

UNDERSØKELSE

AKUTTMEDISINSK BEREDSKAP I RØYRVIK

RAPPORT



Røyrvik kommune

2020

FR 1140

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne undersøkelsen på oppdrag fra Røyrvik kommunes kontrollutvalg i perioden Juli 2020 til August 2018.

Revisjonsteamet har bestått av prosjektleder Eirik Gran Seim, og kvalitetssikrere Tor Arne Stubbe og Johannes Nestvold. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Røyrvik kommune, jf kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Steinkjer, 07.09.2020

Eirik Gran Seim

Oppdragsansvarlig revisor

SAMMENDRAG

- Responstiden i 90. persentil for ambulanseutrykning i Røyrvik var i 2019 mer enn dobbelt så lang som veiledende responstider vedtatt av Stortinget.
- Helseforetaket bør derfor:
 - o Begrunne overfor kommunen hvorfor helseforetaket vurderer ambulanseberedskapen i kommunen som tilfredsstillende, til tross for at veiledende responstider for ambulanse ikke nåes
 - o Beskrive hva som gjør at veiledende responstider ikke nåes
 - o Beskrive hvilke kompensierende tiltak som utføres, siden responstidsmålet ikke nåes
- Kommunen har for øvrig et selvstendig ansvar for akuttmedisinsk beredskap jf. Helse og omsorgstjenesteloven og akuttmedisinforskriften. Kommunen har valgt sentraliserte legevaktjenester, og dette innebærer lengre responstider for de utrykninger legevaktlege skal kunne utføre jf. Akuttmedisinforskriften.
- Legevaktjenestene som tilbys i kommunen på nattetid er ikke av tilfredsstillende kvalitet, og kommunen bør derfor rette opp forhold påpekt av Fylkesmannen.
- Røyrvik kommune har betydelige utgifter i forbindelse med å ha sykepleiere og brannmannskap operative som forsterkede akutthjelpere, og det er ikke rimelig at kommunen skal bli økonomisk skadelidende for en lang responstid for ambulanse. Samtidig bør spørsmålet om ansvaret for kostnadene til forsterkede akutthjelpere betraktes helhetlig, og i lys av kommunens utgifter til, og prioritering til, egen legevakt.
- Kompetanse og bemanning under utrykninger av forsterkede akutthjelpere i Røyrvik vurderes som tilfredsstillende.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	3
SAMMENDRAG	4
INNHOLDSFORTEGNELSE	5
1 INNLEDNING	6
1.1 Bestilling.....	6
1.2 Metode	6
2 RETTSLIG GRUNNLAG.....	7
2.1 Kommunens ansvar.....	7
2.2 Helseforetakets ansvar	8
2.3 Responstid for ambulanse og legevakt	8
2.4 Drøfting	9
3 AKUTTMEDISINSKE RESSURSER I RØYRVIK OG OMEGN	11
3.1 Ambulanse	11
3.2 «Forsterket akutthjelper»	13
3.3 Legevakt.....	15
4 VURDERING	17
4.1 Helseforetakets ansvar for akuttmedisinsk beredskap i Røyrvik	17
4.2 Kommunens ansvar for akuttmedisinsk beredskap i Røyrvik	17
4.3 Kostnader til akuttmedisinsk beredskap i Røyrvik.....	18
4.4 Kompetanse og bemanning ved utrykning av forsterket akutthjelper	18
KILDER	20
VEDLEGG 3 - Oversikt over responstiden til ambulansetjenesten i alle kommunene i Troms. Helse- og Omsorgsdepartementet, 2018.....	21

1 INNLEDNING

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Røyrvik kommune vedtok i møtet 26.06.20 blant annet følgende i vedtakets punkt 3: «Kontrollutvalget ønsker en undersøkelse angående prehospitale tjenester igangsatt så fort som mulig, levering tidlig høsten 2020.»

Kontrollutvalget leverte etter møtet følgende innspill til oppdraget på epost:

1. Hvilket ansvar har kommunen og hvilket ansvar har helseforetaket i den akuttmedisinske oppgaven? Det vises til akuttmedisinforskriften:
 - a. § 10-a sier; å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter.
 - b. § 11 – 1. avsnitt sier bl.a.; Ambulansebiler som yter ambulansetjenester skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansearbeider.

I forbindelse med bortfallet av ambulanse stasjonert i Røyrvik ble det iverksatt et prosjekt med akuttberedskap bestående av personell fra kommunen som hadde fått oppgradert kompetanse og utstyr. Regner med at det var for å ivareta § 10-a.

Ville det ikke være naturlig da at antall personell på vakt tilsvarer kravene i § 11 – 1. avsnitt?

2. Ansvaret for akuttmedisinsk beredskap er jfr. Spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a punkt 3 og 4 lagt til helseforetaket.
 - a. Hvorfor må da Røyrvik kommune ha en kommunalt bedre akuttberedskap enn andre kommuner for at innbyggerne skal ha samme tryggheten som innbyggere i andre kommuner?
 - b. Konsekvensen er at Røyrvik kommune må bruke mer av egne midler og ressurser enn andre kommuner for at innbyggere i Røyrvik skal ha samme tryggheten som innbyggere i andre kommuner.

Revisjonen oppfatter innspillene ovenfor som problemstillinger som ønskes besvart.

1.2 Metode

Undersøkelsen er besvart ved gjennomgang av skriftlig dokumentasjon i saken, samt gjennomgang av lov, forskrift og regelverk. Revisjonen har underveis i prosjektet hatt dialog med rådmannen i Røyrvik kommune, samt med Helsedirektoratet og Helse Midt-Norge.

2 RETTSLIG GRUNNLAG

2.1 Kommunens ansvar

Kommunen plikter å tilby **øyeblikkelig hjelp** når det må antas at kommunens hjelp er påtrengende nødvendig, herunder undersøkelse, behandling eller annen hjelp det er forsvarlig at kommunen yter, jf. Helse og omsorgstjenesteloven § 3-5¹.

Akuttmedisinforskriften § 6 fastslår dessuten at kommunen har ansvar for **legevaktordning**:

«Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningen behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet

- a) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp*
- b) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og*
- c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig»*

¹ Helse og omsorgstjenesteloven § 3-5: *«Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.*

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide.

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om innholdet i plikten etter første til tredje ledd, herunder hvilke pasient- og brukergrupper som skal omfattes av tilbudet.»

2.2 Helseforetakets ansvar

Helseforetakets ansvar inntreffer ved spesialisthelsetjenester herunder prehospitaltjenester jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.: «*Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon herunder (.....):*

3. *akuttmedisinsk beredskap*
4. *Medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt båt.»*

Akuttmedisinforskriften § 10 bestemmer dessuten: «De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatter

- a) **Å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt** frem til alvorlig syke eller skadde pasienter
- b) Å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåkning, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten.

2.3 Responstid for ambulanse og legevakt

Det er ikke fastsatt krav til responstider for legevakt i utrykning, men det er blitt foreslått til helsedirektoratet en anbefalt responstid på 45 minutter i 90 % av utrykningene (NOU 2015:17, s. 68).

Det er ikke etablert lovkrav til responstid for ambulansetjenesten, men Stortinget vedtok i St. Meld 43 (2000) følgende veiledende responstider for akuttoppdrag²:

- I byer og tettsteder skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent av de akutte hendelsene.
- I gravgrendte strøk skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 90 prosent av de akutte hendelsene.

Ved evaluering av utrykningstider legger Helsedirektoratet til grunn variabelen tettbygd / gravgrendt på kommunenivå. En kommune defineres altså som enten tettbygd eller gravgrendt og det skiller ikke mellom enkeltoppdrag innen hver kommune.

²<https://www.regjeringen.no/contentassets/6d416043caa545e1ace76fef809637f8/no/pdfa/stm19992000043000ddpdfa.pdf>

For politi og brannvesen er det krav til responstider, til forskjell fra målsettinger for responstider som gjelder for ambulanse. I NOU 2015:17 (s. 68) påpekes at det ikke er mulig å stille samme krav til responstider i alle deler av landet: «*Uansett hvordan akuttjenestene blir organisert, vil det være slik at størstedelen av befolkningen i byer vil kunne nås av ambulanse, utrykningsenheter fra sykehus eller legevakt innen kort tid, mens utrykningstidene i spredtbygde strøk vil kunne være lange.*»

Utredningen anbefalte derfor at det ikke fastsettes responstidskrav for ambulanse i forskrift (s. 69):

«Responstidsmål er derfor å forstå som en målsetting som tjenestene:

- Må forsøke å oppfylle
- Må beskrive hva som gjør at målet ikke kan oppnås, dersom den ikke kan det
- Må beskrive kompenserende tiltak for, dersom målsettingen ikke kan oppnås»

2.4 Drøfting

I sum har både kommunen (jf. Helse og omsorgstjenesteloven § 3-5 & akuttmedisinforskriften § 6) og helseforetaket (jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a & akuttmedisinforskriften § 10) ansvar for å tilby akuttmedisinsk behandling til innbyggere i kommunen.

Lov og forskrift bestemmer for øvrig ikke en fast definert ansvarsfordeling innen akuttmedisin mellom kommune og helseforetak, annet enn at transport av pasient (medisinsk nødmeldetjeneste) hovedsakelig er helseforetakets ansvar.

I praksis er det imidlertid ofte slik at alvorlig syke pasienter som må på sykehus eller trenger livreddende førstehjelp blir behandlet og eventuelt transportert av ambulanse.

Kommunen tilbyr legevaktjeneste som gjerne benyttes i mindre alvorlige akutte medisinske tilfeller. Dette omfatter medisinske tilfeller som krever behandling hurtigere enn fastlege kan tilby.

Legevakt skal for øvrig jf akuttmedisinforskriften være tilgjengelig for å rykke ut umiddelbart ved ulykker eller andre akutte situasjoner. Å rykke ut til akutte medisinske hendelser er med andre ord ikke et ansvar som kun tilligger ambulanse.

Det er AMK (og eventuelt legevakt) som vurderer om pasienten skal behandles på legevakt i kommunen / samarbeidende kommune dersom nødvendig, eller om pasienten skal behandles av ambulanspersonell og eventuelt transporteres til sykehus.

Siden ansvaret ikke er fordelt statistisk mellom ambulanse og legevakt, forutsettes et tett samarbeid og dialog mellom ambulanse / AMK og legevakt for at den akuttmedisinske beredskapen skal fungere godt, slik det er beskrevet i akuttmedisinforskriften § 4. Det betyr at ved vurderingen av handlemåte i et oppdrag, vil legevakt og ambulanse (AMK) ofte koordinere dette seg imellom.

Etter dialog med representanter fra både Røyrvik kommune og Helse Midt-Norge, har revisor inntrykk av at det er meningsforskjeller om hvilket juridiske ansvar kommunen og Helse Midt-Norge har for den akuttmedisinske beredskapen.

3 AKUTTMEDISINSKE RESSURSER I RØYRVIK OG OMEGN

3.1 Ambulanse

Det er ikke ambulanse stasjonert i Røyrvik, etter at den lokale ambulansen ble avviklet i 2014.

Nærmeste ambulansestasjon er i Namsskogan. Det er 32,5 km og 34 minutters kjøretid ved normal kjøring mellom kommunesentrene i Namsskogan og Røyrvik. Utrykningstiden kan naturligvis være både kortere enn dette, og lengre ved dårlige vær- og føreforhold.

Antall utrykninger med ambulanse i Røyrvik i 2018 og 2019 er beskrevet i tabell 1.

Tabell 1: Antall ambulanseoppdrag i Røyrvik kommune i 2018 og 2019, etter hastegrad. Kilde: Responstid.no

	Akutt	Haster	Vanlig	Sum
2018	24	47	21	92
2019	32	48	22	102

I 2019 var responstiden for ambulanseoppdragene til Røyrvik i 90. persentil³ på 61 minutter⁴, noe som er litt over det dobbelte av Stortingets veiledende responstid.

Responstider for de øvrige kommunene i helseregionen Helse Midt-Norge, er vist i figur 1 nedenfor, der tallet i hver kommune i kartet utgjør responstid i minutter i 90. persentil. Som figuren viser, peker Røyrvik seg ut med den høyeste responstiden i 90. persentil i helseregionen.

Røyrvik og helseregionen Midt-Norge er imidlertid ikke alene om å ha responstider som overstiger anbefalingene. 20 av 22 spredtbygde kommuner i Troms har en responstid for ambulanse som er lengre enn anbefalingene, ifølge tall overlevert til Stortinget i 2018 (se vedlegg 3). Ingen kommuner i Troms hadde imidlertid en responstid i 90. persentil som var lengre enn i Røyrvik kommune.

³ 90. persentil er den høyeste registrerte responstiden i utvalget, etter at de 10 prosent av utrykningene med den høyeste responstiden er fjernet fra utvalget. Sagt med andre ord er 90. persentil tilsvarende medianen i utvalget, men forskjøvet mot de høyere observasjonene i datamaterialet.

⁴ Helse Midt-Norges oversikt over responstider på: www.responstider.no

akuttmedisinske beredskapen i Røyrvik, fordi det statistiske grunnlaget skal være utilstrekkelig til å kunne gjøre analyser på kommunenivå i Røyrvik.

Nærmeste luftambulanseressurs ligger for øvrig i Brønnøysund med flytid ca 20 minutter. Luftambulansen er imidlertid en begrenset ressurs, og luftambulansen kan naturligvis ikke løse alle akuttoppdrag i Røyrvik.

Etter det revisjonen kjenner til, er det ikke blitt gjennomført offentlige systemtilsyn ved ambulansetjenesten, herunder responstider, i helseregionen som Røyrvik tilhører. Det er imidlertid blitt gjennomført tilsyn av håndteringen av akuttmedisinske enkelthendelser i helseregionen, men ikke på en måte som belyser responstider generelt ⁵.

3.2 «Forsterket akutthjelper»

For å bøte på lang responstid har kommunen satt i gang prosjektet «Forsterket akutthjelper». Modellen som brukes i dette prosjektet, skiller seg fra den tradisjonelle bruken av akutthjelper som er hjemlet i akuttmedisinforskriften §5. En tradisjonell akutthjelper er personell fra brannvesen eller frivillige organisasjoner som yter bistand til de øvrige akuttmedisinske tjenestene. I «Røyrvikmodellen» (forsterket akutthjelper) bidrar i tillegg sykepleiere fra kommunen under akutte medisinske hendelser. Sykepleierne har tilleggsutdanning innen akuttmedisin gjennom kursene AMLS og PHTLS (Advanced Medical Life Support og Prehospital Trauma Life support). Dette er kurs som inngår i utdanningen til å bli ambulansarbeider.⁶

Sykepleiere og brannmenn bosatt i kommunen ble operative som medisinsk beredskapsressurs gjennom prosjektet i februar 2018.

Utstyr som brukes ved utrykninger er plassert på sykehjemmet. Dette omfatter Corepuls som er en monitor for overvåkning av EKG (elektriske impulser i hjertet), blodtrykk og puls. Mellom februar 2018 og ut året 2019 ble det utført 33 utrykninger i rammen av prosjektet. I flere av utrykningene kom ambulanse til stedet en tid etter at forsterket akutthjelper var på plass.

Under utrykning deltar alltid to sykepleiere, samt én til to brannmenn. Brannmennes bidrag under utrykning er primært innen kjøring, samt eventuelle tunge løft. Ved akutte oppdrag

⁵ Det er for øvrig ikke enhetlige systemer for å registrere responstid nasjonalt, noe som utgjør en feilkilde ved sammenligning av responstider også i større og befolkningsrike kommuner. Det har i lengre tid pågått et arbeid med å lage enhetlige kvalitetsindikatorer for ambulansetjenesten nasjonalt, men arbeidet er ikke ferdigstilt.

⁶ Sykepleierne som jobber som forsterket akutthjelper har imidlertid ikke autorisasjon som ambulansarbeidere, og de har ikke kurs innen utrykningskjøring slik som ambulansarbeidere har.

(blålyskjøring) benyttes brannbil (mannskapsbil), og ved øvrige oppdrag benyttes kommunens leasingbil. Brannmennene er ikke tiltenkt medisinske oppgaver under utføring av oppdragene.

Ved ambulanseoppdrag i Røyrvik sender AMK alarm til sykeheimen i Røyrvik, samtidig som ambulansebil stasjonert i Namsskogan sendes til Røyrvik.

Den generelle organiseringen av Røyrvik kommunes forsterket akuttgjelder er for øvrig i tråd med NOU 2015:17 sin anbefaling for kompenserende tiltak i spredtbygde områder (s. 66):

«Mulighetene for å oppnå tilstrekkelig korte innsatstider er svært ulike rundt om i landet. I de fleste større byer og tettsteder kan ambulansetjenesten respondere raskt og vil oftest være den profesjonelle aktøren som er først på stedet. På slike steder bør innsatstidene oppfylles i de aller fleste tilfeller med god margin. I mer spredtbygde områder vil ambulansen ofte bruke lenger tid. Da bør det settes i verk kompenserende tiltak, slik at tidsfristene likevel kan bli oppfylt. Eksempler på kompenserende tiltak er utplassering av defibrillatorer på strategiske steder, avtale med lokalt brannvesen om bruk av akuttgjelder og mobilisering av kommunens øyeblikkelig hjelpressurser. Legevakten må forutsettes å spille en sentral rolle ved alle akuttsituasjoner utenfor de store byene. I tillegg kan kommunens pleie- og omsorgstjenester organiseres, kvalifiseres og utstyres slik at de kan utgjøre en akutt-ressurs.»

Trøndelag forskning og utvikling (TFoU) har i 2020 gjort en såkalt følgeforskning på beredskapsprosjektet i Røyrvik. I rapporten konkluderes det: *«Etter TFoU sin oppfatning er det åpenbart at det å utvikle og beholde god akuttmedisinsk kompetanse krever både økonomiske, personalmessige og utstyrmessige ressurser ut over det kommunen selv kan bære. Kommunen har betydelige ekstra kostnader med å finansiere beredskapen 24/7»*

Kommunen søkte 10.05.2019 til Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) om årlig støtte til drift av akuttmedisinsk beredskap i kommunen i årene 2020, 2021, 2022 og 2023. Årlige kostnader oppgis til kr 1 605 380. Kostnadene går til lønnsutgifter til personell på beredskapsvakt, samt til hospiterings- og øvingsdager.

HNT avslo søknaden i brev 09.12.2019 men kunne tilby en avgrenset prosjektstøtte på kr 200 000 i året, for årene 2020 og 2021. Hensikten er ifølge HNT å videreføre prosjektet i 2 år.

Kostnaden for ambulansestasjon i Røyrvik var tidligere på 5-6 millioner i året ifølge rådmannen i Røyrvik⁸.

⁷ Ordet «ikke» slettet herfra grunnet antatt korrekturfeil i kilden.

⁸ Samtale på telefon med rådmann Ola Peder Tyldum, 24.07.2020.

3.3 Legevakt

Legevakt er organisert slik i Røyrvik kommune:

Hverdager i arbeidstid:	Lokalt legekantor i Røyrvik eller Lierne
Natt 23.00 – 08.00	Legevakt i Namsos, med bakvakt i Grong. (gjennom legevaktordningen i Namdalen, (LiNa))
Helg og helligdager, samt ettermiddag 15.30 – 23.00	Legevakt i Grong

Dette innebærer at det kun på en del hverdager innen normal arbeidstid er legevakt tilgjengelig innenfor kommunegrensene i Røyrvik. Utenom dette er legevakt stasjonert i Lierne, Namsos eller Grong, litt avhengig av ukedag og klokkeslett.

Fylkesmannen i Trøndelag gjennomførte i november 2019 et tilsyn med den kommunale legevaktordningen i Namdalen (LiNa) på natt, etter bekymringsmeldinger om at samarbeidet om gjennomføring av legevakt på natt ikke fungerer som forutsatt.

LiNa er et samarbeid om legevaktjenester på natt hvor 11 kommuner deltar, deriblant Røyrvik kommune.

Fylkesmannens konklusjon etter tilsynet er: «*Det foreligger stor risiko for svikt i helsetjenestene på natt i namdalen (LiNa). Fylkesmannen vurderer at samlet risiko er av en slik karakter at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1*»

Fylkesmannen har bedt om at Namsos kommune samt de øvrige samarbeidende kommuner innen 01.04.2020 sender Fylkesmannen en plan som blant annet redegjør for hvilke tiltak som skal gjennomføres for å rette opp lovbruddet. Kommunen har sendt en slik plan, men den er ifølge Fylkesmannen ufullstendig og saken er pr. 06.08.2020 ikke avsluttet.

Forhold som er påpekt av Fylkesmannen i rapporten omfatter blant annet mangelfull faglig og administrativ styring og mangelfull avvikshåndtering.

Det var dessuten ifølge Fylkesmannen en manglende medvirkning fra ansatte ved innføring av nye rutiner i legevaktjenesten i april 2019. Før disse rutinene ble innført, var prosedyrene for kommunikasjon med bakvaktlege ikke tilfredsstillende, og det hadde oppstått situasjoner der man ikke fikk forbindelse med bakvaktlege. De nye rutinene med direkte varsling på

nødnettradio innebærer en større arbeidsbelastning på lege i bakvakt. Fylkesmannen opplever ifølge rapporten at det er stor misnøye med prosessen for nye rutiner, blant de ansatte i LiNa.

De nye rutinene har likevel også blitt tatt positivt imot, som beskrevet i rapporten s. 13: *«Endringer av rutiner oppleves likevel av flere, herunder ambulansetjenesten, som bedre for pasientene. Ambulansetjenesten opplever at pasienten kan behandles lokalt i større grad. Pasienten slipper belastningen med å transporteres til Namsos. Lokal behandling sikrer bedre ambulanseberedskap, spesielt i Ytre Namdal.»*

Det kan for øvrig nevnes at det fra 2000-tallet og frem til i dag har foregått en gradvis sentralisering av legevakttjenestene i Norge, slik som også Røyrvik kommune har gjort. Det er altså blitt færre legevaktsentraler og større geografiske avstander mellom legevakt og innbyggerne i ulike kommuner, uten at mobiliteten har økt tilsvarende for å kompensere for økte geografiske avstander. Selv om interkommunale legevakter gjerne kan være mer robuste organisasjoner med bredere fagmiljø, er det ifølge NOU 2015:17 lite som tyder på at færre og større legevakter har ført til økt kvalitet. Nasjonalt har det skjedd en dreining der legevakttjenestene i mindre grad tilbyr hjelp til hastesaker som trenger det mest, til å gi medisinsk hjelp i pasienttilfeller med lav hastegrad. I sum vurderes (s. 132) at legevakt er i ferd med å bli en svak tjeneste i den akuttmedisinske kjede, og utvalget foreslår derfor kvalitetsmål og nasjonale krav for fremtidig styrking og dimensjonering av legevakttjenesten.

4 VURDERING

4.1 Helseforetakets ansvar for akuttmedisinsk beredskap i Røyrvik

Ambulansetjenester utført i Røyrvik kommune er helseforetakets ansvar jamfør gjeldende lovverk.

Responstiden i 90. persentil for ambulanse til Røyrvik var i 2019 på 61 minutter, og er derfor ikke i henhold til de veiledende responstidene vedtatt av Stortinget.

Responstider er i Norge ikke bestemt i lov eller forskrift, og er derfor kun veiledende og ikke juridisk bindende for helseforetaket. At responstidene er lengre enn anbefalt, utgjør altså ikke et lovbrudd.

Det er etter revisjonens syn likevel rimelig at ambulansetjenestene som tilbys i Røyrvik er i henhold til de responstider for spredtbygde strøk som er anbefalt av Stortinget, og som naturligvis er gjeldende i alle kommuner uavhengig av geografisk plassering.

Helseforetaket bør derfor kunne begrunne overfor kommunen hvorfor helseforetaket vurderer ambulanseberedskapen i kommunen som tilfredsstillende, til tross for at veiledende responstider for ambulanse ikke innfris.

Helseforetaket bør dessuten, jf. NOU 2015:17, kapittel 7:

- Beskrive hva som gjør at veiledende responstider ikke nåes.
- Beskrive hvilke kompenserende tiltak som utføres, siden responstidsmålet ikke oppnås.

4.2 Kommunens ansvar for akuttmedisinsk beredskap i Røyrvik

Selv om ambulansetjenester er helseforetakets ansvar, er det klart at kommunen har et selvstendig ansvar for en tilfredsstillende akuttmedisinsk beredskap, jf. Helse og omsorgstjenesteloven og akuttmedisinforskriften. Dette omfatter å tilby øyeblikkelig hjelp, samt at legevaktlege skal kunne rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

Som beskrevet i denne rapporten ytes det ikke tilfredsstillende kommunale legevaktjenester på nattestid i legevaktsamarbeidet som Røyrvik kommune er en del av. At vertskommunen for legevaktsamarbeidet er Namsos, endrer ikke Røyrvik kommunes juridiske ansvar for å gi et forsvarlig legevakttilbud til kommunens innbyggere. Det følger av dette at kommunen bør sørge for å rette opp de mangler i legevakttilbudet på nattestid som er blitt påpekt av Fylkesmannen i 2020.

Ambulansetjenesten kan ikke forventes, etter revisjonens syn, å kompensere for et utilfredsstillende legevaktilbud.

Når det gjelder legevaktilbudet på ettermiddag og i helg har kommunen, som mange andre kommuner, valgt å sentralisere tjenesten gjennom regionalt samarbeid. Dette innebærer naturligvis lengre responstider for de utrykninger kommunal legevakt er pålagt å kunne utføre jf. akuttmedisinforskriften.

4.3 Kostnader til akuttmedisinsk beredskap i Røyrvik

Røyrvik kommune har betydelige utgifter i forbindelse med å ha sykepleiere og brannmannskap operative som forsterkede akutthjelpere, og det er ikke rimelig at kommunen skal bli økonomisk skadelidende for den lange responstiden til ambulanse i kommunen.

Samtidig bør spørsmålet om ansvaret for kostnadene til forsterkede akutthjelpere betraktes helhetlig, og i lys av kommunens utgifter til, og prioritering til, egen legevakt. Som beskrevet tidligere i denne rapporten, har kommunen oppnådd økonomiske besparelser gjennom sentralisering av den kommunale legevakten.

4.4 Kompetanse og bemanning ved utrykning av forsterket akutthjelper

Når det gjelder kontrollutvalgets spørsmål til revisjonen om kompetansesammensetning og bemanning på de utrykningene som utføres av kommunens forsterkede akutthjelpere, er det på de aktuelle utrykningene alltid mer enn to personer som deltar. Antallet personer som utfører oppdrag er derfor i henhold til bestemmelsen i akuttmedisinforskriften § 11 første ledd, og vurderes av revisjonen som tilfredsstillende.

Kompetansen til de forsterkede akutthjelperne er imidlertid ikke den samme som kompetansen til personell som deltar på utrykning i en ambulanse. Hovedforskjellen er at i en ambulanse er det som regel to personer, hvor begge er utdannet helsepersonell og begge har kurs i å føre utrykningskjøretøy. I «Røyrvikmodellen» er rollene delt, hvor én person har kompetanse på å kjøre utrykningskjøretøy, og to øvrige personer har den medisinske kompetansen.

Kompetansen til de forsterkede akutthjelperne i kommunen er altså ikke den samme som kompetansen til ambulansearbeidere. Likevel vurderes akutthjelpernes kompetanse som meget god fordi disse har sykepleierutdanning, som gir en relativt bred medisinsk kompetanse.

KILDER

- St. Meld 43 Om akuttmedisinsk beredskap
- Rapport etter tilsyn med kommunal beredskapsplikt og helsemessig og sosial beredskap. Fylkesmannen i Trøndelag, 2018
- Styrket akuttmedisinsk beredskap i Røyrvik kommune. Trøndelag Forskning og Utvikling, 2000
- Beredskapsanalyse, Ambulansetjenesten i Midt-Norge. Helse Midt-Norge.
- Oversikt over responstiden til ambulansetjenesten i alle kommunene i Troms. Helse- og Omsorgsdepartementet, 2018.
- Responstid.no
- NOU 2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.
- Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister. 2018

**VEDLEGG 3 - OVERSIKT OVER RESPONSTIDEN TIL
AMBULANSETJENESTEN I ALLE KOMMUNENE I TROMS.
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET, 2018.**



Stortingets president
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref
18/3897-

Dato
4. oktober 2018

Spørsmål nr. 2352 til skriftlig besvarelse - oversikt over responstiden til ambulansetjenesten i alle kommunene i Troms

Jeg viser til brev av 26. september 2018 fra Stortingets president med følgende spørsmål til skriftlig besvarelse fra representanten Sandra Borch:

Jeg tillater meg å stille følgende spørsmål til skriftlig besvarelse til helseministeren:

Kan statsråden gi en oversikt over hva responstiden er for ambulansetjenesten i alle kommunene i Troms?

Svar:

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om innspill. Helsedirektoratet opplyser at den nasjonale kvalitetsindikatoren "Tid fra 113-oppringning til ambulanse er på hendelsessted" er under revisjon, og at tallene derfor ikke er tilgjengelig på helsenorge.no. Bakgrunnen er at det er en rekke utfordringer med definisjonen av indikatoren.

Selv om indikatoren er under revisjon, har Helsedirektoratet i sitt innspill likevel gitt en oversikt over responstider for alle kommunene i Troms. Helsedirektoratet understreker at det er en rekke forbehold og utfordringer med tallene, og at tallene vil kunne avvike fra framtidig publisering av responstid på helsenorge.no.

De veiledende responstidene for ambulansetjenesten framgår av St. Meld 43 Om *akuttmedisinsk beredskap* og er som følger for akuttoppdrag:

Postadresse: Postboks 8011 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 983 887 406

- I byer og tettsteder skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent hendelsene
- I grisegrendte strøk skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 90 prosent av hendelsene

Tabellen under viser responstid for akuttoppdrag for kommunene i Troms. Det er kun ambulanseoppdrag som følge av at publikum har ringt inn en 113 – samtale som inngår i tabellen. Helsedirektoratet opplyser at det kan forekomme ulik registreringspraksis som kan påvirke resultatene i beregningen.

Kommune (nr)	Urbanitet	Antall	RESPONSTID		
			Median	75 percentil	90 percentil
Harstad (1901)	Tettsted	503	9,1	11,8	17,0
Tromsø (1902)	Tettsted	1 695	9,8	13,1	22,6
Kvæfjord (1911)	Rural	77	22,2	26,0	37,4
Skånland (1913)	Rural	72	16,9	26,8	36,0
Ibestad (1917)	Rural	22	15,3	17,8	28,0
Gratangen (1919)	Rural	33	13,8	28,9	39,4
Lavangen (1920)	Rural	22	22,8	26,5	30,0
Bardu (1922)	Rural	69	14,3	22,8	29,4
Salangen (1923)	Rural	56	11,8	19,8	35,2
Målselv (1924)	Rural	133	16,6	22,5	28,3
Sørreisa (1925)	Rural	40	18,4	22,7	25,1
Dyrøy (1926)	Rural	26	14,6	35,5	60,0
Tranøy (1927)	Rural	20	18,6	22,7	30,2
Torsken (1928)	Rural	13	40,6	46,3	49,2
Berg (1929)	Rural	19	11,6	16,2	17,8
Lenvik (1931)	Rural	199	12,1	22,9	29,1
Balsfjord (1933)	Rural	166	17,4	20,8	25,5
Karlsøy (1936)	Rural	62	15,5	27,5	33,8
Lyngen (1938)	Rural	72	15,8	20,0	25,6
Storfjord (1939)	Rural	54	18,7	24,6	36,4
Kåfjord (1940)	Rural	64	16,4	21,9	26,0
Skjervøy (1941)	Rural	66	12,1	23,2	44,1
Nordreisa (1942)	Rural	95	11,1	21,4	27,0
Kvænangen (1943)	Rural	24	13,5	18,1	23,4
Bjarkøy (1915)	Rural		n.a.	n.a.	n.a.

Tabellen viser 90 persentil, 75 persentil og median responstid, og illustrerer ifølge Helsedirektoratet hvordan 90 persentilen kan gi store utslag i en kommune med få oppdrag. Et eksempel er Dyrøy der 90 persentilet er 60 minutter, mens medianen er 14,6 minutter. Spriket mellom median og 90 persentilet illustrerer stor spredning i responstider og at 90 persentilet kan være lite egnet til å gi et statistisk riktig bilde av responstiden i Dyrøy. Det

samme gjelder i noe mindre grad for Skånland, Gratangen, Salangen, Lenvik, Karlsøy, Storfjord, Nordreisa og Skjervøy, ifølge Helsedirektoratet. Bjarkøy er for øvrig satt til 0 grunnet for få ambulanseoppdrag i perioden.

Responstider for kommuner med få oppdrag kan beregnes med et lavere persentil eller ved å utvide definisjonen til datagrunnlaget, slik at flere oppdrag telles. Helsedirektoratet opplyser at det er en del av revisjonsarbeidet med indikatoren.

De innrapporterte tallene fra tjenesten inneholder ikke informasjon om hvorvidt hendelsen har inntruffet i by og tettsted eller i et gravgrendt strøk. Responstidene er derfor aggregert på kommunenivå, der kommuner med over 10 000 innbyggere er definert som byer og tettbebygde strøk. Det betyr for eksempel at hele Tromsø kommune er definert som et tettbebygde strøk, selv om det er store rurale områder utenfor de urbane kjerneområdene på og rundt Tromsøya. Det gjør at Tromsø kommune kommer uheldig ut.

Metodesvakheten ved Tromsø vil for øvrig forbedres betydelig ved at tjenesten rapporterer ambulansens geoposisjon på hendelsessted, slik at rurale områder ikke inkluderes i beregningsgrunnlaget. Løsningen er i ferd med å bli implementert, ifølge Helsedirektoratet.

Responstid for ambulansetjenesten er viktig for befolkningens trygghet, men responstidsmålene sier ingen ting om hvordan det går med pasientene. Tall fra OECD viser at norske resultater er i toppklasse i verden når det gjelder behandling av akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Det tyder på en velfungerende akuttkjede samlet sett.

Med hilsen



Bent Høie

MM Revisjon

Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no