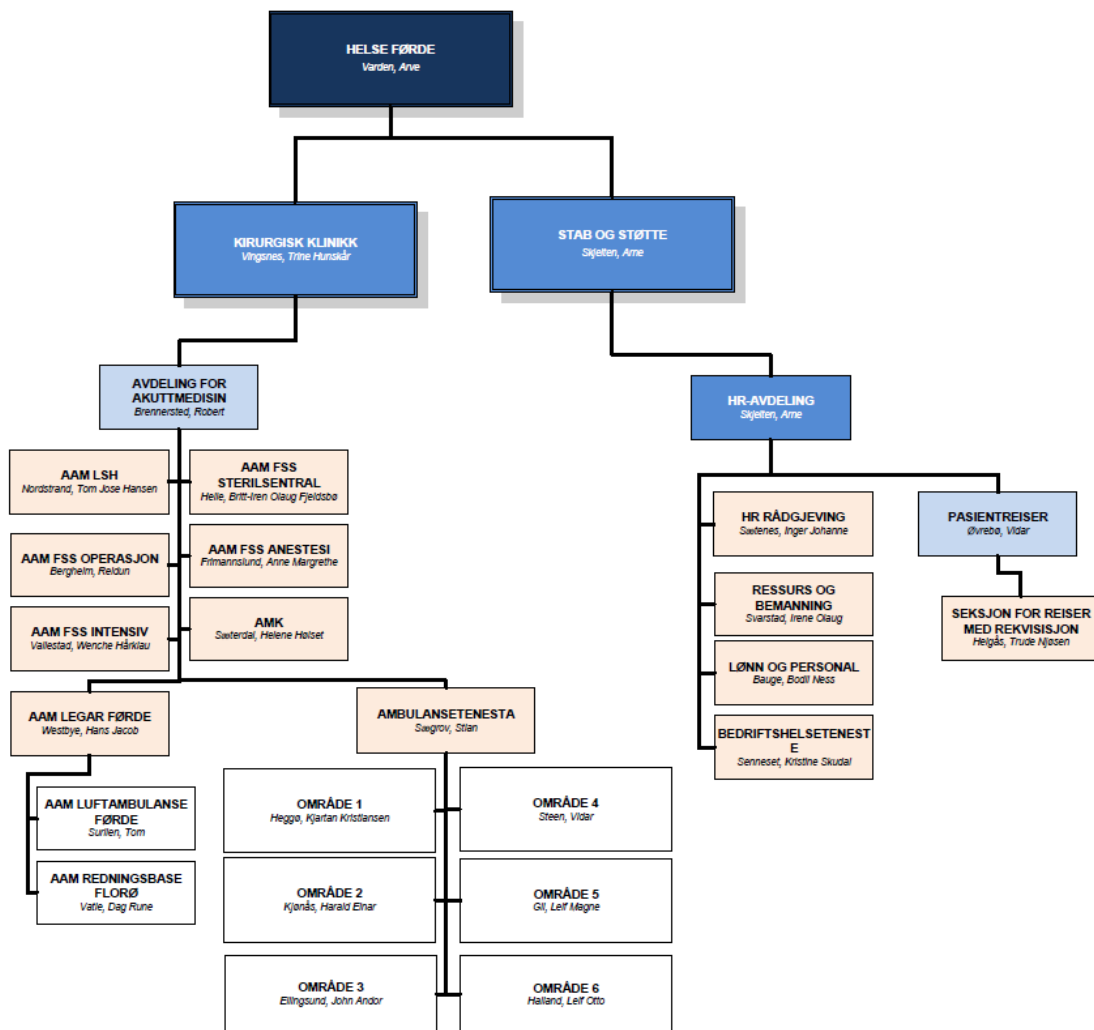
Fleire føretak har dei siste åra teke i bruk såkalla «kvite bilar». Desse bilane transporterer liggande pasientar som ikkje har behov for overvaking eller behandling. Føremona med desse bilane er at dei ikkje treng å vere bemanna av helsepersonell eller treng vere utstyrt som ambulanse då dei kun køyrer førehandsbestilte turar med stabile pasientar. Dei fleste turane går med kun sjåfør som personell og nyttar bærehjelp på hentestad og leveringsstad.

Det er fleire måtar å organisere slike transportar på, men Pasientreiser har ansvar for desse transportane i dei andre føretaka. I Helse Bergen er det tilsette i pasientreiser som rullerer på å bemanne «den kvite bilen», og det har vist seg å vere ei populær oppgåve blant dei tilsette. I Norlandssykehuset har dei kvite bilane vorte organisert på lik linje med vanlege drosjer. Transporten vert lyst ut på ambod med ein nøyaktig kravspesifikasjon til materiellet. Behandlar nyttar også Pasientreiser sin nasjonale rekvireringsmodul for å bestille turane med dei kvite bilane. Behandlar legg inn rekvisisjon som vanleg, men merker at pasienten har eit spesielt behov til transporten ved å hake av for STB (SjukaTransportBil).

Erfaring frå dei føretaka Pasientreiser har vore i kontakt med og som har ein form for liggande transport, er at dette har avlasta ambulansetenesta monaleg.

9.3. Organisering

Den prehospitale verksemda med ambulanseteneste (bil og båt), luftambulanse, redningshelikopter og AMK Førde er organisert i Avdeling for akuttmedisin (AAM) som ligg i kirurgisk klinikk. Pasientreiser organiserer all anna pasienttransport. Denne avdelinga er organisert i HR-avdelinga i Klinikk Stab og støtte.



Figur 9.3.: Dagens organisering av ambulansetenesta og Pasientreiser i Helse Førde.

Med organisatorisk plassering i ulike klinikkar er der per i dag ikkje etablert faste møtepunkt mellom ambulansetenesta/AMK og Pasientreiser i Helse Førde, trass i at begge avdelingar driv med pasienttransport og at ein som omtalt over ser at fleire transportar som i dag går med ambulanse, kunne vore løyst med til dømes drosje.

Fleire andre føretak har valt å knytte Pasientreiser organisatorisk til dei prehospitale tenestene, dette nettopp for å legge til rette for god samordning. Ein finn fleire ulike variantar. Nokre føretak har også samla dei prehospitale transporttenestene (ambulansetenesta og Pasientreiser) i lag med andre serviceavdelingar som laboratorier og røntgenavdeling. Det høyrer med at sjølv om desse tenestene fleire stader er i organisert i lag, er graden av samarbeid likevel ulik.

Prosjektet sine vurderingar

- Prosjektgruppa ser mange grunnar til at levering av pasientar gjennomsnittleg tek lengre tid i vårt fylke enn til dømes i større byar. Referansegruppa meiner at tidsbruken er for lang, og at ein her har funne eit klart forbettringspunkt.
- Det bør prioriterast å arbeide med samhandlinga mellom fastlegar/legevakter og ambulansetenesta. Legane ute bør vere tett på aktiviteten i ambulansetenesta, slik at medisinske vurderingar så ofte som råd ligg til grunn når ambulanse blir bestilt.
- Helse Førde bør vurdere å samordne Ambulansetenesta/AMK og Pasientreiser betre enn i dag, for å få nytta ressursane best mogeleg til pasientane sitt beste og for å redusere kostnader.
- Unødige ambulansetransportar er dyrt, gjev ikkje helsegevinst for pasientane og reduserer beredskapen. Prosjektet bør i fase 2 arbeide vidare med å redusere unødig bruk. Men prosjektet presiserer at pasientar som treng ambulansetransport skal ha ambulansetransport også i framtida.
- Prosjektgruppa er einig i at fastlege/legevakt bør involverast ved gule responsar (ikkje berre ved dei raude akuttoppdraga). Tidlegare har det ikkje vore systematikk i dette i vårt fylke, men denne rutinen vart endra hausten 2017 slik at dette no er på plass.

UTKAST

10. Prehospital samhandling mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta

10.1. Krav og føringar i høve samhandling

Akuttmedisinforskrifta omtalar samhandling og samarbeid mellom verksemder som yter akuttmedisinske tenester. I § 4 heiter det:

«Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden».

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6.1 stiller krav om samarbeidavtalar mellom kommunar og regionale eller lokale helseforetak. § 6.2 stiller krav om avtalene sitt innhald. Eitt av punkta er at avtalane skal omfatte omforente beredskapsplanar og planar for den akuttmedisinske kjeda.

I merknadene til akuttmedisinforskrifta § 4 står det at «samarbeidsavtalene må bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakene og kommunenes ansvarsområder. Lokalisering og dimensjonering av legevaktstjeneste og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene må derfor konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy. Det innebærer også at det må være nødvendig dialog mellom helseforetak og kommuner om eventuelle endringer i tilbudet».

Videre står det at «det skal sikres at det gjennomføres regelmessige øvelser i samarbeid og samhandling med øvrige akuttmedisinske tjenester og øvrige nødetater».

10.2. Delavtalar om samarbeid

Helse Førde og kommunane har ein gjeldande delavtale om samarbeid om den akuttmedisinske kjeda (sjå vedlegg 7). Denne er omtala ulike stader i denne rapporten, og inngår i gap-analysen i kapittel 11.

Helse Førde og kommunane har også ei gjeldande delavtale om samarbeid om beredskap: <https://samhandling-sfj.no/wp-content/uploads/2016/10/Delavtale-om-samarbeid-om-beredskap.pdf>. Status i høve elementa i denne avtalen omtalast i avsnitt 10.3.

10.3. Beredskapsarbeid, status i Sogn og Fjordane

Delavtalen skal sikre samordning av beredskapsplanar og andre tiltak for effektivisere og optimalisere helseberedskapen ved hendingar som trugar liv, helse og som krev ekstraordinær innsats. Dette gjeld meir omfattande og krevjande situasjonar enn dei helsetenesta møter i det daglege, t.d. på grunn av omfanget eller typen skadar eller sjukdom, trongen for ressursar eller forholda elles.

Kommunane og Helse Førde har avtalefesta felles beredskapsøvingar, der to og to kommunar øver saman, i alt fire kommunar pr. år. Gjennomføring av øvingar ligg etter tidsplanen, og Helse Førde har ansvar for å koordinere dette. Dette er øvingar som kan omfatte både taktisk, operativ og strategisk nivå i kommune og helseføretak. Viktige element er å øve kommunikasjon mellom dei ulike aktørane og klargjering av ansvarsområde. Det er også interessant å øve større verksemder og skular i same øvingane.

Dersom øvinga skal ha nytteeffekt, krev det grunnleggande kunnskap hjå alle aktørar. Dette må øvast etatsvis. Planverket må vere kjend og omforent, kommunikasjonslinjer og varslingvegar må vere innøvde. Operatørane ved legevaktsentralane og legevaktlegane må vere kjende med kommunen sitt planverk og eige ansvar.

Helse Førde og kommunane skal jamleg gjennomføre testing av utstyr for å sikre at kommunikasjonsteknisk system for varsling fungerer som føreset. Helse Førde skal éin gong i veka gjennomføre varslingstest på helseradionettet/naudnett til vakthavande lege i kommunane. Dette har siste månadane stoppa opp etter ynskje frå legevaktshald, men er tenkt starta opp igjen og skal vere ein klar gevinst av nødnettinnføringa.

Operativt er det viktig at legevaktseneste og ambulanse øver grunnleggande, evt. også saman med andre naudetater. Dette er ulikt handtert i kommunane. Det kan vere nyttig at kommunane og helseføretaket tek i bruk kommune BEST konseptet og at også legevaktlegar får nødvendig PLIVO trening til liks med brannvern, ambulanse og politi. Tilsvarande gjeld beredskap for og innsats ved ulukker med fårleg gods (CBRNE-hendingar).

Kommunane har ansvar for å yte psykososial omsorg og støtte til enkeltpersonar, familiar eller lokalsamfunn og oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer. Ved særskilde situasjonar vil spesialisthelsetenesta kunne hjelpe til og vert då samordna av beredskapsleiinga i kommune og helseføretak.

10.4. Kva seier forskninga om betydninga av legevakt

Prosjektgruppa har ved fleire høve diskutert grensegangen mellom kommunalt ansvar og spesialisthelsetenesta sitt ansvar innan prehospitala helsetenestene. Og ved den akuttmedisinske konferansen som prosjektet arrangerte i januar 2018, vart dette temaet diskutert.

I vårt fylke er det variasjon i høve kva grad legevaktslegen er involvert i akuttmedisinske oppdrag. jfr. funna når det gjeld uttrykking ved akuttoppdrag omtalt i kapittel 7. Nokre stader samhandlar ambulansen tett med vakthavande lege ved akuttoppdrag som i fleirtalet av tilfella rykker ut, mens andre stader er ambulanspersonellet i all hovudsak aleine om å handtere pasientane prehospitalt.

Ved den akuttmedisinske konferansen fikk prosjektgruppa og konferansedeltakarane presentert fleire ulike studiar, og nokre av dei refererast summarisk her:

- Austevoll-studien (13) viste at dersom lege vurderte pasientane, så vart hastegraden endra i meir enn halvparten av tilfella. I 43 prosent av tilfella vart hastegraden redusert, mens den vart oppgradert i 11 prosent av tilfella.
- Fleire studier har påpeikt at mange ambulansarbeidarar opplever å mangle støtte frå lege (14,15) når dei er ute på vurderingsoppdrag.

I NOU 2015:17 «Først og fremst» diskuterast legen si viktige rolle i akuttmedisinske situasjonar (9, side 114).

10.5. Samhandling i kvardagen – styrkar og utfordringar

Mykje praktisk samhandling fungerer godt mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Men mykje kan også bli betre. I medarbeidarundersøkinga (kapittel 8) vurderer dei ambulansetiltette at manglande samordning mellom nivåa er ei utfordring i dei prehospitala tenestene. I avsnittet om uønska hendingar (kapittel 8) er også nokre samhandlingsavvik presentert.

I prosjektet har ein diskutert fleire konkrete hendingar, då med fokus på korleis ein med betre samhandling kunne løyst oppdrag betre til beste for pasienten og med mindre ressursbruk for helsetenesta samla. Sjå vedlegg 8 «Pasientforløp nytta i diskusjonar i prosjektet».

10.6. Oppsummering og vurdering

Sjølv om mykje fungerer greitt og helsetenestene er forsvarlege, så har kommunane og spesialisthelsetenesta fleire utfordringar å ta tak i når det gjeld samhandlinga seg i mellom. Prosjektgruppa ser rom for forbetring på fleire punkt.

Prosjektgruppa finn at piloten som Helsedirektoratet no lyser ut for utprøving av nye løysingar for legevakt, er svært interessant i så måte (sjå kapittel 11).

Godt samarbeid mellom nivåa er heilt nødvendig for at helsetenestene skal ha god kvalitet og for at tenestene skal få nytta ressursane så effektivt som råd.

UTKAST

11. Nye moglegheiter og gode idéar

Prosjektgruppa har vore oppteken av å sjå til ulike deler av landet for å lære om korleis andre har tilnærma seg utfordringane som vi finn i Sogn og Fjordane. I dette kapittelet presenterer vi nokre av desse idéane summarisk:

11.1 Ny akuttbil løftar helsetilbodet på Røros



På Røros er det eit samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet, St. Olavs Hospital og Røros kommune. Dette er eit nasjonalt pilotprosjekt med fokus på å vidareutvikle samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Sentralt i prosjektet står ein ny akuttbil. Bilen har både medisinsk utstyr og nyutvikla velferdsteknologi, herunder ein robot-lege som kan vere med inn til pasienten. Gjennom roboten kan pasienten og ambulanspersonell ha tovegs-kommunikasjon med lege på legevakta som kan gjere medisinskfaglege vurderingar.

Fem faste tilsette bemannar akuttbilen på dagtid. Desse er tilsett i St. Olavs Hospital og prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet. Bilen bistår Røros legesenter og heimetenestene på dagtid og er tilgjengeleg for legevakta på kveld og natt.

11.2 Kvite ambulansar/bilar



Kvite ambulansar kan handtere transportoppdrag der det er lågare kompetansekrav til personellet enn ved ambulanseoppdrag. Portørar og sjukepleiarar bidreg som sjåførar og hjelpepersonell. Bakgrunnen for pilotar er Akuttmedisinforskrifta der ambulansetenesta er definert som ein ressurs der pasienten har behov for akuttmedisinsk behandling eller overvaking. Med differensiering mellom gule og kvite bilar på

kvar sine oppdrag, er det mogeleg å bemanne med andre enn ambulanspersonell for reine transportar.

Dei tradisjonelle gule ambulansane blir då i større grad skåna for reine transportoppdrag og dette betrar beredskapen i områda. Ein differensiering av tenesta med enklare bilar og lågare krav til personellet gjev også reduserte kostnader per bil.

Det finst ulike variantar av transportløyningar rundt om i landet. Nokre av dei er også beskrive i avsnittet om Pasientreiser i kapittel 9. I Helse Førde går diskusjonen på om vi har grunnlaget for å prøve ut slike ordningar.



– Fantastisk følelse da vi skjønnte at hjertet hans slo igjen!

Mandag 3. mars 2014 stoppet hjertet til Marthin Haugen (33) helt plutselig. Heldigvis satt han på jobben på brannstasjonen i Skien. Og heldigvis hadde kollegene hans nylig vært på kurset «Mens du venter på ambulansen». De reddet livet hans.

kapittel 7.

11.3 Akutthjelparar i Skien

«Mens du ventar på ambulansen» er eit prosjekt der stiftinga Norsk Luftambulans bidrar til å byggje opp lokale akutteam rundt om i landet som kan ta hand om hardt skadde og alvorleg sjuke pasientar fram til medisinsk personell kjem fram.

I hovudsak er det brannmannskape som har vore gjennom desse kursa, men nokre stader også helsepersonell. Heimesjukepleietenestene i kommunane kan også vere ei aktuell gruppe for slike kurs.

Ved utgangen av 2015 var det oppretta lokale akutteam i 120 kommunar med omtrent 1 500 mannskap.

Prosjektet vil trekke fram gode døme på akutthjelparordningar også her i fylket, sjå

11.4 Drosjekutt ved Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandet har spart over 20 millionar kroner i 2017 på at færre pasientar reiser åleine i drosje, eller eventuelt reiser kollektivt. Dei sparte midlane blir fordelt på dei ulike divisjonane og går direkte til styrka pasientarbeid, herunder ambulansetenesta.

11.5 Bakvakt i legevaktsordninga for Kvam kommune



Kvam herad inngår i Hardanger og Voss legevaktsdistrikt. Distriktet har tre legevaktstasjonar og tre legevaktsentralar med felles legevaktsjef:

- Vaksdal, Voss, Ulvik, Eidfjord og Granvin soknar til Voss IKL

- Kvam har eigen stasjon og sentral på kveldstid, men soknar til Voss IKL på natt

- Odda, Ullensvang og Jondal soknar til Odda IKL.

Avstanden frå Voss til Kvam er så lang at legevakta ikkje har mogeligheit til å rykkje ut innan dei tilrådde 45 minuttane (NOU: Først og fremst) Kvam har difor ein eigen sovande lege på vakt kvar natt som berre varslast ved raude alarmer i Kvam herad. Øvrige førespurnader på natt styrast til Voss.

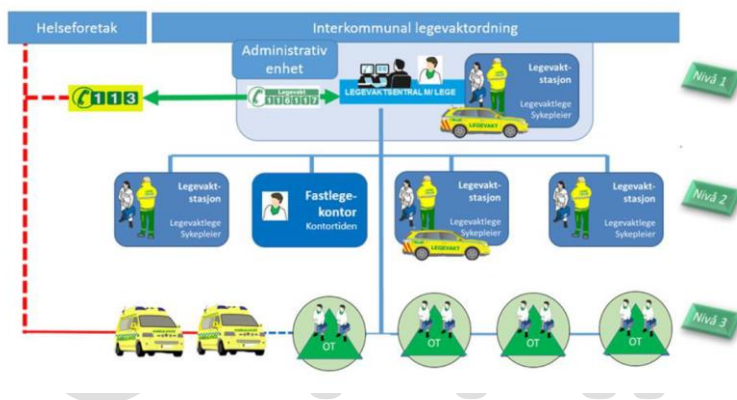
11.6. Nye moglegheiter innan bemanning i ambulansetenesta

Det visast til kapittel 5 i denne rapporten. Ambulansetenesta har fleire prøveprosjekt gåande, og formålet med desse er å spare kostnadar til overtid og ekstravakter:

- «Standby crew» for å dekke akutt sjukefråvær
- Vikarpool/bemanningscenter for ambulansetjeneste for å dekke meir langvarig fråvær
- Fleksibel bruk av personale (AMK-personale deltek som nr 2 på dagambulansetjeneste i Førde).

11.7. Mogleg legevaktspilot i Sogn og Fjordane

Korleis legevaktene organiserast og drivast, har stor betydning for både oppdragsmengd og køyrelengde for ambulansetenesta. Kommunane i Sogn og Fjordane vurderer no om ein skal levere søknad til Helsedirektoratet om å få gjennomføre ein utlyst pilot i høve legevakt.



Informasjon om piloten: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/pilotprosjekt-pa-legevaktfeltet#søke-om-tilskudd>

UTKAST

12. Økonomi

12.1. Faktaopplysningar

Då Helse Førde overtok ambulansetenesta i Sogn og Fjordane i 2005, var den basert på andre arbeidstidsordningar, kompetansekrav, krav til utstyr og stasjonstilhøve enn i dag. Fleire tilsette, mindre heimevakt, høgare kompetanse og betre bilar og utstyr gjer at ambulansetenesta i dag er på eit heilt anna nivå enn for 13 år sidan. Denne utviklinga har ført til ein betre kvalitet på tenesta, men også at kostnadene i ambulansetenesta har vakse prosentvis markant meir enn i resten av Helse Førde.

12.2. Tenesta i dag

Dei prehospitala tenestene er sett saman av ambulansetenesta, luftambulanse og AMK. Redningshelikopteret er ein ressurs som vert nytta i ein viss utstrekning.

Ambulansetenesta har 18 stasjonar, 21 døgnbilar, sju dagbilar og tre ambulansebåtar. Budsjettet for ambulansetenesta er på 159 millionar kroner utanom pensjonskostnader. Av det går 134 millionar til personal, 18 millionar til båtoperatørar, 5,5 millionar til drivstoff og vedlikehald av bilar og omlag 2,5 millionar til husleige. Kostnadene til stasjonar som er eigde og drivne av Helse Førde er ikkje med i reknestykket. Det er vanskelege å rekne nøyaktig på kva det utgjer, men overslag tilseier ein sum mellom 2,6 og vel fire millionar kroner.

Tenesta har i dag pålegg om å utbetre til saman sju av stasjonane på grunn av stasjonsmessige bygningstilhøve. Det er vanskeleg å stipulere meirkostnaden til dette, men det kan ligge ein stad mellom tre og fire millionar kroner.

Bemanning av legeressursar på luftambulansen kostar omlag ni millionar kroner og blir dekkja av eiga eining i AAM. Tilsvarande bemanning på redningshelikopteret kostar omlag 8 millionar kroner og blir dekkja av ei eiga løyving.

12.3. Tilnærming til fastsetting av økonomisk ramme

Ein viktig del av fase 1 i prosjekt for prehospitala tenester er å avklare rammer; avklare kva neste fase skal styre etter når detaljerte modellar skal utarbeidast. Ei slik avklaring bør også skje innanfor økonomiområdet.

Dei prehospitala tenestene i Helse Førde har økonomiske rammer, tildelte gjennom budsjettarbeidet for 2018. Den økonomiske ramma til Helse Førde vert fordelt ut til klinikkane og vidare ut i organisasjonen. Det blir teke nye vurderingar av fordelinga kvart år, for eksempel i lys av økonomiske endringar klinikkane i liten grad kan påverke sjølve, utfordringar og avvik av ulike slag. Endringar i tenestetilbod kan medføre større utslag for enkeltområde, men i stor grad er det mindre svingingar.

Spørsmålet om fastsetting av framtidig økonomisk ramme kan vurderast på fleire måtar.

Nokre alternative utgangspunkt kan vere:

1. Halde seg til inntektsmodellen: I den regionale inntektsmodellen får Helse Førde pengar til å drive prehospitala tenester. Det beste estimatet for storleiken på denne summen ligg 18 millionar kroner under nivået på budsjettet for 2018.
2. Halde seg til signal gitt i budsjettprosess: I løpet av budsjettprosessen for 2018 fekk ambulansetenesta ei samla tilleggslyvning på 13 millionar kroner. Signalet var då at prosjektperioden måtte avklare det framtidige nivået på ramma.
3. Halde seg til dagens ramme: Alle delar av Helse Førde har til ei kvar tid ei økonomisk ramme tildelt i budsjettprosessen. Prosjektet kan tilrå å legge opp til å bygge ei best mogeleg teneste innan for desse rammene.
4. Innfriing av fastsette prinsipp: Det er mogeleg å nedfelle nokre prinsipp som tenesta skal dimensjonast innanfor. Dei mest diskuterte områda i prosjektarbeidet har vore avvikling av heimevakt, og ein gitt prosentvis innfriing av den rettleiande responstida.
5. Halde seg til at ramma ikkje kan låsast: Helse Førde må til ei kvar tid prioritere midlane på ein best mogeleg måte for å innfri krav fastsette i lover, forskrifter, styringsdokument med meir for den totale verksemda. Dess større del av ramma som er låst, dess mindre del av verksemda er det som må handtere svingingar i økonomiske utfordringar.

Tilnærming til den økonomiske ramma er eit av fleire vanskelege tema i arbeidet med prehospitala tenester. Spørsmålet har vore diskutert og det har vore innhenta råd i den svært breitt samansette i prosjektgruppa. Konklusjonen må takast utanfor prosjektgruppa.

12.4. Kostnadsdrivande faktorar framover

For å kunne gje vurderingar av framtidig økonomisk ramme har prosjektet sett på kva kostnadsdrivande faktorar som kan gje utslag i åra som kjem. Dei viktigaste er:

- Innfriing av rettleiande responstid på 25 minutt i akutte hendingar i 90 prosent av tilfella

- Avvikling av heimevakt
- Utbetring av stasjonar
- Auka kompetansekrav
- Krav til meir utstyr i ambulansane
- Ytterlegare sentralisering av legevakter og/eller sjukehusstilbod
- Endra demografi og sjukdomsbilete

Prosjektet har ikkje vurdert i detalj kva utslag dei ulike drivarane kan få, men basert seg på tidlegare utrekningar og kunnskap om tenesta. Vurderinga er at innfriing av den retningsgjevande responstida vil gje størst utslag. Responstida er ikkje fastsett i lov eller forskrift, men får stundom stor merksemd.

Tenesta har bevega seg gradvis i retning av avvikling av heimevakt og utbetring av stasjonar dei siste åra. Ei full innfriing av krav og ønskemål der vil føre til ytterlegare kostnadsvekst, men ikkje i same grad som ved innfriing av responstider. Det same, men i endå mindre grad, gjeld nye kompetansekrav som kjem om nokre år, og krav til meir utstyr i bilane.

Ei ytterlegare sentralisering av sjukehus- og/eller legevaktsfunksjonar vil føre til fleire og lengre transportoppdrag for tenesta og kan også medføre endringar ved akutte hendingar. Prosjektet er ikkje kjent med planar for større endringar i denne kategorien.

Helsetenesta bur seg på at det blir fleire eldre med samansett sjukdomsbilete. Den demografiske utviklinga vil også påverke ambulansetenesta.

12.5. Særskilt om rettleiande responstid

Det er ikkje nasjonale krav til responstid for ambulansetenesta, men Stortinget vedtok i 2000 rettleiande responstider for akuttoppdrag. Det visast til kapittel 8 for full omtale. Her konstaterer vi kort at Helse Førde ligg på landsgjennomsnittet, og berre eitt fylke oppnår 90 prosent (Akershus).

12.5.1. Mogelegheit for å nå 90 prosent – SINTEF-rapporten

I 2002 utarbeidde SINTEF ein rapport som skulle synleggjere økonomiske konsekvensar av responstidskrav. Sogn og Fjordane vart framheva som eit fylke som illustrerte noko av dilemmaet ved innføring av responstidskrav. Det ville krevje 32 bilar i akuttberedskap, der kvar av fylket sine 26 kommunar måtte ha eigen ambulanse. Sjølv med distribusjon i alle

kommunar, og under føresetnad av at tenesta var basert på kasernevakt, ville likevel berre 88 prosent av folkesetnaden få ambulanse innanfor dei tilrådde responstidene, føresett at ledig bil er tilgjengeleg.

Helse Førde har både i denne prosjektperioden, og i 2016, grovrekna på kva strukturen SINTEF kalkulerte med ville koste. Begge gongane har vi kome fram til årleg kostnad på om lag 225 MNOK, mot dagens 159 MNOK. Det er i så fall ein vekst på omlag 40 prosent i høve årets budsjett. I tillegg til dette må det investerast i 10 nye ambulansesbilar, og sikrast ambulansestasjonar i tråd med dagens krav for ambulansestasjonar.

Det heftar uvisse rundt tala, men det er uansett klart at det blir svært dyrt å bevege seg opp mot målsetninga om responstid under eller lik 25 minutt i 90 prosent av akuttoppdraga.

12.5.2. Styresignal om tilnærming til responstider

Både styret i Helse Vest og styret i Helse Førde har det siste halvanna året hatt saker der responstidene har vore tema. Styret i Helse Vest vedtok følgjande punkt i styresak 141/16:

Helse Vest RHF vil arbeide systematisk for at tid frå 113-oppringning til ambulanse er på hendelsesstad skal vere nærast mogleg 12 minuttar (tettbygde strøk) eller 25 minuttar (grisgrendte strøk) i minst 90 prosent av oppdraga.

Styret i Helse Førde vedtok følgjande punkt våren 2017:

Styret ber om at administrerande direktør i utforminga av mandatet planlegg å utforme ein prehospita teneste som klarer å oppfylle den nasjonale målsetninga, som og Helse Vest har vedtatt, for responstider. Styret ønskjer at Helse Førde ser på responstider samla for foretaket.

Viser til punkt 2 i Helse Vest sitt styrevedtak i sak 141/16 «Ambulansedekning og responstider i Helse Vest».

Samla sett betyr dei to styrevedtaka, slik prosjektet vurderer det, at Helse Førde skal arbeide for å kome tettast mogeleg den retningsgjevande responstida i 90 prosent av tilfella samla for foretaket. Men at det ikkje er noko absolutt krav.

12.6. Avvikling av heimevakt

Ambulansetenesta har rekna på kva det vil koste å avvikle heimevakt. Med dagens struktur vil det koste omlag ni millionar kroner ekstra.

Tabellen inkluderer administrasjonen og syner utslag for årsverk pr stasjon:

Stasjon	2018			Modell - avvikling av heimevakt		
	Årsverk	Døgn	Dag	Årsverk	Døgn	Dag
Administrasjon	10			10		
Nordfjord	40	5	3	46	5	3
Vågsøy	14	2	1	17	2	1
Eid	10	1	1	11	1	1
Stryn	10	1	1	11	1	1
Gloppen	6	1		7	1	
Sunnfjord	45,5	6	1	48,5	6	1
Florø /Svelgen	21	3		21	3	
Ytre Bremanger	4	1		7	1	
Førde/Solund	20,5	2	1	20,5	2	1
Ytre Sogn og Sunnfjord	29	4	1	31	4	1
Fjaler	14	2	0	14	2	
Lavik	5	1		7	1	
Høyanger	10	1	1	10	1	1
Sogn	45	6	2	49	6	2
Vik	7	1	0	7	1	
Sogndal	14	2	0	14	2	
Luster	9	1	1	10	1	1
Lærdal	15	2	1	18	2	1
Årdal	0	0	0	0	0	
Samla tal	159,5	21	7	174,5	21	7
Med årsplan	196,8			214,4		

12.7. Kostnadsreducerande faktorar framover

Prosjektet har også vurdert kva element som kan redusere kostnadene/avlaste tenesta. Tema som har vore vurdert er:

- Revurdere bruk av kompetanse og utstyr på enkle transportoppdrag (kvite bilar)
- Sikre at ambulanser blir rekvirert til nødvendige oppdrag, og redusere unødig bruk
- Samarbeid om ressursar helseføretak/primærhelseteneste
- Avklare ansvarsforhold ambulanseteneste/primærhelseteneste
- Endre strukturen for ambulansestasjonane
- Redusere beredskap i lågaktivitetsperiodar
- Ta i bruk kostnadsreducerande teknologi

Det er krevjande å legge om drifta i ei godt etablert teneste med ein fungerande struktur. Prosjektet meiner at desse vurderingane må prioriterast inn i neste fase.

12.8. Nokre økonomiske storleikar

I samband med økonomivurderinga er det sett på nokre storleikar som referansepunkt for ei vurdering av «rett ramme», jamfør tabellen til høgre.

Tala tek utgangspunkt i ambulansetenesta.

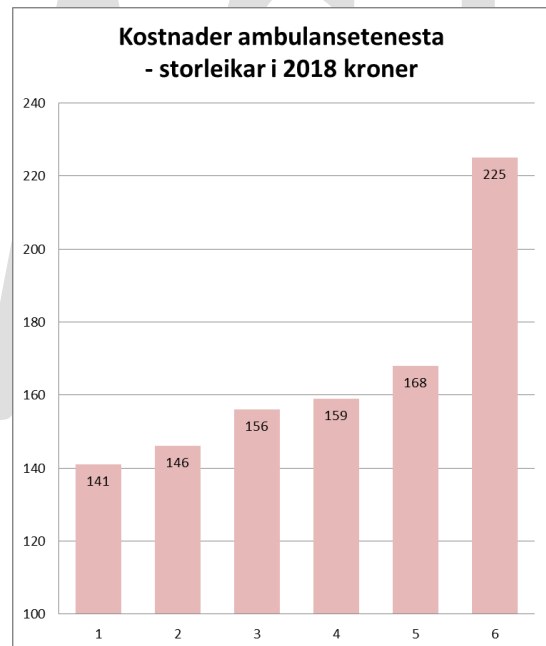
Fleire av dei er overslag:

- 1 – Det Helse Førde får til tenesta i inntektsmodellen (overslag)
- 2 - Opphavleg ramme for 2018
- 3 - Resultat for 2017
- 4 - Endeleg budsjett 2018
- 5 - Modell med avvikla heimevakt (overslag)
- 6 – Modell for oppnåing av 25 minutt responstid i 88% av akutte tilfelle (overslag)

Det heftar usikkerheit til stolpe 1, 5 og 6, og aller størst til den siste av dei.

For Helse Førde ville det beste ha vore å skape ei god teneste innanfor det føretaket får til prehospitala tenester. Det er fleire utfordringar knytt til eit slikt ønskje. Både fordi summen på 141 millionar kroner er eit overslag, og på grunn av kompleksiteten i inntektsmodellen.

Den reelle avstanden frå stolpe 1 til stolpane 2, 3 og 4 kan vere større enn figuren viser. I budsjett og resultat for ambulansetenesta er ikkje kostnader knytt til drift av stasjonsbygningar eigde av Helse Førde med, heller ikkje ambulansetenesta sin del av felleskostnader (som administrasjon og støttefunksjonar) i føretaket. Alt i alt er Helse Førde eit godt stykke frå å kunne levere dagens prehospitala tenester innanfor det føretaket får gjennom inntektsmodellen.



12.9. Inntektsmodellen

I 2013 vart inntektsmodellen revidert for å finne gode kriterier for fordeling av midlar til prehospitala tenester. Grappa, med deltakarar frå alle føretaka i Helse Vest, vart samde om ein modell som femna om både pasientreiser og ambulansetenesta. Totalt fekk Helse Førde 26 millionar kroner meir enn før. I vurderinga i styresaka går det fram at:

«Ein modell vil likevel aldri klare å fange alle faktorar fullt ut, og i prosessen er det drøfta både sterke og svake sider. Helse Førde er kritisk til at ambulanseområdet, som alle som kjenner røyndomen i fylket vårt veit er svært kostbart, ikkje betre blir fanga opp i modellen.»

Framlegget til modell er ein sum av kompromiss som arbeidsgruppa i fellesskap har kome fram til, og administrerende direktør anbefaler likevel at styret godkjenner modellen slik den er lagt fram.»

Matematikken i modellen går på at ein ressursbehovsindeks (sett saman av ein behovsindeks og ein kostnadsindeks) vert gonga med befolkningsdelen til føretaket, og dermed gjev føretaket sin del av summen som er sett av til prehospitale tenester i regionen.

Prosjektgruppa peikar på kompleksiteten bak dette:

De praktiske utfordringene når man skal utforme en modell for fordeling av inntekter er: a) å identifisere hvilke forhold som vil påvirke befolkningens behov for tjenester, b) å identifisere hvilke forhold som vil påvirke helseforetakenes kostnader ved å levere tjenestene og, c) å bestemme hvilken vekt man skal legge på hvert forhold.

Sjølv om inntektsmodellar er objektive så langt råd, så er dei også til dels baserte på skjønn og pragmatiske tilnærmingar. Det vil truleg forsterke seg når dei blir oppdelte til enkeltområde. Det er prosjektet si tilråding at ein skjeler til modellen, men at det her, som elles, handlar om å prioritere dei samla ressursane til det samla ressursbehovet.

12.10. Prioritering mellom det hospitale og det prehospitale

I ei vurdering av kor stor ramme det prehospitale skal ha, må det også inngå ei vurdering opp mot det hospitale. Veksten på prehospitale tenester har vore større enn for det hospitale. Det synest rett ut frå nivået tenestene var på ved overtaking i 2005.

Men vidare ekspansjon på det prehospitale området, utover den generelle inntektsveksten, vil måtte gå på bekostning av det hospitale. Ovanfor er det peika på innfriing av to særskilte punkt. Innfriing av rettleiande responstider kan gje ein auke på omlag 65 millionar kroner, og innfriing av heimevakt kan gje ein auke på omlag ni millionar kroner.

Det er ikkje mogeleg å peike direkte på kva konsekvensar kutt i same storleik ville gje for hospital drift, men ein kan slå fast at alle kutt er sær s vanskelege.

Endringar for å redusere kostnadene, anten det er på det prehospitale eller på det hospitale området er krevjande, noko også budsjettprosessen for 2018 synte. Og prosjektet kan ikkje tilrå å flytte midlar frå det hospitale til det prehospitale området.

12.11. Mogelege scenario

Prosjektet har arbeidd med å framstille nokre mogelege scenario med utgangspunkt i ulike kostnadsstorleikar. Utgangspunktet er dagens budsjett, og det er i tillegg sett på ein dyrare og tre rimelegare variantar. På eit grovt og overordna nivå er det forsøkt å peike på konsekvensar innanfor viktige område. Prosjektet har valt scenario med like store spenn (ni millionar kroner) og har difor ikkje laga eit scenario på 146 millionar kroner (opphavleg budsjettsignal for 2018).

Dei fem scenarioa ser difor slik ut:

159 millionar kroner – dagens modell med dagens budsjett

168 millionar kroner – dagens modell med avvikling heimevakt

150 millionar kroner – reduksjon frå i dag og avvikling heimevakt

150 millionar kroner – reduksjon frå i dag og framleis heimevakt

141 millionar kroner – i samsvar med inntektsmodellen og avvikling heimevakt

I alle scenario vart det lagt til grunn at tenesta jobbar omlag som i dag. Det vil seie at det for eksempel ikkje er lagt til grunn ein mogeleg kostnadsreducerande faktor som bruk av «kvite bilar». Det er heller ikkje lagt til grunn andre kostnadsdrivande faktorar, som for eksempel nye stasjonar for å lukke avvik av Arbeidstilsynet. Dei fem scenarioa vart lagt til grunn i ROS-analysen i kap. 13.

12.12. Konklusjon økonomisk ramme

Helse Førde har knappe ressursar til å løyse alle oppgåvene. Budsjettarbeidet for 2018 var prega av relativt store nedskjeringar. Alle nasjonale signal tilseier at det blir endå knappare med ressursar i framtida. Forordet til den nye verksemdsstrategien for Helse Vest, Helse2035, er tydeleg på dette:

Ressurstilgangen vil bli strammare i åra som kjem. På same tid vil vi sjå ein vekst i behov og behandlingsmoglegheiter. Vi må derfor balansere behov og moglegheiter opp mot tilgjengelege ressursar på beste måte, og sikre berekraft for dei tenestene vi skal levere i dag, i morgon og fram mot 2035. Det vil krevje prioriteringar.

Det er altså ikkje å vente at helsetenestene får meir midlar i framtida. Dersom nokon av dei kostnadsdrivande faktorane slår inn i dei komande åra, så må det også finnast avbøtande tiltak. Alternativet kan vere store omfordelingar og nedskjeringar på hospital drift.

I ei breitt samansett prosjektgruppe vil det vere ulike meiningar om kva den økonomiske ramma bør ligge på, og kva som skal leggest til grunn.

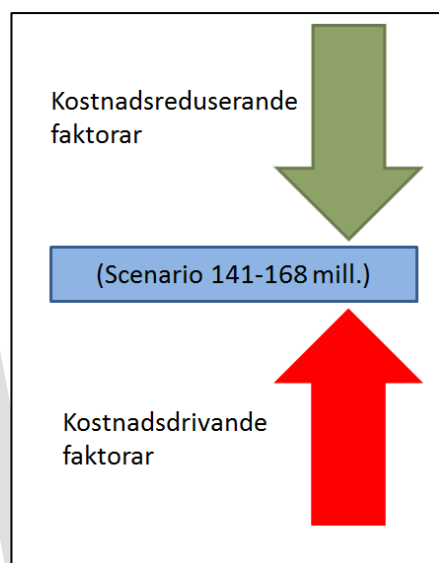
Prosjektleder sitt syn er at det ikkje er realistisk at Helse Førde vil kunne prioritere å auke ramma til ambulansetjenesta tilsvarande at responstidsmålinga kan oppfyllest. Dette ville krevje at ramma aukast med 65 mill. til om lag 225 mill. årleg. Eit slikt løft innanfor ambulansetjeneste ville innebære tilsvarande kutt andre stader i føretaket, og det ville ramme utgreiing og behandling av pasientar på sjukehusa i for stor grad.

Prosjektleder sitt syn er også at det vil vere svært krevjande og på kort sikt endre vaktordningane til kasernert vakt ved samtlege stasjonar. Konsekvensen av å kasernere vakta ved alle ambulansetasjonar kan då vere at samla tal ambulansar i flåten må reduserast, anten ved færre stasjonar eller færre ambulansar ved dei nokre stasjonar.

Mange fagfelt treng også større ressursar intrahospitalt. I 2018 har t.d. Helse Førde auka budsjettet for nye dyre medikament (kreftbehandling med meir) med om lag 30 mill., og ein forventar vidare kostnadsvekst her. Helse Førde kan ikkje late vere å følgje utviklinga m.o.t. behandlingstilbod for t.d. kreftpasientar. Helse Førde må då heller akseptere å ligge midt på treet (samanlikna med andre føretak) kva angår innfriing av responstidsmålinga.

Prosjektet går vidare ut frå at ein bør ligge tettast mogeleg på det inntektsmodellen tilfører Helse Førde på det prehospitale området. Tildeling av ramme er eit styringssignal, og er eit uttrykk for prioritering mellom ulike oppgåver og omsyn over lang tid i Helse Vest. Men der er også andre signal som peikar mot betre innfriing av responstider og avvikling av heimevakt, og det er i tillegg andre kostnadsdrivarar som kan gje utslag i åra som kjem.

Overordna er vurderinga at tenesta bør ha eit årleg budsjett på så nær 146 millionar kroner som mogeleg. Det betyr at kostnadene må ned og at kostnadsreducerande faktorar må identifiserast og iverksetjast, slik at desse kan kompensere kostnadsdrivande faktorar når dei sler inn, eller når dei blir aktiverte.



13. Samla vurdering av status for dei prehospitale tenestene

13.1 Gapanalyse

Den prehospitale tenesta blir regulert, som den øvrige helsetenesta, av ei omfattande mengd lover og forskrifter (Jf. kapittel 4). Dertil regulerer delavtalane mellom helseføretaka og kommunane spesifikke forhold partane imellom. I tillegg må partane forholde seg til ulike nasjonale tilrådingar og faglege føringar.

Prosjektgruppa har identifisert det gruppa meiner er dei viktigaste paragrafane, avtalane og føringane som regulerer tenesta som utgangspunkt for ein gap-analyse. Desse er det referert til utover i rapporten. Gap-analyse seier altså noko om korleis status er i dag for dei ulike punkta. Dersom ein på nokre punkt finn å ikkje vere der som ein bør vere, så påvisast altså eit gap (= forbettringspotensiale).

Lov- og forskriftskrav er oppfatta til å vege tyngst og er markert raudt i figuren nedanfor. Dernest kjem avtalerettslege forhold, markert oransje, og anbefalte føringar (markert grønt). Prosjektet har analysert ansvarsområde for både spesialisthelsetenesta og kommunane.

Nummer	Oppgåve	Heimel	Kommune	Helseføretak
1	Etablere og drifte legevaktssentral	Helse- og omsorgstenestelova § 3.2 pkt 3, Akuttmedisin forskriften §12	x	
2	Etablere og drifte legevaktstasjon	Helse- og omsorgstenestelova § 3.2 pkt 4, Akuttmedisin forskriften § 6	x	
3	Etablere og drifte AMK	Spes.helsetenestelova § 2-1a Akuttmedisin forskriften § 14, §15		x
4	Drifte ambulansetenesten; akuttmedisinsk utrykning og syketransport	Spes.helsetenestelova § 2-1a, Akuttmedisin forskriften §10		x
5	Sørge for transport av helsepersonell frem til de pasienter som sjølv ikkje kan komme til felles behandlingssted	Helse- og omsorgstenestelova § 5-1, Akuttmedisin forskriften §6c	x	
6	Samordning av sjuketransport til sjøs med transport av helsepersonell til sjøs	Forskrift om ambulansetjenesten §1	x	x
7	Yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig	Akuttmedisin forskriften §6c	x	
8	Plikt til å motta pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp (med mindre institusjonen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide)	Spes.helsetenestelova § 3-1		x
9	Plikt til å sørge for rett kompetanse i ambulansetenesten	Akuttmedisin forskriften §11		x
10	Plikt til å sørge for rett kompetanse i legevaktstenesten	Akuttmedisin forskriften §7	x	
11	Sikre arbeidstidsordninger som ikkje utsetter arbeidstakeme for uheldige fysiske eller psykiske belastninger	AML §10-2	x	x
12	Føljeteneste med jordmor for gravide/fødande	Akuttmedisin forskriften §10		x
13	Felles øvelser / samtrening av helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden	Akuttmedisin forskriften §6	x	x
14	Akuthjelp til gravide og fødande	Delavtale punkt 5.5	x	
15	Utredning av lokal akuthjelpar-ordning	Delavtale punkt 9.2	x	
16	Veil. responstid for ambulansen ved akutte hendelser i grøntområde: 90% innen 25 min	St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap, styrevedtak Helse RHF		x
17	Veil. responstid ved utrykning frå legevakt: 95% innen 45 min	NOU 2015: 17 Først og fremst	x	
18	Veiledende avstand: 90 pst. av befolkningen i hvert legevaktstasjon skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon	NOU 2015: 17 Først og fremst	x	

	Lov- og forskriftskrav
	Avtaler
	Føringar og anbefalinger

Figur 13.1 Oppstilling av krav og føringar i gap-analyse.

13.1.1. Lov og forskriftskrav

For **punkta 1-6, 8 og 12** er det prosjektgruppa si oppfatning at tenestene gjennomgåande fungerer godt. Ved ein gjennomgang av avviksmeldingar i perioden 2015 – 2017 (sjå kapittel 8) er det ikkje haldepunkt for systematiske feil eller manglar i dei 607 registrerte sakene. I forhold til talet på ambulanseoppdrag er dette få saker. Prosjektgruppa understreker at det er viktig å ha fokus på meldekulturen i føretaket også framover vår slik at arbeidet med kontinuerlig forbetring av tenestene kan fortsette.

For **punkt 7**, som omhandlar kommunane si plikt til å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjonar, blant anna rykkje ut straks når det er nødvendig, viser vår gjennomgang at det er store variasjonar i fylket. Ein gjennomgang i perioden oktober 2017 – januar 2018 viser at det for om lag ein tredjedel av kommunane i Sogn og Fjordane i praksis ikkje vert rykt ut til frå den kommunale legevakta; sjå kap. 7.

Trenden er også eintydig at deltaking i interkommunalt legevaktsamarbeid er negativt korrelert med tal på utrykkingar frå legevakttjenesta. Det er dei kommunane som ligg lengst vekk frå den interkommunale legevaktstasjonen som sjeldnast rykker ut, men også sentralt i dei større legevaktsområda er utrykkingsprosenten vesentleg lågare enn i dei kommunane som driv eiga legevakt.

Med omsyn til **punkt 9 og 10** i gap-analyse møter både helseføretaka og kommunane skjerpa kompetansekrav i åra som kjem. Helse- og omsorgsdepartementet vil (slik prosjektet har fått det formidla) forlengje overgangsordningane knytt til akuttmedisinforordninga fram til 2021. Dette gjeld kompetansekrav til kommunale legevaktslegar. For kompetansekrava for ambulansetenesta blir også overgangsordninga forlengta til 2022. Like fullt vil kompetansekrava til begge partar gjere det ytterlegare krevjande å oppretthalde ein desentralisert struktur for både legevaktstenesta og ambulansetenesta i åra etter dette.

Med omsyn til **punkt 11** har Helse Førde HF eit gap i høve brot på arbeidsmiljølova. Særleg gjeld dette dei ambulansetasjonane som i dag er organisert med heimevakt. I praksis medfører heimevaksordningar brot på AML då kvar utrykking inneber planlagd overtid. Heimevaksordning inneber ikkje brot på Akuttmedisinforordninga då ein her har unntak for å kunne nytte heimevakt ved stasjonar med låg aktivitet.

For **punkt 13** kan prosjektgruppa ikkje sjå at det systematisk foregår samtrening mellom ambulansetenesta og den kommunale legevaktstenesta i fylket. Prosjektgruppa oppfattar at dette er eit særst viktig område å prioritere i tida som kjem; ref. aktuelle paragraf i akuttmedisinforskrifta samt §6e i forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta.

13.1.2. Delavtaler

Prosjektgruppa har grunn til å tru at **punkt 14 og 15** knytt til delavtaler med kommunane på mange punkt fungerer godt; jf. gjennomgangen av avviksmeldingar i perioden 2015 -2017 knytt til samhandling. Like fullt svarte kun eit fåtal av 12 kommuner i fylket at dei har utgreidd akutthjelpar-ordningar.

13.1.3 Nasjonale føringar

Punkt 16 i gap-analysen er ei fagleg føring som normalt sett får mykje merksemd i media. Helse Førde HF konstaterer også at styret i Helse Vest RHF i 2017 bad føretaka i regionen om å arbeide systematisk for å kome så nær opp til dette målet som mogeleg.

For perioden 2016 nådde ambulansetenesta i Helse Førde HF fram innan 25 minutt i 81 prosent av dei raude responsane når ein ser heile fylket under eitt. Førde er den kommunen som har høgast del turar med responstid under 25 minutt (96,3 prosent) mens Balestrand har den lågaste andelen (33,3 prosent).

Ein nærare gjennomgang av responstider er gjort i kapittel 8.

Like fullt er det verd å merke seg at **punkt 17** tilsvarande rår til responstider for den kommunale legevaktstenesta. Med ein så låg uttrykingsgrad som kjem fram i kapittel 7, har imidlertid prosjektgruppa ikkje sett nærmare på dette.

Kva gjeld reisetid til legevaktstasjon på kveld-, natt og helg (**punkt 18**) legg prosjektgruppa til grunn at fleire kommunar har lengre reiseveg til legevakta enn 40 minutt for publikum, og nokre vesentleg lengre.

13.1.4. Samla vurdering og oppsummering

Det er prosjektgruppa sitt syn at dei prehospitale tenestene i Sogn og Fjordane i stor grad etterlever dei krav som er sett til tenestene. Like fullt er det nokre klare forbettringsområde:

Lover og forskrifter:

- Etablering av interkommunale legevakter ser ut til å redusere utrykking frå legevaktstasjonen monaleg, samanlikna med dei kommunane som driv eiga legevakt.

Dette gjeld også i sentralt plasserte kommunar og vertskommunane. Dei perifere kommunane i slike samarbeid har i praksis ikkje tilbod om utrykking frå legevakta. Det er vanskeleg for prosjektgruppa å sjå at denne variasjonen kan forklarast ut frå ulike medisinske behov for pasientane i dei ulike kommunane. Einskilde kommunar har gitt uttrykk for at det er mindre nødvendig å rykke ut der ambulansen kjem først fram, men det er prosjektgruppa sitt syn at det er alvorlegheitsgraden av sjukdom eller skade som definerer kor naudsynt det er med akutt legehjelp.

- Heimvaksordninga til Helse Førde HF førar til systematiske brot på AML.
- Rutinar for samtrening mellom Helse Førde HF og kommunane kan bli betre.

Avtalar:

- Berre nokre av kommunane har greidd ut ei ordning med akutthjelparar.

Nasjonale faglege føringar:

- Samla sett i fylket er responstida til ambulansetenesta akseptabel, men det er kommunar i fylket der tenesta har lang responstid og der supplerande løysingar bør etablerast i samarbeid med kommunane.
- Responstid for legevaksutrykking kan klart betrast all den tid utrykkingsgraden er så låg som den er.
- I fleire kommunar i fylket har pasientar lenger reiseveg enn 40 minutt til legevaktstasjon.

Oppsummert meiner prosjektgruppa å kunne påvise at både Helse Førde HF og kommunane har utfordringar med åleine å kunne etterleve krava sett i lov og forskrifter, avtalar og nasjonale føringar. Prosjektgruppa trur derfor løysinga på dette må bli enda tettare samarbeid i den prehospitale tenesta mellom helseføretaket og kommunane. Prosjektgruppa finn arbeidet mot ein eventuell søknad for legevaktspilot spennande. Målsetjinga bør då i tilfelle vere å betre nokre av dei svake punkta tenesta samla sett har i dag, særleg sett frå befolkninga i ytterkantane av dei store legevaktsområda sin ståstad. Dette er område med lang reiseveg til legevakt og som har ein låg utrykkingsfrekvens frå legevaktstenesta. I nokre tilfelle fell desse områda også saman med område der ambulansen har problem med å nå fram innan tilrådd responstid.

14. Risiko- og sårbarheitsanalyse (ROS-analyse) ved ulike økonomiske scenarier for ambulansetjenesta

14.1. ROS-analyse

Prosjektgruppa har teke utgangspunkt i fem ulike økonomiske scenarier for dei prehospitala tenestene i Helse Førde HF, sjå kapittel 12 om økonomi.

Dei fem scenaria har følgjande rammer:

1. 141 mill: Inntektsmodellen frå Helse Vest RHF og avvikla heimevakt
2. 150 mill: Avvikling heimevakt
3. 150 mill: Heimevakt som i dag
4. 159 mill: Svarande til budsjett 2018
5. 168 mill: Svarande til dagens drift samt avvikling av heimevakt

Prosjektgruppa har vidare vurdert fem ulike risikoområde for kvart av dei ulike økonomiske scenaria. Også andre risikoområde var vurdert å ta med, til dømes påverknad på samhandling med kommunar. Pga. trongen for å avgrense, valde ein likevel å halde seg til desse fem risikoområda. Modellen ein har nytta for analysen framgår av figur 14.1:

	Alternative driftsmodeller				
Risikoområder	Driftsmodell 1	Driftsmodell 2	Driftsmodell 3	Driftsmodell 4	Driftsmodell 5
Faglig kvalitet					
Pasienttilfredshet					
Medarbeiderkvalitet					
Lovkrav					
Økonomisk bærekraft					

Fig. 14.1: Modell for ROS-analysen.

For å konkretisere ulike forhold ved dei ulike økonomiske scenariene arbeidde først ei mindre gruppe med å illustrere kva dei ulike økonomiske storleikane vil seie kvantitativt for tenesta; sjå figur 14.2:

	159 millionar (budsjett 2018)	168 millionar (avvikling heimevakt)	150 millionar (med heimevakt)	150 millionar (avvikling heimevakt)	141 millionar (avvikling heimevakt og inntektsmodell)
Stasjonar	17	17	15	14	14
Døgnbilar	21	21	18	17	16
Dagbilar	7	7	9	8	5
Årsverk	197	214	180	180	165
Volum pr. tilsett	●	●	●	●	●
Responstid	●	●	●	●	●
Beredskap	●	●	●	●	●
Samtidskonflikter	●	●	●	●	●
AML-forhold	●	●	●	●	●

Fig. 14.2: Førebuande ROS-analyse gjennomført av nokre prosjektgruppedlemmer. Forklaring i teksten.

Gruppa tok føre seg dei fem scenaria, og ut i frå budsjett prøvde dei å stipulere kva det ville bety for tal stasjonar, døgnbilar, dagbilar og årsverk. Etterpå vart det sett på kva dei ulike scenaria ville ha å seie for dei fem ulike risikoområda. Med utgangspunkt i dagens tilbod (budsjett 2018) vil ein sterkare grønfarge indikere ein positiv trend, mens ein sterkare orange/rød farge vil indikere ein negativ trend. Tanken bak fargane i kulene er som følger:

Volum pr. tilsett beskriv kor mange turar og oppdrag kvar einskild tilsett får høve til å delta på. Gruppa ser det som positivt at dei tilsette får øving gjennom mange oppdrag, og ikkje brukar for mykje av tida på å vere i beredskap. Difor har modellane med færrest tilsette grønst farge.

Responstida er vurdert som forsvarleg i dag. Den vil bli betre med fleire tilsette og bilar og dårlegare i modellane med færrest tilsette. Avvikling av heimevakt vil også influere positivt på responstid, då personalet kan rykke raskare ut.

Beredskapen er vurdert som god i dag. Den vil bli svekka med færre tilsette og færre bilar.

Samtidskonfliktar er det få av med dagens organisering og ressursbruk. Det vil bli fleire av desse situasjonane med færre bilar og tilsette.

AML-tilhøva vil bli betre med avvikling av heimevakt, som er eit grunnlag for AML-brot.

Det er viktig å påpeike av vurderingane ovanfor ikkje er absolutte. Mest av alt syner dei i kva retning ulike faktorane vil bli påverka ved dei ulike økonomiske scenaria. Vurderingane er baserte på skjønn, og kan ikkje tolkast slik at raudt er uakseptabelt eller at heilgrønt er perfekt.

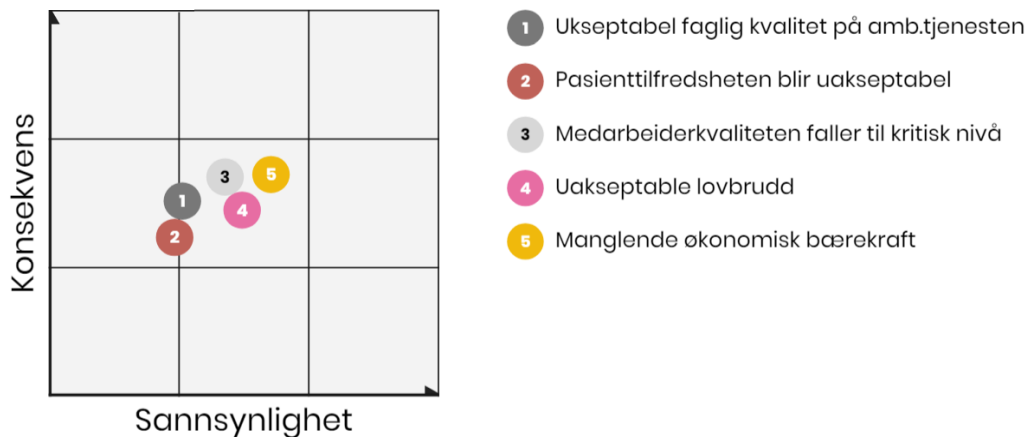
Etter at den mindre gruppa hadde gjort sine vurderingar, så gjorde den samla prosjektgruppa ei vurdering av risikoområda ut frå følgande faktorar, sjå tabell 14.1:

Risikoområde	Vurderingsgrunnlag
Fagleg kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Tilstreккеleg aktivitet og volum til at ambulanspersonell på kvar lokasjon sikrast vedlikehald og utvikling av praktiske ferdigheiter og vurderingskompetanse • Responstid i tråd med nasjonale og regionale anbefalingar • Samtidskonflikter/beredskap • Mortalitet (dødelegheit)
Pasienttilfredshet	<ul style="list-style-type: none"> • Rett hjelp til rett tid • Kjennskap til sjukehistorie • Føreseielegheit
Medarbeidarkvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutteringsevne (attraktivt fagmiljø, arbeidsmiljø, bomiljø, nærleik til samfunnsfunksjonar) • Medarbeidertilfredsheit
Lovkrav	<ul style="list-style-type: none"> • Etterleving av AML • Korrekt kompetanse i ambulansen
Økonomisk bærekraft	<ul style="list-style-type: none"> • Medfører kutt i pasienttilbod i kliniske avdelingar på sjukehusa • Oppseiing av tilsette • Naudsynte inversteringar

Tabell 14.1: Risikoområde i prosjektgruppa si ROS-analyse

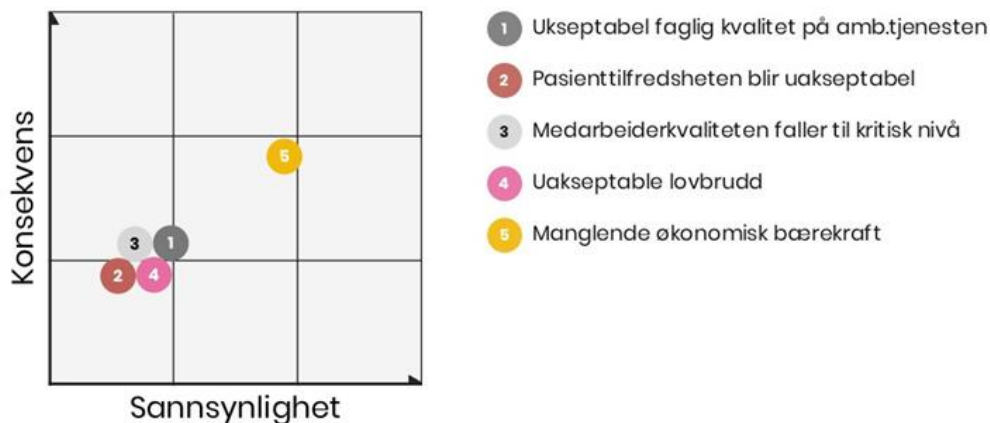
Prosjektgruppa si vurdering av dei ulike faktorane kjem fram av dei tilhørande figurane under. Dersom alle kulene (merka frå 1-5) hadde hamna i den øvste høgre boksen så hadde risikoen med modellen vore vurdert som svært høg. Motsett hadde den blitt vurdert som svært låg, viss alle kulene hadde hamna i den nedste venstre boksen:

159 millioner (budsjett 2018):



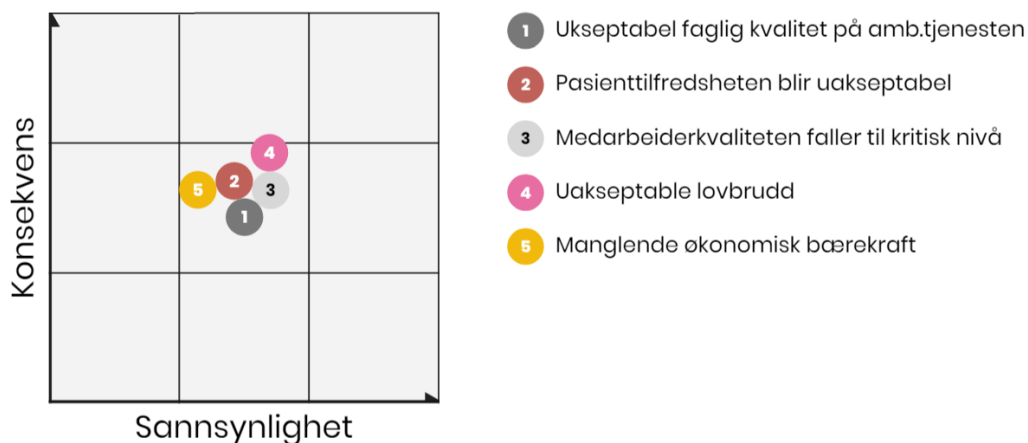
I den breitt samansette prosjektgruppa si vurdering av dagens modell hamna dei fleste faktorane i den midtre firkanten. Risikoen vart vurdert som størst på området «Manglende økonomisk bærekraft» og minst på «Pasienttilfredsheita vert uakseptabel».

168 millioner (avvikling heimevakt):



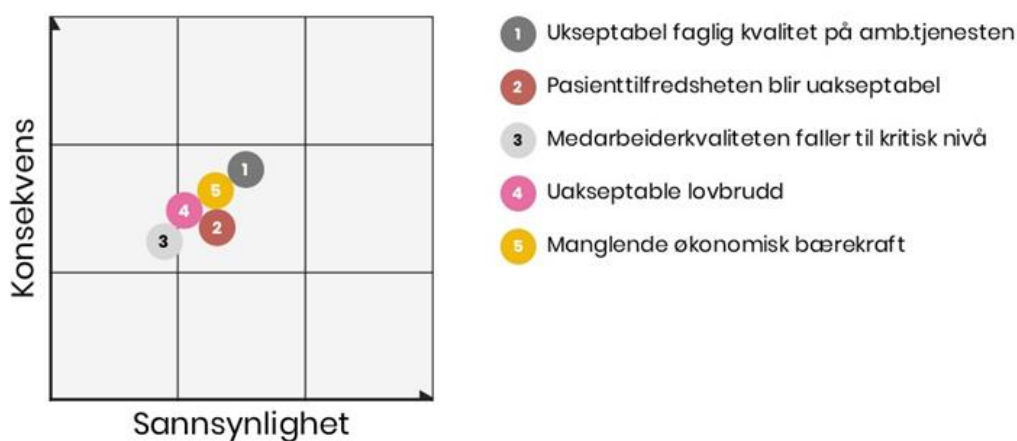
Den dyraste modellen, som betyr avvikling av heimevakt med dagens struktur, vart vurdert som lite risikofull på alle punkt utanom økonomi. Faktorane 1-4 flytta seg alle nedover og til venstre i høve til dagens modell. Manglane økonomisk bærekraft flytta seg litt oppover mot firkanten til høgre. Dette er den einaste modellen der hovudvekta av faktorane ikkje er samla i den midtre firkanten.

150 millioner (heimevakt som i dag):



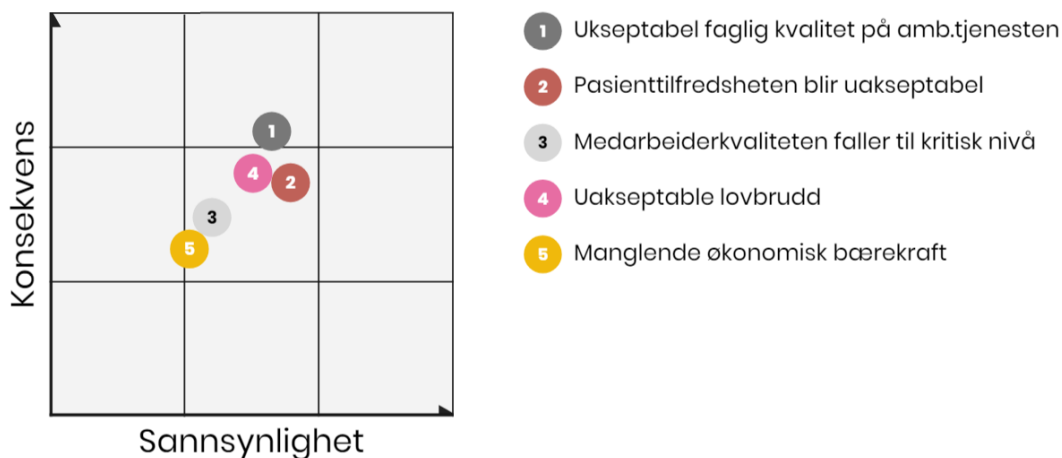
Denne modellen betyr færre bilar, stasjonar og tilsette, og heimevakt som i dag. I høve til dagens organisering vert den vurdert som meir risikofull på alle område utanom økonomi. Det er faktorane medarbeidarkvalitet og lovbrutt som skårar dårlegast i modellen. Alle faktorane er i hovudsak plassert innanfor den midtre firkanten i figuren.

150 millioner (avvikling av heimevakt):



Denne modellen gjev endå færre stasjonar og bilar, men altså tilsette på stasjonane til ei kvar tid når dei ikkje er ute på oppdrag. I høve førre modell, og dagens modell, flyttar risikoen for at «Medarbeidarkvaliteten fell til eit kritisk nivå» seg markant nedover og til venstre. Derimot så har prosjektgruppa vurdert at faren for «Uakseptabel fagleg kvalitet på ambulansetenesta» aukar noko.

141 millionar (avvikling av heimevakt + inntektsmodell):



Denne modellen betyr endå færre bilar, stasjonar og tilsette og gjev dårlegast skår av alle scenarioa på fagleg kvalitet og pasienttilfredsheit. Det er likevel ingen av faktorane som er vurdert til å vere i den øvste høgre firkanten. Det er også den modellen som, naturleg nok, gjev best skår på økonomisk bærekraft.

14.2 Oppsummering

Gjennomføring av GAP-analyse og risikovurdering har vore eit nyttig arbeid for prosjektgruppa. Det er likevel ikkje slik at konklusjonane er så tydelege og omforeinte at ein kan sette to strekar under svaret. Som for informasjon og synspunkt i resten av rapporten, må dette vere med som eit av fleire grunnlag i den vidare detaljeringa av tenestene i fase 2.

Oppsummert vurderer prosjektgruppa det som mest risikabelt å gå til ytterkantane av dei fem modellane. Økonomisk sett er prosjektgruppa tydeleg på at ei vidare auke av dagens budsjett for tenesta til 168 millionar ikkje kan sjåast som berekraftig. Til dømes fordi det kan gje negative ringverknader innomhus på sjukehusa. Det vert vurdert som risikabelt for kvalitet og pasienttilfredsheit dersom scenarioet på 141 millionar i årleg budsjett vert lagt til grunn. Det risikomessige akseptable ser (ut frå prosjektgruppa sin analyse) difor ut til å ligge ein stad mellom modellane på 150 og 159 millionar, med dei føresetnader som vart lagt inn i dei før risikovurderinga.

Det er viktig å merke seg at scenarioa som vart laga er baserte på dagens måte å drive ambulansetenesta på. Dersom etablering av til dømes «kvite bilar» (sjå kapittel 11) fører til at fleire transportar kan gjerast på ein rimelegare måte, så kan tenesta i alle fall teoretisk, skape meir og betre beredskap for pengane. Arbeidet med å finne og hente ut slik gevinstar må blir ein viktig del av neste fase i prosjektet.

15. Vegene vidare

Fase 1 av prosjekt prehospitala tenester har vore ein viktig kartleggingsfase. Fleire sider av tenesta og kontaktpunkta både mot kommunane og det hospitale er utgreidde. Fase 1 har også vore viktig for å etablere ein samarbeidsplattform mellom Helse Førde, kommunane og fastlegane i det vidare arbeidet.

Då prosjektet si innleiande fase vart planlagd våren 2017, var tanken at fase 2 skulle vere ei detaljering av modellar for dei prehospitala tenestene. Det vil i praksis bety ei utgreiing av struktur med tal bilar og stasjonar, men også samarbeidsformer og arbeidsmåtar. Det er prosjektgruppa si oppfatning at arbeidet i fase 1 gjev eit grunnlag for å gå vidare med fase 2 som tenkt.

Prosjektet har lagt stor vekt på samarbeidet med kommunane i fase 1, jamfør delmål 2 for prosjektet:

Sikre ei god plattform for open og tillitsfull dialog med kommunane i fylket slik at Helse Førde HF og kommunane kan einast om primære ansvarsområde i den akuttmedisinske kjeda.

Kommunane i Sogn og Fjordane vurderer no å søkje om å få gjennomføre ein nasjonal legevaktspilot i fylket. Dersom ei gruppe av dei, eller alle, skulle bli utpeika som pilot, så er det naturleg og nødvendig å koordinere arbeidet i ein fase 2 med legevaktspiloten. Som rapporten viser, er det sterke samanhengar mellom kommunane sine legevakter og Helse Førde sine prehospitala tenester. Samhandlinga mellom dei to nivåa må ha ein sentral plass i det vidare arbeidet.

Kommunane må leie arbeidet med ein eventuell legevaktspilot, og Helse Førde må leie arbeidet med å utforme sine prehospitala tenester. I begge arbeida er det naturleg at hhv. kommunane og Helse Førde er tungt involvert. Korleis dette kan koordinerast må diskuterast når kommunane har fått svar på ein eventuell søknad. Det vil truleg skje i løpet av sommaren. Helse Førde vil ikkje kunne starte ein fase 2 før hausten 2018.

Uavhengig av diskusjonane omkring ein eventuell legevaktspilot i fylket, så har det utkrySTALLISERT seg ein del tema som prosjektgruppa anbefaler å ta med til vidare arbeid i fase 2. Nær alle tema påverkar eller påverkast av dei økonomiske rammetilhøva som seinare vil bli beslutta for tenesta. Nokre tema er med på lista fordi dei representerer rom for kostnadsreduksjon. Desse kan då skaffe vidare rom for andre prioriterte tiltak og utvikling.

Nokre hovudgrupper av tema er gjengjevne i tabellen nedanfor.

Tabellen må ikkje oppfattast som ei uttømmende liste. Også i høyringsrunden kan her kome innspel på tema som ein finn det viktig å ta med i fase 2-mandatet.

Tema til vidare arbeid i fase 2		
Tema	Utfyllande kommentarar	Omtalt i prosjektrapport
Mogelegheter i høve bemanning	<ul style="list-style-type: none"> - Optimalisering av arbeidstidsplanlegging (t.d. kalenderplanlegging) - Vurdere framtidige vaktordningar - Evaluere vikarpool i ambulansetenesta - Evaluere standby-crew i ambulansetenesta - Evaluere bruk av AMK-personale på dagbil 	5/11/12
Framtidig behov for og struktur for ambulansetenester	<p>Modellering av framtidig ambulansestructur samla og områdevis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lokalisering stasjonar - Dimensjonering tenesta - Simulering responstid m.m. <p>Sjå ambulansetenestene opp mot dei kommunale prehospitale tenestene</p>	6/7/10/12
Faglegheit og utvikling	<ul style="list-style-type: none"> - Vurdere standardar for fagleg nivå no og framover 	5
Sjå på mogelegheter for felles styringsdata for prehospitale tenester (helseføretaket og kommunane)	<ul style="list-style-type: none"> - Utvikle kvalitetsindikatorar? - Vurdere felles og tettare kvalitetsoppfølging 	7
Organisering av ambulansetenesta	<ul style="list-style-type: none"> - Utreie ny organisering av ambulansetenesta og Pasientreiser for betre samhandling 	9, 6,5,

	<ul style="list-style-type: none"> - Vurdere organisering internt i ambulansetenesta (område, leiing, fagutvikling med meir) 	
Akutthjelparordningar	I lag med kommunane	7/11
Sjå på mogelegheit for meir differensierte løysingar for transportoppdrag	<ul style="list-style-type: none"> - Utreie om grunnlag for kvite bilar og eventuelt arbeide fram forslag til løysing - Utreie om grunnlag for helseekspress 	9/12
Nye arbeidsmåtar	- Bruk av telemedisin/teknologi mellom ambulanse og legevakter, ambulanse og sjukehus	12
Samhandling	<ul style="list-style-type: none"> - Utreie tidsbruk for ambulansar på sjukehus og legevakt, sjå på mogelegheit for endring - Utreier mogelegheit for betre felles rutinar 	9

Liste over vedlegg:

1. Mandat for prosjekt Prehospital plan, fase 1
2. Interessentanalyse frå mandatarbeidet
3. Revidert ROS-analyse frå 26.11.17
4. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner
<https://helse-midt.no/Documents/2016/Veileder%20utviklingsplaner%20end.pdf>
5. Revisjonstabell for kvalitetssikring av utviklingsplanar
6. Program akuttmedisinsk konferanse 09.01.18
7. Delavtale mellom HFD og kommunane «Samarbeid om den akuttmedisinske kjeda»
<https://samhandling-sfj.no/wp-content/uploads/2016/10/Delavtale-om-den-akuttmedisinske-kjeda.pdf>
8. Døme på pasientforløp nytta i diskusjonar i prosjektet
9. Statusrapport stasjonstilhøve til Arbeidstilsynet per 12.03.18

Referanseliste:

- 1) Styresak 065/2016;
<https://helse-forde.no/Documents/Sak%20065-2016%20-%20Modell%20for%20bil%20og%20b%C3%A5tambulansetilbodet%20i%20omr%C3%A5de%20s%C3%B8r.pdf>
- 2) Styresak 046/2017;
<https://helse-forde.no/Documents/Sak%20046-2017%20Prosess%20for%20det%20prehospitale%20omr%C3%A5det.pdf>
- 3) Styresak 068/2017;
<https://helse-forde.no/Documents/Sak%20068-2017%20Mandat%20for%20prosjekt%20prehospitale%20tenester.pdf>
- 4) Helse- og omsorgstenestelova;
<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- 5) Spesialisthelsetenestelova;
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- 6) Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta;
<https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- 7) Akuttmedisinforskriften;
<https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- 8) St.melding 43 (1999-2000) «Om akuttmedisinsk beredskap»;

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

9) NOU (2015) «Først og fremst»

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>

- 10) Field JM et.al.: 2010 American Heart Association on Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010;122(18 Suppl 3):S640
- 11) Norsk resuscitasjonsråd: Norske retningslinjer for hjerte-lungeredning. <http://nrr.org/index.php/no/retningslinjer/norske-retningslinjer-2015>
- 12) Kellum MJ et.al.: Cardiocerebral resuscitation improves neurologically intact survival of patients with out-of-hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med. 2008;52(3):244.
- 13) Rørtveit, Meland og Hunskår (2013): Changes of triage by GPs during the course of prehospital emergency situations in a Norwegian rural community. Scand. Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2013, 21:89
- 14) Momyr, Kindt: Akuttmedisinske hendelser utenfor sykehus (2011). Hovedoppgave i medisin. Trondheim, NTNU.
- 15) Hjortdahl, Zakariassen et. al.(2014): The role of general practitioners in the prehospital setting, as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.
- 16) Helse- og omsorgsdepartementet: Oppdragsdokument 2018
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-vest-rhf.pdf>
- 17) Helsedirektoratet: Sammen redder vi liv – strategidokument:
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sammen-redder-vi-liv-strategidokument>