

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF
DATO: 27.10.2016
SAKSHANDSAMAR: Ingvill Skogseth
SAKA GJELD: **Ambulansedekning og responstider i Helse Vest**

ARKIVSAK: 2015/2437
STYRESAK: **141/16**

STYREMØTE: **07.12. 2016**

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Helse Vest sin samla plan for prehospitala tenester frå 2008, bør revidarast 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 (grisgrendte strøk) i minst 90 prosent av oppdraga.

Oppsummering

Det er ikkje etablert nasjonale krav til responstid for ambulansetenesta, men Stortinget vedtok i 2000 følgjande rettleiande responstider for akuttoppdrag: Tid frå 113-oppringning til ambulanse er på hendelsesstad skal vere innan 12 minuttar (tettbygde strøk) eller innan 25 minuttar (grisgrendte strøk) i minst 90 prosent av oppdraga.

I denne saka gir vi ei oversikt som viser responstid per kommune. Det er ei fylkesvis oversikt basert på tal frå Helsenorge.no, og innhaldet er levert av Helsedirektoratet, Norsk Pasientregister.

I Helse Vest når ein ikkje målet frå rettleiande responstider at ambulansen skal vere framme på hendelsesstaden innan 12 minuttar i 90 prosent av dei akutte hendingane i byar og tettstader. Heller ikkje målet om at ambulansen skal vera framme på hendelsesstaden innan 90 prosent av hendingane innan 25 minuttar i grisgrendt strøk.

I tettbygd strøk var ambulansen framme på hendelsesstaden innan 12 minuttar i 72 prosent av hendingane på regionalt nivå (heile landet 72 %) i 1. tertial 2016. I grisgrente strøk var ambulansen framme på hendelsestaden innan 25 minuttar i 77 prosent av hendingane i Helse Vest (heile landet 81 %).

Full måloppnåing av indikatoren for responstid er nært knytta til ei kost / nytte vurdering.

Samla for Helse Vest må vi legge til grunn betydelege kostnader i 2017 kroner ved innføring av responstidskrav. Det er ikkje gjort ei ny brei kostnadsanalyse. Med atterhald kan vi likevel estimere auka kostnader for regionen til å bli opp mot 150 MNOK per år.

Ordninga med akutthjelpar er forankra i akutforskrifta, og skal kome i tillegg til – eller i vente på – at personell frå kommune eller spesialisthelsetenesta kan yte akuttmedisinsk hjelp. Ordninga er godt etablert i Helse Vest, og erfaringane er svært gode.

Fakta

Styret i Helse Vest RHF behandla i møte den 29. februar 2016 Sak 035/16 Høyring - NOU 2015:17 «Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus» - Akuttmeldinga.

Styret ba om ei styresak med oppdatering om ambulansedekning i Helse Vest. Saka må vise responstid per kommune inkludert beredskapstid og oppdragstid. Styret ønska også ei oversikt over i kva for situasjonar det er brannmannskap som kjem først til ulykkesstaden og kva som er erfaringane med dette. Vidare ønskte styret at tilrådinga i saka bør vise til kor vi har dei største utfordringane i regionen og ei prioritering av kva grep vi kan og bør ta for å betre den akuttmedisinske kjeda utanfor sjukehus.

Kommentarar

Responstid - Tid frå 113-oppringning til ambulanse er på hendelsesstad

Det er ikkje etablert nasjonale krav til responstid for ambulansetenesta, men Stortinget vedtok i 2000 følgjande rettleiande responstider for akuttoppdrag:

- I byar og tettstader skal ambulansen vere framme på hendelsesstaden innan 12 minuttar i 90 prosent av dei akutte hendingane
- I griskrendte strøk skal ambulansen vere framme på hendelsesstaden innan 25 minuttar i 90 prosent av dei akutte hendingane

Det er etablert ein nasjonal kvalitetsindikator som viser andelen akutte hendingar der ambulansen er framme innan dei rettleiande responstidene. Det er berre akutte hendingar der det er sendt bilambulanse som inngår i berekningane.

Om kvalitetsindikatoren

Tida det tar frå ei potensielt alvorleg hending skjer til ein pasient har fått nødvendig helsehjelp er ofte av avgjerande betydning for å unngå unødvendig død, tap av leveår og funksjonsnivå eller lidning. For fleire akutte tilstander som hjartestans, hjerneslag, akutt hjarteinfarkt og alvorleg traume, er rask responstid med på å redde liv og betre pasienten sine sjansar til å bevare funksjonsnivå. For plutsleg uventa hjartestans utanfor sjukehus er det for eksempel rekna at sannsynligheten for overlevelse blir redusert med 10 prosent per minutt forsinkelse til bruk av hjertestarter.

Indikatoren viser andelen akutte hendingar der ambulansen er framme innan dei rettleiande responstidene. I tillegg vises 90-prosentilene som seier at i 90 prosent av hendingane er ambulansen framme innan dette antallet minuttar. Tida blir målt frå eit anrop til medisinsk nødtelefon 113 begynner å ringe i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentralen) til første ambulanse er på hendelsesstaden.

Det er kun akutte hendingar der bilambulanse er sendt, som inngår i beregningen av indikatoren.

Hovedfunn nasjonalt

I tettbygd strøk var ambulansen framme på hendelsesstaden innan 12 minuttar i 72 prosent av hendingane på landsbasis i 1. tertial 2016. 90-prosentilet viser at i 90 prosent av hendingane var det ein ambulanse på hendelsesstaden før det hadde gått meir enn 17,5 minuttar.

I griskrendt strøk var ambulansen framme på hendelsesstaden innan 25 minuttar i 81 prosent av hendingane på landsbasis i 1. tertial 2016. 90-prosentilet viser at i 90 prosent av

hendelsene var det ein ambulanse på hendelsesstaden før det hadde gått meir enn 32,1 minuttar.

Det er variasjon mellom fylka i landet, men ingen av fylka oppnår begge dei rettleiande responstidene.

Akershus er einaste fylke i landet som når målet om 90 prosent av hendingane innan 25 minuttar i grisgrendt strøk. I 1. tertial 2016 er måloppnåinga best i Oslo (84 %), Vestfold (82 %) og Oppland (79 %) for hendingar i tettbygd strøk, og best i Akershus (90 %), Østfold (88 %) og Vestfold (87 %) for hendingar i grisgrendt strøk.

Atterhald

Innrapporterte data frå AMK spesifiserer ikkje nøyaktig kvar ei hending har funne stad, eller om det er i ein tettbygd eller grisgrendt del av ein kommune. Responstidene er derfor aggregert på kommunenivå, der ein kommune er blitt definert som enten tettbygd eller grisgrendt.

SSB definerer ein tettstad som ei hussamling der det bur minst 200 personar og avstanden mellom husa ikkje overstig 50 meter.

Ein kommune klassifiseres som tettbygd dersom heile 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 definisjonen.

Ein kommune som har få innbyggjarar, men der heile eller deler av kommunen inngår i eit tettstadsområde som til saman, på tvers av fleire kommunar, har over 10 000 innbyggaren vil bli klassifisert som tettbygd.

Med denne definisjonen kan kommunar der en liten del av kommunens areal og befolkning inngår i ein større tettstad, men der resten av kommunen består av store grisgrendte områder komme uheldig ut i vurdering av måloppnåelse.

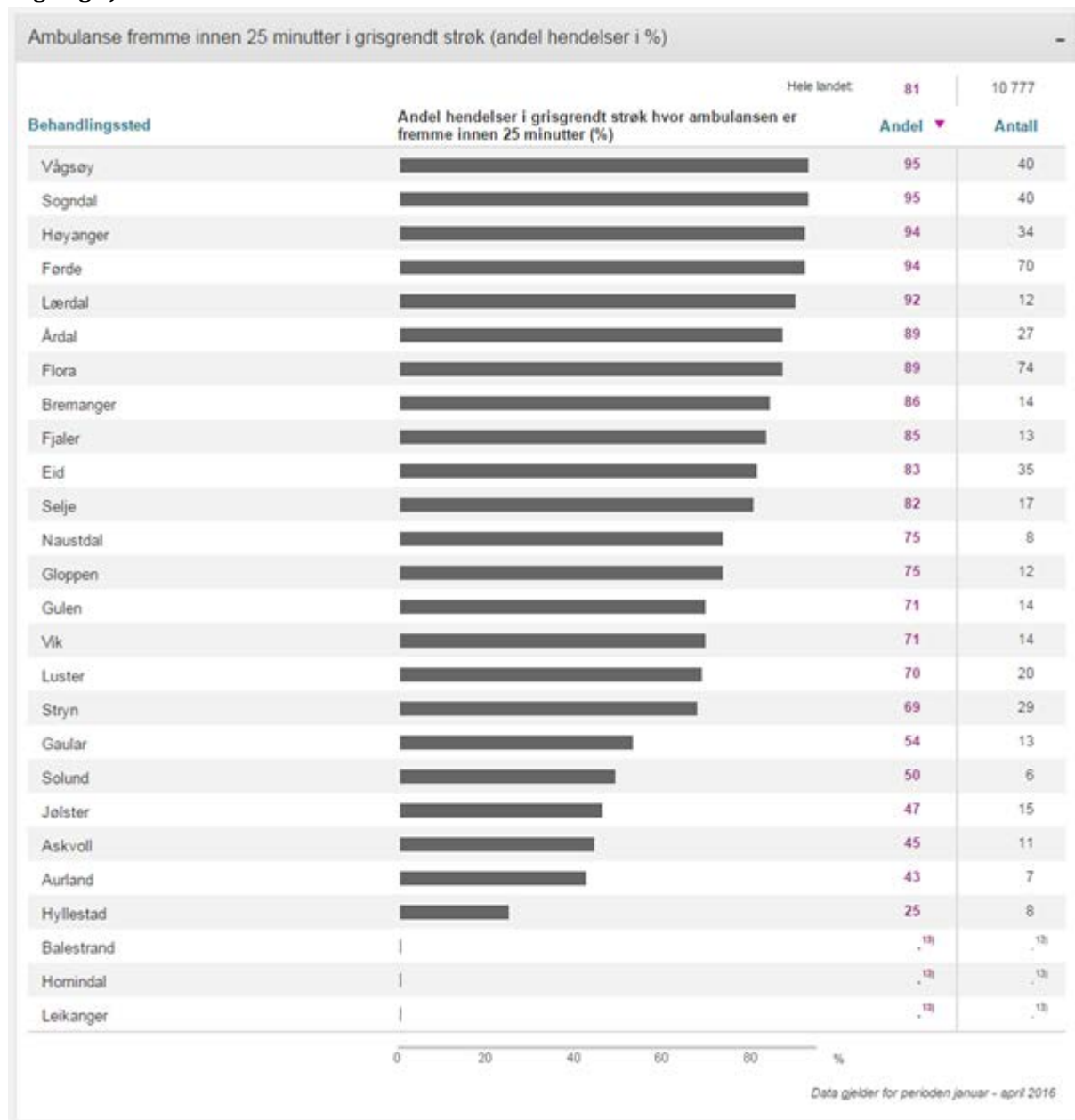
Når posisjonsdata for ei hending i framtida blir rapportert inn frå AMK-sentralane eller ambulansetenestene, vil indikatoren bli revidert. Dette vil tentativt skje hausten 2018/våren 2019.

I det følgjande blir det presentert ei fylkesvis oversikt som viser responstid per kommune inkludert beredskapstid og oppdragstid i Helseregion Vest.

Oversikt som viser responstid per kommune (Fylkesvis oversikt) 1.tertila 2016

Figuren viser andel hendingar i grisgrendte strøk der ambulansen er framme innan 25 minutt (%)

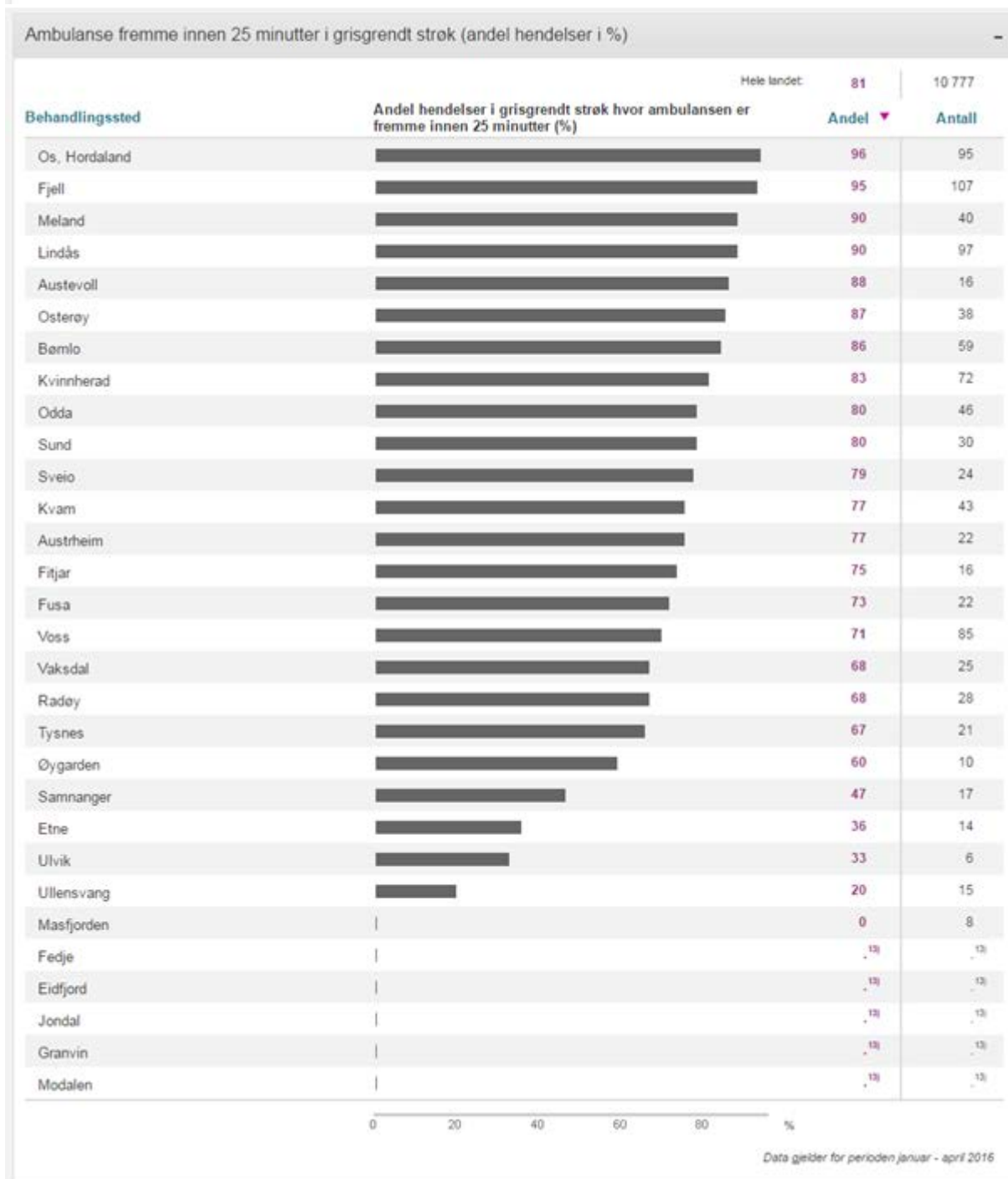
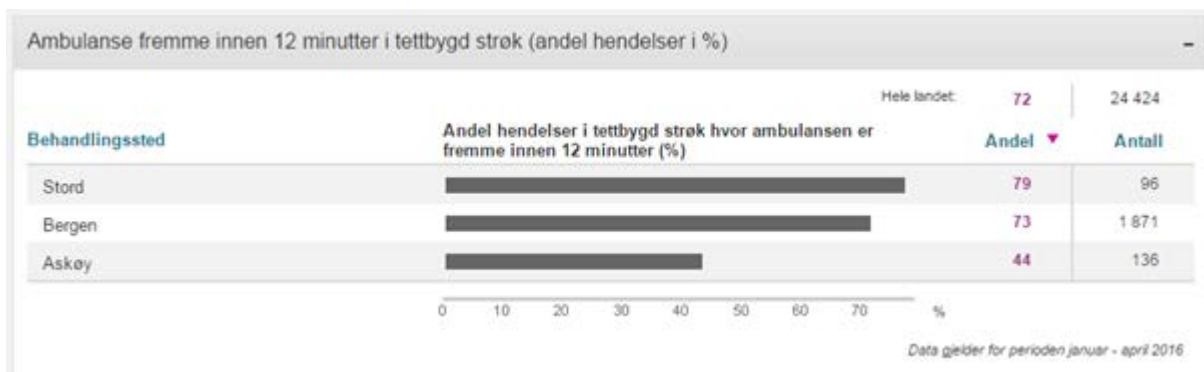
Sogn og Fjordane



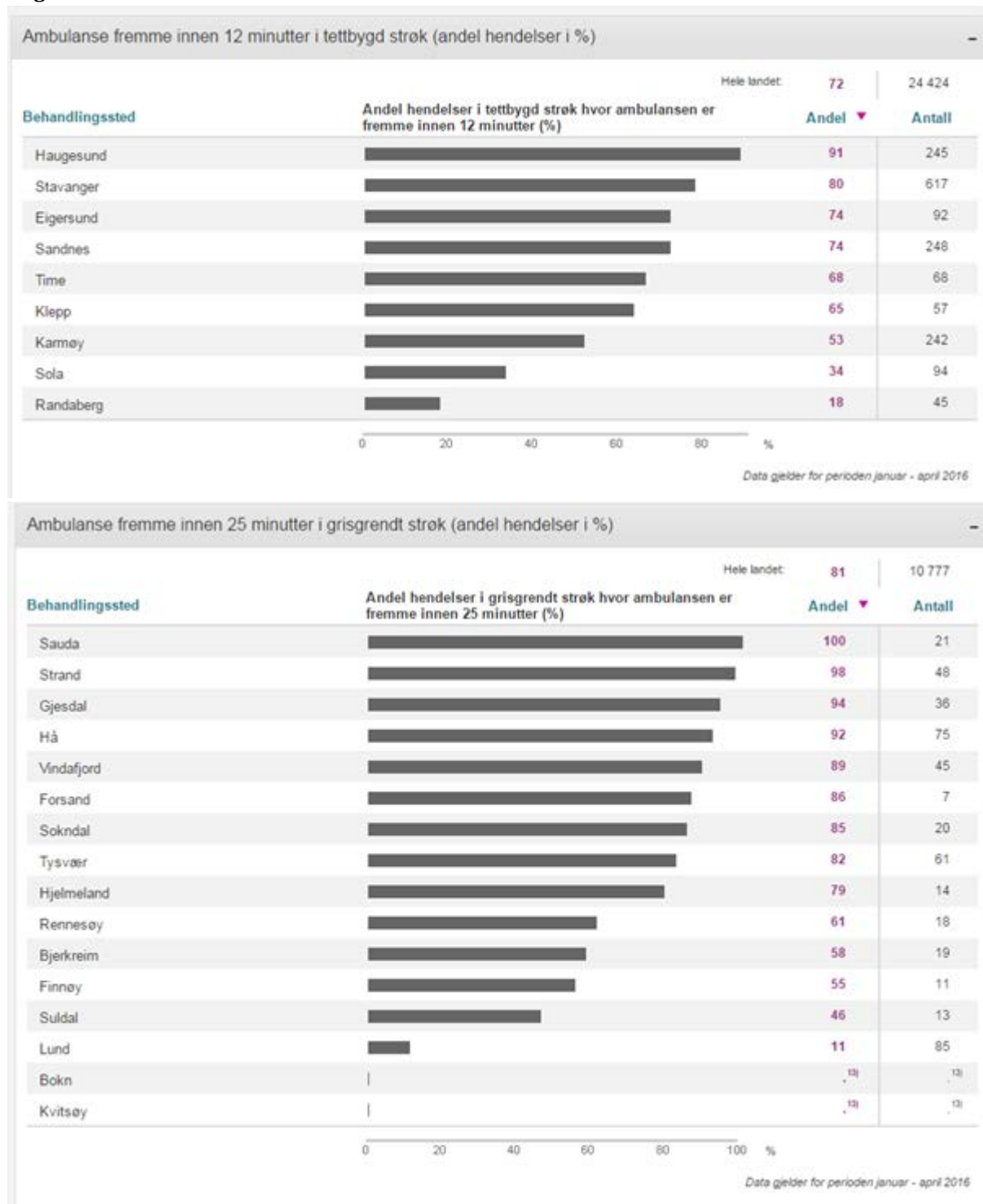
13)Tal for kommunen er fjerna for å auke anonymisering av dataene. Antall hendingar er mindre enn eller lik 5.

I Sogn og Fjordane er alle kommunane klassifisert som grisgrendte.

Hordaland



Rogaland

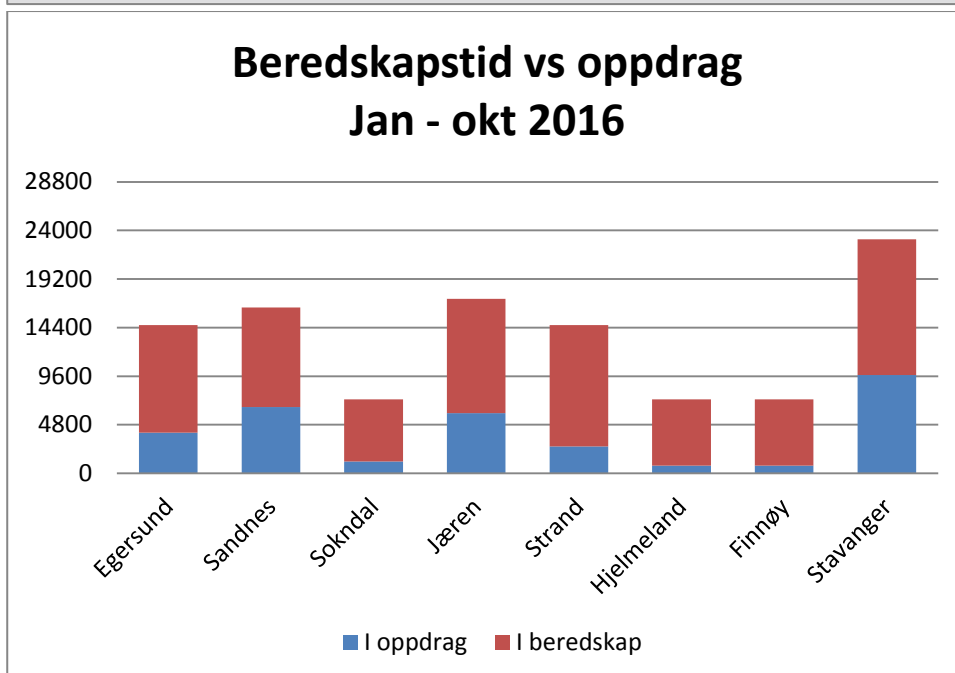
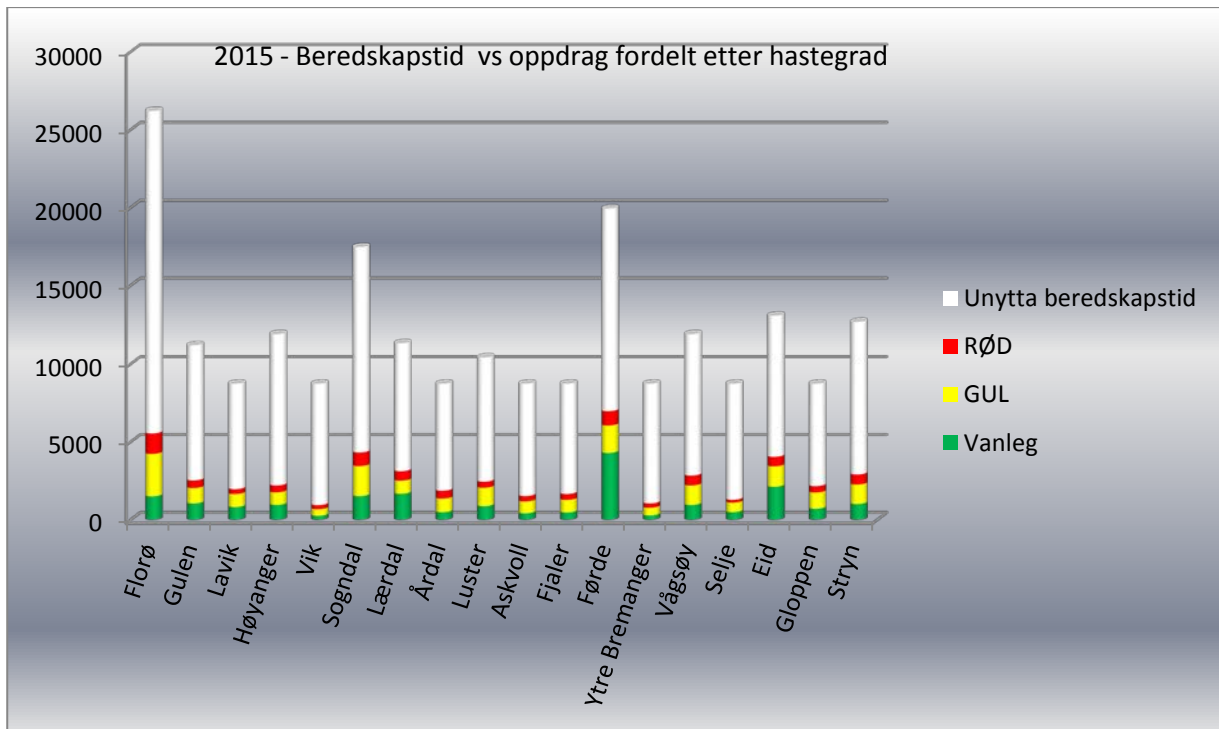


13)Tal for kommunen er fjerna for å auke anonymisering av dataene. Antall hendingar er mindre enn eller lik 5.

I Helse Vest er det ingen av fylka som når målet om at ambulansen skal vere framme i 90 prosent av hendingane innan 25 minuttar i grisornt strøk. Heller ikkje målet om at ambulansen skal vere framme i 90 prosent av hendingane innan 12 minuttar i tettbygde strøk.

I 1. tertial 2016 er måloppnåinga i Rogaland (72 %), Hodaland (71 %) for hendingar i tettbygd strøk, og i Sogn og Fjordane (82 %), Hordaland (79 %) og Rogaland (71 %) for hendingar i griskrendt strøk.

Styret ønskte også at det blei vist beredskapstid og oppdragstid per kommune. Denne grafen viser beredskapstid og oppdragstid fordelt etter hasteoppdrag i Sogn og Fjordane, og under for stasjonane i Helse Stavanger. Biletet er nokså representativt for dei andre helseføretaka i Helse Vest.



Oversikt over i kva for situasjonar det er brannmannskap som kjem først til ulykkesstaden og kva som er erfaringane med dette

Ordninga med akutthjelpar er forankra i akuttforskrifta, og skal kome i tillegg til – eller i vente på – at personell frå kommune eller spesialisthelsetenesta, kan yte akuttmedisinsk hjelp. Det blir lagt til grunn hendingar der brannmannskap rykker ut som førsteresponder som assistanse til helseressursar, og ikkje til ulykker der dei rykker ut i eigenskap av å vere redningsteneste med sjølvstendig ansvar. Kvalitetsindikatoren for responstid omhandlar når ambulansen er framme på staden. Tilbakemeldingane frå helseføretaka er referert under:

Helse Førde

I Sogn og Fjordane er erfaringa at brannvern og ambulansetenester er om lag like hurtig framme i dei større tettstadane og dei byane der ambulansetenesta har stasjonsvakter. I mindre tettstadar og i utkantområder, er brannvernet oftast først framme. Dette skuldast ei langt tettare organisering av dei kommunale brannverna som gjerne har fleire stasjonar i kommunane, ev mindre depot.

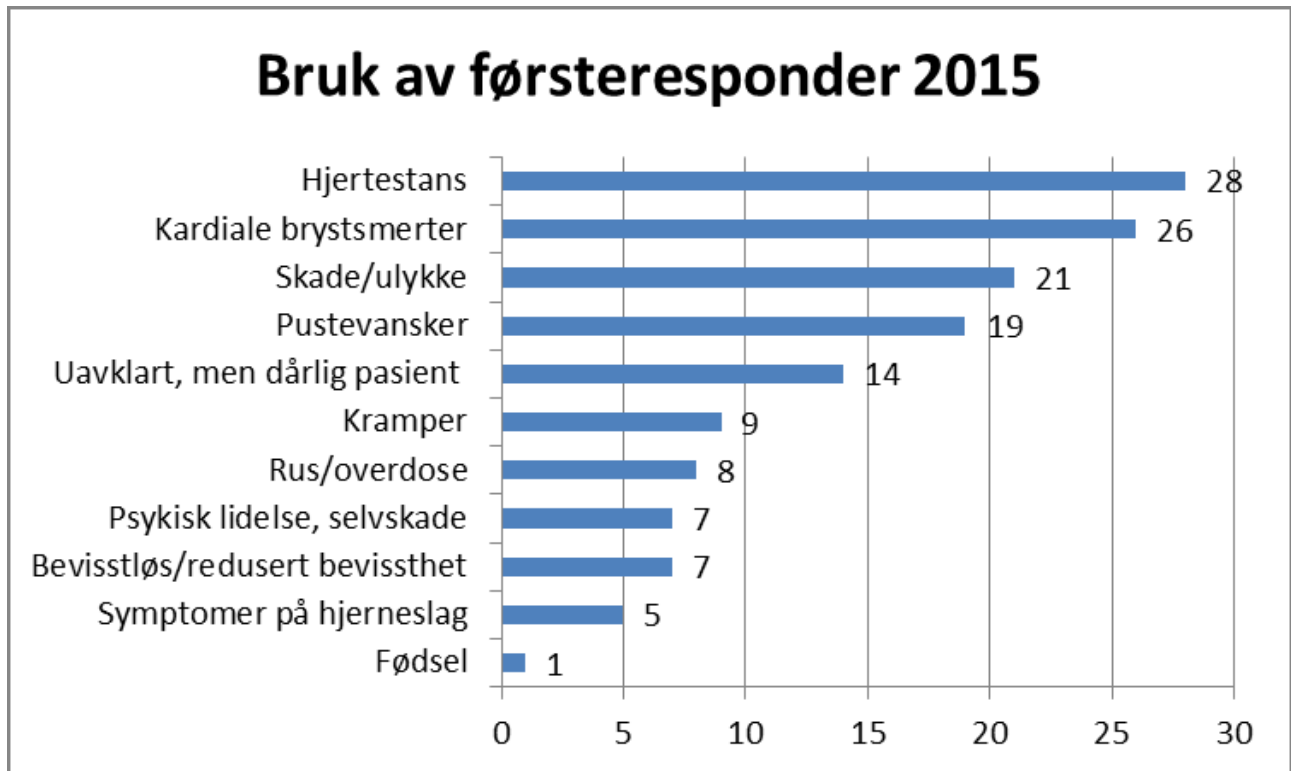
Brannverna rykkjer ut på branntilløp, trafikkulykker og andre situasjonar der trippelvarsling av nødetatane er naturleg. I tillegg har stadig fleire av brannverna i Sogn og Fjordane fått tilgjengeleg hjertestartar og har opplæring i hjerte lunge redning med bruk av halvautomatisk defibrillator. Dette var eit prosjekt i regi av Stiftelsen Norsk luftambulans (SNLA) sitt tidleg hjertestart (THS) prosjekt med opplæring og utplassering av hjertestartar. I den seinare tid har 4-5 av kommunane meldt interesse for og fått opplæring i nok eit SNLA prosjekt – *mens du venter på ambulansen*. Dette kurset er meir utvida og involverer m.a. oksygenbehandling og meir enn livløyse. I Sogn og Fjordane er det ein del brannvern (kommunar) som har vegra seg for å gå inn i slike prosjekt av fleire grunnar. Primærårsaka er ei uro for om ambulansetilbodet i framtida kan bli svekka som fylgje av slike kommunale beredskapsordningar. Sekundært er det mange små og frivillige brannvern som vegrar seg for helserelaterte oppgåver dei ikkje føler seg tilstrekkeleg kompetente til. I dei same kommunane har gjerne legevakts-samarbeid ført til lenger reisetid og avstand, og politireform har ført til at brannvernet i tillegg får leiaransvaret på skadestaden fram til politiet kjem.

Helse Bergen

I Helse Bergen har dei lang tradisjon for eit nært samarbeid med branntenesta, også som assistanse til kvarandre sine primær oppgåver. Med åra har bruken av brannmannskap som førsteresponder endra seg noko, med ulike avtalar med dei ulike kommunane. Ikkje alle kommunar har etablert slik ordning, og nokre stader er det andre yrkesgrupper som inngår i tenesta.

I hovudsak blir førsterespondar varsla når pasienten sin respirasjon/sirkulasjon er oppfatta som trua. Som det går fram av figuren under, er oppdraga knytt til pasientar som vil profitere

på rask assistanse for å sikre vitale funksjonar. I figuren er oppdrag i Samnanger kommune utelatt då førsteresponder blir varsla ved alle raude responsar.



I fire kommunar i Helse Bergen er det ikkje registrert bruk av førsteresponder. For Eidfjord manglar avtale om slik ordning.

Fjell kommune er tradisjonelt godt dekkja av legevakt og ambulanse. Brannberedskaperen er dessutan delt mellom lokalt brannvern og Bergen brannvesen, noko som har gjort etablering av ein god førsteresponderordning vanskelegare.

Askøy kommune har etablert ordning der legevaktsentral varslar førsteresponder. Helse Bergen har derfor ikkje oversikt over omfanget av tenesta. Bruken er truleg noko redusert etter at kommunen har skaffa utrykningskjøretøy til legevaktstenesta.

Det er store variasjonar i bruk av brannmannskap som førsteresponder. Variasjonane er knytt til i kva grad det blir oppfatta som raskare enn bruk av egne ressursar, avtaler og primærhelsetjenesta si evne til rask respons. I mange kommunar er lokal lege ofte også rekvirent, og da er det naturleg at lege avgjør behov for assistanse.

I Helse Bergen sitt ansvarsområde blei førsteresponder nytta 199 gonger i 2015. Det gir ein andel på 1,5 prosent av alle raude responsar.

Bruk av førsteresponder reflekterer avstand til legevakt og størrelsen på ambulansen sitt primære dekningsområde. Behovet er ikkje unaturleg mindre når befolkninga er konsentrert på mindre areal.

Avtalen med Samnanger kommune skil seg ut frå andre avtalar ved at førsterespondar blir varsla ved alle raude responsar. Det er ikkje stasjonert ambulanse i kommunen, og legevakslege er på vakttid stasjonert i Os. Heller ikkje i Masfjorden er det stasjonert eigen ambulanse, og store avstandar gir lang responstid. Det lokale brannvesen har i samarbeid med legetenesta og akuttmedisinsk avdeling fått til ei god og effektiv førsteresponderordning.

Helse Fonna

Fleire av kommunane i Helse Fonna sitt område har ordning med akutthjelparar i brannvesenet. AMK kallar desse ut ved ulykker eller alvorleg sjukdom (til dømes hjartestans) der minuttane tel. Helse Fonna har berre positiv erfaring med ordninga. Brannmannskap er vant til utrykking og hasteoppdrag og har forståing for redningsteneste ut frå sitt daglege arbeid. Opplæring og trening i førstehjelp skjer dels i deira eigen regi og dels saman med ambulansetenesta. Naudetatane treffes også ved ulukker og hendingar der brann, ambulanse og politi er tilstades som følgje av trippelvarsling. Bruk av naudnett har i tillegg ført til auka grad av forståing og samarbeid mellom naudetatane.

Kvar har helseføretaka dei største utfordringane, og ei prioritering av kva grep som kan og bør takast for å betre den akuttmedisinske kjeda utanfor sjukehus

Helse Førde

Styret i Helse Førde har bedt om ein overordna plan for prehospitale tenester. Administrerande direktør etablerte i 2014 ei prosjektgruppe som har utarbeidd eit grunnlagsdokument basert på gitt mandat. Signal om nye forskrifter og nasjonalt arbeid med akuttmeldinga har ført til at denne saka framleis ikkje er lagt fram som styresak i Helse Førde. Likevel kan ein del av utfordringane og tiltaka som helseføretaket i dag har i den akuttmedisinske kjede, formidlast slik:

Då Helse Førde i 2005 overtok ambulansetenesta hadde alle stasjonane heimevakt. Overgang til tilstadesvakt har gitt betre arbeidsplanar og stor omlegging ved mange stasjonar. Dette har gitt vesentleg høgare løns- og personalkostnader.

Fagmiljøet trekkjer fram heimevakt som særleg krevjande. Det er ikkje arbeidsbelastninga under vakt som er ei utfordring, men belastning med å gå i vakt over lang tid. Det er også vanskelegare å få vikarar til å ta slike vakter. Attraktive arbeidsplassar som rekrutterer og stabiliserer personell, utdanning, kompetanse og gode fagmiljø vil vere viktig for å sikre ei føreseieleg og god ambulanseteneste.

Økonomisk ramme til Helse Førde er basert på objektive kriterier. Føretaket brukar meir til ambulansetenesta enn det rammene føreset. Ein ytterlegare vekst betyr å prioritere vekk andre tenester. Det er difor ein føresetnad at ambulansetenestene vert planlagde og drifta innan dei økonomisk rammene Helse Førde har, og at dei årlege budsjetta også må vere meir styrande for omfang på tenestene saman med faglege vurderingar.

Det er behov for gjennomgang av den samla båtambulansetenesta, samt inngå nye kontraktar.

I arbeidet har det vore eit mål og kvalitetskrav at innbyggjarane i Sogn og Fjordane skal vere sikra fagleg forsvarlege, tilgjengelege, kompetente og føreseielege ambulansetenester.

Det er gjort forsøk på å konkretisere målsettingar og tiltak i åtte delmål. Med bakgrunn i dette må tenesta lage årleg prioritering og handlingsplan basert på tilgjengelege rammer og rammeføresetnader.

Helse Bergen

Om responstida skal betrast for å møte tidsanbefalingane, vil det krevje ei betydeleg fortetting i ambulansestructur med fleire ambulansestasjoner i grisgrendte strøk. Dette vil gi tidsgevinst, men også auka beredskapstid. Enkelte ambulansar har allereie så låg oppdragsmengde at det er vanskeleg å tilby mannskapa ønska kunnskap og erfaringsgrunnlag.

Helse Fonna

Helse Fonna har dei største utfordringane i grisgrente kommunar. Det er også stasjonar i desse kommunane som har mest beredskapstid og minst oppdragstid.

Helse Fonna har dei siste åra dempa den store auken i tal på ambulanseoppdrag som store deler av landet opplever. Dette skuldast god styring frå operative leiarar, god dialog med kommunane og god flåtestyring i AMK.

Bruk av ambulansetenesta er likevel forventa å auke framover. AMK-sentralane har ei viktig rolle i å sikre befolkninga akutthjelp innan forsvarleg tid. Sentralane i Helse Vest er avhengig av kvarandre for backup og for å sikre effektiv ressursutnytting på tvers av føretaksgrenser. Kvar sentral er sårbar ved større hendingar og høg aktivitet. Det er derfor knytt forventningar til og det blir sett fram til ei avklaring av organiseringa knytt til virtuelt samarbeid i prosjektet Virtuell –AMK, og til innføring av ny teknologiløysing

Helse Fonna har legebil stasjonert i Haugesund, i drift på dagtid. Føretaket har greia ut behov for helikopter stasjonert i eige område. Vi viser i den samanheng til styresak 066/15 i Helse Vest; spørsmål om ny helikopterbase i Helse Fonna HF - innspel til ny kontraktstrunde for helikoptertenester. Eitt av argumenta her var responstider for akutt sjukdom og skade i grisgrendte strøk. Helse Fonna greier no ut moglegheit for å erstatte legebilen med ein intensivambulanse bemanna med lege og ambulansarbeider. Utfordring med bilbasert legeteneste er at rekkevidde er avgrensa og responstida vil vere like lang som i dag. Fordel er at pasienten får legespesialist raskare ut til seg.

Helse Stavanger

Helse Stavanger HF står framfor ein gjennomgang av struktur / plassering av ambulansestasjoner i forbindelse med revisjon av gjeldande plan for ambulansetenesta.

I denne gjennomgangen vil dei gjere ein analyse av dekningsgraden. Kvalitetsindikator for responstid vil vere ein viktig del av grunnlaget for analysen.

Kvalitetsindikatoren for responstid omhandlar både AMK og ambulansetenesta. Det er viktig at dokumentasjon og kvalitetsarbeid er godt samordna mellom dei to avdelingane.

Konklusjon

Responstider for ambulansetenesta og andre prehospitale akuttmedisinske ressursar, har vore gjenstand for debatt gjennom fleire tiår. Tida vil alltid vere ein viktig faktor i akuttmedisinen.

Kjennskap til kor lang tid det tar før ein ambulanse er framme på hendelsesstaden er nyttig for å planlegge ressurs- og kapasitetsplanlegging, og for å identifisere tiltak som kan bidra til å redusere responstida. Geografiske forskjellar og busettingsmønsteret er med på å forklare forskjellar i responstid rundt omkring i landet. Likevel bør ein unngå urimelege forskjellar, for å sikre eit mest mulig likeverdig tilbod til heile befolkninga.

Helseføretaka arbeider lojalt for å få eit best mogleg resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar, men er i tvil om det er mogleg å oppnå 100 prosent måloppnåing på denne kvalitetsindikatoren utan at det går ut over andre tiltak som vil kunne ha større effekt på overlevelse / utfallet for pasientane. Kvalitetsindikatoren for responstid burde inngå i eit framtidig balansert sett av kvalitetsindikatorar for ambulansetenesta der også indikatorar for pasientbehandling (kliniske indikatorer) inngår.

Ved revisjonen av forskrift om krav til akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus blei akutthjelparar omhandla av forskrifta. For pasienten er det av betydning når akuttmedisinsk hjelp kjem fram. Akutthjelpar funksjonen burde derfor vore innarbeida som ein del av indikatoren.

I samarbeidsavtalar med kommunane og samhandling er det viktig å finne kompensierende ordningar og tiltak for sikre eit forsvarleg akuttmedisinsk tilbod i tråd med dei myndigheitskrava som gjeld.

Innføring av naudnett har gjeve nye moglegheiter for samhandling og kommunikasjon både internt og eksternt. Erfaringsutveksling mellom samarbeidspartar etter hendingar vil fortsatt vera viktig for i enno større grad å gjere nytte av moglegheitene for samarbeid og kommunikasjon gjennom naudnett.

England og Skottland er eksemplar på land som har fleire års erfaring med nasjonale kvalitetsindikatorer for ambulansetjenesta. I desse landa har det vore ein utvikling frå eit sterkt hovedfokus på responstid som einaste kvalitetsindikator til eit breiere sett av indikatorar som blant anna inneheld kliniske indikatorar. Det blir uttrykt bekymring for at

kvalitetsindikatoren på responstid skal bli for styrande for utviklinga av dei prehospitale tenestene.

Helseføretaka viser til at utviklinga gir ein reduksjon i talet på grøne oppdrag, og ei auke i gule og raude oppdrag. Denne endringa opptre i heile landet. Årsaka er samansett. Utvikling innan medisinsk behandling har medført at pasientar med tilstander som før blei sett på som ikkje tidskritiske, no skal raskt til sjukehus, f.eks. ved hjerneslag og ulike infeksjonar. Dette har resultert i større press på ambulansetenesta og det er ein klar tendens til at ventetid medfører hastegradsoppdateringar, som igjen gir omdisponeringar og auka ventetid for dei minst sjuke. Spesielt blir planlagde transporter på dagtid ramma når etterspørselen er konsentrert i eit relativt kort tidsrom. Enn så lenge er responstid ved raud respons rimeleg konstant, men det er registrert ei negativ utvikling ved gul og grøn respons.

Informasjon om oppdrags-/beredskapstid blir registrert i programmet Ambustat. Her registrerer ambulanspersonell sine oppdrag i ettertid. Det er ikkje eit journalsystem, men er skaffa med tanke på å få betre oversikt over verksemda. Datakvaliteten er nå tilstrekkelig god til at data kan nyttast i verksemdsplanlegging. På eit regionalt og nasjonalt nivå, blir det peika på at mangel på nasjonale styringsdata, verksemdsdata og tilgang til elektronisk pasientjournal er ein hemsko for dei prehospitale tenestene.

Ambulansetenesta er ein viktig del av det heilskaplege tilbodet av offentlege helsetenester til befolkninga. Stadig meir avanserte behandlingstiltak blir utført prehospitalt, noko som medfører strengare krav til medisinsk faglig forankring av både tenestetilbodet og personellet. Tenestene skal ivareta befolkninga sine behov for oppdatert prehospital behandling og transport til rett behandlingnivå i tråd med moderne behandlingsprinsipp.

Helse Vest sin samla plan for prehospitale tenester frå 2008, bør revidarast i tråd med nasjonale føringar. Arbeidet bør starte så snart som råd er i 2017.

Helse Vest RHF bør ha som mål at tid frå 113-oppringning til ambulanse er på hendelsesstad skal vere innan 12 minuttar (tettbygde strøk) eller innan 25 minuttar (grisgrendte strøk) i minst 90 prosent av oppdraga.

SINTEF gjorde i 2002 ei kostnadsanalyse for styrking av ambulansetenesta som byggjer på Akuttutvalet sine forslag til responstider. SINTEF-rapporten (2002) framheva Sogn og Fjordane som eit fylke som illustrerte noko av dilemmaet med eventuell innføring av responstidskrav. Økonomiske konsekvensar var knytt til to element; etablering av nye einingar og oppjustering av beredskapsnivået på eksisterande heimevaktordningar.

For Sogn og Fjordane blei kostnadane summert til 27 MNOK i 2002. Til samanlikning (2002) blei det for Hordaland rekna i overkant av 10 MNOK og for Rogaland i underkant av 10 MNOK.

For Sogn og Fjordane ville modellen for å støtte forslaget krevje 32 bilar i akuttberedskap, der kvar kommune 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. (Også her føresett at ledig bil er tilgjengeleg). Helse Førde har nyleg estimert at dette vil medføre ein årleg kostnad for ambulansetenesta på om lag 250 MNOK, mot dagens 170 MNOK. Auken vil vere opp mot 80 MNOK årleg. (Vi presiserer at tala er usikre, men gir eit estimat på kostnadene).

Samla for Helse Vest må vi legge til grunn betydelege kostnader i 2017 kroner ved innføring av responstidskrav. Det er ikkje gjort ei ny brei kostnadsanalyse. Med atterhald kan vi likevel estimere auka kostnader for regionen til å bli opp mot 150 MNOK per år.

Kjelde: Helsenorge.no, og innhaldet er levert av Helsedirektoratet, Norsk Pasientregister.

13) Tall for kommunen er fjernet for å øke anonymisering av dataene. Antall hendelser er mindre enn eller lik 5.

23) Inngår ikke i tettbygd/grisgrendt strøk.