



Direktøren
Bodø

Adresseliste

VEDLEGG
AMBULANSEPLAN

Deres ref.:

Vår ref.:
2015/2321/GAN

Dato:
20.10.2015

Brev vedrørende Høringsdokument ny ambulanseplan for Nordlandssykehuset HF – Bilambulansetjenesten – Invitasjon til innspill

Nordlandssykehuset HF sender med dette høringsdokument vedr utarbeidelse av Ny ambulanseplan, bilambulansetjenesten, ut på høring. Styret vil få saken til behandling etter høringsrunden og vurdering av høringsinnspillene i styremøte 15. desember 2015.

Frist for innlevert høringsuttalelse er 16. november 2015.

Bakgrunn

Akuttmedisinsk beredskap omfatter akuttmedisinsk kommunikasjon, akuttberedskap i kommunehelsetjenesten, ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten og akuttberedskap i spesialisthelsetjenesten. Bilambulansetjenesten er en sentral del av den akuttmedisinske beredskapen.

Ambulansetjenesten har de siste 20 årene hatt en betydelig medisinsk faglig utvikling. Stadig nye og skjerpede krav og retningslinjer har forandret og forbedret tjenesten. Andelen autoriserte ambulansearbeidere har økt kraftig og utgjør per i dag nærmere 100 %. Også når det gjelder medisinteknisk utstyr har utviklingen vært enorm. I dag utfører ambulansearbeidere avanserte undersøkelser av pasienten utenfor sykehus og gir livsviktige medikamenter der pasienten måtte befinne seg. Dette sparer viktig tid for pasienten, og bidrar til økt sannsynlighet for overlevelse og raskere rehabilitering for pasienten.

Nordlandssykehusets bilambulansetjeneste består i dag av 29 ambulanserbiler fordelt på 20 ambulansestasjoner, inndelt i 7 soner. Det er nærmere 180 ansatte i tjenesten. Den desentraliserte modellen har fordeler når det gjelder nærhet til pasientene og responstid ved utrykning. Samtidig representerer en slik modell utfordringer når det gjelder rekruttering og vedlikehold av kompetanse, da det er mange små stasjoner lokalisert i distriktene og flere av disse med lav oppdragsmengde. Den desentraliserte organiseringen gjør tjenesten spesielt sårbar ved sykefravær blant ansatte.

Videre har bilambulansetjenesten gjennom mange år hatt økonomiske utfordringer, med et økonomisk overforbruk på om lag 10 mill kr årlig. Dette til tross for at budsjettet er styrket i flere omganger de siste årene, og at oppdragsmengden har vært stabil. Høyt sykefravær og tidvis begrenset tilgang på vikarer ved sykdom og ferieavvikling har generert høyt overtidsforbruk på fast personell, og dette medfører høye timekostnader. Det økonomiske overforbruket i ambulansetjenesten er utfordrende for foretaket, da det går på bekostning av øvrige helsetjenester i sykehuset, samt innebærer redusert evne til å gjøre nødvendig reanskaffelse av utstyr – herunder ambulanserbiler.

Dagens ambulanseplan for Nordlandssykehuset ble vedtatt i 2006. Opprinnelig plan omfattet områdene i Salten og Lofoten. I ettertid har det geografiske ansvarsområdet til ambulansetjenesten blitt utvidet til også å omfatte Vesterålen. Videre har det siden forrige planprosess kommet nytt regelverk og nye forskrifter, og det har skjedd en betydelig utvikling i den faglige standarden i ambulansetjenesten. Som en konsekvens av dette er det nødvendig å tilpasse organiseringen av ambulansetjenesten til nye rammeforutsetninger.

Direktøren i Nordlandssykehuset nedsatte våren 2015 et prosjekt med mandat til å utforme forslag til ny ambulanseplan for Nordlandssykehuset HF. Den nye ambulanseplanen skal imøtekomme de krav til tjenesten som fremgår av lov og forskrifter, bidra til å opprettholde og videreutvikle god faglig standard i tjenesten, jevnere fordeling av ressursene mellom de geografiske områdene, samt tilpasses tjenestens økonomiske rammeforutsetninger.

Prosjektdeltakerne har hatt en kompetansemessig bred sammensetning, og det er i tillegg benyttet ekstern bistand til prosessstøtte og analysearbeid. Representant fra brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og vernetjeneste har deltatt gjennom hele prosessen. Referansegruppe med representanter fra kommunehelsetjenesten og andre helseforetak har bidratt underveis i arbeidet.

Ny ambulanseplan

I vedlagt høringsutkast til ny ambulanseplan for Nordlandssykehuset HF redegjøres for status og utfordringer i dagens ambulansetjeneste, hvilke områder som er utredet i løpet av planprosessen og forslag til ny organisering av ambulansetjenesten innenfor rammevilkårene i mandatet.

Følgende ønsker vi særskilt å få belyst:

- Planlagte endringer hos høringsinstansene som kan påvirke behovet for kapasitet og tilbud i ambulansetjenesten
- Hvorvidt våre samarbeidspartnere har innspill til alternative løsninger som kan bidra til bedre kvalitet og ressursutnyttelse innenfor ambulansetjenesten

Innspill fra høringsinstansene vil bli vurdert i forbindelse med utarbeidelse av endelig forslag til ambulanseplan som fremlegges for styrebehandling i desember. Endelig planforslag vil ta utgangspunkt i rammeforutsetningene for planarbeidet.

Høringsuttalelser sendes som e-post til: postmottak@nlsh.no eller som post til: Nordlandssykehuset HF, Postboks 1480, 8092 Bodø. Vennligst merk alle henvendelser ”Ny ambulanseplan”.

Høringsfrist: 16. november 2015

Kontaktperson ved spørsmål: Avdelingsleder ambulanse Loke Gulliksen, telefon 45872954, epost: loke.Gulliksen@nordlandssykehuset.no

Det arrangeres også informasjonsmøter i alle regionene:

Bodø 22. oktober, kl 12.30 – 14.30. Nordlandssykehuset, store møterom administrasjonen

Fauske 29. oktober kl 12.30 – 14.30. Helsetunet

Sortland 30. oktober, kl 12-00 – 14.00. Sortland hotel

Gravdal 2. november kl 11.30 – 13.30. Nordlandssykehuset, møterom røntgen

Med vennlig hilsen


Paul Martin Strand
Administrerende direktør



Adresseliste:

Kommunene

UNN HF

Helgelandssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF

Helse Nord RHF

Brukerutvalget i NLSH

Tillitsvalgte NLSH

Hovedverneombud NLSH

Overordnet Samarbeidsorgan (OSO)

Salten Politidistrikt

Salten Brann

Nordland Fylkeskommune

Midtre Hålogaland politidistrikt

Hovedredningssentralen Nord-Norge

Referansegruppen for ambulanseplanprosjektet

Forsvaret

Luftambulansetjenesten ANS

FORF – frivillige organisasjoners redningsfaglige forum

Redningsselskapet

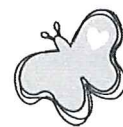
Høringsutkast for ny ambulanseplan

Bilambulansen ved Nordlandssykehuset 2015

Bodø
Dato: 15.10.2015



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



1	INNLEDNING	3
1.1	OM PROSJEKTGJENNOMFØRINGEN	3
2	LOVER, FORSKRIFTER OG OVERORDNEDE RETNINGSLINJER	5
3	DAGENS AMBULANSETJENESTE VED NORDLANDSSYKEHUSET	6
3.1	HISTORISK UTVIKLING	6
3.2	DAGENS ORGANISERING OG DRIFTSMODELL	7
3.3	AMBULANSEOPPDRAG I 2014	8
3.4	HELHETLIG AKUTTMEDISINSK BEREDSKAP I ANSVARSOMRÅDET	13
4	UTFORDRINGER KNYTTET TIL DAGENS AMBULANSETJENESTE	15
4.1	UTFORDRINGER KNYTTET TIL FAGLIGHET I TJENESTEN	15
4.2	ØKONOMISKE UTFORDRINGER	15
5	FREMTIDIG AMBULANSETJENESTE FOR NORDLANDSSYKEHUSET	17
5.1	FREMGANGSMÅTE FOR UTARBEIDELSE AV FREMTIDIG AMBULANSETJENESTE	17
5.2	VURDERTE ENDRINGSALTERNATIV	18
5.3	FORSLAG TIL FREMTIDIG AMBULANSETJENESTE I NORDLANDSSYKEHUSET	20



1 Innledning

Å drive en ambulansetjeneste i Nordland har betydelige utfordringer. Spredt demografi, skiftende vær- og føreforhold og varierende veistandard kan være krevende når tid teller. Regionen har en stadig økende mengde besøkende, befolkningsvekst og et næringsliv i positiv utvikling. I dette landskapet skal ambulansetjenesten være spesialisthelsetjenestens forlengede arm, og skal flytte en del av sykehuset ut til pasientene.

Ambulansetjenesten er bygd opp rundt Nordlandssykehusets visjon, med kvalitet, trygghet og respekt som de viktigste faktorene. Tjenestens ansatte skal være faglig oppdaterte, godt trent og motiverte for å yte, både når det gjelder som mest og i hverdagens mindre alvorlige situasjoner. Pasientsikkerhet skal være inkludert i alle arbeidsprosesser. Ambulansetjenesten skal i tillegg ha et godt arbeidsmiljø for den enkelte ansatt.

Dette dokumentet er et høringsutkast for ny ambulanseplan for ambulansetjenesten ved Nordlandssykehuset HF, og inneholder informasjon om dagens tjeneste, utviklingstrekk, utfordringer og foreslåtte endringer. Prosjektets fokus i arbeidet med høringsutkastet har vært å gi befolkningen best mulig pasientbehandling og mest mulig beredskap innenfor tjenestens rammevilkår. Risikovurderinger knyttet til fremtidig ambulansetjeneste har vært en integrert del av arbeidet og de relevante elementene fra vurderingene er innarbeidet i de ulike kapitelenes. Innspill fra høringsrunden vil inngå i arbeidet med den endelige ambulanseplanen.

1.1 Om prosjektgjennomføringen

Ambulanseplanprosjektet har vært gjennomført av en prosjektgruppe med underordnede delprosjekter. Prosjektet har vært styrt av en styringsgruppe ledet av medisinsk direktør ved Nordlandssykehuset HF og under rådgivning av en referansegruppe bestående av representanter fra primærhelsetjeneste i Nordlandssykehusets dekningsområde og ambulansesjefer fra andre helseforetak.

Styringsgruppens deltagere:

- Beate Sørslett, medisinsk direktør (leder av styringsgruppen)
- Gro Ankill, administrasjonssjef
- Helmer Jakobsen, klinikk-sjef prehospital klinikk
- Harald Stordahl, klinikkoverlege prehospital klinikk
- Liss Eberg, HR-sjef
- May-Britt Allstrin, representant for Delta, Fagforbundet og NSF
- Ragnhild Strand, Hovedverneombud
- Randi Aag, brukerrepresentant

Prosjektgruppens deltagere:

- Loke Gulliksen, prosjektleder
- Christer Rønnåbakk, prosjektkoordinator
- Evy Nilsen, delprosjektleder økonomi



- Toril Solbu, delprosjektleder avtaler og lokale bestemmelser
- Lise Johansen, delprosjektleder juridiske avklaringer
- John Helge Flage, delprosjektleder kompetanse og medisinskfaglige vurderinger
- Remi Helland, delprosjektleder bemanning
- Jan Ole Østensen, klinikkverneombud
- Jørn Hvalryg, Delta
- Karina Andersen Hjerde, Fagforbundet

Prosjektet har blitt støttet av EY (Ernst & Young AS).

Formål

Prosjektets formål har vært å utarbeide høringsutkast for ny ambulanseplan basert på dagens forutsetninger, med den hensikt å møte de utfordringer tjenesten står overfor på en best mulig måte.

Mandat

Prosjektet har hatt tre rammebetingelser:

- Ny ambulanseplan skal tilpasses dagens økonomiske ramme
- Ny ambulanseplan skal tilfredsstillere relevante lover, forskrifter og tariffavtaler
- Høringsutkast skal leveres til direktøren innen 15. oktober 2015.

Avgrensninger

Dagens funksjonsfordeling mellom sykehus, helseforetak og regioner ligger til grunn for vurderingene som er gjort i prosjektet. Mulige fremtidige endringer er ikke vektlagt i arbeidet med ny ambulanseplan. På samme måte er ikke fremtidige veiprosjekter vektlagt, selv om de kan føre til reduksjon i responstid i enkelte deler av ansvarsområdet.

Luftambulansetjenesten og båtambulansetjenesten er ikke vurdert som del av dette prosjektet.

2 Lover, forskrifter og overordnede retningslinjer

I dette kapittelet listes ulike lover, forskrifter og overordnede retningslinjer som danner rammebetingelser for ambulansetjenesten. For flere detaljer, se kapittel 2 i vedlegget.

Sentrale myndighetskrav

- Lov om arbeidsvern og arbeidsmiljø m.v., (Arbeidsmiljøloven) 2005-06-17 nr 62, 1.1.2006
- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a om ansvar i ambulansetjenesten, 1.1.2001
- Stortingsmelding nr. 43 om akuttmedisinsk beredskap, 30.6.2000
- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, 1.4.2005
- Forskrift for ambulansebil, 20.2.2003
- Forskrift om opplæring og kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy, 12.5.2004
- Forskrift om registrering og godkjenning av utrykningskjøretøy, 9.1.2003
- Forskrift om tekniske krav og godkjenning av kjøretøy, deler og utstyr, 4.11.1994
- Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste, 9.1.2003
- Forskrift om pasientjournal, 1.1.2001
- Forskrift om legemiddelforsyning mv ved sykehus og andre helseinstitusjoner, 7.1.2003
- Forskrift om samordning av ambulansebåttjeneste med syketransport og helsepersonell med båt, 1.3.2004

Bemanning og beredskap

- Forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften), 20.3.2015
- NOU 1998:9 – Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap
- Justisdepartementets samfunnssikkerhetsmelding, 15.6.2012
- Helsedirektoratet, Læring for bedre beredskap – Helseinnsatsen etter terrorhendelsen 22.7.2011, kapittel 11
- Lov om helsemessig og sosial beredskap (Helseberedskapsloven), 1.7.2001
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap, § 7, 23.7.2001

Kompetanse og fagutvikling

- Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) 1999-07-02 nr 64. (2003-09-01)
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, 1.1.2003
- Helse Nords traumerapport, 23.4.2010
- Helse Nords oppdragsdokumenter, 9.1.2015

Legemiddelhåndtering og medisinteknisk utstyr

- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 13.4.2015
- Lov om statlig tilsyn med helsetjeneste, 30.3.1984
- Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr, 1.1.2014

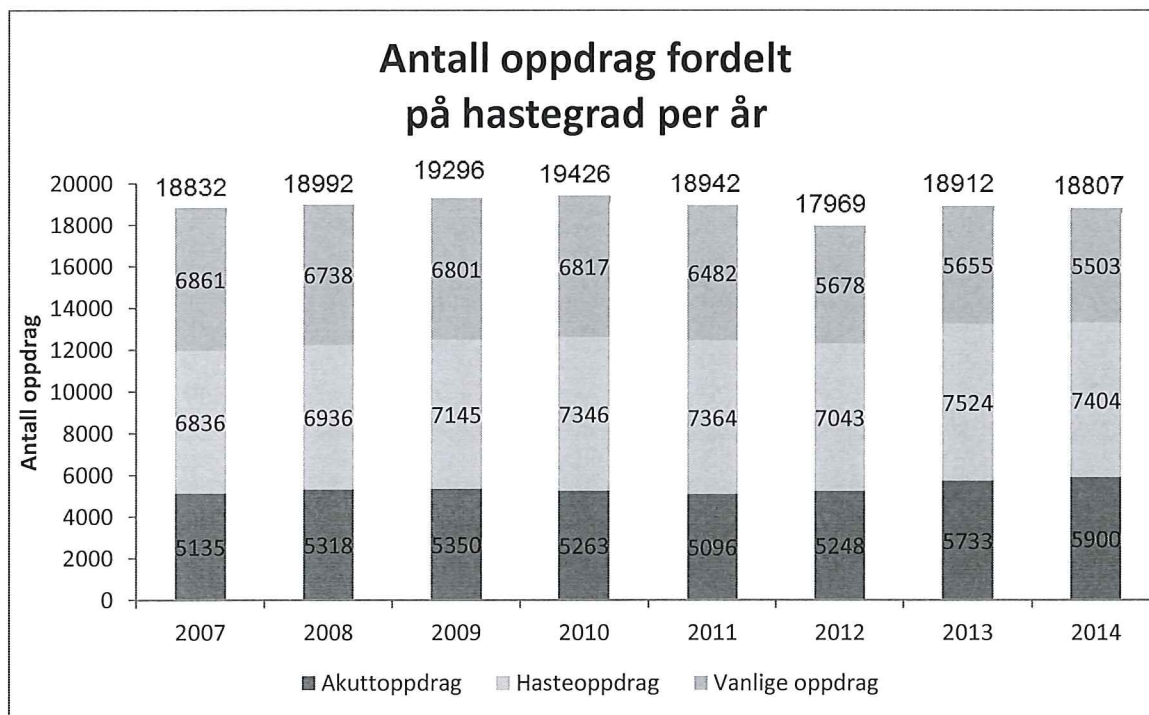


3 Dagens ambulansetjeneste ved Nordlandssykehuset

3.1 Historisk utvikling

Nordlandssykehuset har gradvis overtatt driftsansvaret for ambulansetjenesten i sitt ansvarsområde. Fra 2001 har sykehuset drevet tjenesten i Bodø, og i årene som fulgte kom Salten, Lofoten og Vesterålen inn under offentlig drift, i regi av Nordlandssykehuset. Siden 1.1.2007 har ambulansetjenestens ansvarsområde vært uendret, etter at de nordlige delene av Vesterålen ble overført fra Hålogalandssykehuset.

Oppdragsmengden til ambulansetjenesten har vært relativt stabil i perioden 2007 til 2014, med et gjennomsnitt på 18 900 oppdrag per år. Figur 1 under viser antall oppdrag per år, fordelt på hastegradene akutt¹, haste² og vanlige oppdrag³.



Figur 1: Historisk utvikling av totalt antall oppdrag fordelt på hastegrad

Ambulansetjenesten har de siste 20 årene hatt en kraftig medisinsk faglig utvikling. Stadig nye og skjerpede krav og retningslinjer forandrer og forbedrer tjenesten. Pasienter blir i dag alltid møtt med to ambulansarbeidere per bil, mot tidligere hvor énmanns-betjent ambulanse var normen. Også andelen av bemanningen med fagbrev og

¹ Akutt oppdrag: Hastegrad for antatt kritisk tilstand der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret og der ambulanse skal rykke ut og lege alarmes.

² Haste oppdrag: Hastegrad for antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjonene kan bli truet og der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege eller transport til sykehus.

³ Vanlige oppdrag: Hastegrad for tilstander der det antas at tidspunktet medisinsk sett ikke er avgjørende og som kan forelegges lege til vurdering ved første passende anledning.

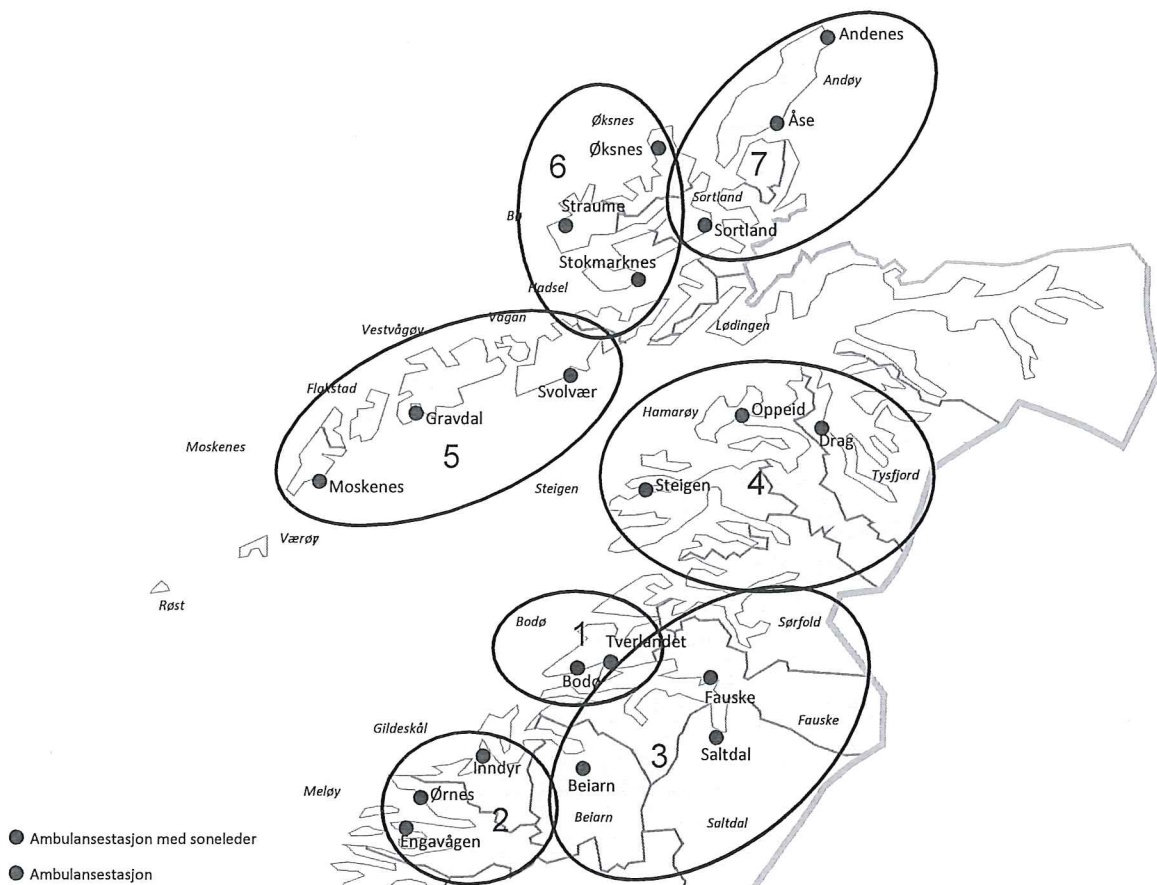
ambulanspersonellutdanning har økt kraftig. Ved utarbeidelse av den forrige ambulansplanen i 2006, lå Nordlandssykehuset lavest på landsbasis med kun 43 % personell med bestått fagbrev. Det har vært en overordnet målsetning for Nordlandssykehuset å få denne andelen opp, og per 15.10.15 har 99 % av ambulansetjenestens faste ansatte fagbrev.

Også innen medisinteknisk utstyr har ambulansetjenesten vært gjenstand for en enorm utvikling. For 20 år siden hadde ambulansarbeideren begrensede muligheter til å gi pasienten avansert medisinsk oppfølging utenfor sykehus, og måtte i større grad konsentrere seg om å få fraktet pasienten raskt til akuttmottak eller legevakt. I dag utfører ambulansarbeidere avanserte undersøkelser av pasienten utenfor sykehus, sender EKG trådløst inn til leger med spesialisert kompetanse, og gir livsviktige medikamenter der pasienten måtte befinne seg. Dette sparer viktig tid for pasienten, og bidrar til økt sannsynlighet for overlevelse og raskere rehabilitering for pasienten.

3.2 Dagens organisering og driftsmodell

Ambulansområdet Salten, Lofoten og Vesterålen er per i dag oppdelt i 7 soner med totalt 20 stasjoner, se figur 2 på neste side. Helseforetaket disponerer 29 ambulansbiler, hvorav 27 biler er i døgnkontinuerlig beredskap og 2 biler har beredskap på dagtid i ukedagene. I tillegg disponeres 1 reserveambulans i hver sone. Tjenesten teller 179 ansatte, herunder 7 soneledere, 125 fagarbeidere, 24 sykepleiere, 6 med paramedic-utdanning, samt 18 lærlinger. 5 av tjenestens ambulansarbeidere har stedfortrederfunksjon for enhetsledere.

Ambulansstasjonene har ulike arbeidstidsordninger som er utarbeidet og godkjent av ambulanssjef, enhetsleder og tillitsvalgte. På stasjonene med lavest oppdragsmengde går de ansatte på hjemmevakt, med noe aktivtid tilknyttet vaktskifte og fagutvikling. På stasjonene med større oppdragsmengde er turnusen basert på en kombinasjon av aktivtid og vakt på vaktrom (passivtid). Bodø stasjon er den eneste stasjonen med døgnkontinuerlig aktivtid, tjenestens andre stasjoner har varierende grad av aktivtid, vakt på vaktrom og hjemmevakt.



Figur 2: Nordlandssykehusets ambulansestasjoner og soneinndeling

Driftsmodellen til ambulansetjenesten i Nordlandssykehuset baseres i dag på prinsippet om minimum grunnbemanning. Dette innebærer at man har akkurat nok bemanning til å opprettholde beredskap på tjenestens bilambulanser, men bemanning til å dekke fravær knyttet til blant annet fagutvikling, ferie og sykdom er ikke inkludert. Modellen er i samsvar med avtalene sykehuset har med de ulike fagforeningene.

Ettersom tjenesten er bemannet med minimum grunnbemanning, er det utfordrende å sikre tilstrekkelig langsiktig planlegging. Fravær må alltid dekkes fortløpende, enten ved bruk av vikar eller overtid, til tross for at mye av fraværet er kjent. Den enkelte soneleder velger vikarinneleie eller bruk av overtid for å opprettholde beredskap, selv om det ikke nødvendigvis er tilgjengelige budsjettmidler til dette. Dette gjøres naturlig nok fordi man ikke opplever å ha andre alternativer. Kostnader knyttet til vikarer og overtid i ambulansetjenesten er derfor høye. I tillegg har tjenesten i enkelte tilfeller sett seg nødt til å innføre strakstiltak som å ta biler av beredskap i mangel på kvalifisert personell. Disse momentene gir indikasjoner på at dagens driftsmodell ikke er optimal for tjenesten.

3.3 Ambulanseoppdrag i 2014

Oppdragsmengde per kommune

I 2014 hadde ambulansetjenesten til Nordlandssykehuset 18 866 oppdrag, hvorav 32 % var akuttoppdrag, 40 % var hasteoppdrag og de resterende var vanlige oppdrag.

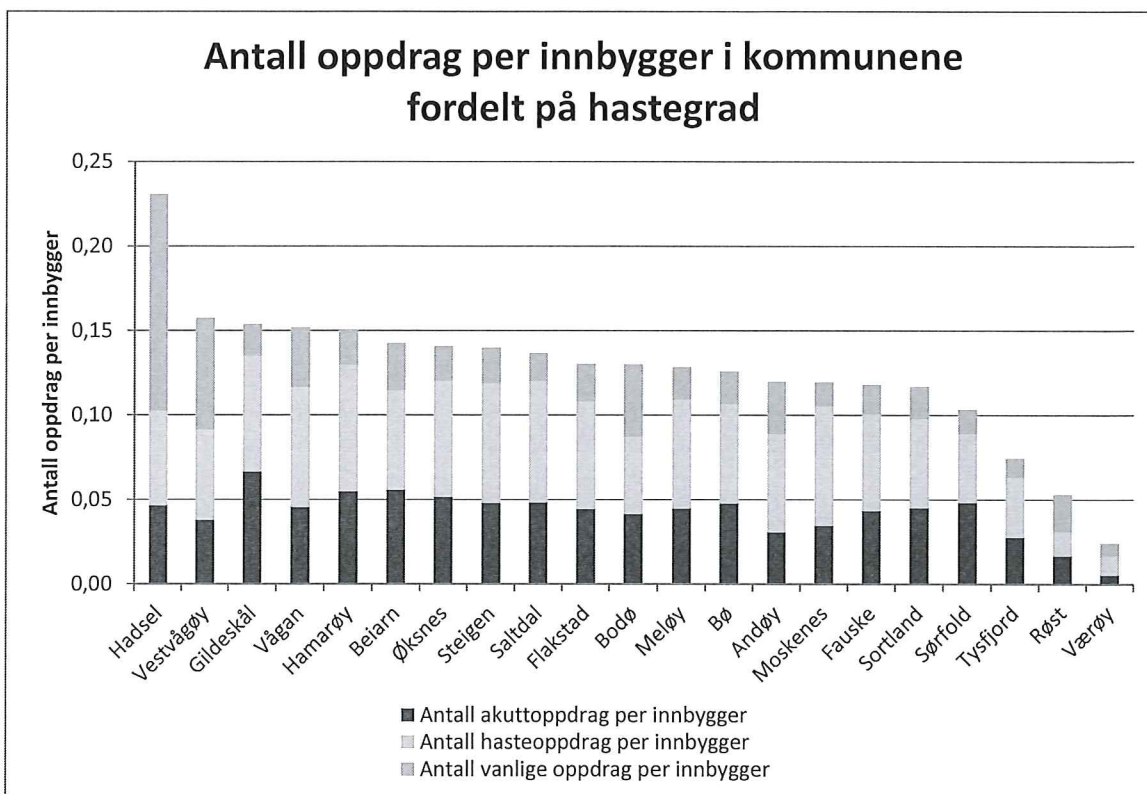


Tabell 1 under viser hvordan disse oppdragene fordelte seg på regionens kommuner.

Kommune	Innbyggertall	Antall akuttoppdrag	Antall hasteoppdrag	Antall vanlige oppdrag	Totalt antall oppdrag
Andøy	4991	246	290	156	692
Beiarn	1058	59	62	30	151
Bodø	50185	2076	2294	2162	6532
Bø	2642	126	156	51	333
Fauske	9622	417	551	169	1137
Flakstad	1358	60	87	30	177
Gildeskål	2014	134	138	38	310
Hadsel	8057	374	452	1034	1860
Hamarøy	1811	99	136	38	273
Meløy	6454	288	418	123	829
Moskenes	1070	37	76	15	128
Røst	545	9	8	12	29
Saltdal	4734	228	341	78	647
Sortland	10166	457	536	197	1190
Steigen	2507	120	178	53	351
Sørfold	1953	94	80	28	202
Tysfjord	1996	55	71	23	149
Vestvågøy	11140	421	596	739	1756
Værøy	780	4	9	6	19
Vågan	9285	421	660	330	1411
Øksnes	4563	235	313	95	643

Tabell 1: Antall innbyggere og oppdrag fordelt på hastegrad per kommune

Figur 3 på neste side presenterer antall oppdrag per innbygger i regionens kommuner, fordelt på hastegrad.



Figur 3: Antall oppdrag per innbygger i regionens kommuner fordelt på hastegrad

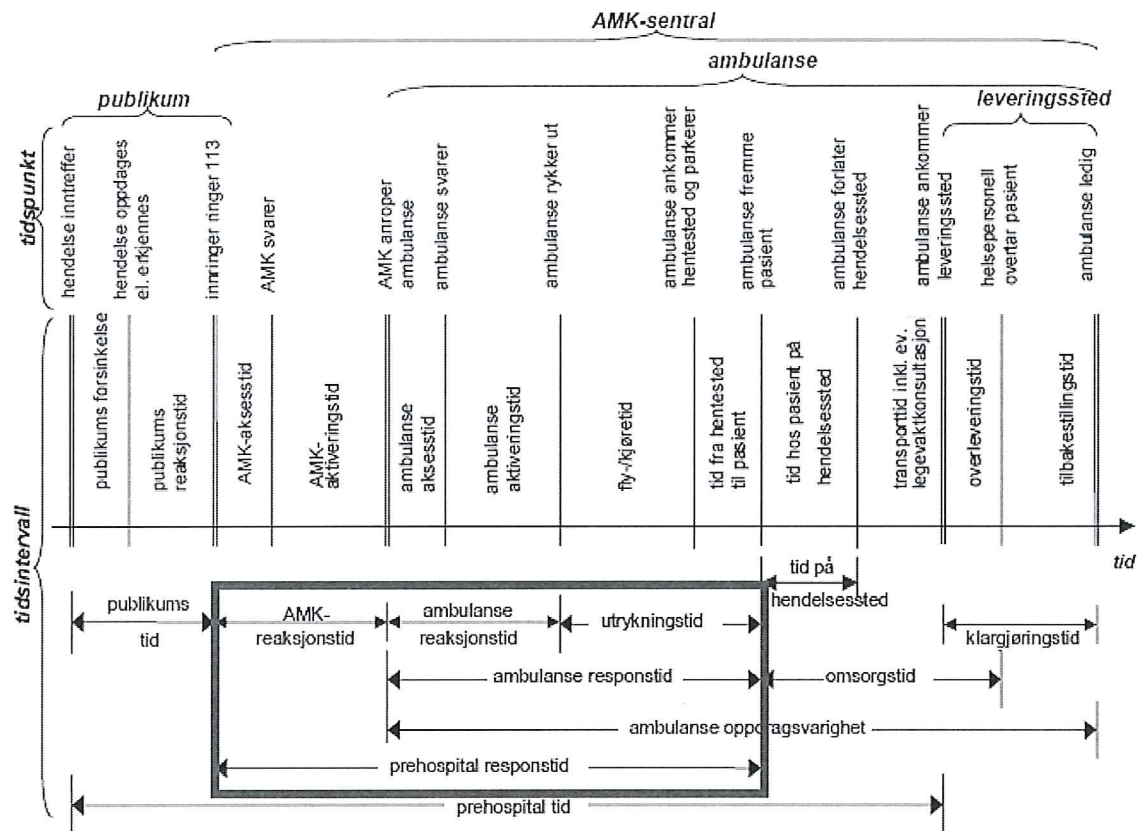
Faktisk prehospital responstid i 2014

Prehospital responstid defineres som tidsintervallet fra det ringer hos akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) til ambulansen er fremme på hentestedet, jfr. KITHs⁴ definisjoner for akuttmedisinsk kjede, presentert i figur 4 på neste side.

Det finnes i dag ingen krav til hva den prehospitalt responstiden bør være for ambulansetjenester i Norge. Det er utgitt retningslinjer i NOU 98:9 og i St. Meld. 43 fra 1999-2000, som for akuttoppdrag sier at 90 % av befolkningen bør kunne nås innen 12 minutter i tettbebygde strøk, og innen 25 minutter i gråstrøk.

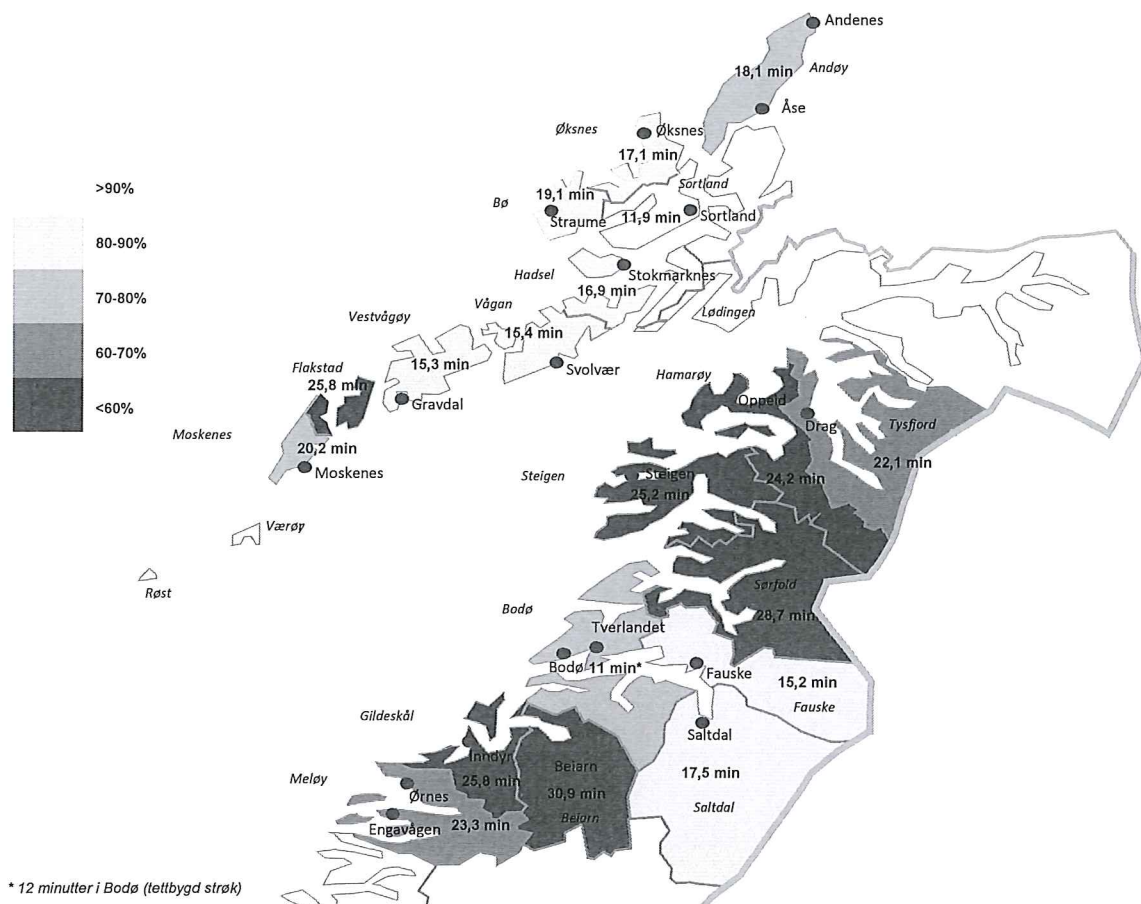
Da det ikke stilles responstidskrav til ambulansetjenestene i Norge er det få, om noen, som fullt ut tilfredsstillende disse retningslinjene. Når man skal vurdere Nordlandssykehusets dekning ville det derfor være mer naturlig å måle tjenesten mot andre tjenester, i stedet for kun mot anbefalingene i NOU 98:9. Mangel på kvalitetssikrede nasjonale data for ambulansetjenestene er derimot en kjent problemstilling, og slike sammenligninger er derfor ikke prioritert i prosjektets nåværende fase.

⁴ Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren



Figur 4: KITHs definisjoner for den akuttmedisinske kjede

I 2014 var den prehospitala responstiden for akuttoppdrag i Nordlandssykehusets kommuner i gjennomsnitt 15,4 minutter, og 84,5 % av oppdragene hadde en responstid på under 25 minutter. I Bodø kommune, hvor store deler av befolkningen bor i tettbygde strøk, var gjennomsnittlig prehospital responstid 11 minutter, og 76,1 % av akuttoppdrag hadde en responstid på under 12 minutter. Figur 5 på neste side viser regionens ambulansestasjoner, gjennomsnittlig prehospital responstid for regionens kommuner, samt hvor stor andel av oppdragene i 2014 som hadde en responstid på under 25 minutter.

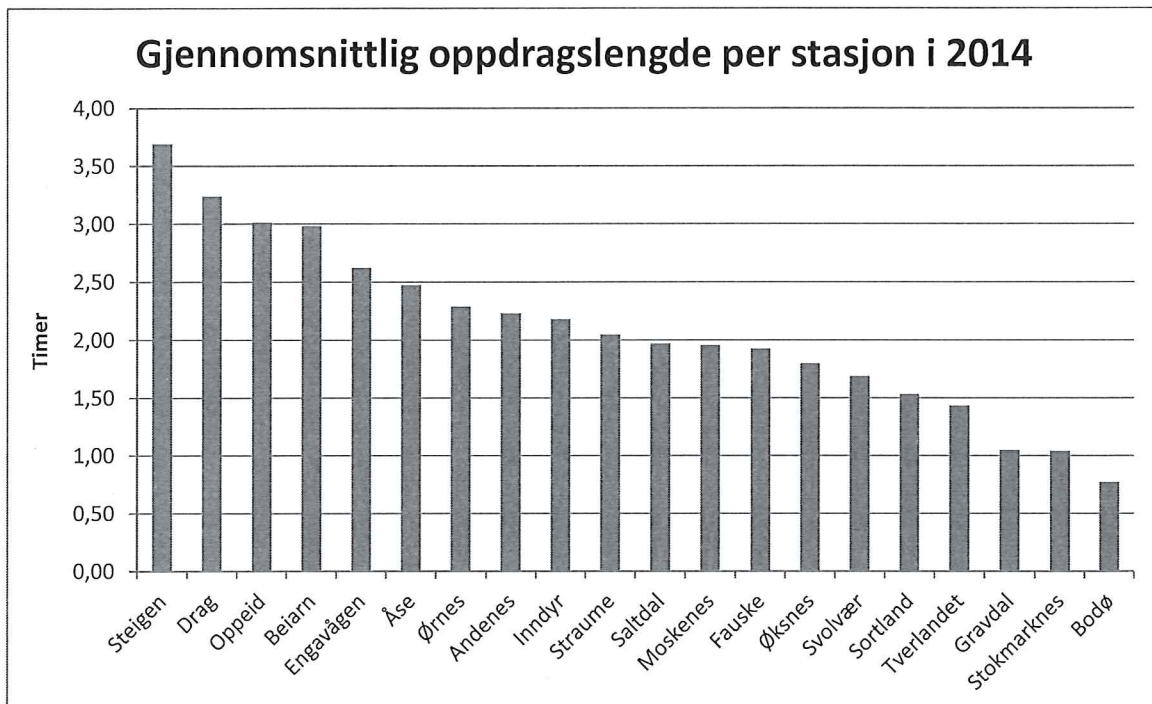


Figur 5: Prehospital responstid og andel akuttoppdrag som i 2014 ble nådd innen 25 minutter

Gjennomsnittlig oppdragslengde per stasjon

Den gjennomsnittlige oppdragslengden⁵ for regionens stasjoner varierer stort, fra 0,8 timer i Bodø til 3,7 timer i Steigen. Figur 6 på neste side viser at stasjonene som ligger nært Nordlandssykehusets avdelinger har kortest oppdragslengde, mens mange av stasjonene i Salten, som er tilknyttet sykehuset i Bodø, har lengst gjennomsnittstid på oppdragene.

⁵ Oppdragslengde: Tid fra ambulansen rykker ut til den er meldt ledig på stasjon etter oppdraget er avsluttet



Figur 6: Gjennomsnittlig oppdragslengde (målt i timer) per stasjon i 2014

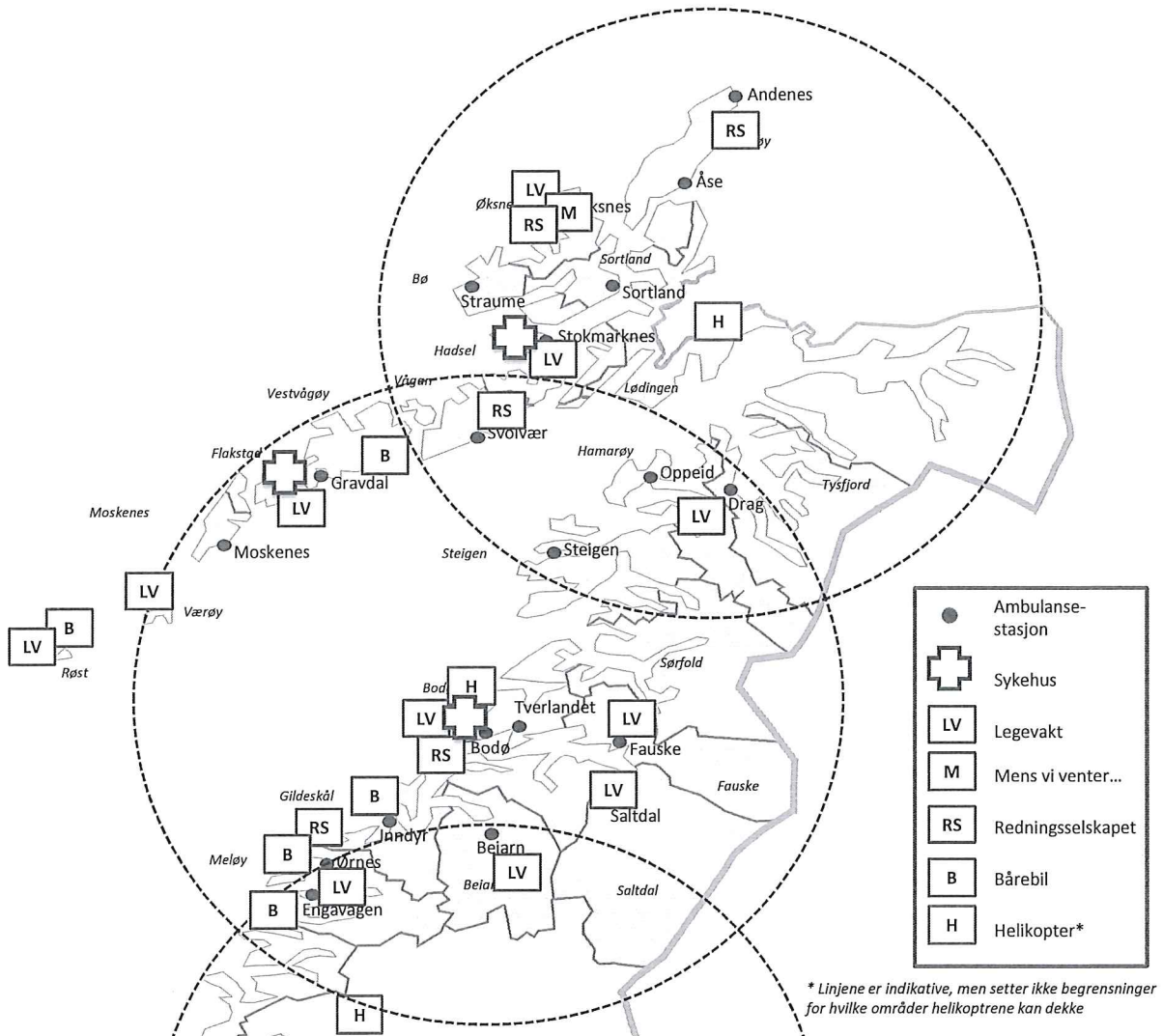
3.4 Helhetlig akuttmedisinsk beredskap i ansvarsområdet

Ambulansetjenesten iverksetter ikke ambulanseoppdrag på egenhånd. AMK tar i mot alle 113-samtaler og tildeler ambulanseressurser til pasienter basert på nasjonale føringer hentet fra Norsk Medisinsk Indeks, på lik linje med alle andre AMK i Norge. Det ligger kvalitetssikrede vurderinger til grunn for hvert enkelt ambulanseoppdrag som igangsettes.

AMK er på bakgrunn av dette ambulansetjenestens viktigste samarbeidspartner og premissleverandør. Tildelingen av ambulanseressurser er derimot ikke AMK eneste ansvarsområde. De skal også samhandle med andre nødsentraler, samtidig som de snakker med innringer, enten det er pasient, pårørende, helsepersonell eller andre, og gir råd om akuttmedisinske tiltak underveis i samtalen. En annen viktig oppgave for AMK er til en hver tid å sikre best mulig akuttmedisinsk beredskap med regionens tilgjengelige ressurser. Når beredskapen i et område er redusert som følge av at alle ambulansene er opptatt på oppdrag samtidig, eller av andre årsaker ikke er tilgjengelige, innfører AMK tiltak for å dekke opp for denne beredskapsreduksjonen. Det kan bety at andre ambulanser flyttes midlertidig, eller at man disponerer tilgrensende ressurser på en annen måte.

Det er viktig å merke seg at ambulansen ikke er det eneste akuttmedisinske tilbudet i regionen, og at samhandling med kommunale tjenester bidrar til å styrke regionens helhetlige beredskap. I henhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3.1 og 3.2 skal kommunene sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner.

Fastlegene og legevaktene er de viktigste ressursene i den kommunale akuttberedskapen. I tillegg representerer luftambulanse, Redningssselskapet og «Mens vi venter på ambulanse»⁶ viktige ressurser som bidrar i daglig ivaretagelse av mennesker med behov for akutt bistand i Nordlandssykehusets dekningsområde. Kartet i figur 7 under illustrerer denne helhetlige akuttmedisinske beredskapen. I tillegg til beredskapen skissert i kartet, er det mange andre viktige ressurser i regionen, herunder politiet, det lokale brannvesenet, lokale hjertestansgrupper, frivillige organisasjoner og 64 legekontorer.



Figur 7: Kart over de viktigste akuttmedisinske ressursene i regionen

6 «Mens du venter på ambulansen» skal etablere en lokal beredskap basert på brannmannskaper og helsepersonell. Disse skal kunne ta hånd om pasienten inntil profesjonell hjelp kommer fram, og ta de første livsviktige, grepene ved utrykninger



4 utfordringer knyttet til dagens ambulansetjeneste

4.1 utfordringer knyttet til faglighet i tjenesten

Ambulansetjenesten skal i hovedsak levere to viktige forhold til befolkningen; beredskap og kompetanse. Ivaretagelse av ferdigheter, kompetanseheving og fagutvikling er derfor bærebjelker i tjenesten.

Kompetanse oppnås og ivaretas på to måter, både gjennom pasientkontakt under faktiske oppdrag, og gjennom kurs, øvelser og lignende.

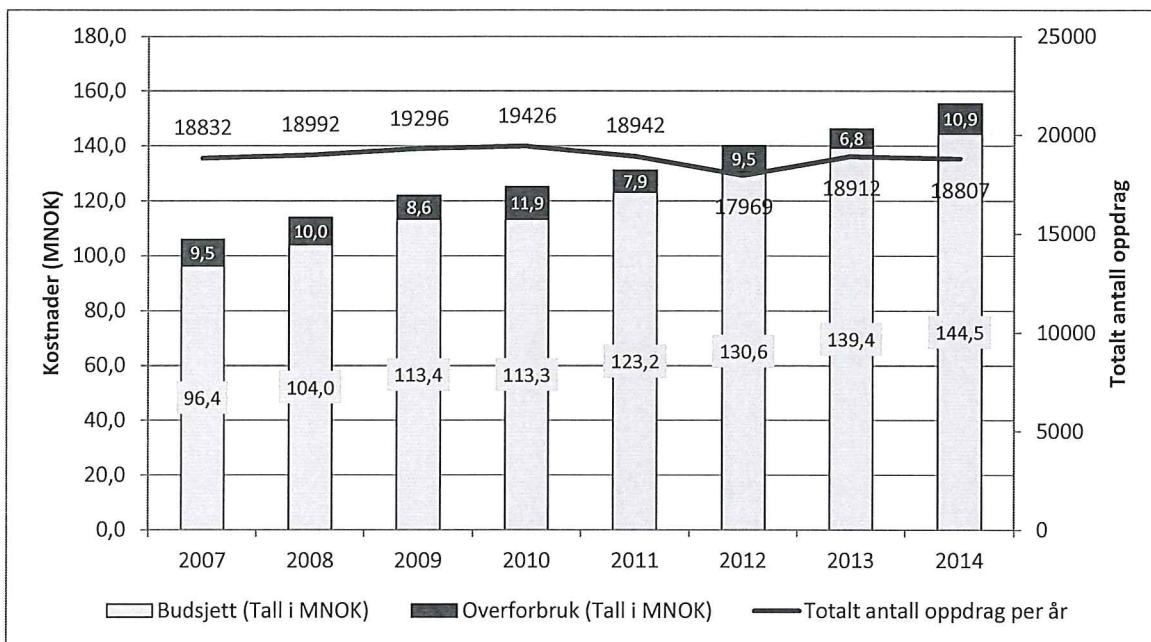
Det er i dag stor variasjon i mengde pasientkontakt fra stasjon til stasjon. Denne variasjonen gjør vedlikehold av ferdigheter på andre måter svært viktig, og noe tjenesten må ta høyde for, og kompensere for i sin organisering. Ambulansetjenesten har med dagens driftsmodell begrensede muligheter for å sikre ivaretagelse av kompetanse innenfor de gjeldende arbeidsplaner.

Planlagt kompetanseheving gjøres i dag stort sett utenfor de fastsatte arbeidsplanene, da de ulike stasjonene er dimensjonert med minimum grunnbemanning. Kurs, møter, øvelser, tester og lignende gjennomføres derfor på overtid, noe som er dyrt, men som også stiller arbeidsgiver i en posisjon hvor man ikke kan pålegge den enkelte arbeidstaker å delta. Dette medfører i praksis store utfordringer for å drive god og kvalitetssikret fagutvikling av samtlige ansatte.

Internrevisjonen i Helse Nord gjennomførte i 2014 en revisjon av kompetanse i ambulansetjenesten, og manglende kompetanseplan var ett av avvikene Nordlandssykehuset fikk. Revisjonen påpekte at fagutvikling, øving og trening bør, på bakgrunn av varierende oppdragsmengde mellom stasjonene, inngå i den ansattes normale arbeidsplan, satt inn i et overordnet system og planlagt i god tid. På denne måten vil tjenesten bidra til å sikre høy kompetanse i hele regionen. Det utarbeides nå en overordnet strategisk kompetanseplan for tjenesten, for å sikre tjenestens behov for videreutvikling og faglig kvalitetssikring. Denne vil ferdigstilles etter at ambulansplanen er vedtatt.

4.2 Økonomiske utfordringer

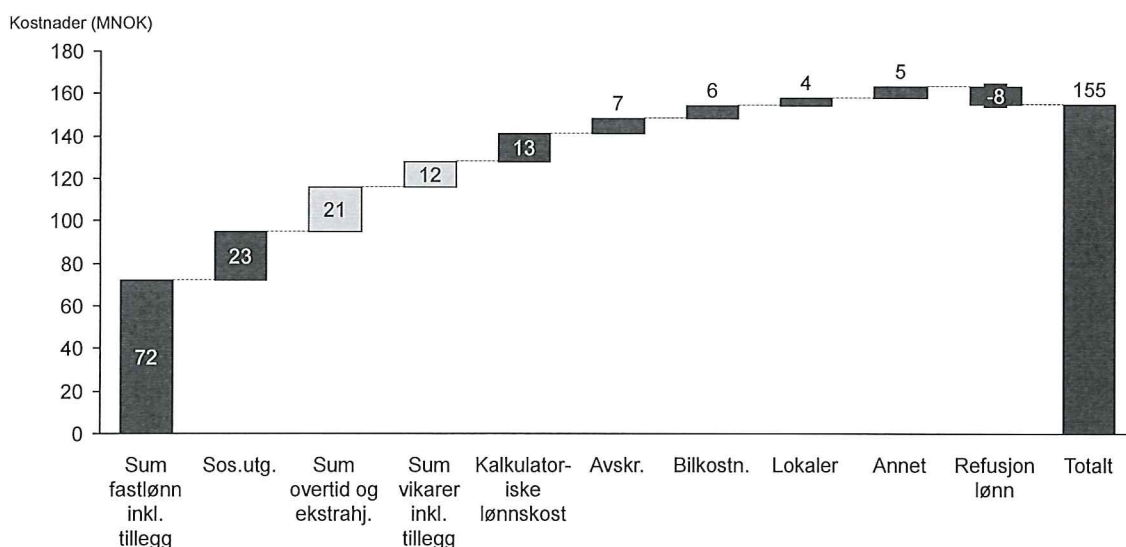
Bilambulansetjenesten ved Nordlandssykehuset har siden 2007 vært preget av til dels store negative budsjettavvik. Kostnadsnivået for tjenesten har økt med 51 MNOK siste 7 år, hvorav realveksten var på 28 MNOK, og overforbruket har vært relativt stabilt på i snitt 9 MNOK per år i samme periode. Dette til tross for at oppdragsmengden i regionen i snitt har vært på 18 900 oppdrag per år i nevnte periode, se figur 8 på neste side.



Figur 8: Utvikling i budsjett, overforbruk og totalt antall oppdrag i perioden 2007-2014

En av årsakene til overskridelsene har vært manglende mulighet for langsiktig planlegging av arbeidsplaner, hvilket har bidratt til stort forbruk av overtid og vikarer. Høyt sykefravær og til tider begrenset tilgang på vikarer ved sykdom og ferieavvikling har bidratt til å øke overtidsbruken på fast personell, som igjen har ført til høye kostnader. Denne utviklingen kan ikke fortsette, da det vil gå på bekostning av andre helsetjenester ved Nordlandssykehuset.

For 2014 utgjorde overtid, ekstrahjelp og vikarer til sammen 33 MNOK, tilsvarende 21 % av totale driftskostnader, se figur 9 under.



Figur 9: Totale driftskostnader for bilambulansetjenesten som helhet i 2014 i MNOK



5 Fremtidig ambulansetjeneste for Nordlandssykehuset

5.1 Fremgangsmåte for utarbeidelse av fremtidig ambulansetjeneste

For å utarbeide endringsalternativer for den fremtidige ambulansetjenesten ved Nordlandssykehuset har prosjektet jobbet med hypoteser på bakgrunn av arbeidsmøter, samt gjennomførte økonomiske og oppdragsrelaterte analyser. Disse analysene omfatter variasjoner mellom stasjoner blant annet knyttet til overforbruk, driftskostnader, oppdragsmengde, oppdragslengde, aktivitet på ulike dager og tidspunkt av døgnet, samt sesongvariasjoner. På bakgrunn av dette ble nærmere 90 hypoteser belyst og diskutert.

Hypoteser som potensielt sett kunne gi økonomiske besparelser med opprettholdelse av et forsvarlig beredskapsnivå ble tatt med videre, og lå til grunn for utarbeidelse av endringsalternativer. 30 ulike alternativer for endring ble tatt med videre i prosessen, og samtlige soner og stasjoner ble grundig vurdert. Alternativer med for store medisinskfaglige konsekvenser eller for lav økonomisk besparelse ble eliminert, og 20 ulike alternativer er i prosjektet blitt detaljert og ytterligere analysert med hensyn til prehospital responstid, samtidigetskonflikter og medisinsk forsvarlighet.

Metode for analyse av prehospital responstid

For alle alternativer som omhandler en endring av stasjoners beliggenhet, har det blitt estimert to ulike versjoner av dagens responstid; en faktisk responstid basert på data fra AMIS⁷ for alle oppdrag i 2014, og en teoretisk responstid basert på dagens plassering av ambulansestasjoner og avstand til hver av kommunens grunnkretser. På grunnlag av befolkningsstatistikk på grunnkrets nivå har det blitt utarbeidet en vektet gjennomsnittlig responstid. Den teoretiske responstiden er basert på forutsetninger om at ambulansens gjennomsnittlige kjørehastighet er fartsgrense pluss 25 %. Videre er responstiden basert på Nordlandssykehusets retningslinjer om at ambulansens aktiveringstid maksimalt skal være 2 minutter ved aktivvakt, 5 minutter ved vakt på vaktrom og 10 minutter ved hjemmevakt⁸.

Hensikten med å utarbeide analyser av dagens responstid med både faktisk og teoretisk fremstilling er for å kunne estimere en fremtidig forventet faktisk responstid dersom man flytter på en stasjon. For å komme frem til den forventede faktiske responstiden har det først blitt utarbeidet en teoretisk fremtidig responstid, som gir det vektede gjennomsnittet basert på beliggenhet til ny stasjon. Deretter har forholdstallet mellom dagens teoretiske og faktiske responstid blitt benyttet for å estimere den forventede faktiske responstiden, basert på den teoretiske fremtidige responstiden. Den faktiske forventede responstiden tar da høyde for faktorer som ikke er medberegnet i en teoretisk responstid, deriblant trafikk- og kjøreforhold.

Analyser har videre blitt utført for hvor stor andel av akutt- og hasteoppdrag som kan nås innen den veiledende målsetningen i NOU 98:9 på henholdsvis 12 og 30 minutter for

⁷ AMIS (Akuttmedisinsk informasjonssystem) er et IT-støtteverktøy som benyttes av AMK til blant annet mottak og registrering av nødmeldinger, bestilling av ambulansetransport, henvendelser til legevakt, gruppering, sortering og prioritering av oppdrag, og koordinering og tildeling av ressurser til ventende oppdrag.

⁸ Definert i ambulansplan for Nordlandssykehuset fra 2006 og ambulansetjenestens kjøreregler



befolkning i tettbygd strøk, og 25 og 40 minutter i grågrendte strøk. Dette har blitt gjort både for dagens responstid og fremtidig forventet faktisk responstid. For mer detaljert beskrivelse av prehospital responstid henvises det til kapittel 4 i vedlegget.

Metode for vurdering av samtidighetskonflikter

Analyser knyttet til samtidighetskonflikter viser det faktiske antall ganger samtlige biler på én stasjon var opptatt med akutt- og hasteoppdrag i 2014 samtidig. Dette har man brukt i vurderinger som innebærer en reduksjon i antall biler. Der endringsalternativet innebærer sammenslåing av stasjoner, har man vurdert antall samtidighetskonflikter for bilene på disse stasjonene samlet sett.

Metode for vurdering av medisinsk forsvarlighet

Prosjektet har vurdert de foreslåtte endringene ut fra hvilke medisinskfaglige konsekvenser de har for pasientene. Disse konsekvensene er i hovedsak knyttet til beredskap og prehospital responstid.

I KITHS definisjonskatalog og i Norsk Medisinsk Indeks gis de ulike hastegradene ulik farge. Akutte oppdrag er røde, hasteoppdrag er gule, og vanlige oppdrag er grønne. Prosjektet mener det er viktig å vurdere foreslåtte tiltak ut fra hvilke konsekvenser de har på de røde og gule oppdragene. Grønne oppdrag er «kan vente»-oppdrag, og rent medisinskfaglig vil de anbefalte endringene neppe ha konsekvenser for disse pasientene, annet enn at de eventuelt må vente noe lengre.

I prosjektets vurderinger knyttet til fremtidig ambulansetjeneste har man valgt å fokusere på akutte tilstander, altså tidskritiske hendelser hvor behandlingsmulighetenes tidsvindu er begrenset. Disse pasientgruppene omhandler pasienter med hjerteinfarkt, hjertestans, hjerneslag og traumer. Tilstandene representerer kvantitativt de fleste av de tidskritiske pasientene. Det er viktig å understreke at pasientene i disse gruppene i dagens situasjon allerede har et forsvarlig tilbud som er forankret i lokale legevakter, samt dagens bil-, båt- og luftambulansetjeneste. Ambulansetjenesten er selvsagt også viktig ved mindre tidskritiske tilstander hvor forsinkelse av behandling vil kunne føre til dårligere behandlingsmulighet eller -resultat for pasienten. Disse medisinskfaglige vurderingene har vært retningsgivende for prosjektets arbeid med endringsalternativ.

5.2 Vurderte endringsalternativ

Basert på analysene presentert over, har den helhetlige prosessen resultert i 20 ulike endringsalternativer. Disse alternativene presenteres i tabell 2 på neste side, med tilhørende konsekvenser for prehospital responstid, herunder forventet endring i responstid for akuttoppdrag, forventet andel av befolkning nådd innen 25 minutter ved akuttoppdrag og samtidighetskonflikter for akutt- og hasteoppdrag. For flere detaljer, se kapittel 4 i vedlegget.



Konsekvens for prehospital responstid				
Områder	Vurderte tiltak	Forventet endring responstid for akuttoppdrag (gj.snitt)	Forventet andel befolkning nådd innen 25 min ved akuttoppdrag	Samtidighetskonflikter for akutt- og haste-oppdrag
1. Ny driftsmodell	Ny driftsmodell innføres i hele regionen	Ingen påvirkning på responstid	Ingen påvirkning på responstid	Ingen påvirkning på responstid
2. Sortland og Stokmarknes	a) Redusere med én bil på Sortland, justert aktivtid på dagbilen på Stokmarknes, felles arbeidsplan for Sortland og Stokmarknes	Ingen direkte endring	Sortland: 94,90 % Hadsel: 82,57 %	Sortland: 135
	b) Redusere med én bil på Stokmarknes, felles arbeidsplan for Sortland og Stokmarknes	Ingen direkte endring	Sortland: 94,90 % Hadsel: 82,57 %	Hadsel: 27
	c) Endre én bil på Sortland til dagbil	Ingen direkte endring	Sortland: 94,90 % Hadsel: 82,57 %	Sortland (kveld/natt): 76
	d) Sammenslå Stokmarknes og Sortland til ny stasjon plassert midt i mellom	Sortland: +9,4 min Hadsel: +6,6 min	Sortland: 70,06 % Hadsel: 58,99 %	Sortland og Hadsel samlet sett: 3
3. Ørnes	Redusere aktivtid på dagbil og døgnbil på Ørnes	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring
4. Fauske	Redusere aktivtid på bilene i Fauske	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring
5. Moskenes og Gravdal	a) Endre én bil på Gravdal til dagbil, felles arbeidsplan for Gravdal og Moskenes	Ingen direkte endring	Ingen direkte endring	Gravdal: 40 samtidighetskonflikter dag/natt
	b) Redusere med én bil på Gravdal, felles arbeidsplan for Gravdal og Moskenes	Ingen direkte endring	Ingen direkte endring	Gravdal: 93 samtidighetskonflikter
	c) Endre én bil på Gravdal til dagbil, Moskenes flyttes til Flakstad, felles arbeidsplan for Gravdal og Flakstad	Gravdal: - Moskenes: +10,8 min Flakstad: -9,2 min	Gravdal: 88,1 % Moskenes: 0,0 % Flakstad: 99,0 %	Gravdal (kveld/natt): 40
	d) Redusere med én bil på Gravdal, Moskenes flyttes til Flakstad, felles arbeidsplan for Gravdal og Flakstad	Gravdal: - Moskenes: +10,8 min Flakstad: -9,2 min	Gravdal: 88,1 % Moskenes: 0,0 % Flakstad: 99,0 %	Gravdal: 93
	e) Moskenes stasjon legges ned, området betjenes med to biler fra Gravdal	Gravdal: - Moskenes: +28,3 min Flakstad: +2,6 min	Gravdal: 88,1 % Moskenes: 0,0 % Flakstad: 37,27 %	Samlet: 5
6. Saltdal	Redusere med én bil på Saltdal og redusere til 5 personer	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring	52 samtidighetskonflikter
7. Steigen	To hjemmevakt-stasjoner i Steigen blir én tilstedevaktstasjon med én bil på Furulund	+ 2,5 min	34,90 %	15 samtidighetskonflikter
8. Vesterålen	a) Redusere bemanning i Vesterålen med én per stasjon (unntatt Øksnes)	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring
	b) Redusere bemanning i Vesterålen med én per stasjon	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring
9. Bodø og Tverlandet	a) Tverlandet flyttes til Bodø, 3 døgnbiler med 32 ansatte	+ 1,1 min	66,00 %	Ikke vurdert
	b) Tverlandet som satellittstasjon for Bodø (med døgnbil) med felles arbeidsplan	Ingen vesentlig endring	71,48 %	Ikke vurdert
	c) Tverlandet som satellittstasjon for Bodø (med dagbil) med felles arbeidsplan	Ingen vesentlig endring dagtid Kveld/natt: + 1,14 min	66,00 %	Ikke vurdert
	d) Flytte Tverlandet til en stasjon nærmere Bodø (f.eks. på Støver)	+ 0,4 min	74,65 %	Ikke vurdert

Tabell 2: Prosjektets endringsalternativer med tilhørende konsekvenser for prehospital responstid

Etter grundig gjennomgang har noen av alternativene i tabellen på forrige side blitt nedprioritert, enten fordi de ikke gir en økonomisk besparelse, vil være vanskelig å realisere eller behøver mer utredning.

Det ble tidlig i prosjektet gjort omfattende vurderinger knyttet til endringer i Bodø kommune, og en rekke alternativ har blitt grundig analysert. Alle alternativ som ville innebære endring av hjemmevaktstasjonen på Tverlandet til en tilstedevakt ville medført en økning i kostnader da dette vil forandre minst tre ekstra årsverk. Det eneste kostnadsbesparende tiltaket ville være å endre Tverlandet til en satellittstasjon for Bodø, og endre bilen til en dagbil, men dette ble vurdert som risikabelt da det vil bety at det kun ville være to biler i Bodø kommune på kveld/natt og helg. Grunnet stor oppdragsmengde, samt et stort område å dekke, er ikke en slik reduksjon i beredskap ansett å være medisinsk forsvarlig. Prosjektet anbefaler derfor ingen endringer i Bodø kommune i denne omgang.

Av de resterende alternativene ble alternativer innenfor fire områder vurdert som realiserbare, i tillegg til at de kan gi økonomiske besparelser. Prosjektet har likevel i denne omgang besluttet å ikke prioritere disse, da de fremdeles krever mer utredninger. Tabell 3 under oppsummerer hvilke områder som i denne omgang ikke har blitt prioritert.

Område som ikke er prioritert	Begrunnelse for å ikke prioritere alternativene i denne omgang
Moskenes og Gravdal	Alternativet krever mer utredninger grunnet relativt lange distanser og ofte vanskelige kjøreforhold mellom Gravdal og Moskenes. Da bilene i Gravdal også ofte benyttes til flyplassturer og møtekjøring med ambulansen i Svolvær, må det vurderes hvilke konsekvenser en endring i beredskap vil ha ved denne stasjonen.
Saltdal	Da bilene i Saltdal og Fauske dekker store områder, vil det være nødvendig å vurdere konsekvenser knyttet til reduksjon i beredskap i dette området ytterligere.
Steigen	Endring av hjemmevaktstasjonene til en tilstedevaktstasjon vil medføre reduksjon med én bil i Steigen. Antallet samtidighetskonflikter er ikke høyt, da begge bilene har få oppdrag per år, men på grunn av lang oppdragslengde (dersom pasienten må leveres på sykehus, er nærmeste sykehus i Bodø) vil det være nødvendig med flere vurderinger av konsekvenser og risikoer knyttet til dette alternativet
Vesterålen	Juridiske rammebetingelser setter begrensninger for muligheten til å avlønne som hjemmevakt dersom ansatte bor på stasjon, noe som kan gjøre det vanskelig å rekruttere ansatte til disse stasjonene dersom de omgjøres til rene hjemmevaktstasjoner.

Tabell 3: Områder hvor endringer ikke er prioritert i denne omgang

Som resultat av denne prioriteringen, står prosjektet igjen med fire endringsalternativer; ny driftsmodell, samt strukturelle endringer på Sortland og Stokmarknes, Ørnes og Fauske.

5.3 Forslag til fremtidig ambulansetjeneste i Nordlandssykehuset

Forslaget til fremtidig ambulansetjeneste i Nordlandssykehuset har som utgangspunkt å ta tak i de to største utfordringene som dagens tjeneste står ovenfor, nemlig utfordringer knyttet til fagutvikling og høyt økonomisk overforbruk.

Ny driftsmodell

På grunnlag av utfordringene knyttet til fagutvikling og økonomisk overforbruk, er det anbefalt at det bør innføres en ny driftsmodell som tar utgangspunkt i bemanning til reelt

behov. Dette innebærer at man fastsetter det reelle behovet for antall faste årsverk basert på kjent fravær, deriblant planlagt ferie⁹, kurs og langvarig sykdom. Dette gir en økning i grunnbemanning, men vil likevel redusere totale kostnader grunnet mindre behov for vikarer og overtid. I tillegg åpner det for at man kan innføre noen av de andre vurderte endringstiltakene, uten at dette vil medføre en reduksjon i antall faste ansatte.

I hovedtrekk vil den fremtidige modellen for ambulansetjenesten sikre et mer harmonisert beredskapsnivå i regionen. Modellen vil ha mange positive virkninger, deriblant:

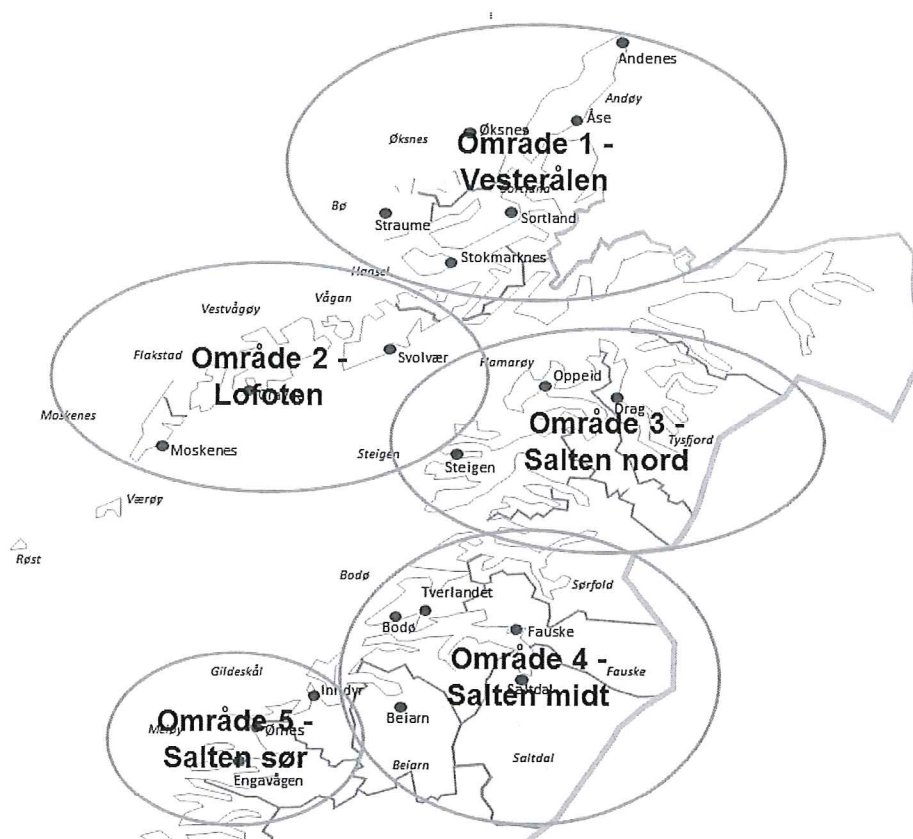
- Det vil bli lettere å sikre god kvalitet på fagutvikling og kompetanseheving i tjenesten, som i enda større grad vil sikre god prehospitaal behandling for pasienter i regionen
- Mange vikarer som nå har midlertidig ansettelse, vil få fast ansettelse
- Man vil unngå oppsigelse av faste ansatte.

Ny driftsmodell vil medføre følgende for de ansatte:

- Den enkelte ansatt må kunne benyttes mer fleksibelt enn i dag, med tanke på hvor vakter skal gjennomføres. Man vil se på muligheter der den ansatte har flest vakter på sin nærmeste stasjon og kun tidvis vakter på andre stasjoner i samme område.
- Arbeidsgiver må kunne styre fraværsrelatert aktivitet i større grad. Dette for å gi mulighet til å innføre langtidsplanlegging som konsept og dermed styre tjenestens ressurser på en best mulig måte.

Det anbefales at den nye driftsmodellen, som tar utgangspunkt i et reelt bemanningsbehov, innføres i hele regionen, og at de ansatte inngår i helhetlige arbeidsplaner innenfor fem geografiske områder, se kartet i figur 10 på neste side. For at det skal være hensiktsmessig å ha bemanning som roterer på tvers av stasjoner, vil det være naturlig å se vekk fra dagens soneinndeling og heller vurdere de nye geografiske områdene, da det vil være nærhet til andre stasjoner som vil være begrensende for organiseringen.

⁹ Unntatt hovedferie der det allerede finnes gode rutiner og budsjett for ferievikarer i hovedferieperioden



Figur 10: Foreslått fremtidig områdeinndeling

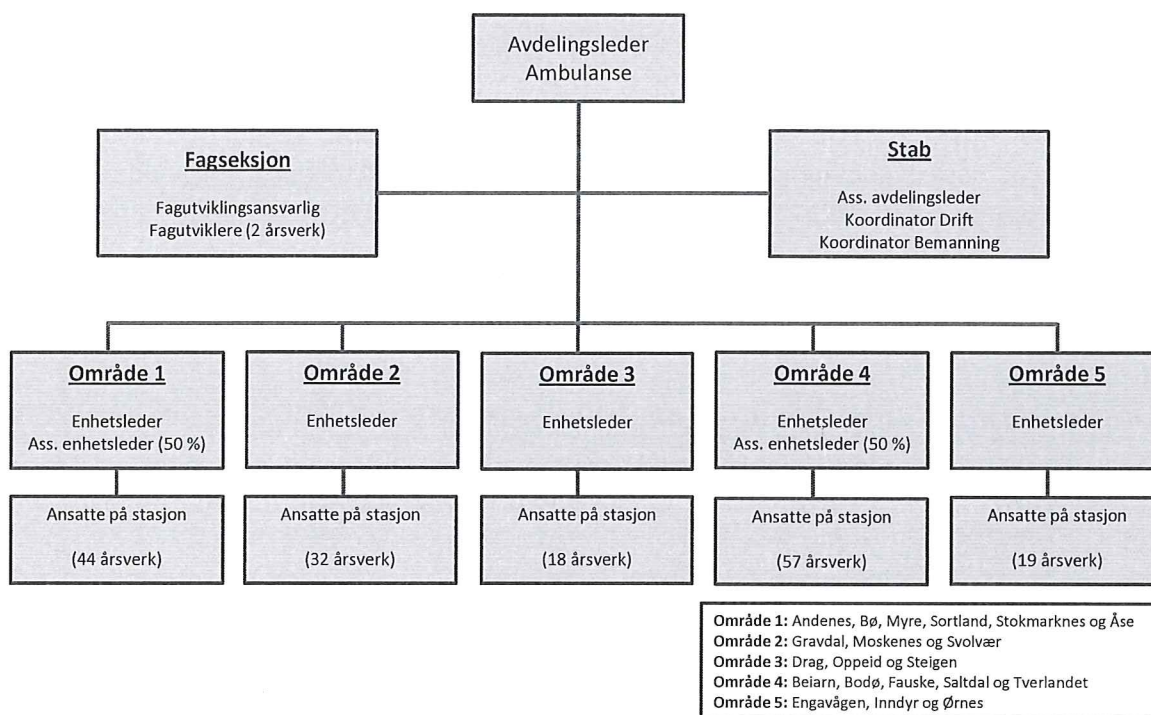
Med iverksettelse av ny driftsmodell vil man kunne oppnå besparelser uten å redusere antall faste årsverk i tjenesten. Alternativet åpner i tillegg for at mange av de midlertidige ansatte vil få fast ansettelse. Anbefalingene for fremtidig tjeneste forutsetter at det innføres langtidsplanlegging av turnus og at arbeidsgiver, der det er rimelig, styrer kjent fravær. Dette vil føre til at tjenesten kan dekke kjent fravær med faste ansatte og dermed redusere behovet for vikarer og overtid betraktelig. Den nye driftsmodellen forutsetter videre at de ansatte er fleksible til å jobbe noe på tvers av flere stasjoner. Man vil, til den grad det er mulig, ta hensyn til den enkelte ansatt sine preferanser for arbeidssteder. Detaljene vil utarbeides i samarbeid med de tillitsvalgte når prinsipielle endringer i ambulansetjenesten er vedtatt.

En ordning der alle ansatte inngår i felles arbeidsplaner innenfor geografiske områder og rullerer mellom stasjoner, vil bidra til å gi de ansatte like muligheter til å vedlikeholde kompetanse gjennom pasientkontakt på oppdrag. I tillegg vil kurs og opplæring innarbeides i de enkeltes arbeidsplaner, noe som vil sikre bedre styring av fagutvikling. Fleksible ordninger mellom stasjoner betyr at man vil ha en buffer til å dekke uventet fravær, noe som vil bidra til å redusere antall strakstiltak der man må ta ambulanser ut av beredskap grunnet mangel på kvalifisert personell.

For å kunne iverksette en driftsmodell med innføring av rullering mellom stasjoner, vil det være nødvendig å sikre forbedret styring, der ledere og ansatte i større grad følger



standardiserte rutiner, og der man har tydeligere definerte oppgaver og ansvarsområder. Der det er hensiktsmessig å sentralisere arbeidsoppgaver, vil dette vurderes. Figur 11 under viser et forslag til hvordan organisasjonskartet kan se ut.



Figur 11: Forslag til organisasjonskart

Det vil være noen usikkerhetsmomenter knyttet til fremtidig driftsmodell. Det vil blant annet være vanskelig å forutse hvilke effekter endringene vil ha på sykefravær, men vi vet at på andre ambulansestasjoner i Norge hvor det har blitt innført bemanning til reelt behov, har sykefraværet blitt redusert og trivsel økt da de ansatte har fått ta større del i planleggingen av arbeidstiden sin. Det er også noe usikkerhet knyttet til hvordan tjenesten skal innføre rullinger mellom stasjoner som har ulike vaktordninger. Disse momentene vil bli avklart og detaljert ytterligere etter at de overordnede prinsippene for ny driftsmodell er vedtatt.

Strukturelle endringer

For å oppnå mandatet om at ny ambulanseplan skal tilpasses dagens økonomiske ramme, anbefales det at man i tillegg til å innføre en ny driftsmodell, også innfører strukturelle endringer på Sortland, Stokmarknes, Ørnes og Fauske.

Sortland og Stokmarknes

For området Sortland og Stokmarknes er fire ulike alternativer blitt vurdert, og prosjektets anbefaling er å innføre alternativ 2a, se tabell 2 side 19, som innebærer å redusere med én bil på Sortland og justere aktivtid på dagbil på Stokmarknes.

Sortland kommune har i dag relativt god prehospital responstid sammenlignet med andre kommuner i regionen, og 94,9 % av alle akuttoppdrag i 2014 hadde en responstid på under 25 minutter, mens dette tallet var 84,5 % for regionen totalt sett. Da dette tiltaket ikke

innebærer flytting av stasjon vil det ikke være en direkte endring i responstid, men det kan bli en økning i antall utrykninger som blir forsinket på grunn av samtidighetskonflikter. Reduksjon av én bil på Sortland i 2014 ville kunne ført til 135 samtidighetskonflikter mellom akutt- og hasteoppdrag. Dette er beregnet ut fra antall ganger begge bilene på Sortland var opptatt samtidig, når man tar utgangspunkt i en 5 minutters tidsintervall. Dersom man ser Sortland i sammenheng med stasjonen på Stokmarknes, som er den nærmeste stasjonen, var det i 2014 kun 3 ganger alle bilene på både Stokmarknes og Sortland var opptatt samtidig med akutt- og hasteoppdrag. Det vurderes av prosjektet som mer hensiktsmessig å innføre endring på Sortland enn på Stokmarknes på grunn av nærhet til sykehus og flyplass.

Ørnes

Alternativet på Ørnes innebærer å justere aktivtiden noe på både dagbilen og døgnbilen. Dette vil gjøres på grunnlag av døgnrytmeanalyser. Døgnbilen vil fremdeles være tilgjengelig hele døgnet, syv dager i uken, men vil bemannes med noe mer vakt på vaktrom. Dette vil si at ambulansens reaksjonstid i noe større grad vil være fem minutter, heller enn to minutter, som i dag. Justeringen av aktivtid på dagbil vil bety at det i noen perioder på ukedager vil bli en endring i beredskap på bilen, men da området fremdeles vil være betjent av en døgnbil, er det vurdert at dette vil medføre små konsekvenser for innbyggerne i området.

Fauske

Alternativet på Fauske innebærer å justere aktivtiden noe på bilene for å kunne danne arbeidsplaner som benytter de faste ansatte bedre. Ved å forskyve aktivvakt på én av døgnbilene, er det mulig å lage en turnus som bidrar til at flere vakter kan dekkes av faste ansatte, heller enn vikarer. Da begge biler fremdeles vil ha døgnkontinuerlig bemanning, og den eneste forskjellen er at noe av dagens aktivvakt endres til vakt på vaktrom, er det vurdert at endringen vil medføre små konsekvenser for innbyggerne i området.

Forsvarlighet

Totalt sett vil innføring av ny driftsmodell og strukturelle endringer i Sortland, Stokmarknes, Ørnes og Fauske medføre små konsekvenser for befolkningen i regionen, se tabell 4 på neste side. Det eneste området hvor det kan bli en endring i beredskap er Sortland kommune, som i dag har en relativt god dekning sammenlignet med resten av kommunene i regionen. Responstiden på Sortland vil ikke endres direkte, men det kan bli en økning i situasjoner der samtidighetskonflikter oppstår. Det er viktig å presisere at det finnes flere ambulanser i dette området som kan dekke oppdrag dersom det oppstår samtidighetskonflikter, og samlet sett vil beredskapen i området fremdeles være bedre enn i de fleste andre deler av Nordlandssykehusets ansvarsområde.

De foreslåtte tiltakene på Ørnes og Fauske vil ikke medføre en vesentlig endring i beredskap da aktivtiden på bilene vil justeres på grunnlag av faktisk behovsmønster. I begge områder vil beredskapsnivået fremdeles være tilsvarende det beredskapsnivået man har i andre områder i regionen.



Område	Beskrivelse av endring i beredskap	Prehospital responstid		Faktisk antall samtidighetskonflikter dersom man hadde fjernet én bil i 2014 (Akutt- og hasteoppdrag)
		Forventet endring responstid for akuttoppdrag	Forventet endring i andel akuttoppdrag som vil nås innen 25 min	
1 – Vesterålen	Reduksjon fra 8 til 7 biler (reduksjon av én bil på Sortland)	Ingen direkte endring, men konsekvensen av å redusere med én bil på Sortland kan gi en økning i situasjoner der samtidighetskonflikter oppstår	Ingen direkte endring, men konsekvensen av å redusere med én bil på Sortland kan gi en økning i situasjoner der samtidighetskonflikter oppstår	135 samtidighetskonflikter på Sortland, dersom man ser på Sortland isolert sett, og 3 samtidighetskonflikter på Sortland og Stokmarknes samlet sett.
2 – Lofoten	Ingen endring i beredskap	Ingen endring	Ingen endring	Ikke relevant
3 – Salten nord	Ingen endring i beredskap	Ingen endring	Ingen endring	Ikke relevant
4 – Salten midt	Minimal endring i beredskap – foreslått endring er forskjøvet aktivtid på én av bilene på Fauske, men bilene vil fortsatt være i beredskap (vakt på vaktrom) hele døgnet	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring	Ikke relevant
5 – Salten sør	Minimal endring i beredskap – foreslått endring er å endre aktivtid på dag- og døgnbil på Ørnes	Ingen vesentlig endring	Ingen vesentlig endring	Ikke relevant

Tabell 4: Konsekvenser grunnet endringer i ambulansetjenesten

Total økonomisk besparelse

Ved å innføre de anbefalte tiltakene forventes det at den totale økonomiske besparelsen vil bli på 8,2 MNOK. Besparelsen vil i hovedsak komme fra en reduksjon i overtids- og vikarkostnader. Beregningene utelater de komponenter av kostnadene som man ikke vil kunne eliminere ved å innføre bemanning ut i fra reelt behov, deriblant overtid tilknyttet utrykninger på vakt, overtid på utrykning og økt aktivitet. Det er også benyttet en nøktern forutsetning om at overtid grunnet sykefravær kun kan reduseres med 20 %, da det også med fremtidig modell vil oppstå situasjoner der man må dekke uventet fravær med forskjøvet vakt. I tillegg inkluderer ikke besparelsen kostnader knyttet til ferievikarer i hovedferien, da det forventes at det fremdeles vil leies inn noe vikarer for å dekke opp fravær i hovedferien.

I alle områder er det vurdert hva det reelle bemanningsbehovet vil være på grunnlag av forventet fravær per ansatt og antall vakter man behøver for å bemanne bilene. Dette fører til at det totale behovet for ekstra faste årsverk i regionen er 16 årsverk, medregnet de strukturelle endringene. Mange av disse vil kunne dekkes gjennom fast ansettelse av eksisterende vikarer. Alle kostnader knyttet til ansettelse av ekstra årsverk er tatt med i beregningen.

Prosjektet mener at de anbefalte endringene for fremtidig ambulansetjeneste adresserer de utfordringene dagens tjeneste står overfor, deriblant utfordringer knyttet til fagutvikling og høyt økonomisk overforbruk. Anbefalingene omfatter endringsalternativene som prosjektet mener vil ha minst konsekvens både for innbyggere og ansatte. Ved iverksettelse av foreslåtte endringer ansees det at tjenesten vil levere et høyt beredskapsnivå med god faglig kompetanse til regionens innbyggere innenfor tjenestens økonomiske og juridiske rammer.

Oppsummering av endring per kommune

Område	Stasjoner	Endring i beredskapsnivå	Fremtidig antall biler	Fremtidig vaktordning
Område 1 – Vesterålen	Andenes	Forblir som i dag	1 døgnbil	Kombinasjon av aktivvakt og hjemmevakt
	Myre	Forblir som i dag	1 døgnbil	Kombinasjon av aktivvakt og hjemmevakt
	Sortland	Reduksjon fra to til én bil	1 døgnbil	Kombinasjon av aktivvakt og vakt på vaktrom
	Straume	Forblir som i dag	1 døgnbil	Kombinasjon av aktivvakt og hjemmevakt
	Stokmarknes	Aktivtidsvinduet på bilene vil justeres noe	1 døgnbil og 1 dagbil	Kombinasjon av aktivvakt og vakt på vaktrom
	Åse	Forblir som i dag	1 døgnbil	Kombinasjon av aktivvakt og hjemmevakt
Område 2 – Lofoten	Gravdal	Forblir som i dag	2 døgnbiler	Kombinasjon av aktivvakt og vakt på vaktrom
	Moskenes	Forblir som i dag	1 døgnbil	Hjemmevakt
	Svolvær	Forblir som i dag	2 biler	Kombinasjon av aktivvakt og hjemmevakt
Område 3 – Salten nord	Drag	Forblir som i dag	1 døgnbil	Hjemmevakt
	Oppeid	Forblir som i dag	1 døgnbil	Hjemmevakt
	Steigen	Forblir som i dag	2 døgnbil	Hjemmevakt
Område 4 – Salten midt	Beiarn	Forblir som i dag	1 døgnbil	Hjemmevakt
	Bodø	Forblir som i dag	2 døgnbiler	Aktivvakt
	Fauske	Justert aktivtid på bil for å tilrettelegge for en arbeidsplan som gir bedre dekning av vakter	2 døgnbiler	Kombinasjon av aktivvakt og vakt på vaktrom
	Saltdal	Forblir som i dag	2 døgnbiler	Kombinasjon av aktivvakt og hjemmevakt
	Tverlandet	Forblir som i dag	1 døgnbil	Hjemmevakt
Område 5 – Salten sør	Engavågen	Forblir som i dag	1 døgnbil	Hjemmevakt
	Inndyr	Forblir som i dag	1 døgnbil	Hjemmevakt
	Ørnes	Justert aktivtid på bilene for å tilrettelegge for en arbeidsplan som gir bedre dekning av vakter	1 døgnbil og 1 dagbil	Kombinasjon av aktivvakt og vakt på vaktrom

Direktøren
Bodø

Adresseliste

Deres ref.:

Vår ref.:
2015/2321/GAN

Dato:
22.10.2015

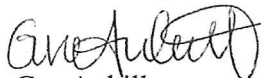
Korreksjon til Høringsdokument vedr Ny ambulanseplan for NLSH

Viser til oversendelse av høringsdokument vedr Ny Ambulanseplan for NLSH.

På side 3 i høringsdokumentet har det dessverre kommet inn en feil under opplisting av styringsgruppens medlemmer, der representant for de tillitsvalgte May-Britt Allstrin er omtalt som representant for både Delta, Fagforbundet og NSF. Dette medfører ikke riktighet. May-Britt Allstrin har kun representert Delta.

Vi beklager feil i oversendt versjon. Korrigert versjon ligger tilgjengelig på våre nettsider www.nlsh.no.

Med vennlig hilsen



Gro Ankill
Administrasjonssjef