



Helse Nord RHF

8038 Bodø

Deres ref	Vår ref	Arkivnr	Saksbehandler	Dato
2010/522-57/324	2005/43 -111/2010		Mariann M. Hunstad	25.10.2010

TRAUMESYSTEM I HELSE NORD – KONSEKVENSER FOR LUFAMBULANSETJENESTEN

Viser til brev av 28.07.2010, der Luftambulansetjenesten ANS ble bedt om en flyoperativ vurdering i forhold til to konkrete problemstillinger knyttet til innføring av nytt traumesystem i Helse Nord RHF. Herunder ble vi bedt om å synliggjøre mulige konsekvenser for den akuttmedisinske helsetjenesten levert av luftambulansetjenesten. Besvarelsen er satt opp i tråd med punktene i bestillingen.

1. Problemstilling 1. Eventuelt nytt ambulanshelikopter /-base for området Sør-Troms, Ofoten, Vesterålen, Lofoten og Nordre Salten

1.1. Dekningsgrad for dagens luftressurser og ev. begrunnet behov for ny base for å imøtekomme nasjonale krav/føringer

Nasjonale føringer:

I St.meld. nr. 43 (1999-2000) ”Om akuttmedisinsk beredskap” ble luftambulansetjenesten vurdert som instrument for å oppnå overordnede helsepolitiske målsetninger:

”Luftambulansetjenesten er en del av ambulansetjenesten som igjen er en del av helsetjenesten. Overordnede politiske mål for helsetjenesten gjelder derfor også for luftambulansetjenesten. De overordnede målene har ligget fast i en årrekke og har hatt tverrpolitisk støtte.

Luftambulansetjenestens primære målgruppe skal være alvorlig syke eller skadde pasienter som trenger akuttmedisinsk behandling. Dette er i samsvar med dagens prioriteringsretningslinjer, og de retningslinjer for prioritering som er vedtatt i ny lov om spesialisthelsetjenester. Tjenesten kan også betraktes som et effektivt virkemiddel for å jevne ut forskjeller i tilgjengelighet til spesialiserte akuttmedisinske tilbud som følge av landets geografi og bosettingsmønster.”

Det ble videre uttalt:

”Tjenesten er i dag dimensjonert i forhold til den sykehusstruktur som finnes i landet, det vil si i forhold til hvilke sykehus som har akuttmedisinske tilbud. Dersom det skjer en større funksjonsfordeling mellom sykehusene med hensyn til tilbud innenfor akuttmedisin, må også dimensjoneringen av ambulanse- og luftambulansetjenesten vurderes i forhold til dette”.

Departementet vurderte luftambulansens rolle i den akuttmedisinske behandlingsskjede slik:

”Fordi akutt, kritisk sykdom eller skade oftest oppstår utenfor sykehus, foregår en viktig, ofte avgjørende del av akuttmedisinen prehospitalt. I valget mellom alternative ambulansereformer er det i en slik situasjon pasientens behov som må være styrende. Den relative medisinske gevinsten luftambulansen kan tilføre, er knyttet til tre elementer:

- *Tidsgevinster.*
- *Tilgang til medisinsk spesialkompetanse og utstyr utover det som finnes lokalt.*
- *Enklere transport av pasienten til et spesialisert omsorgsnivå, om nødvendig.”*

Vedrørende basestruktur uttalte departementet (kap. 5.6.3):

”Departementet mener det er viktig at hovedprinsippene for baselokalisering blir fulgt ved etablering av nye baser eller ved flytting av baser. Luftambulansetjenesten bør være organisert og faglig integrert med den øvrige ambulansetjeneste og spesialiserte helsetjeneste. Dette tilsier at basene bør være lokalisert ved sykehus med akuttmedisinsk beredskap. Videre bør tjenesten ha et likeverdig helsetjenestetilbud uavhengig av bosted (geografisk rettferdighet) ved at 90 prosent av landets befolkning skal nås av legebemannet ambulanse i løpet av 45 minutter. Helseøkonomiske vurderinger tilsier at basemønsteret skal gi størst mulig nytte i forhold til kostnadene.”

Det er altså god grunn til å revurdere luftambulansesstrukturen i sammenheng med at sykehusenes akutfunksjoner tas opp til vurdering.

Dagens luftambulansedekning (helikopter).

Dagens luftambulansedekning (helikopter) i Helse Nord baserer seg i stor grad på bruk av redningshelikopter, idet disse har to baser (Bodø og Banak). Det er også to ambulanshelikoptre (Brønnøysund og Tromsø). Ambulanseoppdrag kan av Hovedredningssentralen bli prioritert etter søks- og redningsoppdrag, men erfaringsmessig blir redningshelikopter oftest stilt til rådighet for ambulanseoppdrag når AMK ber om det. I 2009 gjennomførte redningshelikoptrene 31% av samtlige 1495 helikopteroppdrag i Helse

Nord. Siden Sea King-flåten er gammel og ennå vil være operativ i ti år, kan det bli lagt flere restriksjoner på bruk enn i dag. Denne delen av vår luftambulanseberedskap er derfor noe utsatt på sikt.

Hele Helse Nord-området, med unntak av deler av Øst-Finnmark, kan nås av ambulanse- eller redningshelikopter innen ca 55 minutter inkludert 15 minutters reaksjonstid (væravhengig). Jo lengre responstid, desto mindre relevant blir helikopter som akuttmedisinsk førsteressurs ("primæroppdrag"). Med mindre pasienten befinner seg i uveisomt terreng, vil en transportløsning ved hjelp av lokal ambulanse og legevaktslege som oftest foretrekkes framfor å vente i nesten en time på helikopter. I slike tilfeller vil helikopter være mer aktuell som sekundærressurs ved overflytting fra lokalt sykehus til et høyere behandlingsnivå.

Det er ikke satt myndighetskrav til responstid for noen form for ambulanse. Med utgangspunkt i stortingsmeldingens føring om 45 minutter (inkludert reaksjonstid) for legebemannet ambulanse, ser man av dagens dekningskart at spesielt Ofoten og Vesterålen er dårlig dekket av helikopter. Det samme gjelder deler av Finnmark, men her benyttes i stor grad ambulansedyr som førsteressurs. Innen denne tidsrammen, dekkes Lofoten ganske bra av redningshelikopter fra Bodø. Helgeland i aksen Lurøy-Hemnes dekkes så vidt fra Brønnøysund eller Bodø.

Ambulanshelikopterbase i Ofoten/Vesterålen

En ambulanshelikopterbase i Ofoten/Vesterålen vil medføre at hele Nordland får en dekning innenfor stortingsmeldingens føring, igjen med den forutsetning at redningshelikopter kan benyttes til luftambulanseoppdrag som i dag. Søndre Troms vil også få en bedre dekning enn i dag. Departementet har gitt klare føringer om at luftambulansetjenesten skal integreres faglig i spesialisthelsetjenesten og derfor bør lokaliseres ved sykehus med akuttmedisinsk beredskap. Erfaring viser at baser også kan fungere bra uten fysisk lokalisering ved sykehus, men det er lettere å utnytte basens akuttmedisinske kompetanse når den er plassert i nær tilknytning til sykehus og AMK-sentral. Faglig samarbeid med den øvrige ambulansetjeneste (undervisning, prosedyrer, kvalitetssikring m.v.) lettes også av fysisk nærhet. Dersom en la til grunn rent geografiske og flytidsmessige betraktninger, kunne området Evenes være optimalt for en ny base. Imidlertid vil dette nesten alltid innebære en ekstra flytur fra sykehus til basen etter avlevering av pasient, som igjen medfører mer total flytid og opparbeidet arbeidstid. Ovennevnte forhold taler derfor for at en sykehusplassering er mer logisk, og da er Harstad det mest naturlige stedet.

1.2. Vurdere/anbefale strategisk lokalisering i området, herunder

1.2.1. Flytid effektivitet

Fra et beredskapsmessig ståsted er det en stor fordel at en luftambulansebase for helikopter lokaliseres til et sykehus. Dette medfører at man unngår ekstra flytid og arbeidstid etter avlevering av pasient, som vil bidra til reduserte utmeldinger. I dette tilfellet vil en lokalisering i Harstad også være gunstig med tanke på det høye antall pasienter som i dag transporteres med helikopter fra Harstad til Tromsø. Det vil avlaste, og redusere antall utmeldinger ved en allerede presset helikopterressurs i Tromsø. Fra et

flytryggingmessig ståsted er lokalisering ved en flyplass som Evenes det optimale, på bakgrunn av økt flysikkerhet som følge av tilgang på rullebane, innflygingshjelpemidler, brann- og redningstjeneste samt lufttrafikkjeneste.

Regjeringen har uttalt at den vil opprettholde dagens flyplasstruktur med mindre det er et uttrykt ønske lokalt om å legge ned en flyplass. I Harstad – Narvik - området er det tatt lokalpolitisk initiativ til å legge ned Narvik Lufthavn, Framnes, som del av finansiering av Hålogalandsbrua. Etablering av ny bru vil redusere kjøretiden mellom Narvik og Evenes lufthavn.

Områder med stor befolkningstetthet genererer flere oppdrag. Det vil også være større behov for en helikopterressurs i et område som ikke har en flyplass i nærheten. Dette, samt beredskapsmessige hensyn, medfører at Harstad vil være det naturlige valget vurdert ut fra flytidseffektivitet.

Uavhengig av lokalisering vil et luftambulanshelikopter ha begrensinger forårsaket av vær- og isingsforhold. Dette vil spesielt være gjeldende vinterstid, i perioder med snebyger og redusert sikt. Under slike forhold vil man fremdeles være avhengig av å benytte redningshelikopteret fra Bodø som er utstyrt og trent for denne type oppdrag.

1.2.2. Status landingsplasser i området, særlig ved landingsplassene ved Harstad sykehus og Stokmarknes sykehus

Harstad sykehus:

Helipad/betongplass ved sykehuset. Godkjent for mindre helikopter. Plassen benyttes av Sea King. Liten helipad tett inntil sykehuset og noe krevende innflyging. Det er gjort et konkret kostnadsestimat av UNN (2008) på oppgradering av plassen for å bli godkjent for AW139. Estimater er kr. 8 mill eks mva. Det stilles strengere krav til landingsplasser ved sykehus som er base for helikopter, noe som kan innebære ytterligere kostnader.

Stokmarknes sykehus:

Har ingen dedikert landingsplass. De aller fleste helikoptertransporter skjer til/fra flyplassen på Skagen. Ved akutt behov lander helikopter på vei like nedenfor sykehuset. Ved lokalisering hit må det prosjekteres en helt ny landingsplass. Etablering av landingsplass på bakken er estimert å koste 10-15 mill eks mva.

1.2.3. Muligheter/begrensninger i forhold til etablering av godkjente landingsplasser.

Harstad har allerede en landingsplass med konsesjon, som forventes å kunne oppgraderes i løpet av relativt kort tid. I tillegg eksisterer en annen godkjent helikopterlandingsplass (Heliteam) i Harstad som vil kunne nyttes som alternativ landingsplass i dårlig vær.

Det er ingen kjente begrensninger med tanke på etablering av landingsplass ved Stokmarknes sykehus, men det vil ta noe lengre tid pga forutgående prosjektering og konsesjonsbehandling.

1.2.4. Handlingsrom innenfor dagens kontrakter

I dagens kontrakter har vi inkludert ulike opsjoner. Felles for disse er at de knyttes til eksisterende baser. Det innebærer at vi ved å utløse opsjonene kan få ytterligere et helikopter ved en av basene våre, alternativt ytterligere reservehelikopter. Vi har ingen opsjoner i forhold til etablering av nye baser.

1.2.5. Tidsaspekt for ev. etablering.

Som nevnt i punkt 1.2.4 har vi ingen opsjoner som gir oss anledning til å etablere nye baser. Ved en slik etablering må vi gjennom en ny prosess med offentlig anskaffelse. Ved de to siste anskaffelsesprosessene (helikopter 2008 og fly 2009) har det gått omtrent **tre år** fra oppstart prosess til kontraktsstart. Bestillingstid på nye helikopter er i dag 12-18 måneder. I tillegg må det skaffes tomt til basen, det må etableres hangar og basebygg, landingsplass med godkjente innflygingstraseer.

1.3. Beskrive beregnede etableringskostnader ved alternative baseplassering (Harstad og Stokmarknes, sistnevnte fortrinnsvis knyttet til nytt sykehus)

Det er vanskelig å mene noe om etableringskostnader uten nærmere kunnskap om bl.a. tomtforhold. Til sammenligning er Lørenskog den sist etablerte luftambulansbasen i Norge. Dette er en base som tilfredsstiller de krav vi stiller til basefasiliteter både for besetning og for helikopter med hangar og landingsplass. Basen ble ferdigstilt i 2006 og kostnaden eksklusive grunnarbeider endte på omlag 20 MNOK. Lørenskogbasen er bygget for å huse to helikoptre med tilhørende besetninger, samt integrert med en bilambulansstasjon, og således ikke direkte sammenlignbar, men den gir en pekepinn på kostnadsbildet. Basen er bygget på helseforetakets grunn og prisen er dermed eksklusiv ev. tomtkostnader. I 2007 ble det en markant prisøkning på bygningsmaterialer i Norge. Det medfører at et realistisk prisanslag i dag blir 20-25 MNOK.

1.4. Beskrive beregnede årlige driftskostnader

Årlige driftskostnader for luftambulansbaser varierer etter hvor stor produksjon det er ved basen. Til sammenligning kostet Brønnøysund-basen 26,2 MNOK og Tromsø-basen 29,3 MNOK i 2009 eksklusive utgifter til legebemannning. Totalt flydde timer samme år var henholdsvis 516 for Brønnøysund og 618 for Tromsø. De bokførte kostnadene inkluderer kun direkteførte kostnader så som fast vederlag (beredskap, lønninger, administrasjon, finanskostnader), teknisk timepris, drivstoff samt operative og luftfartsavgifter. Ut over de direkte kostnadene antar vi at det kan bli ytterligere kostnadsøkninger som en følge av at det blir flere maskiner og personell i tjenesten. Vi må anta at etablering av ny base og derigjennom økt antall helikoptre i tjenesten kan medføre behov for økt reservekapasitet. Likeså vil ytterligere maskiner i tjenesten medføre økt belastning på vedlikeholdsfunksjonen hos operatøren. Økt antall ansatte kan medføre økt belastning på administrasjonen, spesielt personalfunksjonen. Alt dette kan utløse økte kostnader.

1.5. Komme med innspill i forhold til hvordan ev. etablering med de ulike alternativene har konsekvenser for

1.5.1. Forbedring av denne regionens befolkning til tilgang til luftambulansetjenester med anestesilege, responstidsforbedringer

Ref. kap 1.1

1.5.2. Tilgjengelighet til akuttmedisinsk kompetanse

Ref. kap 1.1

1.5.3. Integrasjon i øvrig helsetjeneste, spesielt i akuttmedisinsk tjenester

Ref. kap 1.1

1.5.4. Er det grunner som tilsier at medisinsk forankring bør tillegges UNN, Tromsø selv om ev. ny base etableres i Nordlandssykehusets området?

Nei, det er naturlig at det helseforetaket som har prehospitalt ansvar for området, også har medisinsk ansvar for luftambulansebasen. Ref. Brønnøysundbasen, der Helgelandssykehuset har funnet grunn til å overta ansvaret fra UNN.

1.6. Vil ev. ny base i dette området gi forbedringer/ringvirkninger, for eksempel i at hkp i Tromsø kan ha en bedre beredskap opp mot Finnmark og at SeaKing i Bodø avlastes på kapasitet?

Et ambulanshelikopter plassert i Ofoten/Vesterålen vil kunne avlaste Tromsø-helikopteret med sekundæroppdragene fra Narvik og Harstad til UNN. I perioden 2007-2009 var antallet slike oppdrag fra Narvik: 18-30/år (jevnt økende) og fra Harstad: 72-104/år. I tillegg vil Tromsø-helikopteret bli avlastet primæroppdrag i området i størrelsesorden 60-70 oppdrag/år. En avlastning på 150-200 oppdrag pr. år representerer 20-30% av oppdragsmengden og vil representere en meget stor kapasitets- og beredskapsgevinst for ambulanshelikopteret i Tromsø, ikke minst fordi dette er lange oppdrag. I tillegg vil det gi forbedringer for de samme oppdragene i form av at responstiden vil bli vesentlig kortere.

Redningshelikopteret i Bodø vil også forventes å bli vesentlig avlastet, forutsatt at dens større gjennomføringsevne i dårlig vær er påkrevet. Forutsatt at Bodø fortsatt dekker Lofoten, vil avlastningen kunne være i størrelsesorden 20-30 oppdrag pr. år. Dette tilsvarer ca 10 % av ambulansaktiviteten ved denne basen.

UNN-helikopteret er nær et kapasitetstak, og redningshelikopteret i Bodø er den avdelingen på 330 skv som flyr flest oppdrag i Norge. Basene ligger i en landsdel med store avstander, og svært få andre helikopterressurser. En ny base i området vil derfor gi store forbedringer/ringvirkninger i form av:

- raskere responstid for pasienter i basens primærrområde
- avlastning for både Tromsø- og Bodøhelikopteret, som vil gi bedre lokal beredskap ved de respektive basene (både geografisk og reduserte utmeldinger)
- samlet økning av ressurser i landsdelen, som vil redusere samtidighetskonflikter
- utgjøre en reell reserveressurs i landsdelen i de tilfeller Tromsø- eller Bodøhelikopteret er av beredskap

2. Hvilke ulike konsekvenser vil det få for luftambulansetjenesten hvis sykehuset i Mo i Rana utpekes til å være traumesykehus, alternativt sykehuset i Sandnessjøen. Da sett i forhold til ;

2.1. Kvaliteten på tjenesten

Kvaliteten på luftambulansetjenesten per se er i utgangspunktet lite påvirket av sykehusenes funksjonsfordeling, men som omtalt i kap. 1.1 er det grunner som taler for at en luftambulansbase bør være lokalisert ved sykehus med akuttmedisinsk beredskap. Dette er i utgangspunktet ikke tilfelle for luftambulansen på Helgeland.

2.2. Tilgjengeligheten til tjenesten for befolkningen på Helgeland

Igjen blir ikke tilgjengeligheten til luftambulansetjenesten påvirket av sykehusenes funksjonsfordeling, men pasientstrømmen kan bli annerledes enn i dag. Bruk av luftambulans av store pasientgrupper over store avstander vil naturligvis påvirke tilgjengelig restkapasitet og beredskap for andre pasienter. Antallet alvorlig skadde som trenger luftambulansetransport er sannsynligvis lite. Det er ikke sannsynlig at tilgjengeligheten for andre pasientgrupper blir påvirket i særlig grad. Se for øvrig pkt. 2.3.3.

2.3. Vil det være forskjell i de flyoperative utfordringene basert på dagens baselokaliserings ved ovennevnte alternativer?

2.3.1. Flytidseffektivitet

Det er generelt lavere gjennomføringsevne for oppdrag på innlandet i dårlig vær sammenlignet med oppdrag langs kysten, se punkt 2.3.3. Redningshelikopteret i Bodø kommer så å si alltid inn til sykehuset eller flyplassen i Sandnessjøen i alt slags vær, pga umiddelbar nærhet til sjøen. Dette muliggjør radarflyging uten visuell sikt til bakken/land. Redningshelikopteret er langt mer sårbar ved oppdrag til Mo i Rana da Ranafjorden er for smal til at radarflyging kan utføres hele veien. I dårlig vær er det etablert praksis at pasienter som skal til et høyere behandlingsnivå kjøres fra sykehuset på Mo til kysten (Stokkvågen) i ambulansbil for omlasting til redningshelikopter. Dette gjøres når ambulansfly ikke kan benytte flyplassen på Røssvoll. Basert på de flyoperative utfordringene i helikoptertjenesten vil Sandnessjøen være å foretrekke som traumesykehus.

Når det gjelder ambulansfly, så er regulariteten på flyoperasjoner ved henholdsvis Mo i Rana og Sandnessjøen tilnærmet lik. Ved Mo i Rana er det som regel sikt/skydekkeshøyde som medfører at innflyging må avbrytes. Ved Sandnessjøen er hovedutfordringen vindkast fra variabel retning i sektor nordøst - sydøst. Ut fra Avinors regularitetsstatistikk (over ordinær rutetrafikk) er det lite som skiller de to flyplassene. Ser vi på de siste 12 månedene (unntatt askeperioden i april) ligger regulariteten i snitt på like over 99%, med Mo i Rana marginalt bedre enn Sandnessjøen.

Det er tatt lokalt initiativ til etablering av ny flyplass ved Mo i Rana med lengre rullebane. Søknad om konsesjon er sendt Luftfartstilsynet. Det eksisterer også planer om etablering av ny flyplass ved Drevja, noe Avinor har frarådet. Per dags dato ser det ut som planene om etablering av ny flyplass ved Mo i Rana har kommet lengst i og med at

det er sendt søknad om konsesjon til Luftfartstilsynet. Det er vanskelig å si om en eventuell ny flyplass her vil føre til økt regularitet. Det forventes imidlertid en sikrere og enklere innflyging i og med at det planlegges etablert presisjonsinnflygings hjelpemidler (ILS). Planlagt rullebanelengde gir også mulighet for trafikk med større og tyngre fly. Om det blir gitt konsesjon til slik flyplass og om finansiering går i orden er ennå uvisst.

2.3.2. Tid fra alarm til sykehusbehandling ved alternativene basert på statistikk for hentested av akuttpasienter med ambulanshelikopter

Det er ikke mulig å svare på dette ved hjelp av statistikk fordi bruken av luftambulanse må forventes å endre seg fra i dag ved denne formen for traumeorganisering. Dersom man fullt ut skulle ta konsekvensen av et prinsipp der traumepasienter ikke skulle bringes til et sykehus som har kirurgisk beredskap, men ikke traumefunksjon, skulle altså en traumepasient fra Alstahaug flys direkte til Mo i Rana eller omvendt: en traumepasient fra Rana flys direkte til Sandnessjøen, avhengig av hvilket av de to sykehusene som fikk traumefunksjon. På grunn av sin nærhet til sykehus med kirurgisk beredskap blir jo disse pasientene i dag fraktet landeveien til sitt sykehus. De inngår derfor ikke i våre statistikker. Men pasienter med stor nærhet til det sykehuset som ikke får traumefunksjon vil åpenbart få en lenger prehospital tid enn i dag.

2.3.3. Tilgjengelighet, spesielt vintermåned med vær-/klimamessige utfordringer

Et forhold man skal være klar over ved behov for lufttransport av pasienter til eller fra innlandet på Helgeland, er værbegrensningene om vinteren. Det vises til en undersøkelse utført av Haug, Åvall og Monsen (Tidsskrift for Den norske legeforsking nr. 11, 2009; 129:1089-93) som viste at luftambulansen hadde lav pålitelighet i innlandskommunene om vinteren. Se vedlegg 2.

2.3.4. Egnethet og tilgjengelighet til landingsplasser ved disse sykehusene, nærhet til sykehus/akuttmottak, godkjenninger ev. anslåtte kostnader før godkjenning kan skje

Både Mo i Rana og Sandnessjøen har etablerte landingsplasser ved sykehusene. Disse benyttes i dag av både AW139 (ambulanshelikopter Brønnøysund) og redningshelikopteret i Bodø.

Helgelandssykehuset Mo i Rana

Dagens situasjon: Asfaltplass ved sykehuset. Diameter 32 m. Plassen har konsesjon fra Luftfartstilsynet. Det er mulig at Luftfartstilsynet vil kreve noen endringer som følge av nytt større ambulanshelikopter i Brønnøysund (AW139). Dette er endringer som vil kunne komme uavhengig av sykehusfunksjon. I svært dårlig vær er det vanskelig for helikoptre å komme inn til Mo, se punkt 2.3.1.

Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Dagens situasjon: Landingsplass på bakken ved sykehuset. Plassen har konsesjon fra Luftfartstilsynet, og er nylig (oktober 2010) oppgradert og godkjent for operasjoner med AW139. Ingen kjente behov for ytterligere oppgraderinger i dag. I svært dårlig vær benyttes flyplassen som alternativ landingsplass, se punkt 2.3.1.

3. Vil eventuell endret baseplassering av helikopteret gi forbedret tilgjengelighet responstid og flyeffektivitet ved alternativet Mo i Rana kontra Sandnessjøen. Hva er alternative baseplasseringer og hvilke fordeler og ulemper vil disse medføre?

Dette er et omfattende spørsmål med en rekke ulike variable. Med fokus på å opprettholde beredskap ser vi at vi sparer omlasting og flytid samt arbeidstid dersom helikopterbasen ligger på helseforetakets område, men en utredning av slikt omfang må det nødvendigvis brukes mer tid på.

4. Oversikt over akuttoppdrag med ambulanshelikopter på Helgeland

I oppdraget ble det bedt om en oversikt over akuttoppdragene med ambulanshelikopter på Helgeland for årene 2007, 2008 og 2009. Tabellen på neste side viser tallene.

Tallene oppgis med følgende forbehold; statistikken er laget etter uttrekk fra den lokale databasen i Brønnøysund. Legene legger inn data etter alle henvendelser og oppdrag. Dersom henvendelser er stoppet i AMK og ikke videreformidlet til luftambulansbasen, inngår disse ikke i statistikken. Luftambulansetjenesten har ingen mulighet til å kvalitetssikre selve databasen og tar forbehold om feil.

Se vedlegg 1.

Vennlig hilsen

Øyvind Juell
daglig leder

Vedlegg: 1. Oversikt over akuttoppdrag med ambulanshelikopter på Helgeland
 2. Oppsummering undersøkelse utført av Haug, Åvall og Monsen.

Vedlegg 1 – Oversikt over akuttoppdrag med ambulanshelikopter på Helgeland

AMBULANSEHELIKOPTER BRØNNØYSUND

ja= gjennomført oppdrag (pasientkontakt) nei= avvist eller avbrutt pga vær/dårlig sikt

Rekv_Kommune	2007		2008		2009	
	ja	nei	Ja	nei	ja	nei
ALSTAHAUG	9	2	8	3	12	2
BINDAL	18	2	8	1	18	0
BRØNNØY	94	14	94	6	94	9
DØNNA	6	3	7	0	6	2
FLATANGER	1	1	3	0	1	0
FROSTA	2	0	0	0	0	0
FOSNES	0	0	3	1	3	0
GRANE	6	4	8	1	3	3
GRONG	5	1	6	1	6	1
HATTFJELLDAL	11	3	16	2	11	2
HEMNES	7	2	6	2	8	0
HERØY (N.)	12	0	8	4	14	1
HØYLANDET	3	2	4	0	2	0
LEIRFJORD	1	1	4	0	1	0
LEKA	1	0	5	0	4	1
LEVANGER	0	0	0	2	0	0
LIERNE	7	4	8	2	13	2
LURØY	12	2	9	3	10	2
NAMDALSEID	0	0	1	1	0	0
NAMSOS	4	1	9	1	10	2
NAMSSKOGAN	6	0	5	5	4	1
NESNA	6	3	8	2	7	0
NÆRØY	35	6	19	5	35	5
OSEN	0	0	0	0	1	0
OVERHALLA	0	0	1	0	2	0
RANA	15	4	13	2	18	9
RØDØY	9	6	14	1	10	2
RØYRVIK	3	0	5	1	6	0
SALTDAL	1	0	0	0	1	0
SNÅSA	1	0	1	0	0	1
SØMNA	24	3	26	2	15	2
Trondheim	1	0	0	0	0	0
TRÆNA	8	3	0	3	7	0
VEFSN	35	16	14	3	18	5
VEGA	4	2	19	4	23	2
VERDAL	0	0	15	0	1	0
VEVELSTAD	5	0	4	0	5	0
VIKNA	27	1	28	6	20	3
SUM	379	86	379	64	389	57
Sverige	0	0	3	1	7	0

Bjørn Haug
Anders Åvall, Svein-Arne Monsen

Luftambulansens pålitelighet – en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland

Tidsskrift Nor Legeforen nr. 11, 2009; 129:1089-93

- Innlandskommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal
- 12 måneder nov. 2006 – okt. 2007
- 105 henvendelser, 79 vurdert som medisinsk nødvendige
- Hele perioden: 42 av 79 (53%) ble gjennomført
- Juni – juli: alle oppdrag kunne gjennomføres
- Nov. – februar: bare 7 av 24

Fortolkning: *”Dårlig luftambulansedekning store deler av året bør få konsekvenser for drift og organisering av helsetjenesten”*