

# Økonomi trumfer helse for befolkningen i nord

Mindre og langsommere helikoptre og manglende ambulansejetfly i nord gir et dårligere helsetilbud til befolkningen.

Vi takker fagdirektør Geir Tollåli i Helse-Nord og daglig leder i luftambulansetjenesten Øyvind Juell for svar på vårt innlegg i Tidsskriftet nr. 18/2016 (1, 2). Det er nå også klart at det planlagte ambulansejetflyet med base i Tromsø er fjernet med et pennestrøk (3).

Flyet skulle gi et «kvantesprang» for beredskapen på Svalbard og et styrket tilbud til befolkningen i nord (4). I den offentlige utredningen *Først og fremst* slås det fast at det er behov for tiltak for å redusere geografiske forskjeller i det akuttmedisinske tilbudet «i en del av de minst sentrale områdene i landet», og at «det er behov for et nasjonalt løft for å sikre likeverdig kapasitet, kompetanse og kvalitet i akuttkjeden» (5). Lite tyder på at dette vil bli innfridd.

## Store eller små helikoptre?

Tollåli & Juell beskriver nye, uprøvde bakvaksordninger for flygende mannskap og ferdigriggede reservehelikoptre som kan styrke beredskapen (1). Dette kan nok være viktig på baser som Lørenskog, der pasientvolumet er stort. Ressursbruk og beredskapseffekt av et lite «bakvaktshelikopter» i Nord-Norge må veies mot effekten av å ha et større helikopter på vakt, som dagens AW 139-maskin. Airbus H145-helikopteret har sin styrke ved bruk i tettbefolkede områder, men vi har erfart at dette ikke er løsningen i nord.

Dagens tre sivile ambulanshelikopterbaser i Brønnøysund, Evenes og Tromsø opererer i et område som omfatter ca. 40% av Norges fastland, med bare 10% av befolkningen. H145-helikopteret brukes mye i Europa, men land med spredt bosetning og store avstander, som Canada og Australia, har som oss større ambulanshelikoptre, som Augusta Westland 139 (AW 139), i rurale områder (6, 7).

## «Hvert sekund teller»

Vi har påvist fartsforskjeller på 17% under reelle akuttoppdrag mellom AW 139 og H145 (8). Målingene ble gjort uten kontraktsfestet eksternt søkelys på H145. Forsinkelsene øker ytterligere når deler av utstyret må lastes av H145 for å få kapasitet til spesialtransporter eller transport av flere bære-pasienter i samme løft. Disse forsinkelsene vil ha medisinske konsekvenser, som økt dødelighet og nedsatt funksjon, for pasienter med vanlige tidskritiske akutte tilstander som hjerteinfarkt og hjerneslag (9, 10).

De nasjonale forskjellene i behandlingstilbud er allerede store. I 2015 fikk bare 20% av pasientene med akutt hjerteinfarkt under 80 år i Helse Nord trombolytisk behandling innen 30 minutter etter første medisinske

kontakt eller koronar angiografi/PCI innen 90 minutter. Til sammenligning fikk 46% av pasientene i Helse Sør-Øst det (11).

Regionalt fagråd for hjerneslag i Helse Nord har sagt at tre hurtiggående helikoptre i Brønnøysund, Evenes og Tromsø er avgjørende for et godt helsetilbud med tromboektomi ved akutt hjerneslag (12). Sentrale helsemyndigheter legger også stor vekt på tidsfaktoren i sine pågående kampanjer om

«Norges offentlige luftambulansetjeneste er ikke egnet for konkurranseutsetting»

hjerneslag, der man forteller befolkningen at «hvert sekund teller» og at ambulansetjenesten må rustes opp for å få gode resultater i hjerneslagbehandlingen (13).

Som konsekvens av at Helse Nord valgte mindre og langsommere helikoptre fra 2018, vil mange pasienter i nord få ytterligere, unngåelige systemforsinkelser på inntil 15–20 minutter før definitiv behandling på regionssykehusnivå.

## Luftambulansetjenestene svekkes i Nord-Norge

Som AMK-leger i nord spiller vi daglig på alle akuttmedisinske ressurser i landsdelen: lokalbefolkningen, bilambulansetjenesten, legevaktene og andre luftambulanser. På ukentlige regionale videokonferanser med kolleger fra rednings- og ambulanshelikopterbasene (Banak, Bodø, Evenes, Tromsø), AMK-sentralene og fly- og bilambulansetjenestene deler vi erfaringer fra oppdrag og samarbeid. Vi har kontinuerlig oppmerksomheten rettet mot forbedringer. Tollåli & Juell har studert operative forhold ved Lørenskog-basen, et kompetent miljø det er mye å lære av. Vi har andre erfaringer og operative forutsetninger som krever andre løsninger. Tollåli & Juell hadde forstått vår kritikk om de hadde vist like stor interesse for basene i Helse Nord.

Helsetjenester må prioriteres, men klok prioritering krever riktig faktagrunnlag og innsikt i regionale operative forhold. De grunnleggende kvalitative forskjellene mellom helikopter- og flytyper som Tollåli & Juell har valgt, ble aldri forsvarlig analysert før og under anbudsprosessen. Våre faglige innspill ble overhørt. Økonomi overstyrte

kvalitet og trumfet viktige helsepolitiske mål. Helse Nord's toppleder, direktør Lars Vorland, innrømmet da også at ambulanshelikoptertjenestene i Nord-Norge blir nedprioritert fra 2018 grunnet Helse Nord's innsparinger: «Vi er enige om at tilbudet blir dårligere. Det er et dårligere tilbud» (14). Slik prioritering er ikke god samfunnsøkonomi.

Forskjellene i beredskap og helsetilbud mellom befolkningen i nord og befolkningen i sør øker nå ytterligere – i strid med nasjonale politiske mål. Stortinget må vurdere Høies styring og helseforetakenes økonomiske rammer.

Norges offentlige luftambulansetjeneste er ikke egnet for konkurranseutsetting. Anbudskonkurransen private aktører utkjemper for å bli billigst mulig, svekker kvaliteten og sikrer ikke utviklingen av helsetilbudet.

Luftambulansetjenestene må innkontrakteres etter mønster av bilambulansetjenestene.

*Forfatterne har alle lang klinisk praksis i prehospital og hospital akuttmedisin i Nord-Norge. Anestesilegene har alle arbeidet eller arbeider i ulike typer ambulanshelikoptre i den offentlige luftambulansetjenesten ved basene i Tromsø, Brønnøysund og Evenes.*

**Torvind Næsheim**  
**Ole Magnus Filseth**  
**Rolf Busund**  
**Anders Åvall**  
**Claus Klingenberg**  
**Nina Hesselberg**  
**Mads Gilbert**  
*mads.gilbert@unn.no*

Torvind Næsheim (f. 1972) er spesialist i anesthesiologi, overlege ved Akuttmedisinsk klinikk og thoraksanestesiologisk seksjon, Opinklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, og stipendiat ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Han arbeider fast på ambulanshelikopteret i Tromsø og deltar i ECMO-teamet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ole Magnus Filseth (f. 1961) er spesialist i anesthesiologi og avdelingsoverlege ved akuttmottak og observasjonspost ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Han har lang erfaring som lege med ulike typer helikoptre på basene i Brønnøysund, Evenes og Tromsø og arbeider fast på ambulanshelikopteret i Tromsø og på Evenes.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

>>>

Rolf Busund (f. 1955) er spesialist i kar- og thoraxkirurgi, overlege ved Hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, og professor i bistilling ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Han deltar i ECMO-teamet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anders Åvall (f. 1958) er spesialist i anestesi og i intensivmedisin, med subspecialisering i barneanestesi. Han er overlege og medisinsk leder ved luftambulansen Brønnøysund, Helgelandssykehuset, og arbeider fast på ambulanshelikopteret i Brønnøysund. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Claus Klingenberg (f. 1967) er spesialist i barnesykdommer, seksjonsoverlege/professor ved Barneavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge, og deltar i kuvøseteamet som rykker ut med sykehusets ambulanshelikopter. Han leder regional perinatalkomité i Helse Nord. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nina Hesselberg (f. 1951) er spesialist i anesthesiologi og avdelingsleder for luftambulansavdelingen i akuttmedisinsk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mads Gilbert (f. 1947) er spesialist i anesthesiologi, klinikkoverlege/professor ved Akuttmedisinsk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge, og arbeider fast på ambulanshelikopteret i Tromsø.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Tollåli G, Juell Ø. Styrket akuttmedisinsk tilbud i Nord-Norge – ikke svekket. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1879–80.
2. Næsheim T, Filseth OM, Busund R et al. Svekket akuttmedisinsk tilbud i Nord-Norge. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1509–10.
3. Doffin. Kunngjøring av konkurranse. [www.doffin.no/Notice/Details/2016-532940](http://www.doffin.no/Notice/Details/2016-532940) (15.12.2016).
4. Haarvik K. «Luftambulansetjenesten får jettfly». <https://helse-nord.no/nyheter/luftambulansetjenesten-far-jettfly> (15.12.2016).
5. Norges offentlige utredninger. Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. NOU 2015: 17.
6. Andrew E, de Wit A, Meadley B et al. Characteristics of Patients Transported by a Paramedic-staffed Helicopter Emergency Medical Service in Victoria, Australia. *Prehosp Emerg Care* 2015; 19: 416–24.
7. National Transportation Safety Board. [www.nts.gov/news/events/Documents/Canadian-HEMS-Industry-Overview-410513.pdf](http://www.nts.gov/news/events/Documents/Canadian-HEMS-Industry-Overview-410513.pdf) (16.12.2016).
8. Rannestad B. Etablering av nytt ambulanshelikopter i en etablert luftambulansetjeneste. Virksomhetsrapport 2015. Tromsø: Akuttmedisinsk klinikk, Luftambulansavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge, 2015.
9. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 8. Initial management

of acute coronary syndromes. <http://ercguidelines.elsevierresource.com/european-resuscitation-council-guidelines-resuscitation-2015-section-8-initial-management-acute> (16.12.2016).

10. He AH, Churilov L, Mitchell PJ et al. Every 15-min delay in recanalization by intra-arterial therapy in acute ischemic stroke increases risk of poor outcome. *Int J Stroke* 2015; 10: 1062–7.
11. Norsk hjerteinfarktregister Årsrapport 2015. Trondheim: St. Olavs hospital, 2015: 32. [https://stolav.no/norsk-hjerteinfarktregister/MRS/Hjerteinfarktregisteret/2016/Norsk-hjerteinfarktregister,arsrapport%202015\\_endelig.pdf](https://stolav.no/norsk-hjerteinfarktregister/MRS/Hjerteinfarktregisteret/2016/Norsk-hjerteinfarktregister,arsrapport%202015_endelig.pdf) (16.12.2016).
12. Uttalelse fra regionalt fagråd for hjerneslag i Helse Nord. Trombektomi ved akutt hjerteinfarkt. Rapport til Helse Nord, november 2016. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2016.
13. Frønsdal K, Skår Å, Stoinska-Schneider A et al. Mekanisk trombektomi ved akutt hjerteinfarkt. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
14. Adm. dir. Lars Vorland, Helse Nord RHF på 'Onsdagsmøtet', Universitetssykehuset Nord-Norge 16.11.2016 (15: 52 ut i videoen). [www.youtube.com/watch?v=E0v2xjtn9F8&feature=youtu.be%20](http://www.youtube.com/watch?v=E0v2xjtn9F8&feature=youtu.be%20) (16.12.2016).



Mottatt 8.12. 2016, første revisjon innsendt 16.12. 2016, godkjent 20.12. 2016. Redaktør: Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.

ANNONSE

## Instruksjonsfilmer på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)

Se etter film-symbolene øverst i Felleskatalogetekstene.

 Blått for helsepersonell, og rødt for pasient! 

Skann QR-kode for filmoversikt:

