



Arkivsaknr: 2025/5717-2
Sakshandsamar: Tor Magnus Soleim
Avdeling: Kommuneoverlege

SAKSFRAMLEGG

Høyring - Prehospital plan i Helse Bergen HF 2025-2035

Utvalssak	Utval	Møtedato
	Utval for levekår	
	Formannskapet	
	Eldreråd	
	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	
	Kommunestyret	

Kommunedirektøren sitt framlegg til vedtak:

Alver kommune gjev uttale i samsvar med vurderingane i saksutgreiinga.

Politisk handsaming

Saka skal til uttale i eldreråd og råd for menneske med nedsett funksjonsevne

Saka skal til innstilling i utval for levekår

Saka skal avgjerast i formannskapet

Saka vert lagt fram som melding til kommunestyret

1. Bakgrunn

Helse Bergen og akuttmedisinsk avdeling ar utarbeidd eit utkast til ny prehospital plan som foreslår ei utvikling av dei prehostpitale tenestene i føretaksområdet dei neste 10 åra.

Planen omhandlar mellom anna utvikling av akuttmedisinske tenester, beredskap og organisering, og er eit viktig strategisk dokument for å sikre god samhandling, robuste tenester og fremtidsretta løysingar. Planen vert no sendt ut på høyring med frist 9. juni 2025

1.2 Ansvar for prehospitale tenester

«Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)» skal bidra til «at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

1.2.1 Kva er prehospitale tenester?

Omgrepet «prehospitale tenester» nyttas i samband med akuttmedisinsk hjelp og omhandler tenester som blir gitt før pasienten kjem inn i sjukehuset.

Akuttmedisinforskriften omtaler i §2 dette som « akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og tjenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak.» Når ein nyttar omgrepet «den akuttmedisinske kjeda» inkluderar ein også akuttmottak i sjukehus. «Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap for å kunne yte befolkningen akutt helsehjelp. Den akuttmedisinske kjeden består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulanse, samt akuttmottak i sykehus.»

1.2.2 Kommunane sitt ansvar

Kommunen har ansvar for legevaktordning, som består av legevaktsentral, eit fast legevaktnummer 116 117, og legar i vaktberedskap. Legevaktordninga skal sikre «befolkningens behov for øyeblikkeleg hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordninga skal mellom anna:

- « 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» (akuttmedisinforskrifta §6)

2. Moment til uttale om Prehospital plan 2018–2035

Det er særleg tre moment i utkastet til prehospital plan som vi ønskjer å peike på:

- Vurderingsgrunnlaget for dei prehospitale tenestene
- Modellval
- Ambulansestasjonen i Knarvik

2.1 Vurderingsgrunnlag

I vurderingsgrunnlaget for dei prehospitale tenestene (kapittel 10.1) er det hovudsakleg identifisert utfordringar knytt til Bergen sentrum og dei bynære områda. Det tilrådde modellvalet bygger i stor grad på utfordringar sentrumsnære områdar. Det er i mindre

vektlagd utfordringar og behov i distrikta, eller korleis endringar i dei prehospitale tenestene kan påverke distrikta.

2.2 Modellval

Bakgrunn:

Det er vurdert tre ulike modellar for utvikling og organisering av dei prehospitale tenestene:

- **Modell 0:** Vidareføring av dagens struktur og driftsnivå.
- **Modell 1:** Uendra organisering, men auka kapasitet i Bergen sentrum og bynære område. Dette inneber etablering av nye ambulansestasjonar i Bergen sentrum og ein ny stasjon i Åsane, samt nokre forsterkingar i distrikta.
- **Modell 2:** Eit nytt prehospitalt bygg i Bergen sentrum, beredskapspunkt i bynære område, og endringar i distrikta, mellom anna etablering av forsterka stasjon(ar).

Kommentar:

Modell 2 blir framheva som fordelaktig grunna auka kapasitet, betre responstid og geografisk dekning, styrkt pasienttryggleik, betre HMS for tilsette, reduserte driftskostnader over tid, og styrka beredskap. Desse fordelane blir i planen omtalt som fakta, men framstår meir som påstandar utan referert dokumentasjon eller berekningar.

For Alver kommune er det viktig å styrkje tenestene i distrikta og sikre likeverdige tilbod. Sentralisering av prehospitale tenester kan svekke tilbodet utanfor byområda.

- **Samhandling og felles øving** er trekt frem som ein stor fordel i Modell 2. Dei Prehostpitale tenestene inkluderer fleire aktørar (ambulanseteneste, amk-sentraler legevaktteneste). Samhandling mellom desse aktørar kan bli vanskelegare med ei meir sentralisert løysing. For Helsefelleskapet er det viktig å styrke samhandling mellom kommunar og sjukehus for å skape en samanhengande og berekraftig helse- og omsorgsteneste. Sentralisering av ein av partane i den akuttmedisinske kjede kan føre til distansering og dårlegare samhandling med dei andre aktørane i den prehostpitale tenesten. For eksempel vil det kunne medføre redusert samhandling med lokale kommunale helsetenester.
- **Rekruttering og demografiske forhold kan òg bli påverka:** Tilsette kan få lengre reiseveg til og frå jobb, noko som kan føre til fråfall. Dette gjeld særleg dersom man tar utgangspunkt i at tilsette periodevis må arbeide og trene i sentrumsnære områder.
- **Beredskap:** Ved uforutsette hendingar vert sentralisering argumentert for som positivt for beredskap. Argumentet oppfattast som grunnløyyst. Ved sentralisering aukar sårbarheita. Den totale beredskapen både i sentrumsnære område og distrikt. kan enklare bli påverka ved uønskt hendingar. Dette gjelde fleire hendingar som ekstremvêr, trafikkutfordringar, straumlausheit, terror og krigshendingar.
- **Økonomiske konsekvensar:**
Slik organiseringa av modell 2 er skissert, verkar dette som klart den dyraste løysinga både på kort og lang sikt. Berekningane for at modellvalet er en billegare

løysing framkommer ikkje. Alver kommune er uroa for at ein dyrare løysing på sikt vil føre til ytterlegare reduksjon i tilbodet i distrikta.

- **Fleksibel struktur** – I samandraget påpekar ein utfordringar knytt til analyse og framskrivingar av den akuttmedisinske tenestene med bakgrunn i stadig utvikling i samfunnet samt fag og tilbod i spesialist og kommunehelseteneste. Man har en avgrensa evne til å føresjå framtida. Det anbefalast regelmessig evaluering av planane. Dette bør man særleg vere merksam på før ein utfører store investeringar og endrar tenestene i retningar som kan vere vanskeleg å reversere.

2.3 Styrking av ambulansestasjonar i Knarvik

Tidlegare hadde Alver to døgnbemanna ambulansar stasjonert i Knarvik . For nokre år sidan vart det som eit kostnadsreduserande tiltak gjennomført ei nedtrapping i nattberedskapen. Dette førte til at det var to ambulansar på natt, 5 dagar i veka. Tiltaket vart den gongen presentert som ei mellombels budsjettløysing.

Seinare valde Kirurgisk serviceklinikk å redusere utgiftene ytterlegare ved å innskrenke nattberedskapen til éin ambulanse fire netter i veka. Samtidig vart ambulansetenesta i Bergen styrkt.

Alver kommune ser med uro på utviklinga, der distriktsområda i aukande grad blir nedprioriterte. Kommunen har tidlegare gjort det klart at vi ikkje støttar ei slik utvikling. Det er avgjerande å styrkje ambulansetenesta i Knarvik og stanse ytterlegare tiltak som svekkjer tenestetilbodet i distrikta. Alver kommune meiner det er viktig å styrkje dei eksisterande ambulansestasjonane.

Konsekvensar av redusert nattberedskap i Knarvik:

1. **Auka ventetid** for alle kategoriar hasteoppdrag (grøne, gule og raude), noko som kan gå utover pasientsikkerheita.
2. **Større belastning på ambulansepersonell**, med risiko for redusert responstid og tilgjenge.
3. **Dårlegare prognosar** for pasientar som får forseinka behandling.
4. **Risiko for forverra tilstand** medan pasienten ventar, til dømes ved infeksjonar eller delir hos eldre.
5. **Feil transportløysingar**, der legar kan kjenne seg pressa til å bruke taxi, noko som kan setje pasienten i fare.
6. **Auka fare for samtidighetskonfliktar**, som ytterlegare svekkjer beredskapen.
7. **Utilstrekkeleg bemanning ved hjartestans** – det er praksis å sende to ambulansar grunna behovet for minimum tre personar for å gjennomføre AHLR.
8. **Redusert samfunnsberedskap ved større hendingar** – Alver kommune er geografisk sårbar, med blant anna E39-broen som ein flaskehals mot sjukehuset i Bergen. Ved stengingar eller ulykker på denne, kan tilgangen til akuttmedisinsk hjelp bli kraftig svekka. I tillegg utgjør industriområde som Mongstad ein risiko for større uønskte

hendingar som krev rask og koordinert beredskap. Eit redusert ambulansetilbod svekkjer beredskapsevna ved slike scenario og aukar sårbarheita i heile regionen.

Mangel på synleg statistikk – alvorlege konsekvensar kan oppstå utan at det reflekterast i dødsstatistikk. Til dømes kan hjerneslagpasientar miste funksjon og bli institusjonsavhengige som følgje av forseinkingar.

Vedlegg

- 1 Prehospital_plan_2025-2035_Helse Bergen HF.pdf