

KAPASITET & BASESTRUKTUR

Policydokument

(utkast)



KAPASITET OG BASESTRUKTUR

POLICYDOKUMENT

Innledning

Den moderne luftambulansetjenesten i Norge ble innført i 1978 med opprettelsen av den første legehelikopterbasen på Lørenskog. Med Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA) som pådriver og finansieringskilde, og med datterselskapet Norsk Luftambulans AS som operatør, ble tjenesten gradvis utvidet.

Siden 1988 har luftambulansetjenesten vært en nasjonal og i hovedsak offentlig finansiert tjeneste. De regionale helseforetakene opprettet i 2004 Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS for å forvalte kontraktene med fly- og helikopteroperatørene. Luftambulansetjenesten ANS skal på helseforetakenes vegne sørge for at Norges befolkning får en kostnadseffektiv luftambulansetjeneste som har høy standard, kvalitet og sikkerhet. Ansvar for den medisinske tjenesten ligger hos helseforetakene.

Norge har i dag sju ambulansflybaser og elleve legehelikopterbaser. I tillegg inngår Forsvarets redningshelikoptre fra 330-skvadronen i luftambulansetjenesten. Alle ambulansfly opereres av Lufttransport AS. Norsk Luftambulans AS er den største legehelikopteroperatøren, og flyr på 8 av 11 baser. Lufttransport AS opererer tre legehelikopterbaser. Medlemmene i Stiftelsen Norsk Luftambulans styrker tjenesten og akuttmedisinen med 250 millioner kroner i året. Midlene brukes til å styrke alle baser uavhengig av om basen opereres av Norsk Luftambulans AS, Lufttransport AS eller Forsvaret.

Oppdraget til Stiftelsen Norsk Luftambulans er å sørge for en stadig utvikling av tjenesten til beste for den akutt syke og skadde pasienten. Norge har en meget god luftambulansetjeneste, men likevel er det mye som kan forbedres. Samfunnsendringer, medisinsk og teknisk utvikling og befolkningens økte forventninger til tjenesten krever at den er i stadig utvikling. Dette policydokumentet, og videre utredningen det vises til, dreier seg hovedsakelig om problemstillinger knyttet til den delen av luftambulansetjenesten som utøves av legehelikoptre.

Stiftelsen Norsk Luftambulans vil som ideell pådriver alltid jobbe for en best mulig akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus. Vi legger til grunn for

våre vurderinger at tilbudet må være likeverdig for hele befolkningen, uavhengig av bosted.

Et likeverdig akuttmedisinsk helsetilbud forutsetter en rask og kompetent luftambulansetjeneste. Luftambulansetjenesten benytter i dag både helikopter, fly og bil som utrykningsfartøy. Når det blir vurdert at pasienten er alvorlig syk eller skadet, skal en spesialisert legeressurs nå frem så raskt som mulig. Avansert behandling må i mange tilfeller starte opp før pasienten ankommer sykehus.

Stortingsmelding nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap (1999-2000) beskriver en målsetning om at 90 prosent av den norske befolkningen skal kunne nås av legebemannet ambulanse innen 45 min.

Forskning viser at nærmere 90 prosent av nytten av legehelikoptrene skyldes avansert behandling utført av legen om bord, og 10 prosent den raske transporten tilbake til sykehuset¹. Myndighetenes målsetning er at pasienter skal få hjelp innen 45 minutter av *legebemannet ambulanse*. Ved tidskrisiske lidelser synker den medisinske effekten raskt. Stiftelsen Norsk Luftambulansetjeneste mener hjelpen bør komme frem tidligere enn dagens målsetting om 45 minutter. I Norge er det påvist at ulik tilgang og avstand til avansert traumebehandling medfører økt dødelighet². Dette kan delvis kompenseres med å bedre den prehospitale beredskapen.

Legehelikopter benyttes også i pasienttransport mellom sykehus ved behov for raske overføringer som krever avansert medisinsk assistanse. Slik pasienttransport påvirker akuttberedskapen og skaper tidvis samtidighetskonflikter. Disse transportene er mer tidkrevende og kan medføre at legehelikoptrene, hvor hovedoppgaven er akuttoppdrag, ofte forblir lenge unna sitt primære opptaksområde.

Luftambulansetjenesten er en del av den akuttmedisinske kjeden. De fleste akuttoppdrag ivaretas av den ordinære bilbaserte ambulansetjenesten, mens luftambulansen reserveres til de kritisk syke og skadde pasientene som har behov for spesialisert behandling eller rask transport. Luftambulansen

¹ Lossius HM, Soreide E, Hotvedt R, Hapnes SA, Eielsen OV, Forde OH, Steen PA. Prehospital advanced life support provided by specially trained physicians: is there a benefit in terms of life years gained? *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46: 771-778

² Kristiansen T, Rehn M, Gravseth HM, Lossius HM, Kristensen P. *Paediatric trauma mortality in Norway: a population-based study of injury characteristics and urban-rural differences*. *Injury*. 2012 Nov;43(11):1865-72. doi: 10.1016/j.injury.2011.08.011. Epub 2011 Sep 21

representerer det høyeste medisinske kompetansenivået prehospitalt, og tilbyr både avansert diagnostikk og avansert medisinsk behandling. Luftambulansens legehelikoptre kan nå utilgjengelige plasserte pasienter, og raskt frakte dem til rett sykehus. Luftambulansen og den ordinære ambulansetjenesten representerer to ulike behandlingsnivå som utfyller hverandre. Det er derfor viktig at disse ikke settes opp mot hverandre slik de ofte gjør når disse tjenestene diskuteres.

Behovet for luftambulanse – konsekvenser av en endret sykehusstruktur

Helse-Norge er i endring. Endringene har konsekvenser for hele helsetjenesten og for sykehusene. Det er viktig at luftambulansetjenesten utvikles i takt med disse endringene.

Helsemyndighetene har tatt et nødvendig grep når de velger å samle de vanskeligste og mest avanserte behandlingsformene til færre sykehus med de fremste spesialistene. Videre er det riktig å desentralisere alt som med fordel kan utføres lokalt og nært pasientene i mindre kostbare institusjoner. Det blir mer krevende å opprettholde en tilfredsstillende akuttberedskap ved de små lokalsykehusene, dels grunnet personellmangel og dels grunnet kompetansemangel. Denne utfordringen kan kompenseres ved en sterkere og bedre prehospital tjeneste.

Lokalsykehusene og distriktsmedisinske sentra kan få stor betydning i stabilisering av akutte syke eller skadde pasienter før videre transport til større sykehus. Luftambulansen kan støtte fagmiljøet lokalt, og trygt transportere pasienten til et høyere behandlingsnivå. Fødselsomsorgen er et av mange områder hvor skjerpede krav til kvalitet har ført til at institusjoner blir nedlagt. Det bør foretas en selvstendig sårbarhetsanalyse av de små lokalsykehusenes framtidige drift. En nærliggende luftambulansebase kan redusere sårbarheten.

Den medisinske utviklingen og befolkningens økende forventninger til helsetjenesten vil trolig medføre en betydelig økning i behov for luftambulanse. Helsemyndighetene bør ta høyde for dette når de planlegger morgendagens sykehusstruktur. Høyst sannsynlig vil antall transporter av kritisk syke pasienter fortsette å øke, og avstanden de skal transporteres vil bli lenger. Tilbakeføringene til lavere omsorgsnivå vil som en konsekvens av dette naturlig nok også øke, og oftere skje mens pasienten fortsatt trenger spesialisert behandling. Dette vil stille større medisinske krav til ambulanspersonells faglige kompetanse. Det vil bli et større behov for følge

av legespesialist. Det er i dag kun luftambulansetjenesten med anestesilege som dekker denne oppgaven nasjonalt.

Samhandlingsreformen har som hovedintensjon å behandle flere pasienter i primærhelsetjenesten. Som et ledd i denne tenkningen har kommunene fra 2016 plikt til å etablere et innleggelsestilbud for pasienter tiltrengende øyeblikkelig hjelp som ikke er så syke at de trenger innleggelse i sykehus. Kommunene skal i løpet av en fireårsperiode etablere og trappe opp ordningen. Hvilke konsekvenser dette får for dagens sykehusstruktur er ukjent. En sentralisering av pasientbehandling vil medføre at pasientene som skal transporteres til de større sykehusene relativt sett vil ha mer alvorlig sykdom enn i dag, fordi de enkleste pasientkategoriene vil kunne bli behandlet i kommunene. Det meste av denne transporten vil kunne bli ivaretatt av lokal bilambulans, mens mange av de som skal til de større sykehusene med fordel vil bli transportert med luftambulans.

Resultatet av ovennevnte vil sannsynligvis fordre etablering av flere luftambulansebaser, ikke minst knyttet til enkelte av de mest sårbare lokalsykehusene for å sikre opprettholdelsen av et forsvarlig akuttmedisinsk tilbud.

Stiftelsen Norsk Luftambulans mener at:

- helsemyndighetene bør ligge i forkant og utrede hvilke konsekvenser samhandlingsreformen og endringer i sykehusstrukturen får for dimensjonering av den prehospitaltjenesten. I dette må det også tas høyde for de muligheter som medisinsk og teknologisk utvikling gir for prehospital behandling samt endringer i folketall og bosettingsmønster. En riktig dimensjonering og utvikling av luftambulansetjenesten vil være et betydelig og viktig element for å sikre at befolkningen fortsatt får et likeverdig og optimalt helsetilbud, uavhengig av hvor i landet man bor
- en helhetlig utredning bør resultere i ny nasjonal plan for luftambulansetjenesten.

Raskere fremme hos pasienten

I Stortingsmelding nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap (1999-2000) beskrives en målsetning om at 90 prosent av den norske befolkningen skal kunne nås av legebemannet ambulans innen 45 min. Valget av 45 minutter er ikke faglig begrunnet.

Stiftelsen Norsk Luftambulansse mener derimot at det er godt faglig belegg for at 45 minutter er for lang tid å vente ved tidskritiske akuttmedisinske tilstander. Effekten av behandlingen avtar raskt, samtidig som faren for alvorlige komplikasjoner og død øker. Hjerterinfarkt, hjerneslag, alvorlige pusteproblemer, store blødninger og alvorlige traumer er alle eksempler på slike tilstander. Anestesilegen i legehelikoptrene har høy kompetanse til å vurdere slike tilstander, starte behandlingen og sørge for at pasienten raskt blir fløyet til riktig sykehus. Helsegevinsten av luftambulanssetjenesten er større der responstiden er kort.

De fleste legehelikoptrene når heldigvis befolkningen i sitt opptaksområde på kortere tid enn de 45 minuttene myndighetene har satt som norm. Likevel var det 1100 pasienter som ikke ble nådd innen de ønskede 45 minuttene i 2011.

Legehelikoptrene som opereres av Norsk Luftambulansse AS har en gjennomsnittlig reaksjonstid på 5,5 minutter på sine baser. I områder der avstandene er korte er utrykningstiden ofte under 20 minutter.

En nasjonal standard med utrykningstid på 20 minutter er praktisk gjennomførbar, men krever større basetetthet, dvs. flere luftambulanssebasen. Dette vil bedre tilbudet til de alvorlig syke og skadde, og sikre hele befolkningen et tryggere akuttmedisinsk tilbud.

Stiftelsen Norsk Luftambulansse mener at:

- nytt krav til flytid for legehelikopter skal settes til maksimalt 20 minutters flytid.
- alle luftambulanssebasen må tilstrebe kortest mulig reaksjonstid fra varsling til utrykning. Det er mulig og ønskelig å komme ned mot fem minutter.

Økt kapasitet gjennom flere baser

Dagens basestruktur garanterer ikke et tilfredsstillende akuttmedisinsk tilbud for hele befolkningen. Målet bør være å nå fram til alvorlig syke og skadde pasienter innen 25-30 minutter.

Det er behov for økt kapasitet i luftambulanssetjenesten fordi

- det er flere baser som har økende antall samtidighetskonflikter.
- virksomhetsutviklingen i perioden 2004 - 2011 og forventet befolkningsvekst indikerer en tydelig økning i oppdragsmengden fremover (side 24 i grunnlagsdokumentet)

- det er områder som ligger for langt unna nærmeste legehelikopterbase. Befolkningen i Innlandet (Hedmark/Oppland), Indre Telemark og Grenlandsområdet (Bamble, Porsgrunn, Siljan og Skien), samt de nordligste delene av Agderfylkene, Vesterålen, Ofoten, Lofoten, Sør-Troms og Finnmark, bor langt unna nærmeste legehelikopterbase. Disse områdene er også meget sårbare for variasjoner i luftambulansens operasjonsmønster (vær, avstand til pasient, forsinket varsling, samtidighetskonflikt etc.).

Helseregion Nord

Midtre Hålogaland: I området Midtre Hålogaland har en stor andel av befolkningen lang reisevei til nærmeste sykehus med akuttfunksjoner. Mange befinner seg også utenfor radiusen på 30 minutters flytid som er myndighetenes målsetning. Helse Nord RHF iverksatte høsten 2012 en utredning vedrørende behovet for et legehelikopter mellom Bodø og Tromsø (Midtre Hålogaland). Rapporten ble fremlagt for styret i Helse Nord RHF den 21. desember 2012. Den inneholder en grundig utredning utført av en bredt sammensatt prosjektgruppe med deltakelse fra Luftambulansetjenesten ANS, Nordlandssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Helse Nord RHF. Rapporten konkluderer med at det er behov for et legehelikopter i Midtre Hålogaland. Styremøtet i Helse Nord RHF vedtok 22. mai 2013 at basen skal etableres. Helseminister Jonas Gahr Støre slo fast i Stortingets spørretime 8. mai at basen må etableres innen utgangen av 2014.

SNLA mener Helse Nord RHF har levert en viktig og god utredning og støtter konklusjonene i utredningen. SNLA mener det er behov for lignende utredninger i øvrige deler av landet.

Finnmark: Det er nødvendig å vurdere behovet for utvidet legehelikoptertjeneste i Finnmark. I dag er Finnmark hovedsakelig dekket av ambulanseflyet i Tromsø, redningshelikopteret på Banak og ambulansefly i Alta og Kirkenes. Redningshelikoptret er anestesilegebemannet, men er primært en søk- og redningsressurs med operasjonsområde opp mot polarområdene og ut i havet mot Island. Det kan derfor i lengre perioder være utilgjengelig for bruk som luftambulanseressurs. Ambulanseflyene som ikke er bemannet med anestesilege, men flosykepleier, brukes i dag i stor grad til ordinære ambulansetransporter i Finnmark³.

³ Årsrapport, LAT ANS 2009.

Framtidsutsikter for nordområdene

Utviklingen i Nord-områdene vil høyst sannsynlig representere nye utfordringer også for luftambulansetjenesten. Økt skipsfart, samt eventuell økt aktivitet innen offshore olje- og gassutvinning vil stille krav til beredskapen i området. En økt befolkningsvekst som følge av nyetableringer i regionen vil føre til økt behov for ordinær legehelikoptervirksomhet både på land og offshore.

Det er store avstander i regionen og ofte krevende værforhold. Det vil være naturlig at Justis- og beredskapsdepartementet har det overordnede ansvar for en bred utredning av beredskapsbehovet framover, men i tett samarbeid i samarbeid med helsevesenet og andre beredskapsinstitusjoner som legevakt, redningstjenesten, forsvaret og politiet. Det bør samtidig gjøres en vurdering av samarbeidet med våre naboland over landegrensene.

Helseregionene Sør og Øst

Innlandet: Store deler av Oppland og Hedmark ligger i dag langt fra nåværende luftambulansebaser. Dette er områder med tettbefolkede områder som Mjøsregionen og Trysil. Områdene har også stor gjennomfartstrafikk og en betydelig grad av fritidsaktiviteter drives her store deler av året.

Telemark: Deler av Telemark har for store avstander til å kunne nås innenfor dagens krav til responstid, og kan ikke sies å ha en forsvarlig dekning av luftambulansetjenester.

En ny base i Hedmark/Oppland og i Telemark vil bedre akuttberedskapen for befolkningen betraktelig. De to nye legehelikopterbasene vil samtidig avlaste andre baser, blant annet ved å være en ressurs for sekundæroppdrag, og dermed få positiv effekt for befolkningen for øvrig. Befolkningsutvikling, nåværende og fremtidig infrastruktur, redusert prehospitalet responstid og akuttmedisinske tjenester bør være med i en helhetlig utredning av luftambulansetjenesten. Det må også være naturlig å se på lokaliseringen for eksisterende baser i et slikt arbeid. En hensiktsmessig dekning av legehelikoptre for landet sett under ett blir viktig for å planlegge framtidens akutthelsetjeneste.

Helseregion Vest

I helseregion vest er det tre legehelikopterbasen og to redningshelikopterbasen. Det er to større universitetssykehus i henholdsvis Stavanger og Bergen (Stavanger universitetssykehus (SUS) og Haukeland universitetssykehus (HUS)), i tillegg til flere mindre sykehus.

Basene i Stavanger og Bergen har i dag høy aktivitet både for akutt (primær)- og overførings- (sekundær) oppdrag (*side 68 og 69 i grunnlagsdokumentet*). Det gir samlet sett et økt behov for prehospital akuttberedskap, samt forventet økt oppdragsmengde for sekundær oppdrag. For å unngå samtidighetskonflikter og lenger tidsrom uten akutt beredskap som følge av overføringsoppdrag, vil det være gunstig å sette inn et dedikert overføringshelikopter i regionen. SNLA mener en slik styrkning vil gi befolkningen bedre akuttmedisinsk beredskap og gi økt pasientsikkerhet. En hensiktsmessig plassering av et nytt dedikert overføringshelikopter vil være ved luftambulansbasen i Bergen, hvor opptaksområdets populasjon er den største i regionen.

Helseregion Midt-Norge

Det ble i 2010 utført en revisjon av prehospital plan i Helse Midt-Norge i 2010⁴, som inneholdt en utredning av struktur og fremtidige behov både innen AMK-struktur og bil- og luftambulansbasert utrykningstjeneste.

Luftambulansetjenestens oppdragsgjennomføring i Helse Midt-Norge er betydelig og er en viktig premiss for endringsprosesser for helsetilbudet i regionen. De siste årene har man regionalt sett en økning i oppdragsmengden som følge av sentraliserte behandlingstilbud, endret sykehusstruktur og endret funksjons- og oppgavefordeling. Basert på nåværende trendutvikling, nye behandlingstilbud, endret struktur i primærhelsetjenesten, demografiske endringer med aldret befolkning og krav om økt effektivisering av behandlingsforløp, synes det sannsynlig at behovet for luftambulansetjenester vil øke.

I henhold til arbeidsgruppens mandat ble det anbefalt følgende:

- Implementering av et bakkebasert transportalternativ (to-båre ambulansebil/helsebuss) på strekningen mellom Nordmøre og Romsdal og Trondheim.
- Det forelå noe LAT reservekapasitet utenfor regionen for betjening av ytre randsoner. Det burde arbeides for å øke transportkapasiteten ved luftambulansen i Trondheim for å kunne møte økt oppdragsmengde i form av regionalt sekundærhelikopter.

Legehelikopteret i Trondheim har gjennom flere år hatt en høy andel samtidighetskonflikter. I og med at antall sekundær oppdrag forventes å øke

⁴ Helse Midt Norge. *Revisjon av prehospital plan 2010 – arbeidsgruppe luftambulanse*. www.helse-midt.no

og totalbehovet for antall oppdrag i regionen forventes å øke, vil etablering av et overføringshelikopter tilknyttet universitetssykehusmiljøet i Trondheim kunne bidra til å bedre overføringskapasiteten i regionen, samt avlaste akuttberedskapen. Dette er hensiktsmessig grunnet tilgang til høyspesialisert fagkompetanse på universitetsnivå. Den geografiske plasseringen i Trondheim er gunstig med tanke på å nå destinasjoner både nord og sør i regionen.

Stiftelsen Norsk Luftambulansse mener at:

- det må opprettes *minst* tre nye baser for legehelikopter i Norge nå. Disse må plasseres i henholdsvis Midtre Hålogaland, på Innlandet og i Telemarksregionen. Nøyaktige lokalisering av basene må skje etter helhetsvurderinger i de regionale helseforetakene., bl.a. basert på utviklingen av dagens sykehusstruktur.
- i tillegg til ovennevnte vil det kunne bli aktuelt med en luftambulanssebase i Finnmark, avhengig av utviklingen, aktiviteten og tilhørende befolkningstetthet i nordområdene.
- de regionale helseforetakene bør utrede framtidig luftambulanssestruktur etter modell fra Helse Nord RHF. Slike utredninger bør gjøres i tett kontakt med andre viktige beredskapsetater som redningstjenesten, politiet og forsvaret.
- de regionale utredningene om fremtidens luftambulanssestruktur bør samles i en nasjonal luftambulansseplan. Det er naturlig å vurdere plassering av eksisterende baser i et nytt luftambulanssekart.
- det trengs en ny offentlig utredning (NOU) om akuttmedisin som kan lede fram til en ny stortingsmelding om akuttmedisinsk beredskap og en nasjonal luftambulansseplan.

Innføring av overføringshelikoptre

Sentralisering i spesialistbehandling for alvorlig syke og skadde, samt funksjonsfordeling mellom sykehus gir økt behov for kompetent og rask overflytning av pasienter. Økt etterspørsel etter sekundæroppdrag må møtes ved å sette inn ekstra legehelikoptre som primært driver overføring av pasienter mellom helseinstitusjoner.

Tall fra de ulike basene viser at enkelte legehelikoptre utfører en stor andel overføringsoppdrag. Hovedoppgaven for luftambulansen er å sørge for rask og/eller spesialisert overvåkning, akuttmedisinsk behandling og transport ved akutt sykdom og skade. Når legehelikopter utfører overføringsoppdrag, kan befolkningen i basens primærområde være uten beredskap for luftambulansse i flere timer. I særlig folkerike områder, gjerne med stor

gjennomfartstrafikk, er det nødvendig å opprettholde beredskap for alvorlig sykdom og ulykker til en hver tid, hele døgnet.

En egen flåte med helikoptre dedikerte til overføringsoppdrag (sekundæroppdrag) vil frigjøre kapasitet ved dagens baser og dermed bidra til å bedre det akuttmedisinske tilbudet.

For pasienter med tidskrisiske lidelser er det en fordel med færre omlastninger ved flytting mellom transportenheter fordi det gir redusert risiko for transportrelaterte komplikasjoner. En del overflyttinger av alvorlig syke og skadde pasienter som utføres med fly kan i større grad utføres av helikopter for å spare tid og redusere antall omlastninger. Overføringshelikoptre vil derfor kunne bidra til å bedre helsegevinsten i behandling av alvorlig syke og skadde.

Stadig flere pasienter transporteres i dag tilbake i tidligere stadier enn tidligere og mange har behov for avanserte tiltak og medisinsk overvåkning, for eksempel ved behov for respirator i tilbakeføringsfasen.

En hensiktsmessig plassering av to nye overføringshelikoptre er ved de eksisterende luftambulansebasene i Bergen og Trondheim. Dette er byer med høy befolkningstetthet som allerede i dag har stort behov for pasientoverføringer både til og fra sykehusene. Dessuten finnes det ved disse institusjonene spesialkompetanse som kan være avgjørende for en sikker gjennomføring av høyspesialiserte oppdrag.

For å gi bedre forutsigbarhet bør sekundærhelikoptrene være en helikoptertype som har avisingsmulighet. Med forhåndsprogrammerte GPS-ruter på de aktuelle strekningene vil helikoptrene kunne fly i dårligere sikt.

Stiftelsen Norsk Luftambulanse mener at:

- det bør minimum etableres ytterligere to dedikerte overføringshelikoptre i Norge – ett i Helse Vest RHF og ett i Helse Midt-Norge RHF.
- dedikerte overføringshelikoptre bør ha avisingsmuligheter slik at de oppnår en regularitet på linje med rutefly. Overføringshelikoptrene må også kunne fungere som primærhelikoptre.

Nasjonale retningslinjer for bruk og rekvirering av luftambulanse

Det er store ulikheter i hvordan ambulanshelikoptrene brukes og koordineres (side 19-20 i grunnlagsdokumentet). Det er sannsynligvis et stort potensiale for å frigjøre ressurser ved å koordinere bruken bedre.

Retningslinjer for rekvirering av luftambulanse er i dag fastsatt av Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS⁵. Disse retningslinjene gir overordnede føringer for hvilke oppdragstyper luftambulanse skal brukes til, blant annet ved å henvise til Prioriteringsforskriftens §2⁶.

Sett ut i fra relativt store forskjeller fra base til base når det gjelder antall utrykninger, sekundæroppdrag og avbrutte/avviste oppdrag tyder dette på at rommet for tolkning på lokalt AMK-nivå er for stort. Bedre rutiner for styring av flåten på AMK-nivå vil kunne redusere antall samtidighetskonflikter og unngå overflødig bruk. Det kan frigjøre ressurser samt gi legen et kvalitativt godt verktøy for å avgjøre behovet for utrykning. Dette er viktig med tanke på å sikre alle pasienter den hjelpen de trenger.

Luftambulansetjenesten vil nødvendigvis være en kostbar og begrenset ressurs, derfor må den benyttes i de tilfellene hvor nytteeffekten er størst. Riktig bruk av luftambulansetjenesten krever nasjonale retningslinjer for hvilke pasienter som skal prioriteres for transport og behandling av luftambulansetjenesten.

Ved å standardisere kriterier for bruk er det grunn til å anta at tjenesten vil oppnå høyere presisjon. Da kan man identifisere både oppdrag *det bør* og *ikke bør* rykkes ut på og tjenesten reserveres for de riktige pasientene. Det sparer liv og helse og gir reduserte kostnader.

Stiftelsen Norsk Luftambulanse mener at:

- det må utarbeides og innføres nye og mer enhetlige, felles nasjonale retningslinjer for hvilke pasientkategorier, situasjoner og hastegrader som utløser behov for luftambulanse.

⁵ Retningslinjer for bruk av luftambulanse. Helseforetakenes Nasjonale Luftambulanse ANS. 2009

⁶ FOR 2000-12-01 nr 1208: Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften). Helse- og omsorgsdepartementet. 2000.

Flåtestyring og ressurskoordinering

I Norge er det i dag 11 forskjellige AMK-LA (Luftambulansse)-sentraler som koordinerer og disponerer 12 legehelikoptre. 9 ambulansfly koordineres av Flykoordineringssentralen (FKS) i Tromsø, men delvis koordinering for Sør-Norge gjøres også i Ålesund (ø-hjelp) og ved Lørenskog (planlagte overføringer). Dertil kommer 6 redningshelikoptre som disponeres av Hovedredningssentralene (HRS) i Bodø og ved Sola.

Det eksisterer ingen enhetlig koordinering av disse ressursene som foregår dels uavhengig av hverandre. En ukoordinert rekvirering og bruk påvirker tilgangen for pasientene.

Aktivitetstall for tjenesten viser at det er store regionale forskjeller i hvordan flåten brukes. En kan stille spørsmål om ressursbruken alltid er like hensiktsmessig. Som konsekvens kan enkelte områder derfor stå uten legehelikopterdekning i lengre perioder enn nødvendig. Det foreligger tekniske løsninger som kan benyttes for å ha bedre oversikt, men dette brukes ikke i tilstrekkelig grad i dag.

Gjørsv-kommisjonen la fram sin rapport august 2012 om hendelsene 22. juli 2011. Rapporten konkluderte med at "ressursene ikke fant hverandre". En situasjon hvor nødetane ikke klarer å kommunisere, eller ikke er øvet i å samarbeide på skadested de er nært garantert å skulle samhandle på, er uholdbar. Dette innebærer at beredskapsarbeid må planlegges for helsetjenesten, brann- og redningsetaten, politiet, forsvaret og andre relevante beredskapsetater i fellesskap. Man må sikre at det i framtiden blir en bedre koordinering og styring av viktige og samfunnsmessige ressurser, herunder luftambulanssetjenesten.

Stiftelsen Norsk Luftambulansse mener at:

- det er nødvendig å innføre dedikerte ressurspersoner med riktig fagkompetanse som har ansvaret for flåtestyring og luftambulanssetjenesten i AMK-sentralene.
- alle AMK-LA sentraler bør ha oversikt over hvor alle landets helikopterressurser til en hver tid befinner seg.
- antall AMK sentraler med ansvar for flåtestyring bør reduseres til *en* i hver helseregion.
- på sikt bør hele ansvaret for koordinering av legehelikopter samles i to AMK-LA sentraler, en for Sør-Norge og en for Nord-Norge.

Landingsplasser

Mangel på landingsplasser forsinker behandlingen av akutt syke og skadde. Når det ikke er en landingsplass i umiddelbar tilknytning til akuttmottaket, må pasienten over i et nytt transportmiddel og bringes videre til sykehuset. Slik omlasting tar opp verdifull tid ved tidskrisiske tilstander. Det innebærer risiko for avbrudd i observasjon og behandling. Flytting av pasienten øker dermed sjansen for komplikasjoner og uønskede hendelser⁷.

I dag er det mange sykehus som enten ikke har landingsplass for ambulanse- og redningshelikoptre, eller har landingsplasser som ikke tilfredsstiller luftfartsmyndighetenes krav. Landingsplasser som ikke er godkjent for landing med helikopter iht. myndighetenes krav skaper unødig risiko for miljøet rundt landingsplassen og publikum på bakken. Ved etablering av landingsplasser er det derfor viktig å tenke på dimensjonering og plassering/avstand som tilfredsstiller luftfartsmyndighetenes krav.

Stiftelsen Norsk Luftambulansse mener at:

- alle sykehus med akuttfunksjoner må ha etablert godkjent landingsplass for helikopter i umiddelbar tilknytning til akuttmottaket for å forhindre omlastninger. Landingsplassen må være tilrettelagt for sikker og skånsom transport av bærepassasjerer.
- helseforetakene må få øremerkede midler til prosjektering og utbygging av landingsplasser.
- ved fremtidige utredninger om kapasitet og struktur i luftambulanssetjenesten er det naturlig at helseforetakenes landingsplasser eller mangel på slike tas med i utredningen.

Nye redningshelikoptre

Akutt syke og skadde må raskest mulig til korrekt behandlingsnivå uavhengig om det er redningsoppdrag eller luftambulansseoppdrag. Norge har i dag en meget god luftambulanssetjeneste med effektiv arbeidsdeling mellom redningshelikoptrene og luftambulanssehelikoptrene. I dag flyr redningshelikoptrene ambulansseoppdrag (ca. 50 prosent av redningshelikoptrenes oppdrag, som utgjør ca. 10 prosent av de totale luftambulansseoppdrag), og luftambulanssetjenesten flyr enkle søk- og redningsoppdrag. Luftambulansseoppdragene til dagens redningshelikoptre gir besetningen regelmessig pasientkontakt og er svært viktig for å være best

⁷ Thomas SH. On-Site Hospital Helipads: Resource Document for the NAEMSP Position Paper on On-Site Hospital Helipads. Pprehospital Emergency Care. 2009;13:398-401.

mulig faglig forberedt på store hendelser, både medisinskfaglig og flyoperativt.

St.prp.nr. 146 S (2010–2011) Anskaffelse av nye redningshelikoptre mv. i perioden 2013–2020, understreker at dagens praksis med at redningshelikoptrene skal utføre luftambulanseoppdrag skal videreføres. En stor svakhet ved proposisjonen er imidlertid at det ikke drøftes hvilke konsekvenser innkjøp av større redningshelikoptre vil ha for luftambulansevirksomheten. Proposisjonen angir at redningshelikoptrene som skal kjøpes inn vil være mellom 10 og 20 tonn. Størrelsen på maskinene som velges er helt avgjørende for hvilke luftambulanseoppdrag de nye redningshelikoptrene kan utføre.

Dersom man velger redningshelikoptre som har stor kapasitet og lang rekkevidde må det erkjennes at disse har lavere gjennomføringsevne for luftambulanseoppdrag og lette søk- og redningsoppgaver over land. Denne beredskapen vil reduseres om den ikke blir kompensert med mindre legehelikopter som er bedre egnet for søk- og redningsoppdrag for utilgjengelige skadesteder. Store maskiner vil eksempelvis kunne få problemer med å lande nær pasienten i fjellet. De vil heller ikke kunne lande på mange av landingsplassene som eksisterer ved sykehus i dag. Redningsoppdrag kan derfor ende med behov for å frakte pasientene til sykehus etter omlasting fra egnet landingsplass nærest mulig sykehus. Omlastning av pasienten medfører helserisiko og tidstap.

For store deler av Nord-Norge er redningshelikoptrene den eneste luftambulanseressursen som er tilgjengelig. Store helikoptre som har begrensede muligheter til å operere over land og lande på sykehusene, vil kunne medføre en tydelig svekkelse av luftambulansetilbudet for befolkningen i denne landsdelen.

Stiftelsen Norsk Luftambulanse mener at:

- ved innkjøp av større redningshelikoptre må dagens samspill mellom redningstjenesten og luftambulansetjenestens redefineres. Det må klargjøres hvordan ambulanseoppdrag og redningsoppdrag som i dag utføres av redningshelikoptrene skal håndteres, slik at ikke alvorlig syke og skadde får et svekket akuttmedisinsk tilbud.

Om Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA)

- *Norges største ideelle medlemsorganisasjon med drøyt 713 000 støttemedlemmer.*
- *Hovedmålsetting er å utvikle luftambulansetjenesten gjennom forskning, undervisning og utviklingsprosjekter til beste for den akutt syke og alvorlig skadde pasient.*
- *Har Europas største forsknings- og utviklingsmiljø innen prehospital akuttmedisin.*
- *En akuttmedisinsk kompetanse- og beredskapsorganisasjon som i 35 år har bidratt til å styrke den akuttmedisinske redningskjeden.*
- *Har etablert nasjonalt utviklingssenter for luftambulansetjenesten i Norge på Torpomoen, Ål i Hallingdal.*
- *Støtter og finansierer tiltak for bedre beredskap ved luftambulanse- og redningshelikopterbasen i hele landet, uavhengig av operatør*
- *Eier av Norsk Luftambulanse AS (NLA AS) som driver legehelikoptervirksomheten på 8 av Norges 11 luftambulansebasen på oppdrag for Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS. NLA AS drives som et non-profit selskap hvor eventuelle overskudd går tilbake til det ideelle formålet.*