

Møtedato: 24.oktober 2018
Arkivnr: 2018/200

Saksbeh/tlf:
Bjørn Haug

Sted/Dato:
Mo i Rana, 17.oktober 2018

Styresak 85 – 2018 Ambulanseplan Helgelandssykehuset HF

Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å ta saken til orientering:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Administrerende direktør kommer tilbake med ytterligere informasjon når ROS-analysen for Hattfjelldal er ferdig.

Bakgrunn

Enhet for prehospitaltjenester har arbeidet med ny ambulansestructur fra våren 2014. Styret for Helgelandssykehuset HF vedtok 14. juni 2016 ny ambulanseplan (Sak 50/2016) etter en lengre høringsperiode. Det ble deretter laget en implementeringsplan som ble lagt fram for styret som orienteringssak 25. september 2017 (Sak 95/2017). Arbeidet med implementering ble deretter startet.

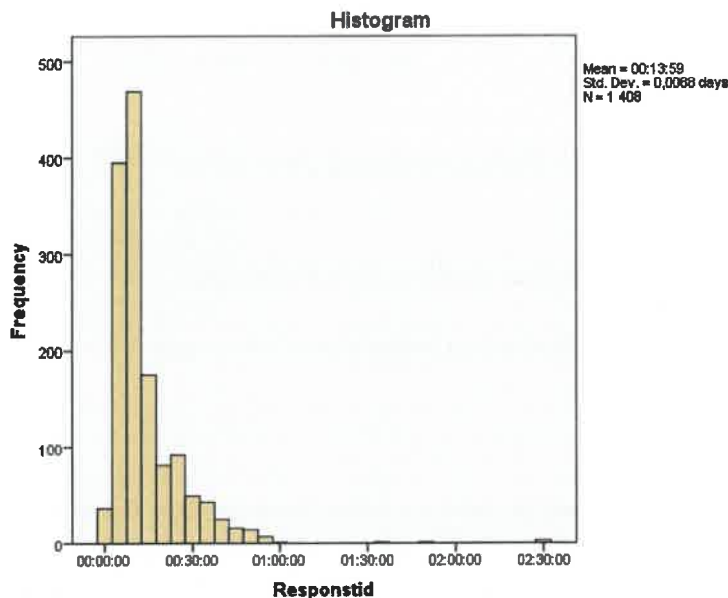
4. januar 2018 tok Helse Nord RHF et initiativ til forsvarlighet og risiko/sårbarhet knyttet til gjennomføring av ambulanseplanen slik den var vedtatt. Bakgrunnen var påtrykk fra Hattfjelldal kommune og en oppfatning av at nasjonal kvalitetsindikator «Tid fra 113-oppringing til ambulanse er på hendelsessted» skal vurderes kommunevis. Dette initiativet har ført til at det nå gjennomføres en ny ROS-analyse for de foreslåtte endringene i Hattfjelldal. Tanken er deretter å gjennomføre liknende analyser for kommunene Nesna og Lurøy etter samme mal.

I høst har i tillegg ansatte i Helgelandssykehuset engasjert seg med støtte til de berørte kommunene, noe som igjen har ført til et utvidet kommunalt initiativ for omgjøring av ambulanseplanen.

Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF har ulike oppfatninger om hvordan nasjonal kvalitetsindikator «Tid fra 113-oppringing til ambulanse er på hendelsessted» skal måles. RHF mener at den skal måles kommunevis og at vi skal tilstrebe å oppfylle målsettingen i alle kommuner i foretaksområdet. Helgelandssykehuset mener at en slik målsetting vil ha en rekke negative konsekvenser og være vanskelig å oppnå. Saken er formidlet til Helseinspektoren som nå har trukket kvalitetsindikatoren tilbake for revisjon. Vi forventer en skarpere definisjon av indikatoren når arbeidet er ferdig.

Styringsdata

Helseforetakets prehospitaltjenester monitoreres med målinger av tidsintervaller (AMK svartid, ambulanse responstid) og kliniske kvalitetsindikatorer (foreløpig hovedsakelig hjertestans og hjerteinfarkt). Hittil i 2018 har responstida fordelt seg som vist i figur 1 og tabell 1.



Figur 1 Frekvenshistogram for responstid for ordinære akutte ambulanseoppdrag i perioden 1. januar 2018 til 30. september 2018 (n=1408), beregnet for helseforetaket som helhet. Oppdrag med destinasjon flyplass, sykehus eller møte med ambulansebåt er fjernet fordi det vanligvis er bestilte akutte oppdrag der responstidsmåling ikke er meningsfull. Kilde: Bliksund Ambustat

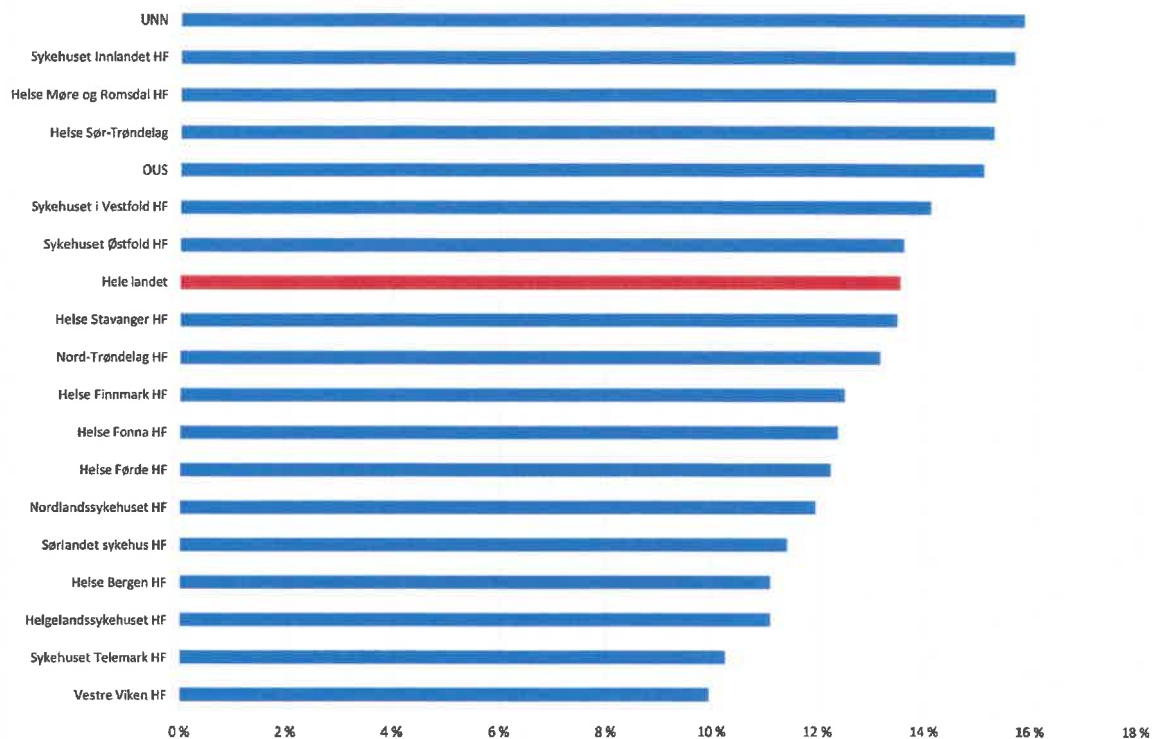
	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
Responstid	0:03:27	0:05:00	0:07:00	0:10:00	0:17:00	0:29:00	0:36:32

Tabell 1 Persentilberegning for de samme responstider som er referert i figur 1. 86 % er gjennomført innen 25 min.

Statistikken viser at ambulansetjenesten i Helgelandssykehuset ligger relativt nært anbefalte grenser for responstid. Målet er at 90 % av oppdragene skal være utført med en responstid mindre enn 25 minutter. Vi greier 86 %.

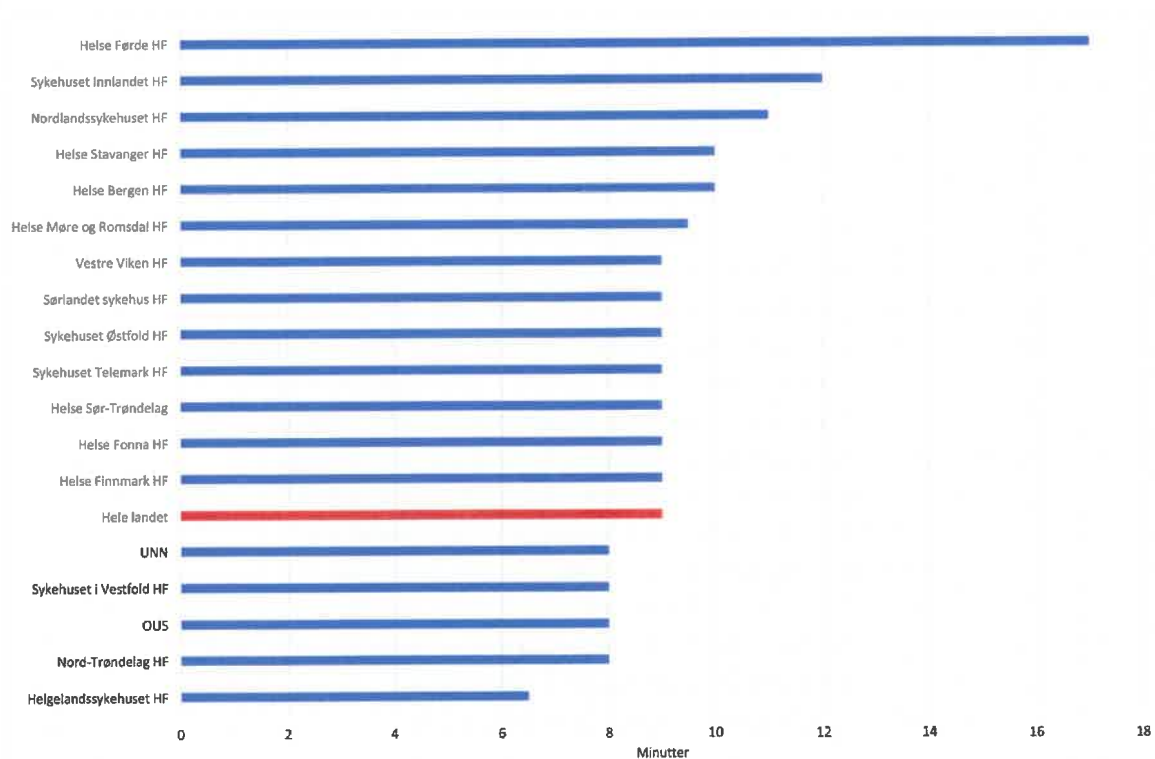
Mo i Rana er eneste tettsted på Helgeland med stor nok befolkning til å utløse et responstidskrav på 12 minutter. Slik reglene er foreløpig gjelder det hele Rana kommune, selv om kommunen er svært stor i utstrekning og nesten $\frac{1}{3}$ av befolkningen bor utenfor byen. Dette er et åpenbart urimelig krav og er en av de forholdene Helsedirektoratet vil se på i forbindelse med revisjon av kvalitetsindikatoren. Vi har derfor ikke tatt hensyn til det spesielle kravet til Rana i denne beregningen.

Den best dokumenterte kvalitetsindikator for hele den prehospital behandlingskjeden er behandlingsresultatene ved prehospital hjertestans. Figur 2 viser andelen registrerte pasienter med hjertestans som lever 30 dager etter episoden.



Figur 2 Andel pasienter inkludert i Norsk hjertestansregister i 2017 med prehospitalt hjertestans, som fortsatt lever 30 dager etter episoden. Kilde: Norsk hjertestansregister.

Figur 2 viser at sjansen for å overleve hjertestans på Helgeland er lavere enn i de fleste andre helseforetak og vesentlig lavere enn landsgjennomsnittet. Forklaringen er sannsynligvis kompleks (case mix, sykehusbehandling, lang vei til PCI), men figur 3 utelukker lang responstid som årsak.



Figur 3 Median responstid for de samme pasientene som vist i tabell 2. Kilde: Norsk hjertestansregister

Figurene 2 og 3 viser altså at Helgelandssykehuset har kortest responstid av alle helseforetak til denne gruppa prehospitalt hjertestans, samtidig som behandlingsresultatet målt ved 30 dagers overlevelse i den samme gruppa er tredje dårligst.

Totalt sett er dette et signal om at vår dekningsgrad for ambulansetjenester er relativt god, mens kvaliteten på det behandlingstilbudet som gis ikke er optimalt.

Vår analyse av avvik knyttet til akuttmedisinsk behandling forsterker inntrykket av at vi har større utfordringer på kvalitet enn på responstid. Vi har fått flere avvik på svikt i gjennomføring av akuttmedisinske behandlingsprosedyrer (hjerterinfarkt, hjertestans). En av episodene har vært vurdert i Helsetilsynet som konkluderte med at sviktende kompetanse hos vårt personell var årsak til at pasient døde og at vår organisering ikke i tilstrekkelig grad legger til rette for optimalt vedlikehold av kompetanse. Tiltakene i vår omstridte ambulansplan ble vurdert av Helsetilsynet som adekvate for å rette opp dette.

Økonomi

I forbindelse med implementeringsplanen ble det gjort en beregning av endringer i driftskostnader knyttet til ny plan. Vurderingen er gjengitt i tabell 2

Art	Kost før	Kost etter
Fagutviklere	-	1 490 000
Utskarpen	-	5 960 000
Nesna	2 980 000	-
Lurøy	2 980 000	-
Grane inkludert akuttbil Hattfjelldal	3 352 500	8 940 000

Lønn	Hattfjelldal	3 352 500	-
	Båt Vega	2 235 000	3 352 500
	Båt Rødøy/Lurøy	2 235 000	3 352 500
	Ferieavvikling	4 000 000	-
	Sum lønn	21 135 000	23 095 000
Sum bygg		1 135 000	2 924 500
Totalt		22 270 000	26 019 500
Differanse			3 549 500

Tabell 2 Driftskostnader for ambulansestasjoner berørt av endringer i ny ambulanseplan, før og etter endringene. Fra styresak 95/2017

Da arbeidet med å etablere base for ambulansebåten i sør på Horn i Brønnøy startet, viste det seg at det ikke var teknisk mulig å få gjennomført mudring av havna slik Redningsselskapet hadde lagt inn som en forutsetning for å godkjenne løsningen. Det innebærer noe lavere utgifter til baseanlegg for denne båten og kostnadsøkningen vil bli anslagsvis 500.000 lavere enn anslaget fra styresak 95/2017.

De bygningsmessige endringene som er nødvendige for å iverksette planen er enten gjennomført eller kontrakt er inngått med utbygger. Byggene er av en slik art at det neppe vil være mulig å bruke dem til noe annet. De er stort sett anskaffet i form av leieavtaler med utbygger og avtalene er 20 års kontrakter.

I tillegg er tjenesten i Grane lagt om til vakt på vaktrom, uten at vi har kunnet ta ned bemanningen i Hattfjelldal. Det som gjenstår av bemanningsendringer er å slå sammen ambulansetjenesten i Nesna og Lurøy til en felles tjeneste i Utskarpen. Det er tenkt gjort når stasjonen der står ferdig i mai/juni 2019.

Tabell 3 viser årlige løpende kostnader til bygninger og utstyr som allerede er anskaffet.

Stasjon	Årlige leieutgifter
Utskarpen	600.000
Kvarøy	600.000
Trofors	600.000
Akuttbil	360.000

Tabell 3 Årlige leieutgifter til allerede anskaffede bygninger og utstyr

I tillegg til disse leieutgiftene har vi ½ stilling mer enn vi trenger i Hattfjelldal til en kostnad på ca 350.000. Dersom vi skal bemanne stasjonen i Utskarpen uten å legge ned Nesna og Lurøy vil kostnaden være ca 5,6 mill årlig.

Konklusjon

Fire av Helgelandssykehusets ambulansetjenester er planlagt slått sammen til to på en måte som endrer aktiviteten i tre av våre kommuner. De berørte kommunene bestrider forsvarligheten i planene og har fått støtte i Helse Nord RHF for en ny ROS-analyse før implementeringsarbeidet fortsetter. Dette har en kostnad for helseforetaket. ROS-analysen for Hattfjelldal er planlagt gjennomført innen februar 2019. Deretter må vi gjennomføre liknende analyser etter samme mal for de øvrige berørte kommunene.

Mo i Rana, 17.oktober 2018



Hulda Gunnlaugsdottir
Adm. direktør