

**Kvalitet i ambulansetjenesten belyst
ved litteraturgjennomgang og en
spørreundersøkelse i Finnmark**

**5. årsoppgave i Stadium IV – medisinstudiet ved
Universitetet i Tromsø**

**Ann-Christin Wisthus
Silje Marie Tessem
Kull-99**

**Veileder: Nina Hesselberg,
akuttmedisinsk avdeling, UNN**

Tromsø – september 2004

Sammendrag

Vi har i denne oppgaven sett nærmere på ambulansetjenesten, med hovedvekt på Finnmark fylke. Formålet vårt har vært å få bedre innsikt i krav og anbefalinger knyttet til tjenesten, samt å se hvordan praksisen fungerer i Finnmark. Oppgaven bygger på en litteraturgjennomgang av sentrale dokumenter og en egen spørreundersøkelse utført blant ambulanspersonell i Finnmark. Vi sammenlignet våre resultater med tidligere rapporter i Ambulanseplanen for Finnmark 2000-2004. Ut fra vår undersøkelse fant vi at det er store variasjoner i kvaliteten på ambulansetjenesten i Finnmark og at kompetansen må heves. Av vår litteraturstudie kom det fram at det er behov for nasjonale retningslinjer og forskrifter til tjenesten.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|------------|---|------------|
| 1.0 | Innledning | s.1 |
| 1.1 | Problemstilling | s.1 |
| 1.2 | Ambulansetjenesten i Finnmark i dag | s.2 |
| 2.0 | Materiale og metode | s.5 |
| 2.1 | Metodevalg | s.5 |
| 2.1.1 | Litteraturstudie | s.5 |
| 2.1.2 | Spørreundersøkelse | s.5 |
| 3.0 | Resultater | s.7 |
| 3.1 | Ambulansetjenesten | s.7 |
| 3.1.1 | Aspekter som må forbedres | s.12 |
| 3.1.2 | Akuttutvalgets vurderinger og anbefalinger i NOU 1998:9 | s.13 |
| 3.2 | Stortingsmelding 43 | s.13 |
| 3.2.1 | Oppsummering av departementets vurderinger og forslag | s.15 |
| 3.3 | Utkast til forskrift om akuttmedisinske tjenester | s.16 |
| 3.4 | Ny utdanning for ambulanspersonell | s.17 |
| 3.5 | Ambulanseplan for Finnmark 2000-2004 | s.17 |
| 3.6 | Statens Helsetilsyn | s.20 |
| 3.7 | Sykehusreformen | s.22 |
| 3.8 | Spørreundersøkelse i Finnmark | s.23 |
| 3.8.1 | Personell/vaktordning | s.23 |
| 3.8.2 | Bemanning | s.24 |
| 3.8.3 | Stasjonering av bilambulansene | s.25 |
| 3.8.4 | Medisinsk utstyr og delegering | s.26 |
| 3.8.5 | Kompetanse | s.27 |
| 3.8.6 | Generelt | s.28 |

4.0 Diskusjon **s.29**

5.0 Konklusjon **s.32**

6.0 Referanseliste **s.33**

7.0 Vedlegg

Spørreundersøkelse vedrørende ambulansetjenesten i Finnmark

Spørreskjema til baselederne for ambulansetjenesten i Finnmark

1.0 INNLEDNING

I den akuttmedisinske beredskapen er ambulansetjenesten et viktig ledd. Ambulansetjenesten har sin faglige forankring i spesialisthelsetjenesten, og for en rekke tilstander er det veldokumentert at kvaliteten og effektiviteten av denne tjenesten er livreddende. Tiden som går fra en melding mottas til ambulansen er på stedet, også kalt responstid, er ett mål for kvalitet på tjenesten, og for en tilstand som hjertestans er den avgjørende. Det opereres derfor med både nasjonale og internasjonale mål for responstider. Kvaliteten i ambulansetjenesten handler også om minimumskrav til bemanning, kompetent ambulanspersonell og samhandling mellom ulike ledd i helsevesenet.

Undersøkelser har vist at det er betydelige kvalitetsforskjeller mellom fylker. Haga-utvalget hevdet i NOU 1998:9 at ambulansetjenesten er det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden. Mangel på enhetlige retningslinjer, uklar organisering og utilfredsstillende bemanning fører til stor ulikhet i tilbudet. I distriktene er tjenesten preget av små enheter med varierende kvalitet. Storbyene har først og fremst et kapasitetsproblem. Det er mange grunner til at det er blitt slik, men mangel på dokumentasjon gjør at det er vanskelig å belegge krav om kvalitetsstandarder. Dokumentasjonsmangelen gjør det lettere å videreføre den betydelige kvalitetsforskjellen mellom fylkene som nettopp denne tjenesten preges av. (1, 2)

1.1 Problemstilling

Vi ønsker i denne oppgaven å se nærmere på ambulansetjenesten. Oppgaven består først av en teoridel hvor vi gjennomgår dokumenter og krav knyttet opp til tjenesten, samt en del hvor vi har konsentrert oss spesielt om ambulansetjenesten i Finnmark fylke. Materialet vi vil legge vekt på er Stortingsmelding 43, dokumenter fra Statens helsetilsyn, sykehusreformen og ambulanseplanen for Finnmark.

For oss har det vært av interesse å rette spesiell oppmerksomheten omkring de ambulansebasene som ligger langt fra sykehus og som dermed stiller store krav til ambulanspersonellet. Finnmark står overfor spesielle utfordringer da fylket er preget av store avstander, hardt klima og spredt bosetting. I ambulanseplanen for Finnmark 2000-2004 anbefaler plangruppen at dagens ambulansetjeneste må styrkes på flere områder for å nå opp

til de anbefalinger og krav som fremkommer av blant annet NOU 1998:9 Hvis det haster..., fylkeslegens "tilsynsrapport" fra 1997. (3, 4)

Vi har foretatt en spørreundersøkelse ved alle ambulansebasene i Finnmark. Hensikten med dette var å kunne sammenligne dagens tjeneste med tidligere rapporter. Hva er blitt gjort for å imøtekomme planutvalgets anbefalinger, og er kvaliteten på ambulansetjenesten i Finnmark hevet? I Finnmark ble ambulansetjenesten i enkelte kommuner vurdert som uforsvarlig av Statens helsetilsyn i 2000. Kan ambulansetjenesten i Finnmark fortsatt betegnes som uforsvarlig? Dette forsvarlighetsbegrepet ønsker vi også å se litt nærmere på.

I påvente av at det skal komme en forskrift for prehospital akuttmedisin, ønsker vi å se nærmere på målsettingene for de prehospitale akuttmedisinske tjenester i Norge. Er disse målsettingene realistiske for Finnmark? Vi vil også se litt nærmere på og diskutere hvorvidt man aksepterer forskjellig standard på tjenestene i sentrale og perifere strøk. Dette innebærer blant annet etiske og økonomiske aspekt. Hva kan man regne som et likeverdig tilbud?

1.2 Ambulansetjenesten i Finnmark i dag

Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra 01.01.2002 og etablerte fem helseregioner. Helse Finnmark er et av seks helseforetak i Helse Nord. Helse Finnmark har ansvar for tilbud om spesialisthelsetjenester til befolkningen i Finnmark med 73514 innbyggere.(5) Foretaket har 2 somatiske sykehus i henholdsvis Kirkenes og Hammerfest, samt spesialistpoliklinikk i Alta og spesialistlegesenter i Karasjok.

Ambulansetjenesten har sin forankring i spesialisthelsetjenesten, og omfatter biler, båter og luftambulanse. Det er inngått avtaler med 7 private utøvere for drift av 32 bilambulanser fordelt på 16 baser og 3 båtambulanser i beredskap.(5) Ut over dette er det to båter som utfører leilighetsskys. Det er i tillegg inngått avtale med Norsk Luftambulanse A/S om drift av helsepersonellbemanningen på ambulanseflyene og på redningshelikopteret på Banak.. Forsvarlig ambulansedekning og kapasitet i et geografisk område vurderes ofte ut fra de samlede ambulanseressurser i regionen, dvs. både bil-, båt- og luftambulanse.

Kartet på neste side viser en oversikt over de ressurser Helse Nord har tilgjengelig. Antallet ambulanserbiler, båter, fly og helikopter for de ulike helseforetakene er vist.

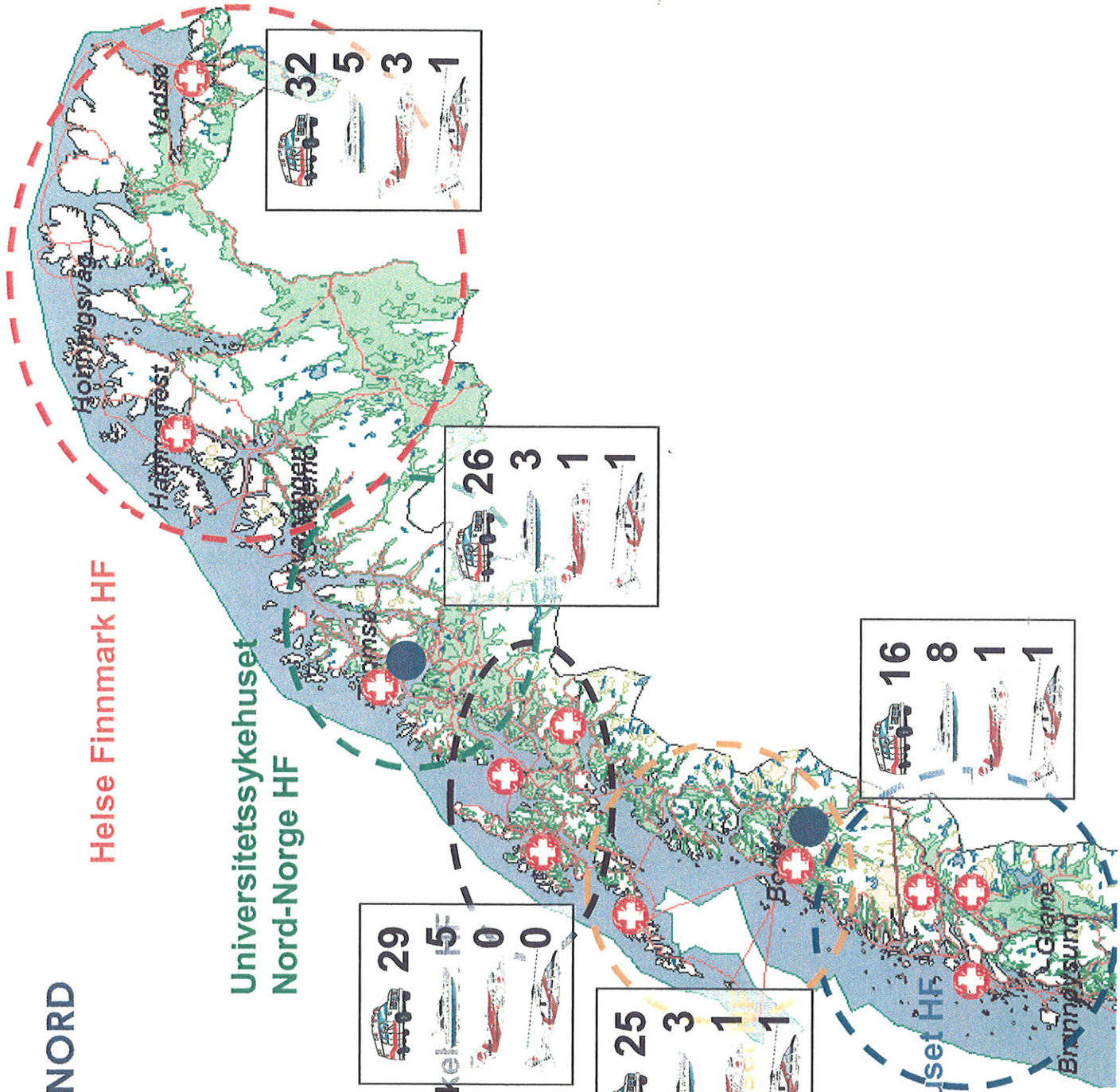
Helsetilstand i Finnmark HF

Universitetssykehuset
Nord-Norge HF

Hålogalandssykehuset HF

Nordlandssykehuset HF

Helgelandssykehuset HF



Topografiske og demografiske forhold

Finnmark med sine 19 kommuner er Norges største fylke i forhold til areal (48649 km²) og Norges minste i forhold til folketall.(5) Fylkets store areal oppdelt av sjø, fjord og fjell, gjør at en forsvarlig ambulansetjeneste nødvendigvis må bli meget ressurskrevende. At Finnmark har forholdsvis få innbyggere med lange avstander mellom tettsteder og byer bare forsterker dette forholdet. Ressursbruk pr innbygger kan av den grunn vanskelig sammenlignes med andre steder i landet.

Aktivitet og ressurser

I Helse Finnmark er det totalt 32 ambulanserbiler. Av disse er 26 i døgnerberedskap, mens 6 er i drift deler av døgnet. Til sammen utførte denne ambulansetjenesten 13073 oppdrag i 2003 med totalt kjørte kilometer på 1245214, noe som tilsvarer 95 kjørte kilometer per oppdrag. Oslo har til sammenligning en kjørelegde på 20 kilometer. De store ulikhetene forklares av fylkenes utstrekning. Finnmark har også klart flest heldøgnsambulanser per 100 000 innbyggere, noe som er naturlig ut fra geografiske forhold for å opprettholde nødvendig beredskap. (5)

2.0 MATERIALE OG METODE

2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er todelt. Vi har i den første delen gjennomgått og fordypet oss i de mest sentrale dokumentene ambulansetjenesten er tuftet på.. I tillegg har vi utført en egen spørreundersøkelse blant ambulanspersonell i Finnmark.

2.1.1 Litteraturstudie

For å få mer innsikt i ambulansetjenesten med dens anbefalinger og krav, var det viktig for oss i denne oppgaven å utføre en litteraturgjennomgang. Vi har lagt vår hovedvekt på NOU-rapporten 1998:9 hvis det haster... , NOU 2001:31, Stortingsmelding nummer 43 og Ambulanseplanen for Finnmark 2000-2004. I tillegg har vi sett på en del korrespondanse mellom Statens Helsetilsyn og Finnmark Fylkeskommune. Nærmere redgjørelse av litteraturen finnes i resultatdelen.

2.1.2 Spørreundersøkelse

For å få en oppdatert oversikt over aktuelle forhold i tjenesten og for å se om anbefalingene i ambulansplanen for Finnmark 2000-2004 er blitt fulgt opp, gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant ambulanspersonell i Finnmark. Spørreundersøkelsen ble foretatt i perioden april-mai 2004 ved de 16 ambulansbasene i Finnmark, og da primært av baselederne. Skjemaet tar utgangspunkt i ambulansplanen for Finnmark 2000-2004, og er gjennomført i stor grad etter de samme prinsipper for å kunne sammenligne våre resultater med denne. En viktig forskjell som er verdt å bemerke, er at vi kun har konsentrert vårt arbeid om bilambulansene. Båt og flyambulansene er utelukket.

Type studie som vi har benyttet er en tverrsnittundersøkelse som måler prevalensen i et utvalg. Prevalensen er et mål for hvor stor andel av en populasjon som har en bestemt egenskap på et bestemt tidspunkt. Fordelene med en slik type studie er at man kan undersøke mange variabler og at metoden lett standardiseres. Ulempen ved tverrsnittundersøkelse er at den har ingen utbredelse i tid, men bare gir et øyeblikksbilde. En annen begrensning ved spørreundersøkelsen er at man bare får svar på det man spør om, og ikke et helhetsbilde. Det stilles derfor store krav til utformingen av spørsmålene.(6)

Beskrivelse av metoden

Vi sendte i april 2004 ut et spørreskjema på tre sider samt et informasjonsbrev til alle ambulansebasene i Finnmark hvor de ble bedt om å svare på spørsmål i tilknytning til tjenesten. Undersøkelsen omfattet spørsmål om vaktordning, antall ambulanserbiler, bemanning, stasjonering, medisinsk utstyr, kompetanse og generelt om tjenesten.(Vedlegg). I skjemaet var det også gjort plass til eventuelle kommentarer. Opplysningene ble samlet i tabeller og sammenlignet med tilsvarende tall for undersøkelse gjort av Ambulanseplangruppen i februar 1999.

Innsamling av data

Vi startet med utarbeidelsen av skjemaene til undersøkelsen i begynnelsen av mars 2004. Vi tok utgangspunkt i spørreskjemaene brukt i ambulans planen for Finnmark 2000-2004 og laget en egen layout til skjemaene. Trykkeriet ved Universitetet i Tromsø var behjelpelig med å trykke opp det ferdige produktet. De første skjemaene ble sendt ut i begynnelsen av april 2004, med svarfrist ved månedens slutt. Vedlagt alle spørreskjemaene la vi ferdigfrankerte svarkonvolutter med returadresse som skulle benyttes.

Før vi sendte ut skjemaene tok vi kontakt med driftsansvarlige for ambulansetjenesten i Øst Finnmark, Geir Braathu, som var positivt innstilt til prosjektet. Han ville informere driftsansvarlig i Vest Finnmark om spørreundersøkelsen.

8 av 16 ambulansestasjoner svarte ikke innen tidsfristen. Disse ble i mai ringt opp for å få tillatelse til å sende et nytt skjema dersom de var villige til å delta i spørreundersøkelsen.

3.0 RESULTAT

Nedenfor følger en kort sammenfattelse og gjennomgang av sentrale dokumenter tilknyttet ambulansetjenesten. Tekst skrevet i kursiv er direkte sitat.

3.1 Ambulansetjenesten

Lovgrunnlag og organisering

I henhold til lov 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus er ambulansetjenesten en spesialisert helsetjeneste, definert som "beredskap for eller transport i forbindelse med undersøkelse eller behandling av pasienter på grunn av sykdom eller har behov for å bli transportert på bære eller som har behov for medisinsk bistand eller tilgang til medisinsk utstyr under transport".(7)

Ambulansetjenesten ble tidligere finansiert over stats- og trygdebudsjettet, og drevet av private og offentlige instanser samt frivillige organisasjoner. Majoriteten, ca 70 prosent, ble drevet av privatpersoner og organisasjoner. 16 prosent ble drevet i kombinasjon med taxi og om lag 3 prosent drevet i kombinasjon med brannberedskapen. I distriktene var store deler av tjenesten basert på frivillig innsats.(4)

Fra 1986 var ambulansetjenesten hjemlet i *Lov Om sykehus*. En lovendring i sykehusloven 1985, som trådte i kraft 01.01 1986, gjorde planlegging, utbygging og drift av tjenesten til et fylkeskommunalt anliggende(7). Hovedformålet med endringene var å oppnå geografisk utjamning, desentralisere myndigheten og effektivisering ved at det økonomiske ansvaret ble lagt til forvaltningsnivået med ansvaret. For ambulansetjenesten var det eneste formelle kravet etter endringen i 1986 gitt med hjemmel i vegtrafikkloven og omhandlet krav til ambulanseskjøretøyet.(4)

Fylkeskommunen valgte mange forskjellige former for organisering av ambulansetjenesten. Ambulansetjenesten ble eid og drevet av offentlige og private instanser som sykehus, brannvesen, AS, privatpersoner og frivillige organisasjoner.(7) I byene ble den offentlige ambulansetjenesten utført av sykehus og brannvesen. De største private ambulanseoperatører

har var Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Falken og Norske Kvinners Sanitetsforening i tillegg til privatpersoner.(4)

Alle fylkeskommunene opprettet stilling for medisinsk ansvarlig lege, men utover dette varierte den medisinskfaglige ledelsen av ambulansetjenesten. I noen kommuner var ansvaret fordelt mellom kommuneleger og sykehusleger, mens det i andre fylkeskommuner ble ivaretatt av kommuneleger. I et fåtall fylkeskommuner ble det opprettet egen stilling for ambulanseoverlege.(7)

Eksempler:(7)

Troms: Ambulansetjeneste sortert under de ulike sykehusområdene, som enten hadde tilsatt ambulansesjef, ambulanseleder eller ambulansesekretær. Det administrative ansvaret lå delvis hos fylkeslegen. Medisinsk ansvarlig var knyttet til sykehuset.

Finnmark: Privat driftsansvar for tjenesten. Utøver rapporterte direkte til fylkeskommunens saksbehandler som jobbet hos fylkeshelsesjefen. Medisinsk ansvar uklart definert.

I et rundskriv i 1997 fra Statens helsetilsyn ble de medisinske ansvarsforholdene i ambulansetjenesten presisert:

- *Systemansvar som det overordnede medisinskfaglige ansvar fylkeskommunen er pålagt gjennom Lov om sykehus.*
- *behandlingsansvar for den enkelte pasient som skal ivaretas av de som sist vurderte pasienten i forbindelse med ambulansetransport.*

Ambulansepersonell arbeidet på delegert myndighet fra behandlingsansvarlig.(4)

I lov 2.juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten som erstattet sykehusloven i 2001 fremgår det at ambulansetjenesten fortsatt skal være en spesialisthelsetjeneste regulert av denne loven. Det fantes i 1999 ingen formelle krav til ambulansetjenesten, verken når det gjaldt bemanning, kompetanse eller responstid.(7)

Oppgaver og hastegrad (7)

Ambulansetjenesten har følgende tre hovedoppgaver:

1. Utrykning til pasienter for primær stabilisering av akutt skader eller sykdomstilstander. Kjennetegnes av høy hastegrad.
2. Transport av pasienter som skal innlegges i sykehus eller overflytting av pasienter til sykehus med høyere omsorgsnivå for endelig behandling.
3. Transport av pasienter til, fra og mellom sykehus.

Ambulansetjenestens oppgaver defineres altså i høy grad ut fra hastegrad. I henhold til Norsk medisinsk indeks gjelder følgende definisjoner:

- *Akuttoppdrag (Rød respons): Antatt alvorlige tilstander der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret, og der ambulanse skal rykke ut og lege alarmes.*
- *Hasteoppdrag (Gul respons): Antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjoner kan bli truet og der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege.*
- *Vanlig oppdrag (Grønn respons): Tilstand som skal forelegges lege til vurdering ved første passende anledning.*

Utdanning og kompetanse

Frem til 1998 var ambulansetjenesten et fylkeskommunalt ansvar uten nasjonale retningslinjer og forskrifter. Det fantes frem til da ingen krav til kompetanse, beredskap, responstider eller medisinsk standard. Det var da fortsatt et betydelig antall enmannsbetjente ambulanser. Disse benyttet ulike typer ledsagere som pårørende og annet ikke faglært personell. Utdanningskravene i fylkene varierte og de eneste anbefalinger om utdanning og kompetanse for ambulansepersonell var NOU 1976:2 (4). Alle fylkeskommuner stilte likevel faglige minimumskrav til sine ansatte. Kravene var mest omfattende i de største tjenestene. I de mindre tjenestene var kravene mindre omfattende. En del fylkeskommuner vedtok NOU 1976:2 modellen som minstekrav til ambulansepersonell.(7)

Ambulansepersonellutdanningen i NOU 1976:2

I NOU 1976: 2 «Utdanning av ambulansepersonell», ble det gitt anbefalinger om kompetansekrav til ambulansepersonell. Frem til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet i 1998 vedtok læreplan for ambulansesfag i videregående skole, har disse anbefalingene fungert som mal for utdanningen av ambulansepersonell i flere fylker.

Faglig sett er anbefalingene i NOU 1976:2 tredelte:

- En kjøreteknisk del med i alt 62 timer teori.
- En redningsteknisk del med 55 timer teori og 15 timer praktiske øvelser.
- En medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og tre ukers praktisk tjeneste ved mottagelsesavdeling/intensivavdeling (1 uke), operasjons-
anestesiavdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avdeling (1 uke).

Utdanningen var i utgangspunktet lagt opp som en tre måneders utdanning, uten praktisk tjeneste fra ambulanse og uten praktisk trening i utrykningskjøring. Dette endret seg over tid. Ut fra gjennomgang av et utvalg opplæringsplaner basert på NOU 1976:2, synes det klart at opplæringen etter hvert varierte mellom 14 og 34 uker og inneholdt følgende elementer:

- En kjøreteknisk del med varighet 1-2 uker, inkludert praktisk trening i utrykningskjøring.
- En redningsteknisk del med varighet 1-2 uker.
- En medisinsk del med teoretisk undervisning i 6-8 uker, samt en hospiteringsdel i sykehus (akuttmottak, intensiv-overvåkningsavdeling eller anestesiavdeling) i 2-6 uker og i ambulansetjeneste i 4-16 uker.

Økt krav til effektivitet og yteevne i samfunnet og større kunnskap i befolkningen stiller økte krav til kvaliteten på ambulansetjenesten. Utvikling i behandlingsmetoder endrer krav til kompetanse, utstyr og organisering av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.(4)

Ambulansefaget

Ambulansefaget ble godkjent i 1996 under lov 23. mai 1980 nr. 13 om fagopplæring i arbeidslivet. Denne loven er nå erstattet av lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæring. Ambulansefaget inngår som helsefag i den videregående skole, og følger hovedmodellen på fire år bestående av to år i skole (grunnkurs og VK1) og to års læretid i bedrift. Fagbrev utstedes ved bestått fagprøve.(3) Ambulansefaget tilbys ved seks skoler, blant annet Finnfjordbotn videregående i Troms.

Læreplanen setter mål knyttet til pleie- og omsorgstiltak, hygiene og håndtering av medikamenter, prehospital håndtering, operative funksjoner, kjøreteknikk og bedriftslære. Yrkesaktivt ambulanspersonell gis gjennom § 20 i nevnte lov mulighet til å tilegne fagbrevskompetanse gjennom privatistordningen.(7)

Fører av ambulanseskjøretøy må ha fylt 20 år for å oppfylle kravene til Vegdirektoratets kompetansebevis, som kreves av samferdselsmyndighetene. En høy andel av nyutdannet ambulanspersonell vil være under 18 år, og dermed for unge til å ta sertifikatet. Disse skal etter planen fungere som 3. ambulanspersonell mens de går i lære.(7)

Autorisasjon som helsepersonell

Ambulansepersonell med fagbrev vil få autorisasjon i henhold til lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v., som trådte i kraft 01.01.2001. I den utstrekning arbeidsoppgavene til annet ambulanspersonell er relatert til pasienter, er også disse regulert av samme lov.

Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientens sikkerhet, gjennom å sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner for å inneha en bestemt yrkesrolle. I departementets begrunnelse for å gi ambulanspersonell autorisasjon som helsepersonell ble det lagt vekt på at yrkesgruppen utfører selvstendig, og ofte risikofyllt, prehospital håndtering av pasienter. Det ble derfor ansett som viktig at ambulansarbeiderne har den nødvendige kompetanse slik at annet helsepersonells og allmennhetens tillit sikres. (7)

Medisinsk utstyr

De fleste fylkeskommuner hadde formulert standardkrav til utstyr i ambulansebilene. Særlig utbredt utstyrskrav omfattet defibrillator, pulsoksymeter, blodtrykksapparat, infusjonsvæsker, ryggskadebære og stive nakkekraver.

3.1.1 Aspekter som må forbedres

Akuttutvalget utpekte som tidligere nevnt ambulansetjenesten som det svakeste ledd i den akuttmedisinske kjeden. I Stortingsmelding 43, kapittel 4, om ambulansetjenesten belyses flere aspekter ved tjenesten som må forbedres.

Bemanning av ambulanserbiler må styrkes

Det finnes per i dag ingen statlige fastsatte krav til bemanning av ambulanserbiler. I de fleste større tjenester er tomannsbetjening av ambulanserbiler det vanlige, men enmannsbetjente ambulanserbiler er fortsatt nokså utbredt i de mindre tjenestene.

Fremveksten av akuttmedisin utenfor sykehus har endret ambulansefaget fra å være et transportyrke til å bli et helsefag. Utviklingen innen medisin og helsetjenester har videre økt befolkningens forventninger til ambulansetjenesten. Det finnes derfor en utbredt enighet om at enmannsbetjente ambulanserbiler ikke er i takt med den generelle oppfatningen av faglig forsvarlig virksomhet, verken i befolkningen, i tjenesten selv, eller blant dem som administrerer den.(7)

Det må bli krav til kompetanse for ambulansepersonell

Det finnes ingen statlige fastsatte krav til kompetanse for ambulansepersonell. Alle fylkeskommuner stiller likevel faglige minimumskrav til sine ansatte, men disse varierer betydelig. Kravene er mest omfattende i store tjenester som Oslo og Akershus, og mindre omfattende i små tjenester i distriktene. Mangel på nasjonale krav har ført til varierende kompetansenivå, både blant ambulansepersonell og mellom ambulansetjenestene. Et eget ambulansefag ble godkjent i 1996. Ambulansefaget inngår som helsefag i den videregående skole og fører til fagbrev.(7)

Responstid for ambulanserbiler må klargjøres

Det finnes ingen statlige fastsatte krav til responstider; det vil si tidsintervallet fra AMK-sentralen kontaktes til ambulansebilen er ute hos pasienten. Dette bidrar - sammen med værforhold, veinett og avstander - til at responstiden varierer betydelig fra sted til sted. I følge akuttutvalgets kartlegging av responstid for årene 1995 og 1996 opplyste 14 fylkeskommuner at minst 90 prosent av befolkningen kan nås med ambulans innen 30 minutter. To fylkeskommuner (Telemark og Nordland) opplyste at 50 prosent av befolkningen

kan nås innen 30 minutter. Tre fylkeskommuner (Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Finnmark) bevarte ikke henvendelsen, men geografiske forhold tilsier at responstiden sannsynligvis er lengre enn 30 minutter her. Det er en utbredt holdning at responstiden er for lang mange steder, noe som kan få svært alvorlige konsekvenser.(7)

3.1.2 Akuttutvalgets vurdering i NOU 1998:9

Ambulansetjenesten har en sentral rolle innen prehospital akuttmedisin, katastrofeberedskap og er en viktig trygghetsskapende faktor for befolkningen. Mangel på nasjonale retningslinjer og forskrifter har medført uensartet organisering av tjenesten, med variasjon i faglig og operativ standard. Fylkeskommunene har til dels mangelfull oversikt over egen tjeneste, noe som fremkommer av dårlig dokumentasjon og kvalitetssikring. Det må skje en betydelig opprustning av ambulansetjenesten, både faglig, organisatorisk og kapasitetsmessig for at den skal kunne møte dagens og morgendagens behov og krav. Utvalget konkluderte med å anbefale at det bør utarbeides en forskrift for prehospital akuttmedisin.(4)

3.2 Stortingsmelding 43 (1999-2000)

Meldingens formål

Dette er en melding om den akuttmedisinske beredskapens organisering, finansiering og lovforankring. Meldingen omhandler en rekke tiltak som tar sikte på å styrke den akuttmedisinske beredskap – herunder akuttmedisinsk kommunikasjon, akuttberedskap i kommunehelsetjenesten, ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten og akuttberedskap i spesialisthelsetjenesten.(8)

Meldingens vurderinger og forslag tar utgangspunkt i innstillingene til to utvalg som ble oppnevnt i 1997 for å vurdere ulike sider av den akuttmedisinske beredskapen. Det ene var det såkalte "luftambulanseutvalget": NOU 1998:8 "Luftambulansetjenesten i Norge". Det andre var det såkalte "akuttutvalget 1998:9 "Hvis det haster....- Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap".

Hovedmålsetninger for den akuttmedisinske beredskap.

Høy faglig standard og et mest mulig likeverdig tilbud

Den overordnede målsettingen må være en akuttmedisinsk beredskap som har høy faglig standard. Den akuttmedisinske beredskapen må også gi et mest mulig likeverdig tilbud til befolkningen. Det er derfor viktig at organiseringen av tjenesten tar hensyn til at bosetningen i deler av landet er spredt, med varierende avstand til spesialisthelsetjenestetilbud.(8)

Forutsigbare ledd i den akuttmedisinske kjede

Når tid er en kritisk faktor er det svært viktig at tilbudene, organiseringen og den faglige kvaliteten på de enkelte ledd innenfor den akuttmedisinske kjeden er forutsigbar.(8)

Begrepsavklaring

Begrepet akuttmedisinsk beredskap kan defineres som "døgnskcontinuerlig beredskap for tilstander som uoppholdelig krever observasjon, diagnostikk, behandling og eventuelt stabilisering før videresending." (NOU 1998:8).(8)

Den akuttmedisinske kjede:

Den akuttmedisinske kjeden omfatter de tiltak og tjenester som er etablert for å yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt, behandlingstrengende sykdom. Betegnelse "kjede" innebærer at brukere og tjenesteytere har forventning om at de ulike tiltak og tjenester skjer i en bestemt rekkefølge og etter et bestemt mønster. I kjeden må det derfor være etablert entydige, gjensidig forpliktende regler for samhandling.

Det heter at "en kjede er ikke sterkere enn det svakeste ledd". I den akuttmedisinske kjeden der tidsfaktoren er viktig, betyr det at mangelfulle ressurser tidlig i kjeden (prehospitalt), ikke kan kompenseres fullt ut ved godt utbygde tjenester senere i kjeden (sykehus). Tilstrekkelige ressurser tidlig i kjeden er blant de viktigste betingelsene for at pasienter som trenger tjenester sent i kjeden, kan nyttegjøre seg disse.

Leddene i den akuttmedisinske kjeden består av følgende tjenester utenfor sykehus:

- 1. Medisinsk nødmeldetjeneste (AMK-sentraler).*
- 2. Kommunenes øyeblikkelig-hjelp tjeneste.*
- 3. Ambulansetjenesten*

I sykehus: Spesialisthelsetjenesten i sykehus.

I akuttutvalgets innstilling beskrives og analyseres den akuttmedisinske kjeden fra LV – og AMK-sentraler, til ambulansetjeneste, legevakt og sykehus.

Tre kritiske satsningsområder tas spesielt opp:

- det ene er legedekningen i primærhelsetjenesten*
- det andre er sykehusstrukturen*
- det tredje er kvaliteten og kapasiteten i ambulansetjenesten.*

Akuttutvalget utpekte ambulansetjenesten som det svakeste ledd i den akuttmedisinske kjeden. Kvaliteten og kapasiteten i ambulansetjenesten forringes, etter akuttutvalgets mening, av mangel på enhetlige retningslinjer, uklar organisering og utilfredsstillende bemanning.(8)

3.2.1 Oppsummering av departementets vurderinger og forslag (8)

- *Bemanningen av ambulanserbiler må styrkes. Departementet vil:*
 - *Stille krav i form av forskrift om at ambulanserbiler som hovedregel må være tomannsbetjente.*
 - *Gi fylkeskommunen adgang til å søke fylkeslegen om dispensasjon for enmannsbetjening for ambulanserbiler med minst aktivitet (dvs. tjenester med et befolkningsgrunnlag på under 800 innbyggere). Betingelsen er at det etableres avtaler om fast ledsagertjeneste med for eksempel sykehjem eller primærhelsetjeneste.*
- *Det må bli krav til kompetanse for ambulansepersonell. Departementet vil:*
 - *Stille krav i form av forskrift om at minst én av ambulansepersonell per bil per vakt skal ha dokumentert fagkompetanse på nivå med fagbrev. Ambulansepersonell nummer to bør kunne dokumentere akuttmedisinsk- og pleiefaglig kompetanse på nivå med NOU 1976:2.*
 - *Legge opp til en overgangsordning for ervervelse av fagbrev på seks år.*
 - *Åpne opp for en dispensasjonsordning, som gis av den lokale fylkeslege etter innstilling fra fylkeskommunen, på inntil tre år for tjenester som av særlige årsaker ikke har kunnet implementere dette kravet.*
 - *Oppfordre fylkeskommunen til å etablere videreutdanning for ambulansepersonell i tjenester med stor aktivitet.*

- *Responstid for ambulanserbiler må klargjøres. Departementet vil gjøre følgende responstider veiledende for fylkeskommunene ved planlegging av tjenestetilbudet:*
 - *Akuttoppdrag: 12 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk.*
 - *Hasteoppdrag: 30 minutter for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk.*
- *Samarbeidet mellom ambulansetjenesten og legevakten bør formaliseres. Departementet oppfordrer fylkeskommunene til å etablere ordninger som lokale akuttmedisinske team.*
- *Oppgjørsordningen mellom fylkeskommuner for ambulansetransporter av pasienter over fylkesgrensene må etterfølges. Departementet vil understreke at pasientens bostedsfylke er ansvarlig for å dekke utgiftene til ambulansetransport med bil eller båt, uansett hvor transporten finner sted og uavhengig av om deler av transporten skjer med fly. Unntaket er ved innleggelse som ø-hjelp i sykehus i oppholdskommunen.*

3.3 Utkast til forskrift om akuttmedisinske tjenester

NOU- utvalget anbefalt i 1998 at det burde utarbeides en forskrift for prehospital akuttmedisin. Den skal omfatte ambulansetjeneste (inkl. luftambulanse), medisinsk nødmeldetjeneste og døgnkontinuerlig legevakt i primærhelsetjenesten. En forskrift bør inneholde krav til beredskap, bemanning, utstyr, responstider og kvalitetssikring, og gi grunnlag for en nasjonal plan for prehospital akuttmedisin, med beskrivelse av mål og strategi. . Det er behov for nasjonale retningslinjer blant annet med krav om to- mannsbetjente ambulanserbiler, krav til responstider og ikke minst bedret utdanning av ambulansepersonell. Forskriftsfeste av retningslinjer og krav kan bidra til at man unngår de betydelige kvalitetsforskjellene som i dag eksisterer. (9)

Det kom i sommer et utkast til forskrift om krav til akuttmedisintjenester utenfor sykehus, 6 år etter at NOU- utvalgets anbefaling. Dette utkastet er nå ute på høring, men det er allerede nå kommet tilbakemeldinger fra det medisinsk- faglige miljø om at utkastet ikke inneholder krav om responstider.

3.4 Ny utdanning for ambulanspersonell

I januar 2003 åpnet et nytt utdanningstilbud for ambulanspersonell ved Høgskolen i Lillehammer. Nasjonal paramedic utdanning, er en etterutdanning for ambulansarbeidere, som fra før har fagbrev, og som har minst to år i yrket som ferdig fagarbeider. Utdanningen gir 20 vekttall og er tuftet på en fleksibel modul- og nettverksbasert modell. Det undervises i akuttmedisinsk teori, grunnleggende undersøkelsesmetodikk, bruk av medisinsk- teknisk utstyr og behandlingsprosedyrer. Finansieringen skjer via helseforetaks- systemet, Sosial- og helsedirektoratet, Sentralorganet for fleksibel læring i høyere utdanning og Kompetanseutviklingsprogrammet. Studiefinansiering må ordnes av den enkelte da dette er et studie på høyskole- nivå. Utdanningen har som mål å heve kvaliteten ytterligere på ambulansetjenester i Norge.(10)

3.5 Ambulanseplan for Finnmark 2000-2004

En tverrfaglig plangruppe ble i 1998 nedsatt for å forta en gjennomgang av tidligere ambulansplan samt vurdere nye sentrale dokumenter som kunne innvirke på utøvelsen av ambulansetjenesten og som av den grunn burde inngå som en del av den nye ambulansplan for Finnmark. Ambulanseplanen for Finnmark ble vedtatt i Finnmark fylkesting i desember 1999, og er retningsgivende i perioden 2000-2004 for utviklingen av ambulansetjenesten. Plangruppen mente at ambulansetjenesten i Finnmark måtte styrkes på flere områder for å nå opp til de anbefalinger og krav som fremkommer av bl.a. NOU 1998:9 Hvis det haster..., fylkeslegens "tilsynsrapport" fra 1997 med mer.

Driftsform

Ambulanseplanen for Finnmark oppsummerer at fylkeskommunal drift med integrering i det fylkeskommunale helsevesen sannsynlig vil imøtekomme akuttutvalgets og fylkeslegenes anbefalinger om nødvendigheten av en generell standardheving av ambulansetjenesten. Kostnadene ved en full inkorporering i fylkeskommunen vil ikke være forenelig med fylkeskommunenes økonomiske rammer for ambulansedrift. Privat drift med mange og små utøvere, slik som da, anses som uheldig på grunn av de store variasjoner og kvalitetsforskjellene i tilbudet som en slik organisering medfører. Mange små aktører vanskeliggjør også muligheten for en felles helhetlig tankegang rundt utviklingen av

tjenesten. Det ble anbefalt at driftsmodell med private ambulansetøvere ble videreført, men at færre og større driftsenheter burde vurderes. Et eller flere større ambulanseselskaper vil ha større mulighet for å definere en målsetting for virksomheten for et område og sette opp klare strategier. Det vil gjøre det lettere å ivareta sentrale myndigheters anbefalinger om kvalitetsheving av tjenesten. Når det gjelder økonomi fremstår offentlig drift som et vesentlig dyrere alternativ enn privat drift. Plangruppen anbefalte at det fortsatt ble lagt opp til privat drift av ambulansetjenesten i Finnmark.(3)

Driftsorganisasjon

For å sikre at de enkelte tjenestene holder nødvendig faglig nivå ble det sett på som nødvendig at fylkeskommunen burde etablere en driftsorganisasjon hvor hovedoppgave skal være utarbeidelse av systembøker/prosedyrer for ambulansetjenesten og tilrettelegge for bruk av disse. I etableringsfasen av driftsorganisasjonen vil det være behov for to hele medisinskfaglige driftsstillinger i minimum 1 år. Deretter vil det være tilstrekkelig med ½ stilling tilknyttet hvert av sykehusene. Disse må jobbe nært sammen med anesthesioverlege på det respektive sykehuset. Driftsorganisasjonen skal se til at ambulanspersonellet har nødvendig kompetanse, blant annet ved å kunne tilby kurs som dekker nødvendig etterutdanning. Ut over dette skal organisasjonen også samle inn grunnlagsdata for ambulansetjenesten for å muliggjøre fortløpende vurdering av hensiktsmessigheten i organiseringen.(3)

Medisinsk faglig ansvar

Det overordnede medisinske systemansvar må tillegges definert overlege ved anesthesiavdeling på sykehus.

Styrking av antallet ambulanserbiler

Antallet ambulanserbiler i Finnmark blir anbefalt økt med to – en i Vardø og en i Båtsfjord. I Alta bør behovet for en fjerde bil vurderes.

Krav til lokalisering av ambulansestasjon

Ambulansetjenesten bør i størst mulig grad ha en nær tilknytning til det medisinske fagmiljøet i kommunene. I Hammerfest og Kirkenes burde det ifølge ambulansplanen være et krav at ambulansebasene skal ligge i tilknytning til sykehus. Ambulansestasjonene i øvrige kommuner må tilstrebtes lokalisert i tilknytning til helsesentrene der dette er mulig. (3)

Fagutdanning og etterutdanning

I samsvar med anbefalinger i NOU 1998:9 anbefales det at det settes som krav at fast ambulanspersonell som minimum skal være fagutdannet og inneha fagbrev som ambulansarbeider. Kompetanse i samsvar med NOU 1976:2 bør være minimum for sidepersonell. Det bør arbeides for å få etablert lokale akuttmedisinske team i samarbeid med kommunehelsetjenesten og det må også settes krav til etterutdanning av ambulanspersonellet.(3)

Tomannsbetjening i ambulansbilene

Plangruppen ønsket å styrke akuttberedskapen for ambulansetjenesten i Finnmark, og bemanningen ble derfor foreslått økt til tomannsbetjening for alle ambulansbiler.(3)

Medisinsk utstyr i ambulansbiler

For å styrke tjenesten ønsker plangruppen at det settes krav til hvilket utstyr og hvilke medisiner som må være i ambulansene. Dette må være standardisert for hele tjenesten. Ambulansene i Finnmark må utstyres i samsvar med beskrivelsen i kvalitetssikringsplanen og plangruppen anbefaler at det skal være krav om semiautomatisk defibrillator i alle ambulansbiler i beredskap samt overvåkningsenhet i bil nr 1.(3)

Kvalitetssikring (3)

Kvalitetssikringsplan for ambulansetjenesten i Finnmark anses som et sentralt dokument i utvikling og vedlikehold av tjenesten. I nye kontrakter bør det nedfelles en plikt til å følge kvalitetssikringsplanen for å sikre at det oppnås en best mulig ambulansetjeneste og at det blir gitt en mest mulig likt ambulansetilbud til befolkningen uavhengig av bosted.

I kvalitetssikringsplanen inngår:

- Systemhåndbok
- Ambulansjournal
- Avviksmelding
- Avvikshåndtering
- Intern-kontroll

3.6 Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn ga i desember 2000 Finnmark Fylkeskommune varsel om påbud om å sikre forsvarlig drift av ambulansetjenesten i fylket. Bakgrunnen for dette var at fylkeslegen i Finnmark oversendte en rapport vedrørende at Finnmark fylkeskommune inngikk nye ambulanseavtaler for perioden 20001-2007, og det ble i rapporten bedt om at Helsetilsynet vurderte om ambulansetjenesten som skulle etableres var faglig ansvarlig (11).

De faktiske forholdene

Fylkeslegen vurderte i rapporten de nye ambulanseavtaler Fylkeskommunene hadde inngått, og konkluderte med at det ikke kunne dokumenteres at tjenesten i kommunene Loppa, Hammerfest, Måsøy og Nordkapp ville være faglig forsvarlig fra årsskiftet 2001. Forhold som ble tatt opp gjaldt i hovedsak ivaretagelse av funksjonen medisinsk faglig ansvar for ambulansetjenesten i Finnmark, rutiner og prosedyrer for virksomheten, krav til kvalifikasjoner for ambulanspersonell og sikring av tilstrekkelig bemanning av ambulansetransport der det var pasienter som trengte behandling eller tilgang på medisinsk utstyr under transport.(11)

Medisinsk faglig ansvar/rutiner

Fylkeskommunen utpekte i slutten av året 2000 anestesioverlegene ved Hammerfest og Kirkenes sykehus til å ivareta overordnet medisinsk ansvar for ambulansetjenesten. Anestesioverlegene ved Hammerfest sykehus så seg ikke i stand til å ivareta det overordnede medisinske ansvaret for ambulansetjenesten. Det var for eksempel ikke utarbeidet prosedyrer for ambulansetjenesten. Fylkeslegen opplyste Helsetilsynet om at Finnmark fylkeskommune ville ansette en person ved ett av sykehusene som skulle ha et systemansvar for ovennevnte virksomhet.(11)

Krav til kvalifikasjoner

Fylkeskommunen i Finnmark inngikk nye ambulanseavtaler fra 1. januar 2001, der det fremgikk at minstekravet om kompetanse tilsvarende NOU 76-2 som fagutdanning for ambulanspersonell skulle innfris innen utgangen av år 2001. Fylkeslegen hevdet imidlertid at flere ambulansestasjoner med dette ville miste kvalifisert personell og erstattet av ny tilsatte

med liten formell og reell kompetanse. Det ble opplyst at den nye kontrakhaveren ikke hadde klart å skaffe folk i alle stillingene. Mange av de ny tilsatte hadde verken formell eller reell kompetanse som krevdes for at tjenesten skulle ha en forsvarlig standard. I kommunene Loppa, Hammerfest, Måsøy og Nordkapp risikerte man at ambulansen på enkelte vakter kunne være bemannet av to personer som ikke vil være i stand til å yte livreddende førstehjelp.(11)

Bemanning/ledsagertjeneste

Fylkeskommunen la opp til enmannsbetjente ambulanser ved rene transportoppdrag, når det ikke var påkrevd med to mann som følge av pasientens medisinske tilstand.(11)

Helsetilsynets bemerkninger (11)

Statens helsetilsyn fant at det medisinsk faglige ansvaret for ambulansetjenesten i Finnmark ikke syntes å være klart plassert og at funksjonen for det medisinsk faglige ansvaret ikke var ivaretatt. Det var heller ikke dokumentert at personellet i ambulansetjenesten hadde tilstrekkelige kvalifikasjoner til å utføre arbeidet på en forsvarlig måte. Dersom ambulansetjenesten hadde mangel på kvalifisert personell i en overgangsperiode, var Fylkeskommunen ansvarlig for å sørge for tiltak som kompenserer for dette.

Finnmark fylkeskommune hadde ikke sikret tilstrekkelig bemanning for ambulansetransport der pasienter trengte behandling eller tilgang på medisinsk utstyr under transport.

Helsetilsynet var av den oppfatning at det var fylkeskommunens ansvar å sørge for forsvarlig bemanning av ambulansetjenesten.

Helsetilsynet viste til at ambulansetjenesten var en helsetjeneste som det er forutsatt skal ha et medisinsk innhold og hvor det foregår behandling av pasienter i svært krevende situasjoner. Det stilles betydelige krav til både medisinsk- faglig ansvarlig for tjenesten, behandlende lege og ambulansepersonellet selv.

Helsetilsynet konkluderte med at planlagt ambulansevirksomhet fra 1. januar 2001 for Finnmark fylke kunne antas å få skadelige følger for pasientene og innebar uforsvarlig ambulansetjeneste. Statens helsetilsyn ga 26. januar 2001 påbud til Finnmark fylkeskommune om å bringe forholdene innen ambulansetjenesten i orden. Det ble konstatert at Finnmarks

befolkning ikke var sikret en forsvarlig ambulansetjeneste og at forholdene kunne sette liv og helse i fare.

Finnmark fylkeskommune delegert etter en tid personellvurdering og inspeksjon av ambulansetjenesten til Driftsorganisasjonen for ambulansetjenesten i Finnmark ved Peter Ranocha, Torbein Rønning og Geir Braathu. Disse foretok fornyede vurdering av ambulansetjenestene i Vest- Finnmark og vektla særlig ambulansepersonellets kvalifikasjoner. Driftsorganisasjonen vurderte ambulansetjenestene i Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Nordkapp, Hammerfest og Alta som faglig forsvarlig. Etter gjennomgang av rapportene fra Driftsorganisasjonen fant Helsetilsynet at ovennevnte tjenester var faglig forsvarlig.

Intern-kontrollsystem

I brev 16. oktober 2001 fra Driftsorganisasjonen gjorde de det klart at det ville bli arrangerte seminar for ambulanseseiere, stasjonsledere, kommuneledere, kommuneleger og ledere ved AMK- Kirkenes og Hammerfest. Det skulle da legges vekt på informasjon om hvordan IK-boka skulle brukes lokalt og laging av prosedyrer.(11)

3.7 Sykehusreformen

Staten overtok ansvaret for sykehus, psykiatri, ambulansetjeneste – og alt det vi omtaler som spesialisthelsetjenesten 1. januar 2002. Sykehusreformen innebar at fem regionale helseforetak fikk det overordnede ansvaret for helsetjenestene innenfor sitt geografiske område. De enkelte sykehus og institusjoner inngikk i selvstendige helseforetak, det ble opprettet om lag 50 helseforetak i hele landet. Hvert helseforetak skal sørge for best mulig drift i tråd med de helsepolitiske mål og økonomiske rammer som eierne og Stortinget har satt.

Vi snakker ofte om en sykehusreform, men det var mer enn som så. Reformen omfattet 84 offentlig eide sykehus, men i tillegg også institusjonene i psykiatrien, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotek, laboratorier og noen institusjoner i rusomsorgen.

Ambulansetjenesten bidrar med tjenester både til spesialisthelsetjenesten og til kommunehelsetjenesten. Ambulansepersonell har kompetansemessig utviklingsbehov som i bedre grad kan ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Det var derfor naturlig at

ambulansetjenesten også inngikk i en statlig eierskapmodell, og foretakene er nå inne som avtalepart og har det medisinsk- faglige ansvar for tjenesten.

3.8 Spørreundersøkelse i Finnmark

Svarprosenten fra spørreundersøkelsen vår var 100 prosent. Ambulansebasen i Øksfjord ønsket kun å svare på deler av spørreskjemaet. Resultatene er samlet i tabellene vist nedenfor.

3.8.1 Personell/vaktordning

Tabell 1. Personell/Vaktordning

| Bilutøver | Fast ansatte i turnus | | Midlertidig ansatt | | Timer vakt pr. døgn | |
|--------------|-----------------------|--------|--------------------|--------|---------------------|--------|
| | Heltid | Deltid | Heltid | Deltid | Stasjon | Hjemme |
| Kautokeino | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| Alta | 12 | 6 | 2 | 2 | 8 | 16 |
| Øksfjord | | | | | | |
| Hammerfest | 8 | 3 | 1 | 0 | 17 | 7 |
| Havøysund | 8 | 0 | 0 | 0 | 6 | 18 |
| Nordkapp | 8 | 0 | 0 | 0 | 5 | 19 |
| Lakselv | 8 | 1,5 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| Karasjok | 8 | 1 | 0 | 0 | 6 | 18 |
| Nordkyn | 4 | 0 | 0 | 0 | 6 | 18 |
| Tana | 9 | 1 | 0 | 0 | 6 | 18 |
| Berlevåg | 4 | 0 | 1 | 0 | 6 | 18 |
| Vadsø | 9 | 0 | 1 | 3 | 6 | 18 |
| Hasvik | 4 | 0 | 0 | 0 | 6 | 18 |
| Båtsfjord | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | 18 |
| Sør Varanger | 9 | 3 | 0 | 0 | 24/6 | 0/18 |
| Vardø | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | 18 |

Av tabellen ser vi at både Alta og Vadsø har fire midlertidige ansatte, noe som må regnes som et høyt antall. Dette anses som uheldig på grunn av dårligere kompetanse og større grad av uerfarent ambulanspersonell. Som det framgår av tabellen er det store variasjoner i den aktive tjenestetiden på stasjon. Det er verdt å merke seg at verken ambulansbasen i Kautokeino eller Lakselv har aktiv vaktperiode på stasjon. Hammerfest og Sør Varanger har flest timer vakt per døgn på stasjon. I ambulansplanen for Finnmark anbefaler plangruppen at det fremsettes krav om aktiv vaktperiode på stasjon.

I sykehuskommunene Kirkenes og Hammerfest forventes en jevnere drift med flere men kortere oppdrag enn for eksempel Karasjok. Disse kommunene har også bedre grunnlag for aktiv vakt på stasjon, hovedsakelig på grunn av hyppig kjøring til og fra flyplassen for mottak av pasienter fra ambulansefly.

3.8.2 Bemanning

Tabell 2. Bemanning av ambulansen – en eller tomannsbetjente

| Bilutøver | Bemanning | | | Biler på vakt dagtid | Biler på resten av døgnet |
|--------------|-----------|-------|-------|----------------------|---------------------------|
| | Bil 1 | Bil 2 | Bil 3 | | |
| Kautokeino | 2 | 2 | | 2 | 2 |
| Alta | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Øksfjord | | | | | |
| Hammerfest | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| Havøysund | 2 | 2 | | 2 | 2 |
| Nordkapp | 2 | 2 | | 2 | 2 |
| Lakselv | 2 | 2 | | 2 | 0 |
| Karasjok | 2 | 2 | | 2 | 2 |
| Nordkyn | 2 | | | 1 | 1 |
| Tana | 2 | 2 | | 2 | 2 |
| Berlevåg | 2 | | | 1 | 1 |
| Vadsø | 2 | 2 | | 2 | 1 |
| Hasvik | 2 | | | 1 | 1 |
| Båtsfjord | 2 | 2 | | 2 | 1 |
| Sør Varanger | 2 | 2 | | 2 | 2 |
| Vardø | 2 | 2 | | 2 | 1 |

Plangruppen anbefaler i ambulanseplanen for Finnmark at antallet ambulanserbiler økes med to – en i Vardø og en i Båtsfjord. Av tabellen fremgår det at denne anbefalingen er fulgt opp.

Når det gjelder bemanning av ambulansebilene har samtlige ambulansebaser fylt kravet om to mannsbetjening for både bil 1 og bil 2. Alta og Hammerfest har tre biler hver. For de områdene som bare har en bil på etter aktiv vakt på stasjon, medfører dette ekstra belastning på ambulansene i nabokommunen. Disse må komme i møte, og pasienten må omlastes for videre transport. Dette for å forhindre at den gjeldende kommune er helt uten ambulanse i en lengre periode.

3.8.3 Stasjonering av bilambulansene

Tabell 3. Stasjonering av bilambulansen utenom evt. hjemmevakt.

| Bilutøver | Stasjonering | | Avstand til helsesenter i km. | Finnes garasje i tilknytning til helsesenter. |
|--------------|--------------|-------------|-------------------------------|---|
| | Sykehus | Helsesenter | | |
| Kautokeino | Nei | Nei | 1,5 km | Nei |
| Alta | Nei | Ja | 0 km | Ja |
| Øksfjord | | | | |
| Hammerfest | Ja | | | |
| Havøysund | Nei | Nei | 0,2 km | Nei |
| Nordkapp | Nei | Nei | 4 km | Nei |
| Lakselv | Nei | Ja | 0 km | Ja |
| Karasjok | Nei | Nei | 0,5 km | Nei |
| Nordkyn | Nei | Nei | 2 km | Nei |
| Tana | Nei | Nei | 0,1 km | Egen base m/gar |
| Berlevåg | Nei | Nei | 2 km | Egen base m/gar |
| Vadsø | Nei | Ja | 0 km | Ja |
| Hasvik | Nei | Ja | 0 km | Ja |
| Båtsfjord | Nei | Nei | 0,7 km | Egen base m/gar |
| Sør Varanger | Nei | Nei | 5 km | Egen base m/gar |
| Vardø | Nei | Nei | 1 km | Egen base m/gar |

I dag er det bare i Alta, Lakselv, Vadsø og Vardø at utøverne har lokalisert ambulansetjenesten til helsesenter. Mange utøvere er derimot lokalisert i relativ kort avstand til helsesenter. I etterkant av planutvalgets anbefalinger i ambulanseplanen, har tre ambulansebaser endret lokalisasjon og er nå tilknyttet helsesenter.

Kun Hammerfest har ambulansetjenesten i tilknytning til sykehuset. Dette er en forbedring sammenlignet med spørreundersøkelsen i ambulanseplanen for Finnmark 2000-2004. Sør Varanger har ikke fulgt opp planutvalgets anbefaling om lokalisasjon tilknyttet sykehus, og har fremdeles sin ambulansebase hele 5 km fra sykehus. Dette må karakteriseres som utilfredsstillende.

3.8.4 Medisinsk utstyr

Tabell 4. Medisinsk utstyr og medisindelegasjon.

| Bilutøver | Antall ambulanserbiler med | | Antall med delegasjon for medisinerer | Er ansvarlig for delegeringen |
|--------------|----------------------------|--------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| | Defibrillator | Overvåkningsutstyr | | |
| Kautokeino | 1 | 1 | Ingen | - |
| Alta | 3 | 2 | Noen | Kommunelege |
| Øksfjord | 2 | 2 | Noen | Kommunelege |
| Hammerfest | 2 | 3 | Noen | Kommunelege |
| Havøysund | 2 | 2 | Alle | HF |
| Nordkapp | 2 | 2 | 6 | Baseleder |
| Lakselv | 2 | 2 | 8 | Lege |
| Karasjok | 2 | 2 | Noen | HF |
| Nordkyn | 1 | 1 | Alle | Kommunelege |
| Tana | 1 | 1 | Noen | Medisinsk ansv. |
| Berlevåg | 1 | 1 | Alle | Medisinsk ansv. |
| Vadsø | 2 | 2 | Noen | Medisinsk ansv. |
| Hasvik | 1 | 1 | 2 | Kommunelege |
| Båtsfjord | 2 | 1 | Alle | Lege |
| Sør Varanger | 2 | 1 | Noen | Kommunelege |
| Vardø | 2 | 2 | Noen | Medisinsk ansv |

Dersom vi ser bort i fra Øksfjord som ikke har svart fullstendig i spørreundersøkelsen, har vi registrert data på totalt 29 ambulanserbiler i Finnmark. Alle ambulansebasene har defibrillator i alle ambulansebilene bortsett fra Tana, Hammerfest og Kautokeino. Tana og Kautokeino har defibrillator i 1 av 2 biler, mens Hammerfest har hjertestarter i 2 av 3 biler. Dette er kraftig forbedring dersom vi ser på tallene fra spørreundersøkelsen i Ambulanseplanen for Finnmark. Plangruppen anbefaler at det skal være krav om semiautomatisk defibrillator i alle ambulanserbiler i beredskap.

Det er oppgitt å være overvåkningsutstyr i 24 av ambulansebilene, også dette er en klar forbedring fra tidligere rapporter. Her er anbefalingen fra plangruppen at minimum bil 1 ved hver base skal ha overvåkningsenhet.

Videre ser vi at det i alle kommunene er ambulanseutøvere med medisinsk delegering bortsett fra i Kautokeino. Hvem som er ansvarlig for delegeringen varierer noe fra kommune til kommune.

3.8.5 Kompetanse

Tabell 5. Kompetanse.

| Bilutøver | Fast ansatte med fagbrev | | Ansatte med utdanning i hht NOU 1976:2 | | Har alle ansatte gjennomgått HLR/DHLR kurs? | Krav til HLR/DHLR sertifisering/resertifisering |
|--------------|--------------------------|--------|--|---|---|---|
| | Heltid | Deltid | | | | |
| Kautokeino | 1 | 0 | | 7 | Ja | - |
| Alta | 7 | 0 | | 8 | Ja | Årlige kurs |
| Øksfjord | 1 | | | | Ja | Praktisk/teo prøve |
| Hammerfest | 3 | 0 | | 8 | Ja | |
| Havøysund | 2 | 0 | | 6 | Ja | Årlig med KIA-inst |
| Nordkapp | 1 | | | 7 | Ja | Årlige kurs |
| Lakselv | 6 | 0 | | 4 | Ja | |
| Karasjok | 4 | 0 | | 4 | Ja | Årlige kurs m/eks |
| Nordkyn | 0 | 0 | | 4 | Ja | Årlige kurs |
| Tana | 5 | 0 | | 4 | Ja | Årlig med KIA-inst |
| Berlevåg | 1 | 0 | | 3 | Ja | ?? |
| Vadsø | 1 | 0 | | 8 | Ja | Årlige kurs m/eks |
| Hasvik | 0 | 0 | | 4 | Ja | |
| Båtsfjord | 0 | 0 | | 6 | Ja | Fast ansettelse |
| Sør Varanger | 6 | 0 | | 6 | Ja | Årlig |
| Vardø | 3 | 0 | | 3 | Ja | Praktisk/teo eks |

Når det gjelder kompetanse fant vi at av de fast heltid - og deltidsansatte ambulansetøverne har 31 % fagbrev. Dette viser at plangruppens anbefaling om at alt fast ambulansespersonell skal ha fagutdanning med fagbrev som ambulansearbeider enda ikke er oppnådd. 96 % av de faste ansatte har kompetanse i henhold til NOU -1976:2. Dette er en klar forbedring sammenlignet med 79 % i plangruppens kartlegging i ambulansesplanen for Finnmark 2000-2004, selv om målet i framtiden er 100 %. Det er verdt å merke seg at en ambulansbase som Kautokeino med 8 heltidsansatte bare har en ansatt med fagbrev. Alta, Karasjok og Tana oppgir å ha ansatte uten minimumskompetanse, men i Tana er dette under utbedring.

Alle ambulansetøvere i Finnmark har gjennomgått defibrillator- kurs. Dette er en forbedring i henhold til Fylkeslegens rapport i 1997 da kun 89 % av de ansatte hadde defibrillator- kurs.

3.8.6 Generelt

Tabell 6. Generelt.

| Bilutøver | Er kommunen noen ganger uten ambulanse, evt hvor ofte? | Antall omlastinger av pasienter pr. år. | Fungerer helse-radio nettverket tilfredstillende | Føres det ambulanse-journaler. | Er dere fornøyd med dagens organisering |
|--------------|--|---|--|--------------------------------|---|
| Kautokeino | 1-2 pr mnd | 10 | Ja | Ja | Ja |
| Alta | Sjelden | 1-2 | Nei | Ja | Ja og nei |
| Øksfjord | | | Nei | Ja | Nei |
| Hammerfest | Nei | Usikkert antall | Nei | Ja | Nei |
| Havøysund | Aldri | 30-40 | Nei | Ja | Ja |
| Nordkapp | Aldri | Veldig sjelden | Ja | Ja | Ja |
| Lakselv | Sjelden | 0 | Ja | Ja | Ja |
| Karasjok | 1-2 pr. mnd | 5 | Ja | Ja | Ja |
| Nordkyn | 35-40 dager | 200 | Nei | Ja | Ja |
| Tana | 3-4 ganger pr år | 13-14 | Delvis | Ja | Ja |
| Berlevåg | 70-100 pr år | alltid, 70-100 | Nei | Ja | Nei |
| Vadsø | Sjelden | 24 | Nei | Ja | Nei |
| Hasvik | Aldri | Ingen | Nei | Ja | Ja |
| Båtsfjord | Aldri | 4-5 | Ja | Ja | Ja |
| Sør Varanger | Aldri | 15 | Nei | Ja | Nei |
| Vardø | 2 ganger i året | 10 | Delvis | Ja | Ja |

Mange kommuner i Finnmark opplever tidvis å være uten ambulanse. Dette skjer hyppigst i Berlevåg med 70-100 omlastninger per år. Da Berlevåg kun har en ambulanse må en ambulansebil fra Tana komme i møte og omlaste pasienten. Omlastningen skjer normalt på fjellet Gednje, og transporten inn til Kirkenes sykehus er herfra 250 km. Det er innlysende at dette vanskeliggjør krav om responstider og dekningsgrad. I tillegg vil omlasting medføre ekstra belastning for pasienten.

I tillegg ser vi at så mange som ni ambulansebasert oppgir at helse- radionettverket ikke fungerer tilfredsstillende, og to oppgir at sambandet delvis fungerer tilfredsstillende. Ut fra disse resultatene er det tydelig at helse- radionettverket må utbedres.

Ellers føres det ambulansejournal ved alle ambulansebasene, noe som er pålagt fra 1/1-1999. Disse vil etter hvert gi et tallmateriale som gjør at man får langt bedre forutsetning for videre planlegging og kvalitetssikring av ambulansetjenesten. På sikt skal både ambulansejournalen og øvrig rapportering bli databasert. Dette jobbes det nå med, men databasen er per dags dato ikke i drift.

Ti ambulansebaser oppgir å være fornøyd med dagens organisering, fem ambulansebaser er ikke fornøyd. Alta er delvis fornøyd. Vårt spørreskjema er utformet slik at det ikke kommer klart frem hva ambulansepersonellet er fornøyd eller misfornøyd med. Vi kan derfor ikke si om det er noe felles for de ambulansebasene som er misfornøyd med dagens organisering.

4.0 DISKUSJON

Til tross for at vi i denne oppgaven sitter på et lite tallmateriale, tillater vi oss å stille noen spørsmålsteget vedrørende ambulansetjenesten som helhet og Finnmark spesielt.

Dekningsgrad/responstider:

Responstider er det kvalitetskrav som brukerne ofte oppfatter som viktigst. Å nå mål som er foreslått i NOU- rapporten, vil kreve betydelige strukturelle endringer av eksisterende ambulansetjenester. For å kunne oppnå dette i Finnmark vil det måtte opprettes nye ambulansebaser som ikke er tilknyttet helsesenter og som heller ikke vil være lokalisert i rimelig nærhet til slik institusjon. Dette sammen med at flere små baser vil betjene et svært lavt antall innbyggere gjør at dette vurderes som lite hensiktsmessig og uforenelig med de øvrige kvalitetskrav som stilles til tjenesten. I Stortingsmelding 43 er de foreslåtte kravene fra Haga-utvalget moderert til å skulle være *veiledende* for planlegging av ambulansetjenestetilbudet. Man kan anta at dette skyldes de store økonomiske konsekvensene slike krav ville medføre. Det er derfor fortsatt stor avstand mellom helsepolitiske og faglige målsetninger, og den organiserte akuttmedisinske virkeligheten.

En viktig konsekvens av dette er at vi i dag ser en ikke ubetydelig forskjell på standarden på tjenesten i sentrale kontra perifere strøk. Vi tror man må akseptere at et kvalitetskrav som responstid skal være strengere i de områder der det er mulig å redde mange, men at man må tilstrebe å minske dagens forskjell slik at befolkningen i mer perifere strøk får et bedre og mer likeverdig tilbud. Krav om høy faglig kompetanse på ambulansepersonellet og tilstrekkelig medisinsk utstyr må derimot ikke fravikes.

Kompetanse:

Når det gjelder utdanning og kompetanse, er det store forskjeller mellom fylkene. Ofte er kompetansen dårligst der det er lengst avstand til sykehusene. Et problem i Finnmark er at det ikke er samme tilgang på personell med fagbrev som i det mer sentrale Sør-Norge. Derimot er det verdt å merke seg at mange av ambulansepersonellet har mange år i yrket, og en praktisk kompetanse med erfaring som er langt bedre enn mange med fagbrev. En annet viktig aspekt ved ambulansetjenesten i Finnmark, er at en del av befolkningen her er samisk-talende. Her er derfor også den språklige og kulturelle kompetansen viktig. Kommunikasjon er et viktig redskap i møte med pasienten, og mange føler en trygghet ved å kunne uttrykke seg på sitt eget morsmål.

Av spørreundersøkelsen vår ser vi at det også er store forskjeller på kompetansenivået innbyrdes i Finnmark fylke. Generelt virker det som om det er en sammenheng mellom høy kompetanse og medisindelegering. Vi har tidligere trukket frem Kautokeino som en base med lavt kompetansenivå. Her har heller ingen av personellet delegering på medisiner. For Helse Nord og som landet forøvrig, er det en viktig målsetting å ha en med fagbrev på alle ambulanser innen 2008. (12)

Dersom vi ser på utviklingen av medisinske behandlingsmetoder for ulike sykdoms- og skadetilstander, endrer dette kravene til kompetanse, utstyr og organisering av prehospitaltjenester. Det foregår nå i høst kursing av ambulansepersonell i trombolysbehandling. Prehospital trombolys og rask defibrillering ved hjerteflimmer, er eksempler på nye behandlingsmetoder som har fått stor betydning for pasientbehandlingen. For å sikre en mest mulig enhetlig praksis, samt at kliniske og operative beslutninger baseres på best mulig kunnskap, bør det være krav om at den medisinske behandling og redningstekniske innsats som ytes i ambulansetjenesten skal være i tråd med oppdaterte og anerkjente behandlingsprinsipper.

Vi nevnte innledningsvis at ambulansetjenesten i enkelte kommuner i Finnmark for noen år siden ble vurdert som uforsvarlig av Statens helsetilsyn. Å bruke en betegnelse som uforsvarlig kan være noe problematisk ettersom ambulansetjenesten i Finnmark ikke bryter noen forskrifter. Likevel betyr ikke dette at tjenesten er forsvarlig sett ut fra gjeldende praksis og normer andre steder i landet. Dette betyr at det nødvendigvis ikke er samsvar mellom forskrifter og forsvarlighet innenfor en tjeneste som ambulansetjenesten.

Medisinsk utstyr og medisindelegasjon

Når det gjelder medisinsk utstyr, er det verdt å merke seg at Helse-Nord dette året har gått til innkjøp av nye defibrillatorer til ambulansetjenesten i de tre nordligste fylkene. De nye maskinene har navnet Zoll og skal i løpet av året installeres i alle ambulanser og på legekontorer i distriktene. Det vil bli kjørt kurs for opplæring i bruk av disse maskinene. Zoll-enheten har en bifasisk defibrillator funksjon i tillegg til mulighet for pulsoksymeter, blodtrykksmåling, endetidal CO2 og 12 avlednings EKG. Zoll apparatet muliggjør telefonisk overføring av EKG til nærmeste sykehus for tolkning og eventuell igangsetting av prehospital trombolysbehandling.(13)

Av våre resultater kan det virke som om det er uklarheter omkring hvem som er ansvarlig for delegeringen i Finnmark. Det kommer ikke klart frem om dette er satt i system og om det finnes rutiner på området. Likevel har alle ambulansebasene, bortsett fra Kautokeino, personell med medisindelegering. Man kan stille seg et spørsmålstegn ved dette da Kautokeino har lang avstand inn til sykehuset. Hvilket tilbud får befolkningen med en ambulansetjeneste uten medisindelegering? Kan man akseptere at hvorvidt man overlever et hjerteinfarkt eller ikke til en viss grad avhenger av hvor i landet man befinner seg? Dette berører viktige etiske aspekter.

Lokalisering av ambulanserbiler

Det er et mål at ambulansetjenesten i størst mulig grad skal ha nær tilknytning til det medisinske fagmiljøet i kommunene. Ambulansebasen i Sør-Varanger ligger hele 5 km fra sykehuset i Kirkenes. Ved en eventuell akutt-tur hvor det er behov for at også lege er med ut til pasienten kan det medføre unødvendig lang responstid dersom ambulansen må inn til Kirkenes for å hente lege. Det er derfor nærliggende å tro at dette fører til at lege ikke blir med ut på alle oppdrag hvor det vil være behov for det.

Forslag til forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus:

Helsedepartementet foreslår nå felles forskrift for akuttmedisinsk virksomhet rettet prehospitalt, seks år etter at dette først ble anbefalt. Forskriften er ute på høring, og UNN HF, Helse Nord RHF og Helsetilsynet har gitt sine høringssvar. Samtlige poengterer i sine høringssvar at forskriften *ikke stiller krav til responstid*. Mangelen på krav til responstider i forskriftsforslaget fratrukkelse helseforetakene ansvar for et helt nødvendig, systematisk

forbedringsarbeid på dette området. UNN HF skriver i sitt høringsvar at dette er en så alvorlig svakhet ved forskriftsforslaget at det på dette grunnlaget alene bør forkastes. Videre hevder de at det kun er økonomiske, ikke faglige og beredskapsmessige grunner, som ligger bak denne viktige mangelen ved forskriftsforslaget.(14,15,16)

Vi mener at den nye forskriften nødvendigvis må inneholde krav om responstider for å gi innbyggerne i et fylke som Finnmark en god og forsvarlig helsetjeneste. Et annet viktig aspekt ved utkastet er at det kun stilles klare kompetansekrav til en av personellet på ambulans bilen. Slik vi ser det, bør det også komme nasjonale krav til personell 2, slik at man ikke risikerer at den mest kompetente blir sittende med sjåfør-ansvaret.

5.0 Konklusjon

I lys av vår litteraturgjennomgang sitter vi med inntrykk av at kvaliteten på ambulansetjenesten i Finnmark må heves, da den på flere områder ikke tilfredsstillende gjeldende praksis og anbefalinger innen ambulans faget. Likevel kan vi ikke konkludere med at ambulansetjenesten i Finnmark er uforsvarlig da tjenesten ikke bryter noen forskrifter. Vår undersøkelse viser derimot store variasjoner i kvaliteten. Enkelte ambulans baser har i stor grad fulgt opp planutvalgets anbefalinger og holder i dag en akseptabel standard, mens andre trenger et kvalitetsløft. Vårt inntrykk er at det jobbes med å heve kvaliteten på tjenesten, men likevel vil ikke et viktig område som kompetanse bli innvilget for tidligst 2008. (12) Dette gjør at vi vil se betydelig kvalitetsforskjeller mellom perifer og sentrale strøk også i en tid framover.

For at ambulansetjenesten skal kunne møte dagens og ikke minst morgendagens behov og krav, må det et krafttak til for å sikre kvaliteten både faglig, organisatorisk og kapasitetsmessig. I Finnmark vil det være mest hensiktsmessig å heve kompetansenivået blant ambulans personellet. Mange ambulans baser her ligger langt fra sykehus, og dette stiller derfor ekstra store krav til kompetanse. Store avstander stiller også krav til god koordinering, samordning og bruk av ressurser. Få andre områder enn ambulansetjenesten har større behov for en kvalitetshevning. Ny medisinsk kunnskap og teknologi må utnyttes til pasientens beste ved å styrke det leddet i den akuttmedisinske kjeden som oftest møter pasienten først. Nasjonale retningslinjer og forskrifter vil være et viktig bidrag til dette.

6.0 REFERANSELISTE

- 1 **Daniel Haga.** 2001. Ambulansetjenesten. *Tidsskr Nor lægeforen.* **121:899**
- 2 **Steen-Hansen JE, Folkestad EH.** 2001. Hvor lang tid tar det før ambulansen kommer? *Tidsskr Nor lægeforen.* **121: 904-907**
- 3 **Ambulanseplan for Finnmark 2000-2004.**
- 4 **NOU 1998:9.** "Hvis det haster..." Kap 6: Ambulansetjenesten.
- 5 **<http://www.ssb.no/emner>.** August 2004.
- 6 **Thelle Dag S.** 1998. Innføring i epidemiologi. Cappelen akademiske forlag.

- 7 **NOU 2001:31.** Når ulykken er ute. Kap 4.2.3.4 Ambulansetjenesten.
- 8 **Stortingsmelding 43 (1999-2000).** Om akuttmedisinsk beredskap.
- 9 **<http://www.odin.dep.no/hd/norsk/aktuelt/hoeringssaker/>** Utkast til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. August 2004.
- 10 **Tom Sundar.** 2004. Styret ambulansesfag gir bedre prehospital behandling. *Tidsskr Nor lægeforen.* **3:378-379**
- 11 **<http://www.helsetilsynet.no/presseme>.** Januar 2004.
- 12 **<http://www.nrk.no/programmer/tv/puls>.** Januar 2004.
- 13 **<http://www.zoll.com>.** Mai 2004.
- 14 **Høringssvar fra helsetilsynet – "forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus".**
- 15 **Høringssvar fra Helse Nord RHF – "Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus"**
- 16 **Høringsuttalelse fra UNN HF om ny forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus**

Spørreundersøkelse vedrørende ambulansetjenesten i Finnmark

Vi er to 5. års medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø som dette semesteret skal arbeide med en 5.årsoppgave (hovedoppgave). Vi har valgt å skrive om ambulansetjenesten i Finnmark, da vi har interesse for akuttmedisin og har arbeidet litt i ambulansetjenesten. For å finne ut mer om ambulanseberedskapen i Finnmark, er vi helt avhengig av å registrere ny og oppdatert data fra dere som jobber i tjenesten. Vi håper på Deres samarbeidsvilje til tross for en travel hverdag!

Ambulansetjenesten er et viktig ledd i den akuttmedisinske beredskap, og for en rekke tilstander kan kvaliteten og effektiviteten av denne tjenesten være livreddende. Som en del av 5.årsprosjektet sammen med Nina Hesselberg, overlege ved Akuttmedisinsk avdeling UNN HF samt systemansvarlig for ambulanse- og nødmeldetjenesten i Helse Nord, skal vi se nærmere på kvaliteten til ambulansetjenesten i Finnmark.

Finnmark fylke med sitt store areal oppdelt av sjø, fjord og fjell står overfor spesielle utfordringer, og ambulansetjenesten her må nødvendigvis bli meget ressurskrevende. At Finnmark har forholdsvis få innbyggere med lange avstander mellom tettsteder og byer bare forsterker dette forholdet.

I vår oppgave ønsker vi å utføre en spørreundersøkelse blant dere baseledere for ambulansene i Finnmark fylke. Vi ønsker blant annet å registrere antall biler, antall og organisering av personell, kompetanse m.m. Med utgangspunkt i ambulanseplanen for Finnmark 2000-2004, vil vi foreta en gjennomgang av tjenesten for å se om anbefalingene er iverksatt samt vurdere andre sentrale elementer som kan innvirke på utøvelsen av ambulansetjenesten.

Det er i dag lite dokumentasjon å finne om tjenesten og vi håper derfor dere kan være behjelpelig med å svare på noen spørsmål. Materialet vil kanskje også være av interesse for dere, og kopi av den ferdige oppgaven kan sendes til de som måtte ønske det.

Vedlagt finnes spørreskjema og ferdigfrankert svarkonvolut. Vi håper dere kan svare så raskt som mulig og senest innen 26. april. Dersom det er noe du finner uklart ved skjemaet eller har kommentarer eller spørsmål til prosjektet, kan du henvende deg til oss via e-post.

På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Medisinstudent Ann-Christin Wisthus, wisthus@student.uit.no

Medisinstudent Silje Tessem, siljemt@student.uit.no

Overlege Nina Hesselberg, veileder for prosjektet
Akuttmedisinsk avdelingen UNN.

Spørreskjema til baselederne for ambulansetjenesten i Finnmark

1. Vaktordning

- a) Antall personer i turnus som fast stilling – heltid? Svar: _____
- b) Antall personer i turnus som fast stilling- deltid? Svar: _____
- c) Antall ansatte som er midlertidig ansatt i heltidsstilling? Svar: _____
- d) Antall ansatte som er midlertidig tilsatt i deltidstilling? Svar: _____
- e) Antall timer vakt pr døgn på stasjon? Svar: _____
- f) Antall timer vakt pr døgn hjemme? Svar: _____

Eventuelle kommentarer:

2. Bemanning av bilambulanse – en eller tomannbetjente?

- a) Bemanning av bil I – antall? Svar: _____
- b) Bemanning av bil II – antall? Svar: _____
- c) Bemanning av bil III – antall? Svar: _____
- d) Hvor mange biler er det på vakt om dagen? Svar: _____
- e) Hvor mange biler er på vakt resten av døgnet? Svar: _____

Eventuelle kommentarer:

3. Stasjonering av bilambulansen utenom evt hjemnevakt

- a) Er ambulansen stasjonert i tilknytning til helsesenter/ sykehus? Svar: _____
- b) Hvis ikke, hva er km.avstanden til helsesenter/ sykehus? Svar: _____
- c) Finnes det garasjeanlegg/ oppholdsrom i tilknytning til helsesenter/ sykehus som kan benyttes? Svar: _____

Eventuelle kommentarer:

4. Medisinsk utstyr og medisiner

- a) Antall ambulanserbiler med defibrillator? Svar: _____
- b) Antall ambulanserbiler med elektronisk medisinsk teknisk overvåkningssystem, for eksempel propaq? Svar: _____
- c) Har personalet delegasjoner for medisinerer? (alle, noen, ingen?) Svar: _____
- d) Hvem har ansvar for å gi delegering? Svar: _____

Eventuelle kommentarer:

5. Kompetanse

- a) Antall personer i fast stilling heltid med fagbrev? Svar: _____
- b) Antall personer i deltidsstilling med fagbrev? Svar: _____
- c) Har alle vikarer/ sidepersonell den nødvendige minimumsopplæring i medisinsk førstehjelp (ambulansepersonellutdanning i hht NOU 76:2)? Svar: _____
- d) Hvis ikke, hvor mange fyller minimumskravet? Svar: _____
- e) Har alle ansatte gjennomgått HLR/DHLR-kurs? Svar: _____
- f) Hvilke krav stilles til sertifisering og resertifisering for HLR/DHLR-kurs? Svar: _____

Eventuelle kommentarer:

6. Generelt

- a) Hvor ofte er kommunen uten ambulanse? Svar: _____
- b) Hender det at pasienter må omlastes under transport til sykehus? Svar: _____
Hvis ja, hvor ofte i løpet av et år?
- c) Fungerer helse-radionettverket tilfredsstillende? Svar: _____
- d) Føres det ambulansejournal ved hvert oppdrag? Svar: _____
- e) Er dere fornøyd med dagens organisering? Svar: _____

f) Hvilken hovedutfordring har ambulansetjenesten i deres område? (kryss ut)

Tilgjengelighet på ambulanspersonell m/kompetanse

Dekningsgrad og responstider

Tilgjengelighet på medisinskteknisk utstyr

Tilgjengelighet på medikamenter

Tilgjengelighet på lege i vakt

Eventuelle kommentarer: