Helse- og
omsorgsdepartementet

Rapport

Organisering av luftambulansetjenesten

Rapport fra ekspertgruppe. Mars 2021.

Organisering av luftambulansetjenesten

Rapport fra ekspertgruppe. Mars 2021.

Innhold

1 Mandatet, ekspertgruppens sammensetning og arbeidsform ... 7
1.1 Bakgrunn ... 7
1.2 Mandat og ekspertgruppens sammensetning ... 7
1.3 Ekspertgruppens arbeid og involvering ... 8
1.4 Oversikt over utredningen ... 10

2 Utvikling og status i luftambulansetjenesten ... 13
2.1 Helsepolitiske mål og verdigrunnlag for tjenesten ... 13
2.2 Om luftambulansetjenesten ... 13
2.2.1 Historikk ... 13
2.2.2 Organisering ... 14
2.2.3 Finansiering og kostnader ... 15
2.2.4 Varsling, koordinering og styring av luftambulansen ... 16
2.2.5 Baser og dekningsgrad ... 17
2.2.6 Aktivitet og oppdrag ... 18
2.2.7 Utviklingstrekk og konsekvenser for luftambulansetjenesten ... 19
2.2.8 Samarbeid med øvrig ambulansetjeneste og redningstjeneste ... 19
2.3 Krav til luftfart som gjelder luftambulansetjenesten ... 20
2.3.1 Avgrensninger ... 20
2.3.2 Juridisk rammeverk ... 20
2.3.3 Generelle krav til kommersiell luftfart ... 21
2.3.4 Spesifikke krav til luftambulansetjeneste 23
2.3.5 Krav til redningshelikoptertjenesten ... 23
2.4 Krav til spesialisthelsetjenester som ytes i luftambulansetjenesten ... 24
2.4.1 Generelle krav til spesialisthelsetjenesten ... 24
2.4.2 Krav til bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten ... 25
2.5 Avtalefestede forpliktelser ... 26

3 Organisering av tjenesten i andre land ... 29
3.1 Innledning ... 29
3.1.1 Finansiering ... 29
3.1.2 Nasjonal og regional organisering ... 30
3.1.3 Modeller for operativ drift ... 30
3.1.4 Sivilt-militært samarbeid ... 31
3.2 Finland ... 31
3.3 Danmark ... 32
3.4 Sverige ... 36
3.5 Polen ... 38
3.6 Tyskland ... 39
3.7 Nederland ... 40
3.8 Sveits ... 40

4 Erfaringer med anskaffelse og drift av helikoptre i justissektoren ... 43
4.1 Redningshelikoptertjenesten ... 43
4.1.1 Bakgrunn og organisering ... 43
4.1.2 Redningshelikoptertjenesten med 330-skvadronen som operatør ... 43
4.1.3 Anskaffelse av nye redningshelikoptre ... 44
4.1.4 Erfaring med anskaffelsen av nye redningshelikoptre ... 44
4.1.5 Endring i driftsmodell med nye redningshelikoptre ... 47
4.2 Redningshelikoptertjeneste med sivil operatør i Florø ... 47
4.3 Redningshelikoptertjeneste med sivil operatør på Svalbard og i Tromsø ... 48
4.4 Politiets helikoptertjeneste ... 49

5 Om anskaffelsene og erfaringer med implementering og operatørbytte ... 53
5.1 Anskaffelse og implementering av ambulansehelikoptertjenester ... 53
5.1.1 Strategi og gjennomføring ... 53
5.1.2 Valg av operatør og innholdet i den nye avtalen ... 54
5.1.3 Erfaringer med anskaffelsen av ambulansehelikoptertjenester ... 55
5.1.4 Erfaringer med implementering av ny avtale og operatørbytte ambulansehelikopter ... 56
5.1.5 Beredskap og regularitet ... 57
5.2 Anskaffelse og implementering av ambulanseflytjenester ... 58
5.2.1 Strategi og gjennomføring ... 58
5.2.2 Valg av operatør og innholdet i den nye avtalen ... 58
5.2.3 Erfaringer med anskaffelsen av ambulanseflytjenester ... 60
5.2.4 Erfaringer med implementering av ny avtale og operatørbytte ambulansefly ... 61
5.2.5 Beredskap og regularitet ... 64

5.2.6 Behandling av operatørbytte i Stortinget 66
5.2.7 De regionale helseforetakenes evaluering av prosessen med anskaffelse av ambulansefly 66
5.2.8 Statens helsetilsyns vurdering av luftambulansetjenesten 68
5.3 Innspill til ekspertgruppen 69

6 Utfordringer med dagens organisering av luftambulansetjenesten 75
6.1 Innledning 75
6.2 Utfordringer med organisering av operatøransvaret 75
6.2.1 Uro rundt anskaffelsesprosessene 76
6.2.2 Operativ risiko ved operatørbytte 76
6.2.3 Utrygghet i befolkningen 77
6.2.4 Begrenset handlingsrom i løpende kontrakter 77
6.3 Utfordringer med overordnet organisering av luftambulansetjenesten .. 77
6.3.1 Systemer og rutiner for avvikshåndtering 78
6.3.2 Integrering av luftambulansetjenesten 78
6.3.3 Retningslinjer for bruk av luftambulansetjenesten 78
6.3.4 Kvalitet og ledelse i luftambulansetjenesten 79

7 Modeller for framtidig organisering og drift av luftambulansetjenesten 81
7.1 Dagens modell 81
7.1.1 Bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll med operatørene 81
7.1.2 Selskapsform og organisering av operatørene 81
7.1.3 Anskaffelse, finansiering og drift av fly og helikopter 83
7.1.4 Ansettelsesforhold, rekruttering og kompetanse mv. – operativt personell 85
7.1.5 Drift og samarbeid ved basene 87
7.1.6 Utvikling av luftambulansetjenesten – forskning og innovasjon 88
7.2 Mulige endringer i dagens modell 89
7.2.1 Vurdering av videreføring av arbeidsbetingelser for operativt ansatte 90
7.2.2 Forbedringer i anskaffelsesprosessen 93
7.2.3 Krav i kontrakten om gradvis overføring av baser ved operatørbytte 94
7.2.4 Vurdering av kontraktlengde mv. 94
7.2.5 Vurdering av fordeler og ulemper med oppdeling av anbudene 95
7.2.6 Vurdering av én eller to operatører i ambulansehelikoptertjenesten 95
7.2.7 Vurdering av antall helikoptertyper i tjenesten 96
7.2.8 Vurdering av én eller to operatører i ambulanseflytjenesten 97
7.2.9 Kvalitet og ledelse i luftambulansetjenesten 97
7.2.10 Styrke Luftambulansetjenesten HF 99
7.3 Modell med offentlig drift 100
7.3.1 Mulige tilknytningsformer ved offentlig drift 100
7.3.2 Selskapsform og organisering av operatøren 101
7.3.3 Bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll med operatøren 103
7.3.4 Anskaffelse, finansiering og drift av fly og helikopter 103
7.3.5 Ansettelsesforhold mv. for operativt personell 105
7.3.6 Basedrift og samarbeid ved basene 105
7.3.7 Utvikling av luftambulansetjenesten – forskning og innovasjon 106
7.4 Modell med drift av ideelle aktører 106
7.4.1 Rettslig grunnlag for en modell med drift av ideelle aktører 106
7.4.2 Selskapsform og organisering av operatøren 108
7.4.3 Bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll med operatøren 108
7.4.4 Anskaffelse, finansiering og drift av fly og helikopter 109
7.4.5 Øvrige forhold 109
7.4.6 Utvikling av luftambulansetjenesten – forskning og innovasjon 109
7.5 Ekspertgruppens vurdering av modellene 109
7.5.1 Vurdering av dagens modell med forbedringer 109
7.5.2 Vurdering av modell med offentlig drift 110
7.5.3 Vurdering av modell med drift av ideelle aktører 112
7.6 Ekspertgruppens tilrådning 113

8 Økonomiske, administrative og juridiske konsekvenser 117
8.1 Forslag til endringer i dagens modell 117
8.2 Modell med offentlig drift 118
8.3 Modell med drift av ideelle aktører 119

9 Referanser **121**

10 Vedlegg **127**
Søkestrategi «Litteraturgjennomgang driftsmodeller» 127
Oversikt over enkelte ressurser mv. i redningshelikoptertjenesten og politihelikoptertjenesten 128
Strategiske målsetninger for anskaffelse av nye ambulansehelikoptertjenester 130
Strategiske målsetninger for anskaffelse av nye ambulanseflytjenester 131
Organisasjonskart NLA AS og BSAA AS ... 132

Foto: Jose Pessoa

1

Mandatet, ekspertgruppens sammensetning og arbeidsform

1.1 Bakgrunn

Luftambulansen er en viktig del av en helhetlig akuttmedisinsk kjede. Norges geografi og bosetningsmønster gjør at luftambulansetjenesten er sentral for effektiv behandling, transport og beredskap ved akutt sykdom og skade. Våren 2018 oppstod det utfordringer i beredskapssituasjonen, særlig i Nord-Norge. Situasjonen i ambulanseflytjenesten var bakgrunnen for at Stortinget behandlet Dokument 8:224 S (2017–2018) Representantforslag om å annullere anbud med selskapet Babcock før luftambulansetjenesten bryter sammen, forlenge avtalen med Lufttransport og forberede offentlig drift av tjenesten på sikt, jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Stortinget ba regjeringen utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte. Det ble derfor satt ned en ekspertgruppe som skulle utrede framtidig drift av luftambulansetjenesten.

1.2 Mandat og ekspertgruppens sammensetning

Ekspertgruppen skal utrede modeller for framtidig drift av den operative delen luftambulansetjenesten (ambulansefly og ambulansehelikopter).

Ekspertgruppen skal:

- Beskrive utvikling og status (regelverk, organisering, kostnader og finansiering, grenseflater mot øvrig ambulansetjeneste, redningstjenesten mv.)
- Beskrive organiseringen av tjenesten i andre land det er naturlig å sammenlikne seg med, f.eks. Sverige og Danmark
- Gjennomgå erfaringer med operatørbytte og vurdere dette
- Beskrive utfordringene med dagens organisering av luftambulansetjenesten
- Beskrive aktuelle modeller for framtidig drift av den operative delen av luftambulansetjenesten, og beskrive fordeler, ulemper og risiko ved de ulike modellene:
  - Dagens modell, herunder forbedringsmuligheter av denne
  - Modell med offentlig drift
  - Modell med drift av ideelle aktører

Andre modeller utover de ovennevnte kan også vurderes. I mandatet framgår det at ekspertgruppen bør drøfte fordeler og ulemper med at det er to for-

skjellige anbud, dvs. ett for ambulansefly og ett for ambulansehelikopter, samt drøfte fordeler og ulemper ved eventuelt å dele anbudene opp geografisk. Utredningen bør særlig drøfte konsekvenser av en monopolsituasjon, der én aktør står for all operativ drift. Utredningen bør se hen til erfaringer som er gjort med anskaffelsen av nye redningshelikoptre og driften av disse. Utredningen bør også se hen til anskaffelse og drift av politihelikoptre. Utredningen skal beskrive de økonomiske, administrative og juridiske konsekvensene av forslagene. Utredningsinstruksen skal ligge til grunn for arbeidet. Ekspertgruppen står fritt til eventuelt å tilrå en modell. Ekspertgruppen må sikre god involvering av relevante aktører i arbeidet, f.eks. ved å etablere en referansegruppe.

Ekspertgruppen skulle levere en rapport innen utgangen av 2020, men på grunn av koronapandemien ble fristen utsatt til mars 2021.

Ekspertgruppen har bestått av:

- Sven Ole Fagernæs (leder)
- Randi Spørck (Helse Nord RHF)
- Kathrine Nergaard Aas (Universitetssykehuset i Nord-Norge)
- Runar Hanssen Aksnes Rushfeldt (Sykehusinnkjøp HF)
- Andreas E. Hansen (Oslo universitetssykehus)
- Ståle Jamtli (Hovedredningssentralen i Sør-Norge)
- Troels Martin Hansen (Den Landsdækkende Akutlægehelikopterordning i Danmark)

Sekretariatet ble ledet av Mette Bakkeli (Helse- og omsorgsdepartementet). I tillegg har sekretariatet bestått av Karoline Stadheim Halvorsen (Helsedirektoratet), Anne Wie-Groenhof (Helse- og omsorgsdepartementet, deltok fram til april 2020), Siv Lunde (Helse- og omsorgsdepartementet), Lena Haugereid Lindseth (Justis- og beredskapsdepartementet) og Bjørn Ivar Aarseth (Justis- og beredskapsdepartementet).

1.3 Ekspertgruppens arbeid og involvering

Ekspertgruppen har lagt vekt på bred involvering i arbeidet. Det er avholdt til sammen 12 møter i perioden fra juni 2019 til mars 2021. På møtene har en rekke aktører deltatt. Statsråd Bent Høie har møtt ekspertgruppen med orientering om bakgrunnen for arbeidet. Ekspedisjonssjef Espen Aasen har gjennomgått mandatet for ekspertgruppen. Enkelte av medlemmene har hatt innledninger. Ellers har følgende deltatt på møter i ekspertgruppen:

Helse Nord RHF ved Randi Brendberg
Luftambulansetjenesten HF og FKS Nord-Norge ved Øyvind Juell, Trond-Bjørnar Pedersen, Per Magne Tveitane og Pål Madsen
Fylkesmannen i Troms og Finnmark (nå statsforvalteren) ved fylkeslege Anne Grethe Olsen og Snorre Manskow Sollid
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF ved Unni Haug, Bård Rannestad, Ole Magnus Filseth, Dag-Ketil Henriksen, Inger-Lise Kristiansen, Ellen Dahlberg, Frode Sørensen, Jan Harald Nilsen og Solveig Johnsen
Luftfartstilsynet ved Monica H. Nymoen
Fagforbundet ved Hans Martin Aase og Knut Ivar Egset
Den norske legeforening ved Geir Arne Sunde, Jan Harald Nilsen og Anders Vollen
Norsk sykepleierforbund ved Lill Sverresdatter Larsen, Kristina Nytun og Lars Petter Eriksen
Parat ved Lars Petter Larsen, Sigurd Øyvind Kambestad og Øyvind Dalen
Norsk helikopteransattes forbund ved Øyvind Strøm og Tommy Olsen
Norsk flygerforbund ved Yngve Carlsen, Katinka Riksfjord Sporsem, Tor Ivar Dahl Pettersen, Hans Iver Kubberød
Norsk Flytekniker Organisasjon ved Andreas Sund og Arne Normann
Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin ved Jan Erik Nilsen
Nasjonalt senter for distriksmedisin ved Anette Fosse
Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi ved Torben Wisborg
Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter i Helse Vest ved Thomas Lindner

Vest-Finnmark Rådet ved Marianne Sivertsen Næss, Monica Nielsen, Bjørn-Atle Hansen, Odd Erling Mikalesen, Jon Martin Rishaug, Leif Vidar Olsen, Terje Wikstrøm, Eva Danielsen Husby, Lars A. Hustad, Stein Thomassen, Frank Bækken, Bernth Sjursen, Jan Olsen, Sylvi Johnsen og Bente Olsen Husby
KS Nord-Norge ved Kari-Anne Opsal og Unn Marthinsen
Sametinget ved Silje Karine Muotka og Inga Margrethe Eira Bjørn
Finnmarkssykehuset ved Jørgen Nilsen, Hanne Rikstad Iversen, Gøril Strømme, Stig Aksel Opgård, Morten Finne, Geir Braathu, Bjørn Wembstad, Jon Arne Moen, Siw Paulen og Kristina Nytun
Øst-Finnmark Regionråd ved Rune Rafaelsen, Britt Larsen Mehmi og Trond Haukanes
Sykehusinnkjøp HF ved Lisa Marlen Heiestad, Harald I. Johnsen og Bjørn-Rikart Pedersen
Helse Vest RHF ved Herlof Nilssen, Panchakulasingam Kandiah, Baard-Christian Schem og Ingvill Skogseth
Helse Bergen ved Øyvind Østerås
Helse Stavanger ved Einar Johan Tveit, Øyvind Åreskjold og Thomas Lindner
Helse Førde ved Tom Guldhav, Hans Jacob Westbye og Dag Rune Vatle
Hovedredningssentralen ved Jarle Øversveen
NAWSARH ved Bjørn Ivar Aarseth
330-skadronen ved Svein Tore Pettersen
Helse Sør-Øst RHF ved Cathrine Lofthus og Jan Frich
Oslo universitetssykehus ved Christian Buskop
Sørlandet sykehus ved Lars Jacobsen
Sykehuset Innlandet ved Dag Frode Kjernlie
Vestre Viken ved Inger Lise Hallgren og Ann Elin Tomlinson
Babcock Scandinavian Air Ambulance AS ved Hilde Sjurelv
Norsk Luftambulanse AS ved Gro Brekken, Rune Midtgaard, Lars Erik Bragstad og Anne Mari Jakobsen
NHO Luftfart ved Torbjørn Lothe og Ann Helen N. Vollset (telefon)
Stiftelsen Norsk Luftambulanse ved Hans Morten Lossius, Gunn Lyngvær og Stephen Sollid. Karin Fløistad deltok fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig
Redningsselskapet ved Kristian Nygård, Tom Haakenstad og Ronny Pedersen
Justis- og beredskapsdepartementet ved Pål Anders Hagen
Politidirektoratet ved Torgeir Haugen og Per Øyvind Haugen
Socialdepartementet i Sverige ved Erika Nilsson, Svensk Luftambulans ved Lars-Olof Björkqvist og Svenskt Ambulansflyg ved Andreas Eriksson og Joachim Ahl
Helse Midt-Norge RHF ved Stig Slørdahl, Steinar Bjørås og Håkon Gammelsæter
St. Olavs hospital ved Jostein Dale, Kjetil Karlsen, Eivinn Årdal Skjerseth
Helse Møre og Romsdal ved Lars Erik Sjømæling og Kristen Rasmussen
Helgelandssykehuset ved Hulda Gunnlaugsdottir og Arne Finseth
Lufttransport AS ved Kjetil Indrevik og Remi Iversen
Nordlandssykehuset ved Harald Stordahl, Stig Arild Stenersen og Janne Øiesvoll
Helse Vest RHF ved Thomas Dag Iversen, samt Deloitte ved Anders Dugstad og Stein Ove Songstad

I tillegg ble følgende invitert: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap, Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin, Karasjok kommune og Kautokeino kommune.

Det har vært anledning til å komme med skriftlige innspill til ekspertutvalgets arbeid. Følgende har kommet med innspill vinteren/våren 2020:

- Helse Stavanger
- Helse Bergen
- Oslo universitetssykehus ved prehospital klinikk
- Helgelandssykehuset ved prehospital enhet
- Universitetssykehuset Nord-Norge ved Akuttmedisinsk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken
- St. Olavs hospital ved Klinikk for akutt- og mottaksmedisin
- Sametinget
- Vadsø kommune ved kommuneoverlege Britt Larsen Mehmi
- Alta kommune
- Norsk Luftambulanse AS
- Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi
- Nasjonalt senter for distriktsmedisin
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
- Parat

– Norsk Sykepleierforbund
– Norsk Flygerforbund
– Norsk Helikopteransattes Forbund
– Fagforbundet
– Finnmark legeforening
– Norsk Luftambulanse Redningsmannsforening
– Den norske legeforening
– Stiftelsen norsk luftambulanse
– Sverre Ohnstad

I løpet av ekspertgruppens arbeid ble det høstet mer erfaring med nye operatører i tjenesten, beredskapen hadde stabilisert seg og det var også kommet rettslige avgjørelser om rekkevidden av reglene om virksomhetsoverdragelse. Helseforetak med luftambulansebaser og fagorganisasjonene fikk derfor anledning til å gi supplerende innspill til ekspertgruppens arbeid. Følgende kom i februar 2021 med innspill: Helgelandssykehuset ved prehospital enhet, Universitetssykehuset Nord-Norge ved akuttmedisinsk klinikk, Norsk Luftambulanse Redningsmannsforening, Norsk Flytekniker Organisasjon, Parat, Norsk Flygerforbund og Sverre Ohnstad.

Luftfartstilsynet har bidratt med omtale av regelverk og krav til luftfart som gjelder luftambulansetjenesten. Dette er omtalt i kapittel 2. Kapittel 3 omtaler andre land, og teksten i avsnittene 3.4–3.8 er kvalitetssikret gjennom ambassadene. Ekspertgruppen har bedt Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA) om skriftlig innspill om hvordan en modell med drift av ideelle aktører kan innrettes. Dette er nærmere omtalt i kapittel 7.

Ekspertgruppens leder, enkelte av ekspertgruppens medlemmer og sekretariatet deltok i januar 2020 på omvisning på basen på Lørenskog og ved AMK Oslo. Ekspertgruppens leder og sekretariat har møtt Statens helsetilsyn for å informere om arbeidet med utredningen. Ekspertgruppens leder og deler av sekretariatet har møtt advokat Tor Stokke fra Simonsen Vogt Wiig for å høre om erfaringer med anskaffelse av politihelikopter og redningshelikopter. Ekspertgruppens sekretariat har hatt videomøte med Ismo Tuominen i det finske Sosial- og helsedepartementet om organiseringen av tjenesten i Finland.

Ekspertgruppen vurderer at den omfattende møtevirksomheten og anledningen til å komme med skriftlige innspill har sikret bred involvering i arbeidet, og det ble derfor ikke opprettet en egen referansegruppe.

I forbindelse med Helse- og omsorgsminister Bent Høies redegjørelse i Stortinget 14. januar 2020, kom det et innspill om at Forsvaret i en framtidig modell kunne være operatør i luftambulansetjenesten. Ekspertgruppens leder og sekretariat har møtt embetsverk i Forsvarsdepartementet for å diskutere innspillet. Forsvarsdepartementets skriftlige vurderinger inngår i ekspertgruppens arbeid (jf. kapittel 7).

1.4 Oversikt over utredningen

Kapittel 2 gir en oversikt over status og utvikling i luftambulansetjenesten, herunder organisering, finansiering, kostnader, regelverk og grenseflater mot øvrig ambulansetjeneste og redningstjeneste. Kapittel 3 beskriver organisering av luftambulansetjenesten i andre land. Kapittel 4 gjennomgår erfaringer som er gjort i justissektoren med anskaffelse og drift av redningshelikoptertjenesten og drift av politihelikoptre. Kapittel 5 beskriver prosessene for anskaffelse av ambulansehelikopter og ambulansefly og erfaringene fra disse. Videre omtales erfaringene med de nye kontraktene og med operatørbytte for ambulansehelikopter ved tre baser og ambulansefly (alle baser). Kapittel 6 oppsummerer utfordringene med dagens organisering av operatøransvaret og den overordnede organiseringen av tjenesten. Kapittel 7 beskriver modeller for framtidig organisering og drift av den operative delen av luftambulansetjenesten, herunder dagens modell og forbedring av denne, modell med offentlig drift og modell med drift av ideelle aktører. Ekspertgruppen drøfter fordeler og ulemper med at det i dag er to forskjellige anbud (ett for ambulansefly og ett for ambulansehelikopter), samt fordeler og ulemper ved eventuelt å dele anbudene opp geografisk. Ekspertgruppens tilrådning framgår av kapittel 7. Kapittel 8 vurderer de økonomiske, administrative og juridiske konsekvensene av forslagene i kapittel 7.

Foto: Fotograf Esten Borgos,
Borgos Foto AS

2

Utvikling og status i luftambulansetjenesten

I dette kapittelet beskrives status og utvikling i tjenesten, herunder organisering, finansiering, kostnader og grenseflater mot øvrig ambulansetjeneste og redningstjeneste. Kapittelet gjennomgår også regelverk, herunder krav til luftfart som gjelder luftambulansetjenesten og krav til spesialisthelsetjenester som ytes i luftambulansetjenesten.

2.1 Helsepolitiske mål og verdigrunnlag for tjenesten

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning (Helseforetakloven, 2001). Helseforetakene skal bidra til å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet, at ressursene utnyttes best mulig, at tjenestetilbudet blir tilgjengelig og er tilpasset pasientenes behov. Forutsigbarhet og åpenhet er også viktige mål for helsetjenesten.

Med Norges geografi og bosettingsmønster, er luftambulansetjenesten avgjørende for effektiv behandling, transport og beredskap ved akutt sykdom eller skade. I Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 heter det at «luftambulansen skal bidra til et likeverdig helsetjenestetilbud, og er nødvendig for å sikre at pasienter skal få et moderne behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander» (Meld. St. 7 (2019–2020)). Luftambulansetjenesten er derfor et viktig virkemiddel for å nå helsepolitiske mål, og organiseringen av tjenesten må understøtte de overordnede målene.

2.2 Om luftambulansetjenesten

2.2.1 Historikk

De første ambulanseflytransportene i Norge foregikk allerede i 1920-årene. Etter krigen utførte små, sivile sjøfly slike oppdrag i økende grad på Vestlandet og nordpå. Luftforsvaret spilte også en aktiv rolle i ambulansetransport etter krigen. Konseptet med dedikert legebemannet ambulansehelikopter ble introdusert i 1978 av lege Jens Moe. Den første luftambulansebasen ble etablert på Lørenskog samme år. Moe opprettet også Bård Østgaards stiftelse (senere Stiftelsen Norsk Luftambulanse). Stiftelsens formål var å arbeide på alle plan for å høyne det akuttmedisinske tilbudet, og den første oppgaven var å støtte driften til det legebemannede ambulansehelikoptret (NOU 1998: 8, 1998).

I 1988 ble det etablert en nasjonal luftambulansetjeneste, der flyselskaper fikk kontrakt med Rikstrygdeverket om beredskap med spesialinnredede ambulansefly og helikoptre. Helsepersonellbemanningen ble besørget av fylkeskommunale sykehus.

Etter helseforetaksreformen i 2002 ble sørge for-ansvaret for luftambulansetjenesten overført fra staten

til de regionale helseforetakene. Det ble opprettet en arbeidsdeling mellom de regionale helseforetakene og daværende Sosial- og helsedirektoratet som skulle ivareta behovet for koordinering og sikre videreføring av den etablerte nasjonale kompetansen. Arbeidsdelingen var imidlertid lite egnet til å ivareta de formelle ansvarsforholdene og nødvendig sikkerhet i luftambulansetjenesten (St.prp. nr. 1 (2003–2004)). I 2004 ble derfor det samlede driftsansvaret for luftambulansetjenesten overført til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene ble pålagt å finne en hensiktsmessig organisering av tjenesten slik at:

- Kravet om en nasjonal og likeverdig tjeneste ivaretas gjennom interregional samordning
- Den medisinske og flyoperative virksomheten søkes integrert
- Tjenesten inngår som en integrert del av den samlede ambulansetjenesten og den øvrige helsetjenesten

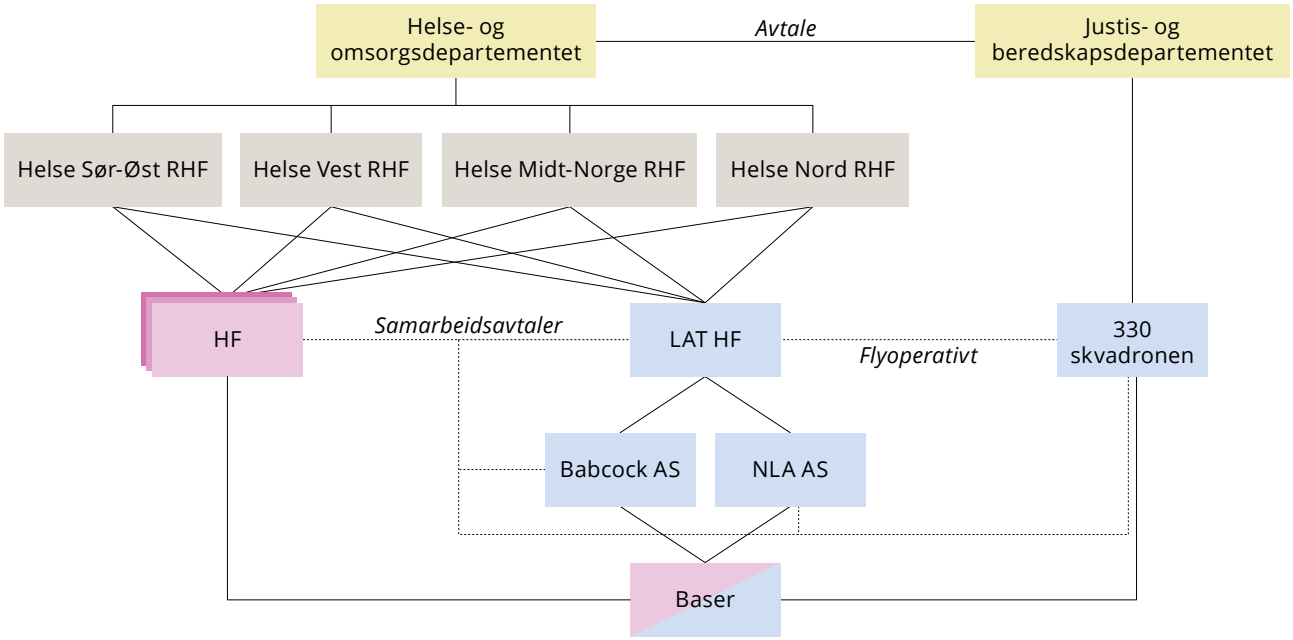
2.2.2 Organisering

Luftambulansetjenesten er en del av spesialisthelsetjenesten, den er offentlig finansiert og styres med et nasjonalt perspektiv. Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for luftambulansetjenesten. Luftambulansetjenesten HF (heretter kalt LAT HF), som er eid av de regionale helseforetakene, ivaretar sørge for-ansvaret for den flyoperative delen av luftambulansen. LAT HF inngår kontrakter med private selskaper om fly- og helikoptertjenestene etter ordinære anbudsprosesser. Selskapet ble etablert i 2004[1].

Helseforetakene (sykehusene) har det medisinske ansvaret og bemanner fly og helikoptre med sykepleiere og leger. Helsepersonellet er faglig forankret i helseforetakenes anestesi- og intensivmiljøer, et viktig prinsipp som sikrer at personellet opprettholder og utvikler sin faglige kompetanse gjennom jevnlig tjeneste i sykehusavdelinger. Det vises til kapittel 7 for nærmere beskrivelse av dagens organisering.

Etter avtale med Justis- og beredskapsdepartementet, kan redningshelikoptrene benyttes

[1] I 2004 etablerte de regionale helseforetakene et felles datterselskap, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (Luftambulansetjenesten ANS). Luftambulansetjenesten HF ble opprettet og overtok alle oppgavene fra det ansvarlige selskapet 1. mai 2017. Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS ble deretter oppløst. Endringen innebar i praksis kun en omdanning av selskapsform.



Figur 2.1 Oversikt over dagens organisering
Kilde: Luftambulansetjenesten HF

til luftambulanseoppdrag etter prioritering av Hovedredningssentralen.

Om LAT HFs formål og virksomhet

LAT HFs formål framgår av vedtektene hvor det heter at «selskapet skal bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger, herunder sørge for-ansvaret. Selskapets primære og prioriterte oppgave er å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet. LAT HF skal drive den flyoperative luftambulansetjenesten og skal bidra til nasjonalt samarbeid i spørsmål knyttet til luftambulansetjenesten med vekt på nettverkssamarbeid mellom helseforetakene. Selskapet skal på utvalgte områder være et faglig kompetansesenter for alle helseforetakene i Norge. Helseforetaket skal bidra til fokusering på sikkerheten i tjenesten, stimulere til risikoreduserende tiltak og arbeide for bedre kvalitet, koordinering, økt sikkerhet samt kostnadseffektivisering av tjenesten.»

Selskapets virksomhet er i vedtektene beskrevet som «LAT HF har et strategisk og operativt ansvar for luftambulansetjenesten nasjonalt, basert på strategi og planer vedtatt av de fire regionale helseforetakene. Foretaket er en ressurs som kan settes inn i redningsoperasjoner, og kan utføre andre oppgaver og/eller tjenester som naturlig faller inn under foretakets formål.»

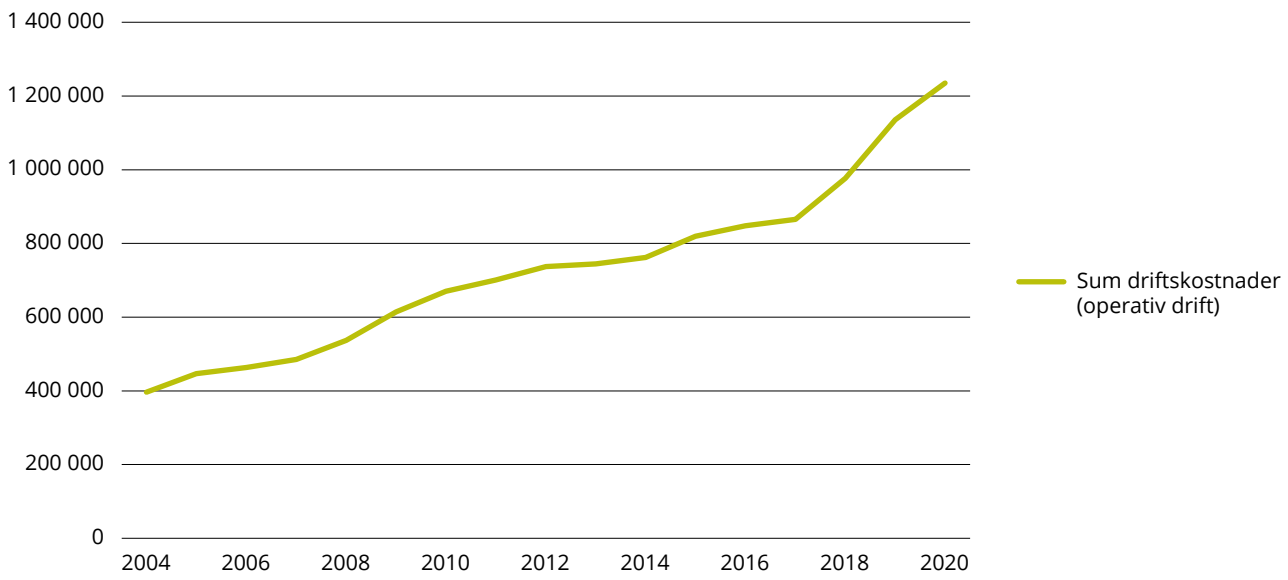
LAT HF har virksomhet på tre steder. Hovedkontor med ledelse er i Bodø. Flykoordineringssentralen (FKS) som er døgnbemannet og ivaretar den flyoperative koordineringen, er i Tromsø. Medisinsk teknisk verksted (MedTek) som har ansvaret for anskaffelse og teknisk vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr, er i Trondheim. Ifølge styrets årsberetning hadde LAT HF i 2019 om lag 30 ansatte fordelt på 27,5 årsverk totalt, fordelt på de tre avdelingene. Per mai 2020 hadde administrasjonen i Bodø 11 årsverk fordelt på 14 ansatte, Flykoordineringssentralen i Tromsø hadde 11 årsverk og MedTek hadde fire årsverk.

2.2.3 Finansiering og kostnader

I 2020 var de regionale helseforetakenes kostnader for luftambulanse om lag 1510 mill. kroner. Kostnader til operativ drift gjennom LAT HF var 1235 mill. kroner, hvorav andelen til virksomhet drevet av egne ansatte (administrasjon, flykoordineringssentralen og medisinsk-teknisk avdeling) var om lag fire pst.

LAT HF er finansiert gjennom tilskudd fra de fire regionale helseforetakene og er beregnet ut fra aktiviteten i den enkelte region i henhold til vedtatt finansieringsmodell. Medisinske kostnader var i 2020 om lag 275 mill. kroner. Det har vært en jevn økning i kostnader for operativ drift fra 2004 og fram til 2020. Kostnadsnivået øker mer enn økningen i oppdrag skulle tilsi og mer enn kostnadsnivået i samfunnet for øvrig. Hovedårsaken er økt kvalitet og bedre tilgjengelighet i tjenesten (Helse Nord RHF, Helse Midt RHF, Helse Vest RHF, & Helse Sør-Øst RHF, 2020). Kapitalkostnader, kostnader til drift og vedlikehold og strengere krav til flymateriell og arbeids- og hviletidsbestemmelser i det felleseuropeiske regelverket har vært betydelige kostnadsdrivere (NOU 2015: 17, 2015). Utviklingen i driftskostnader framgår av figur 2.2. Økningen i kostnader følger oppstart av nye kontrakter. Forrige kontraktbytte for helikopter var i 2008 med helårsvirkning fra 2009, og tilsvarende bytte i 2018 med helårsvirkning fra 2019. For ambulansefly var forrige bytte i 2009 med helårsvirkning fra 2010, og tilsvarende i 2019 med helårsvirkning fra 2020.

Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA) har bidratt med utrykningsbiler til bruk for lege og redningsmann ved alle ambulanse- og redningshelikopterbasene. Legebilene ble inkludert i de nye kontraktene for ambulansehelikoptre fra 2018 og blir nå finansiert av de regionale helseforetakene.



Figur 2.2 Utviklingen i driftskostnader (operativ drift)
Kilde: LAT HF

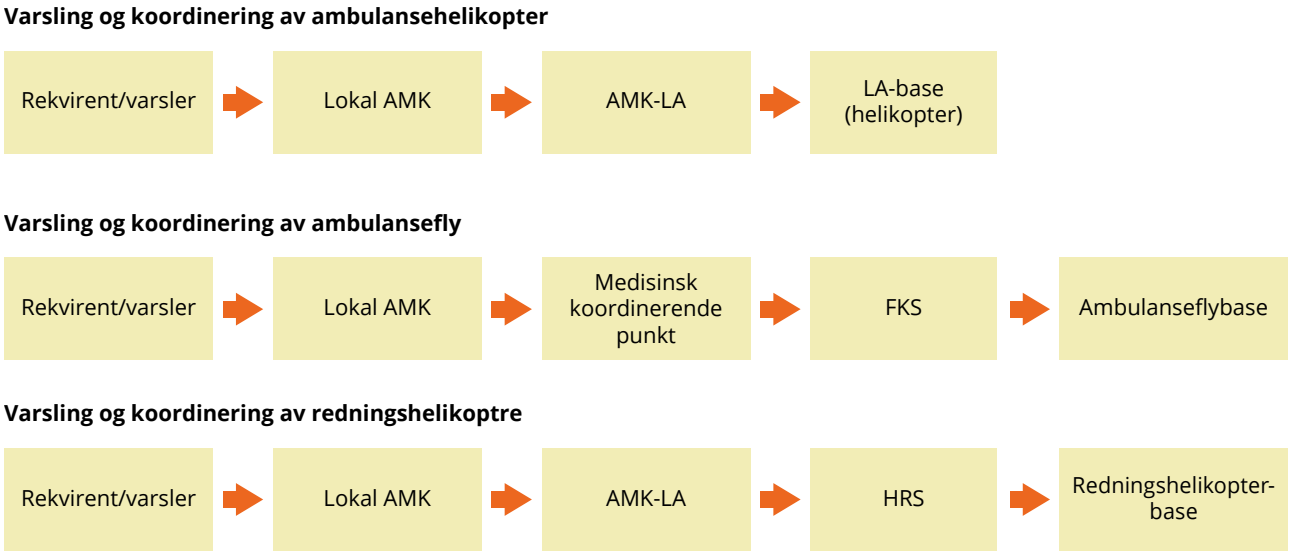
2.2.4 Varsling, koordinering og styring av luftambulansen

AMK-sentralene setter i verk ambulanseoppdrag og koordinerer dem. Det skjer på bakgrunn av at publikum varsler om hendelser eller at helsepersonell rekvirerer ambulanse. Slike rekvisisjoner kommer fra primærhelsetjenesten eller helseinstitusjoner. Ambulansepersonell kan under oppdrag anmode om støtte av luftambulanse. AMK-sentralene bestemmer hastegrad og velger den ambulanseressurs som er best egnet til oppdraget (Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS, 2009).

Ambulansehelikoptrene er koordinert fra fire AMK-sentraler (AMK-LA). Disse AMK-sentralene (Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø) utfører flight following[2] for sine respektive helikoptre. Tidligere ble helikoptrene koordinert fra 11 AMK-sentraler. Flere nasjonale utredninger, blant annet rapporten fra 22. juli-kommisjonen, anbefalte en mer enhetlig koordinering av ambulansehelikoptrene. Det tilrettelegger for bedre fordeling av oppdrag, mer effektiv styring av ressurser og bedre oversikt over beredskapssituasjonen og aktiviteten (Helse Nord RHF et al., 2020).

Ambulanseflyene blir koordinert operativt av FKS som er samlokalisert med AMK-Tromsø. FKS' hovedfunksjon og oppgaver er å sette i gang øyeblikkelig hjelp oppdrag og gjennomføre bestillingsoppdrag. FKS har ansvar for operative forberedelser og koordinering av ambulanseflyene (Larsen et al., 2014). Medisinsk koordinering ambulansefly (MKA) i Tromsø, Ålesund og Lørenskog har ansvaret for medisinske avklaringer, hastegrad, ledsagerbehov, og sørger for praktisk gjennomføring i det daglige, kvalitetssikrer at ambulanser er bestilt mv.

[2] Monitorering og oppfølging av helikopter på oppdrag for å ivareta sikkerhet ved uventede hendelser.



Figur 2.3 Oversikt over varsling og koordinering av luftambulanse- og redningshelikoptre

Kilde: Illustrasjon hentet fra rapporten Beredskapsmessige forhold Luftambulansetjenesten, klargjøring av regelverkansvarsforhold og rutiner (Larsen et al., 2014).

2.2.5 Baser og dekningsgrad

St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap gir føringer for plassering av baser og dekningsgrad for å sikre befolkningen et likeverdig tilbud uavhengig av bosted. Målet er at 90 pst. av landets befolkning skal nås av legebemannet ambulanse i løpet av 45 minutter. Et estimat viser at om lag 99 pst. av befolkningen nås av legebemannet ambulanse i løpet av 45 minutter (Helse Nord RHF et al., 2020).

Det er nå 14 ambulansehelikoptre plassert på 13 baser: Arendal, Lørenskog (to helikoptre), Ål, Dombås, Stavanger, Bergen, Førde, Ålesund, Trondheim, Brønnøysund, Evenes (midlertidig lokalisert i Harstad), Tromsø og Kirkenes. I 2019 ble beredskapen styrket med et helikopter fra Forsvaret i Kirkenes, som ble erstattet med et sivilt helikopter fra juli 2020. Det ble i november 2020 inngått kontrakt om drift av permanent luftambulansebase i Kirkenes. Plassering av ny helikopterbase i Innlandet vurderes i prosjektet målbilde for Sykehuset Innlandet HF – konkretisering av virksomhetsinnhold (Helse Nord RHF et al., 2020).

Det er ni ambulansefly plassert på syv baser: Gardermoen (to fly, hvorav ett jetfly), Ålesund, Brønnøysund, Bodø, Tromsø, Alta (to fly) og Kirkenes. De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet i juni 2020 i oppdrag å legge til rette for stasjonering av et jetfly i Tromsø, om mulig gjennom anskaffelse av et jetfly som norsk bistand for transport av pasienter med høy-risiko for smitte under RescEu programmet. Dette arbeidet pågår og ledes av Helse Nord RHF på vegne av regionene. Flyet vil bli disponert i den ordinære flåten når det ikke er på oppdrag gjennom RescEU.

Det ble også leid inn ekstra ressurser i forbindelse med koronapandemien i 2020.

Det er seks baser for redningshelikoptre: Rygge, Sola, Florø, Ørland, Bodø og Banak. Regjeringen har foreslått å etablere ny redningshelikopterbase i Tromsø basert på sivil operatør fra 2022, jf. kapittel 4.

Det er utrykningsbiler til bruk for lege og redningsmann ved alle ambulanse- og redningshelikopterbasene. Ved akuttmedisinske hendelser nær basene kan legebilene brukes i samarbeid med bilambulanse og kommunal legevakt. Legebilene er også viktige når helikoptrene ikke kan fly på grunn av dårlig vær, og lege og redningsmann kan kjøre bilambulansen i møte og framskynde medisinsk behandling.

I 2014 inngikk de regionale helseforetakene en samarbeidsavtale med de seks svenske landstingene

som har grense mot Norge. Avtalene innebærer at partene kan rekvirere ambulansehelikopter fra hverandre etter gitte kriterier.

2.2.6 Aktivitet og oppdrag

Luftambulansetjenesten er nødvendig for å sikre at pasienter får et moderne behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander, og er et viktig logistikkverktøy for helsetjenesten. Det gjelder ikke minst ambulanseflyene som er nødvendige for å overføre og transportere pasienter mellom sykehus. Både ambulanseflyog helikopter bidrar i den akuttmedisinske kjeden, men har ulik oppdragsprofil. Oppdragstypene framgår av boks 2.1.

Boks 2.1 Oppdragstyper

- Primæroppdrag: Oppdrag der pasienten befinner seg utenfor sykehus
- Sekundæroppdrag: Overføring mellom sykehus til et høyere omsorgsnivå
- Tilbakeføringsoppdrag: Overføring mellom sykehus til et lavere omsorgsnivå
- Søk- og redningsoppdrag (SAR): Oppdrag som utføres på oppdrag fra hovedredningssentralen

Kilde: Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede, 2. utg. (Helsedirektoratet, 2012)

Helikoptrene utgjør den spisseste enden prehospitalt, og tilbyr avansert medisinsk behandling hos pasienten, og under transport. Oppdragene har ofte høy hastegrad. Ambulansehelikoptrene utfører flest primæroppdrag. Andelen sekundæroppdrag varierer mellom basene. Utvikling av oppdragstyper over tid kan reflektere utviklingstrekk innen sykehusstruktur, funksjonsfordeling, legevaktstruktur og innen den land- og sjøbaserte ambulansetjenesten. Bedre kompetanse i ambulansetjenesten, etablering av intensivambulanser og legebiler kan medføre redusert behov for legebemannet helikopterutrykning. Sentralisering av bilambulanse kan medføre flere helikopteroppdrag i distriktene (Helse Nord RHF, Helse Midt RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF, & Luftambulansetjenesten HF, 2018).

Det er ulik oppdragsprofil for ambulanseflyene mellom Nord-Norge og Sør-Norge. Det er flere akuttoppdrag for ambulanseflyene i nord, og når ambulanseflyene brukes til primæroppdrag, er hastegraden oftest høy. Lange avstander og et komplekst værbilde gjør at ambulanseflyberedskapen er en viktig ressurs i Finnmark (Luftambulansetjenesten HF, 2016). Det er en trend at overføring mellom sykehus til et høyere omsorgsnivå øker i Nord-Norge. Også i Sør-Norge er ambulanseflyene viktige for beredskapen, blant annet i forbindelse med spesialtransporter og kuvøsetransporter til og fra Oslo universitetssykehus, som har regions- og landsfunksjoner. Det skjer også transporter på tvers av landsdeler, dette er omtalt i kapittel 7. Hastegrad reflekterer ikke alltid alvorlighetsgraden av pasientens tilstand. Mange sekundær- og tilbakeføringsoppdrag, er intensivtransporter som bestilles en dag eller to i forveien (Helse Nord RHF et al., 2018).

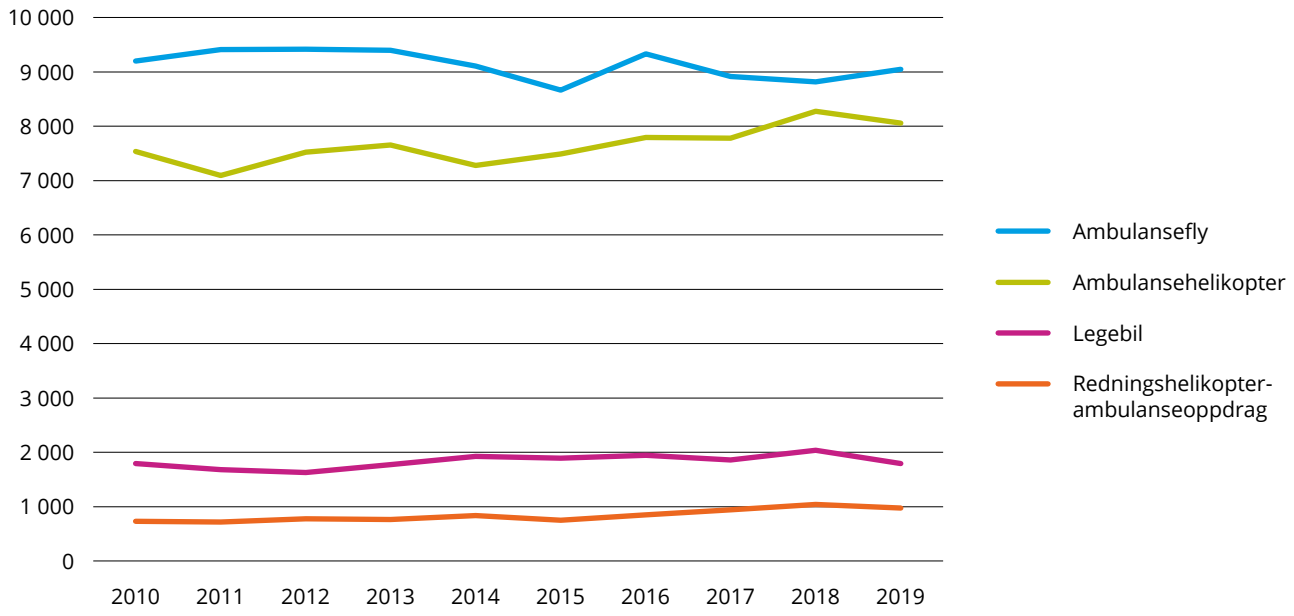
Boks 2.2 Hastegrad

Hastegrad angir oppdragets grad av medisinsk hast. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp skal legges til grunn. Det deles inn i:

- Akutt: For antatt kritisk tilstand der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret og der ambulanse skal rykke ut og lege alarmeres
- Haster: For antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjonene kan bli truet og der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege eller transport til sykehus
- Vanlig: Tilstander der det antas at tidsmomenter medisinsk sett ikke er avgjørende og som kan forelegges lege til vurdering ved første passende anledning

Kilde: (Helse Nord RHF et al., 2020)

Figur 2.4 viser utviklingen i luftambulanseoppdrag i perioden 2009–2019. På nasjonalt nivå har det vært en stabil utvikling i antall oppdrag totalt og fordeling av oppdrag mellom oppdragstyper. Antall oppdrag varierer fra base til base. For ambulansehelikoptrene er det en lett økende tendens til flere oppdrag gjennom perioden. Det må ses i sammenheng med at Evenesbasen ble etablert i 2015 (Helse Nord RHF



Figur 2.4 Utviklingen i luftambulanseoppdrag 2009–2019
Kilde: (Helse Nord RHF et al., 2020)

et al., 2020). Også for redningshelikoptrene har det vært en jevn økning i aktivitet.

2.2.7 Utviklingstrekk og konsekvenser for luftambulansetjenesten

Befolkningsvekst og flere eldre vil kunne påvirke transportbehovet framover. Det må forventes at funksjonsfordeling og sentralisering av visse sykehusfunksjoner fortsetter, og at det får betydning for luftambulansen. Antall trombektomisentre, hvilke sykehus som skal ha PCI-beredskap og traumefunksjon, er eksempler på beslutninger som i stor grad påvirker aktiviteten i luftambulansetjenesten (Helse Nord RHF et al., 2018). Samtidig skjer det en desentralisering av spesialiserte tjenester som vil kunne redusere behovet for transport, ved at helsetjenestetilbudet flyttes nærmere der folk er. Den teknologiske utviklingen vil også kunne bidra til at høyspesialiserte tjenester kan desentraliseres, men styres fra de større sykehusene. Bedre muligheter for prehospital diagnostikk og behandling kan føre til at pasientene i større grad flys direkte til rett behandlingssted. Det vil kunne medføre lengre flytid på primæroppdraget, men redusere antall sekundæroppdrag (Helse Nord RHF et al., 2020). Endringer i bil- og båtambulansetjenesten og legevakt kan påvirke luftambulansetjenesten. Enkelte steder i landet er det en utvikling der luftambulansen brukes for å kompensere for manglende tilstedeværelse av legevaktlege (Helse Nord RHF et al., 2018).

2.2.8 Samarbeid med øvrig ambulansetjeneste og redningstjeneste

Det har skjedd en betydelig forbedring av den faglige kvaliteten i de akuttmedisinske tjenestene de senere årene. Bil- og båtambulansen står for om lag 97,5 pst. av all aktivitet i ambulansetjenesten. Den bakkebaserte tjenesten har ofte den første kontakten med pasienten og kan i økende grad starte medisinsk behandling. Bilambulansen er også en viktig del av transportkjeden til og fra flyplass, og når helikoptret ikke kan lande ved sykehusets akuttmottak.

Når det oppstår en nødhendelse på land, til sjøs eller med luftfartøy, mobiliseres redningstjenesten. Redningstjenesten yter øyeblikkelig innsats for å redde mennesker fra død eller skade som følge av akutte ulykkes- eller faresituasjoner. Redningstjenesten er en betegnelse på et samarbeid (gjerne omtalt som et samvirke) mellom ulike etater og organisasjoner, både offentlige, frivillige og private. Redningshelikoptertjenesten er et dedikert operativt element i redningstjenesten med søk- og redningstjeneste som sin primæroppgave (Organisasjonsplan for

redningstjenesten, 2019). Tjenesten omfatter de offentlige redningshelikoptrene, Sysselmannens helikoptre på Svalbard og eventuelt andre innleide redningshelikoptre for formålet. De offentlige redningshelikoptrene skal fungere innenfor et flerbrukskonsept og utfører blant annet luftambulanse, bistand til politiet i tidskritiske situasjoner for å redde liv og helse, og andre samfunnsnyttige oppdrag. Helikopter og besetning på beredskap kalles ut til oppdrag av Hovedredningssentralen (HRS). HRS har også taktisk styring og koordinering av redningshelikopterressursene på beredskap og foretar prioriteringer ved samtidighetskonflikter.

Luftambulansetjenesten har et nært samarbeid med redningstjenesten. HRS benytter ambulansehelikoptrene til søk- og redningsoppdrag over hele landet. Redningshelikoptrene inngår som en sekundærressurs i luftambulansetjenesten. Alle redningshelikoptrene har anestesilegebemanning fra helseforetakene og har samme medisinske utstyr som ambulansehelikoptrene. Fra februar 2018 ble Sysselmannens redningshelikopter bemannet med anestesilege fra Universitetssykehuset i Nord-Norge.

2.3 Krav til luftfart som gjelder luftambulansetjenesten

2.3.1 Avgrensninger

Ambulanseflyging (med fly og helikopter) er ansett som kommersiell luftfart. Slik luftfart er regulert i felleseuropeiske luftfartsregler. Redegjørelsen under er derfor avgrenset til regelverk som gjelder kommersiell luftfart. I dette inngår luftfartsloven med tilhørende forskrifter, forordning (EF) nr. 216/2008 (EASA-forordningen) gjennomført i forskrift av 26.2.2013 nr. 219 og forordninger gitt i medhold av denne. Ny revidert EASA forordning 1139/2018 vil sannsynligvis ikke tas inn i norsk rett før høsten 2021. Ny EASA-forordning inneholder ikke bestemmelser som påvirker driften av luftambulanse.

Redegjørelsen for dagens rettslige situasjon tar i hovedsak for seg bestemmelser for sivil luftfart (BSL). Justis- og beredskapsdepartementets redningshelikoptre opererer i henhold til militært regelverk. Det er derfor også inntatt en kort omtale av bestemmelser for militær luftfart (BML). Redegjørelsen omfatter ikke nasjonale regler om sivil statsluftfart.

2.3.2 Juridisk rammeverk

Norsk regelverk skal være i samsvar med flysikkerhetsstandarder satt av FNs organisasjon for sivil luftfart, ICAO (International Civil Aviation Organization). Det meste av luftfartsregelverket utvikles i dag av EU, og som følge av EØS-avtalen tas dette regelverket inn i norsk rett. For de områdene EU ikke utvikler regelverk, fastsettes nasjonalt regelverk der dette anses nødvendig av hensyn til flysikkerhet eller samfunnsnytten.

Chicago-konvensjonen

Internasjonalt er Chicago-konvensjonen (Convention on International Civil Aviation) det styrende instrumentet. For Europa betyr dette at alle flysikkerhetsregler gitt av EU eller av den enkelte stat skal være i samsvar med flysikkerhetsstandarder gitt av International Civil Aviation Organization (ICAO). Standarder og anbefalt praksis gitt av ICAO, er publisert som vedlegg til konvensjonen. Både EU-regelverk og nasjonalt regelverk er i all hovedsak basert på standarder og anbefalinger gitt av ICAO.

Luftfartsloven og forskrifter gitt med hjemmel i loven

Luftfartsloven gir overordnede regler for norsk luftfart. Loven er i utgangspunktet generell og gjelder all luftfart i riket. Luftfart i Norge kan bare finne sted i samsvar med luftfartsloven og forskrifter gitt med hjemmel i loven. Områder som ikke dekkes av EU-/EØS-regelverk, reguleres, som nevnt innledningsvis, gjennom kravene i luftfartsloven og underliggende forskrifter.

EU/EØS og EASA

Rettsreglene på luftfartsområdet er i dag i stor utstrekning utarbeidet innenfor EU. Norge er gjennom EØS-avtalen forpliktet til å gjennomføre og å følge regelverk på flysikkerhetsområdet gitt med hjemmel i EASA-forordningen. Regelverket får virk-

ning i Norge når det er gjennomført i norsk rett ved lov- eller forskriftsfastsettelse[3].

EASA-forordningen gir overordnede regler for sivil luftfart i EU/EØS området og regler om opprettelse av Den europeiske unions flysikkerhetsbyrå (EASA). Formålet er å etablere et felles europeisk sikkerhetsnivå, og gjennom det også felles regler for sertifisering og tilsyn av flyselskap. I tillegg til å sikre et høyt sikkerhetsnivå innenfor sivil luftfart, er ett av de viktigste målene å skape såkalt level playing field innen luftfartsområdet, slik at en sertifisering som er foretatt i et medlemsland også er gyldig i de andre statene. EASA-forordningen gir EU-kommisjonen kompetanse til å gi utfyllende regelverk i form av delegerte rettsakter og gjennomføringsrettsakter. Av disse er følgende forordninger særlig relevant i denne sammenheng:

- Kommisjonsforordning (EU) nr. 965/2012 gjennomført i forskrift 7.8.2013 nr. 956 gir regler om operativ organisasjon og drift og stiller krav til sertifiseringsprosess for nye operatører
- Kommisjonsforordning (EU) 1321/2014 gjennomført i forskrift av 7.5.2015 nr. 488 gir regler om teknisk organisasjon og drift og krav til sertifiseringsprosess for teknisk organisasjon hos nye operatører
- Kommisjonsforordning (EU) 1178/2011 gjennomført i forskrift av 28. november 2015 nr. 1365 gir regler om sertifisering av besetningsmedlemmer
- Kommisjonsforordning (EU) 1008/2008 gjennomført i forskrift av 12.8.2011 nr. 833 om lufttransporttjenester i EØS, er et regelverk som regulerer markedstilgang til EU/EØS området og som blant annet gir utfyllende regler om tildeling av lisens og leie av luftfartøy

Det felleseuropeiske flysikkerhetsregelverket er totalharmonisert. Dersom særskilte nasjonale forhold tilsier det, for eksempel vanskelige værforhold eller vanskelige topografiske forhold, og det anses nødvendig for å sikre et tilfredsstillende sikkerhetsnivå, kan det likevel fastsettes nasjonale sikkerhetskrav som fraviker det felleseuropeiske regelverket. Ordninger som innebærer unntak fra, eller tillegg til, det felleseuropeiske regelverket skal som hovedregel godkjennes av EFTAs overvåkingsorgan, EFTA Surveillance Authority (ESA), etter anbefaling fra EASA.

2.3.3 Generelle krav til kommersiell luftfart

Air Operator Certificate – AOC

Ambulanseflyging anses som kommersiell luftfart (Commercial Air Transport – CAT) som er regulert i felleseuropeiske regelverk nevnt ovenfor. Ambulanseflyging regnes ikke som sivil statsluftfart. Luftambulansetjenesten er dermed underlagt de samme operative, tekniske og administrative krav som andre selskap som driver kommersiell luftfart (f.eks. SAS, Norwegian, Widerøe).

Som andre flyselskap må den som skal utføre ambulanseflyging gjennomgå en sertifisering for å få utstedt Air Operator Certificate (AOC) fra Luftfartstilsynet, se artikkel 7 i forordning 965/2012. Myndigheten som utsteder AOC og lisens skal også føre tilsyn med selskapet.

AOC er en godkjenning av organisasjon, fartøy og håndbøker sett opp mot selskapets konkrete drift. Før utstedelse av AOC stilles det krav til at operatøren har en myndighetsgodkjent organisasjon, personell, operasjonsmanualer og prosedyrer for systematisk trening og at vedlikeholdssystemer er på plass for å ivareta sikkerheten til besetningen, passasjerer og publikum.

Operativt og teknisk regelverk stiller krav til hvordan sertifiseringsprosessen gjennomføres i Luftfartstilsynet, jf. Part ARO.GEN 310 i forordning 965/2012. Det er krav til operatørens søknad om AOC i Part ORO.GEN.115 i samme forordning.

Lisens

For selskap som skal drive kommersiell virksomhet, kreves det i tillegg en lisens. Reglene om lisens er gitt i Kommisjonsforordning 1008/2008. I henhold til forordningens artikkel 3 skal ingen selskap utføre transport av passasjerer, gods eller post mot vederlag uten lisens. Lisens utstedes etter en vurdering av selskapets økonomiske soliditet, forretningsplaner og budsjett jf. artikkel 4 og 5. Lisensen og AOC er

[3] EØS-avtalen omfatter verken Svalbard eller kontinentalsokkelen. Hvorvidt regelverk som tas inn i EØS-avtalen skal gjelde på Svalbard eller på kontinentalsokkelen, vurderes i hvert enkelt tilfelle.

knyttet sammen ved at de begge refererer til samme organisasjonsnummer. Det er således et krav at sertifiseringene er knyttet til en ansvarlig juridisk person. Disse overordnede kravene retter seg både mot fly- og helikopterselskap.

Krav til organisasjon

I forordning 965/2012 Part ORO stilles det krav til flyselskapenes organisasjon. Organisasjonen skal ha en ansvarlig leder (Accountable Manager) som er ansvarlig for all drift i selskapet. I tillegg skal organisasjonen bestå av en flygesjef (NPFO), en teknisk sjef (NPCA) som er ansvarlig for henholdsvis flyoperasjoner og teknisk vedlikehold, en treningssjef (NPCT) og leder for bakkeoperasjoner (NPGO). Krav til disse funksjonene framkommer av 965/2012, ORO.GEN 210 jf. ORO.AOC.135. I tillegg til dette skal alle organisasjoner ha en Compliance Monitoring Manager og en Safety manager, jf. ORO.GEN.200. Samtlige av disse funksjonene skal gjennom en godkjenninngsprosess i Luftfartstilsynet. Det stilles krav til fagkompetanse og erfaring. Ut over dette stilles også krav til at organisasjonen er tilstrekkelig bemannet mht. operasjonens omfang og kompleksitet, se ORO.GEN 210 (c). Organisasjon og selskapets drift skal beskrives i selskapets håndbøker/prosedyrer som også skal godkjennes av Luftfartstilsynet.

Krav til besetning

Forskrift 28. november 2015 om sertifisering av besetningsmedlemmer gjennomfører Kommisjonsforordning (EU) nr. 1178/2011 av 3. november 2011. Denne forordningen gir generelle krav for utstedelse og vedlikehold av flysertifikat til flygerne og gjelder både for fly og helikopter.

I tillegg stiller det operative regelverket en rekke krav til at selskapet skal utarbeide løpende treningsprogram på luftfartøytypen, for operasjonen(e), operasjonsområde og flyplasser i bruk, blant annet i ORO.FC. Det stilles her også krav for andre besetningsmedlemmer.

Tilleggskrav for erfaring og trening for helikopter ved HEMS-operasjoner (Helicopter Emergency Medical Service) gis i forordning 965/2012 SPA.HEMS 130.

Forskrift om tilleggskrav for ervervsmessige luftfartsoperasjoner på kortbanelufthavner av 17.9.2018 nr. 1339 (kortbaneforskriften) gir nasjonale tilleggskrav for å operere på kortbanenettet. Denne stiller krav til mer kvalifisert trening for å operere på kortbanenettet. Formålet med denne forskriften er å sørge for at de nevnte operatørene er forberedt på de særskilte utfordringene som knytter seg til det å fly til de norske kortbanene, særskilt topografi, fysiske installasjoner, vær og vind. Målet er å sikre at operatørene er forberedt på disse særskilte forholdene ved at det blir stilt krav til ekstra erfaring, kunnskap og treningsprogram for flygerne deres.

Krav til fartøy og utstyr

Samtlige luftfartøy, både fly og helikoptre, skal være sertifisert iht. godkjente standarder for de aktuelle kategoriene av luftfartøy. I tillegg skal alt fastmontert tilleggsutstyr om bord, herunder medisinsk utstyr, være godkjent iht. definerte standarder.

For både fly og helikopter er det særlige krav i den forstand at det kreves teknisk godkjennelse for alt ettermontert utstyr, enten i form av et såkalt supplement fra fabrikant, eller en såkalt Supplementary Technical Certificate (STC) fra en godkjent Design-organisasjon (DOA).

Alle fly som skal betjene kortbanenettet må ha en særskilt godkjenning for korte rullebaner.

Krav til kontinuerlig luftdyktighet (EASA Part CAMO)

I den myndighetsgodkjente organisasjonen inngår også en funksjon for å sikre at luftdyktigheten til materiellet er ivaretatt til enhver tid. Det gjelder eksempelvis utarbeidelse og løpende revisjon av et myndighetsgodkjent vedlikeholdsprogram tilpasset den enkelte fly- eller helikoptertypen, system for å ivareta dokumentasjon for utført vedlikehold, kontroll av materiellets individuelle konfigurasjon, ivaretakelse av luftdyktighetspåbud mv. Funksjonen har også ansvar for at alt materiell blir vedlikeholdt av godkjent vedlikeholdsorganisasjon. Funksjonen som skal ivareta kontinuerlig luftdyktighet (CAMO), må være en integrert del av AOC. Denne kan ikke kontrakteres ut til tredjepart. Kravene til denne funksjonen framgår av forordning 1321/2014 anneks I (Part CAMO), omtalt som EASA Part CAMO. Disse kravene gjelder for både fly og helikopter.

Krav til vedlikehold av luftfartøy (EASA Part 145)

Alt luftfartsmateriell skal vedlikeholdes iht. operatørens (EASA Part CAMO) vedlikeholdskrav av en godkjent vedlikeholdsorganisasjon (godkjent i hht. forordning 1321/2014 anneks II (Part 145) – omtalt som EASA Part 145) for å opprettholde kontinuerlig luftdyktighet. Det stilles ikke krav til at operatøren har en egen vedlikeholdsorganisasjon, verken for det daglige vedlikeholdet (Line Maintenance) eller tyngre vedlikehold/overhalinger (Base Maintenance). Operatøren har imidlertid ansvaret for at vedlikeholdet faktisk blir utført iht. vedlikeholdsprogrammet av en godkjent organisasjon, samt for å ta vare på dokumentasjon for det utførte arbeidet. Leverandør av Part-145 tjenester knyttes til AOC gjennom kontrakt som initialt skal godkjennes av Luftfartstilsynet. Disse kravene gjelder for både fly og helikopter.

2.3.4 Spesifikke krav til luftambulansetjeneste

Ambulansefly

Kortbaneforskriften retter seg mot ambulanseflyging, men også mot andre som driver regelbunden luftfart på kortbanenettet. Her er det et krav om at flytypen må være godkjent for å operere på korte baner. Denne godkjenningen gis av Luftfartstilsynet og baserer seg på data fra flyfabrikanten. I tillegg stilles det som nevnt krav til trening.

Ambulansehelikopter

Forordning 965/2012 SPA.HEMS.100 og følgende bestemmelser, gir regler for Helicopter Emergency Medical Service (HEMS). Her settes det spesifikke tilleggskrav til luftambulansetjeneste når den utføres som HEMS; disse kravene går ut over de generelle kravene. Kravene gjelder bl.a. helikopterets ytelse, tilleggsutstyr, operasjonelle værbegrensninger, besetningens erfaringsnivå og trening, operative prosedyrer mv.

I tillegg gjelder 965/2012 Subpart H som gir regler for bruk av lysforsterkende nattsynsbriller, inkludert tilleggskrav til trening, helikopteret og tilhørende utstyr. Dette benyttes i HEMS operasjoner i mørke.

Arbeids- og hviletidsbestemmelser

Arbeids- og hviletidsbestemmelser for flygebesetning reguleres i EU OPS, subpart Q, men for ambulanseflyging vises det der til forordning (EØF) 3922/91 gjennomført i forskrift av 21.2.2008 § 6, som har særregulering som utvider maksimal daglig flygetjenesteperiode (FTP) for besetningsmedlem.

For HEMS er det ikke utarbeidet felleseuropeiske regler og nasjonale bestemmelser i BSL D 1-1[4] § 5 er gjeldende.

Dette punktet må ses i sammenheng med avsnitt 2.5 om avtalefestede forpliktelser, samt avsnitt 7.1.4.

2.3.5 Krav til redningshelikoptertjenesten[5]

Redningshelikoptertjenesten er regulert gjennom lov om luftfart (luftfartsloven). Som operatør følger Luftforsvaret militært regelverk. Lovreguleringen av militær luftfart er gjennomført ved at det i luftfartsloven del 2 er inntatt en del særlige bestemmelser. For øvrig er en stor del av bestemmelsene i lovens del 1 også gjeldende for militær luftfart, med unntak og presiseringer som følger av bestemmelsene i del 2. Bestemmelser fra lovens del 1, som også gjelder for militær luftfart, er §§ 5-8, 6-11, 7-12–7-22, 7-24, 11-1, 12-1, 12-3 første og annet ledd, 12-4–12-7 og 13-1, jf. luftfartslovens § 17-6. Forskrifter gitt i medhold av luftfartsloven §§ 7-3, 7-4, og 9-1 gjelder også for militær luftfart, jf. luftfartslovens § 17-7. En sentral forskrift er forskrift 13. februar 2015 nr. 123 om militær luftfartsmyndighet. I tillegg er den militære luftfarten nærmere regulert i Bestemmelser for Luftforsvaret (BFL) og Håndbok for Luftforsvaret (HFL). Dette gjelder flere aspekter ved tjenesten. I BFL 70-1 finnes alt fra grunnleggende kvalifikasjonskrav for ulike kategorier luftpersonell (medisinske og faglige krav), bestemmelser for hvordan formalitetene i ulike typer flyoppdrag skal gjennomføres til hvor ordre- og autorisasjonsmyndighet er plassert (NOU 2001: 15, 2001). I Håndbok for luftforsvaret (HFL) er det f.eks. stilt krav til egentrening jfr. HFL 65-9.

[4] Forskrift 7. august 2013 nr. 956 om luftfartsoperasjoner.

[5] Forskrift 6. desember 2019 nr. 1740 Organisasjonsplan for redningstjenesten pkt. 2-10 og Luftforsvaret (12. mai 2017). Bestemmelser for Militær Luftfart. ss 17–18.

For sivilt innleide operatører, som CHC i Florø og Lufttransport AS på Svalbard, gjelder sivilt regelverk. I noen grad gjelder det særskilte regler for ambulanse- og redningstjeneste, jf. redegjørelsen under punkt 2.3.4.

I tillegg til bestemmelser i regelverk, er forholdet mellom oppdragsgiver og operatør regulert i avtaler. Den delen av redningshelikoptertjenesten som opereres av 330-skvadronen er f.eks. nærmere regulert av en driftsavtale mellom Justis- og beredskapsdepartementet (JD) og Forsvarsdepartementet (FD). Driftsavtalen inneholder bl.a. måltall for reaksjonstid.

Det er nærmere redegjort for redningshelikoptertjenesten i kapittel 4.

2.4 Krav til spesialisthelsetjenester som ytes i luftambulansetjenesten

2.4.1 Generelle krav til spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakenes sørge for-ansvar

De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen i regionen tilbys spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd. Sørge for-ansvaret innebærer at de regionale helseforetakene må vurdere befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester og hvordan dette behovet best kan dekkes.

De regionale helseforetakene har ansvaret for ambulansetjenesten (bil-, båt- og luftambulanse). Det er nærmere angitt i § 10 i forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) hva ansvaret for ambulansetjenester omfatter. Det framgår bl.a. at de regionale helseforetakene har ansvar for å bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder. Videre har de ansvar for at ambulansetjenesten i nødvendig grad er samordnet nasjonalt.

Tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at foretakene inngår avtale med andre tjenesteytere, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a sjette ledd. Forholdet mellom leverandør og bestiller reguleres av en kontrakt. De regionale helseforetakene kan m.a.o. inngå avtaler med privat helsetjenesteleverandører og andre underleverandører for å oppfylle sitt sørge for-ansvar.

Noen oppgaver løser de regionale helseforetakene gjennom felleseide helseforetak som LAT HF.

Krav til prioritering

Bruk av luftambulanseressurser innebærer at tjenesten, som den øvrige spesialisthelsetjenesten, må prioritere, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd. De regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med følgende prioriteringskriterier: nytten av tiltak i pasientbehandling, ressursbruk som tiltak legger beslag på og alvorlighetsgraden av de tilstandene som skal behandles.

Luftambulansetjenesten har utarbeidet Retningslinjer for bruk av luftambulanse (Luftambulansetjenesten HF, 2009). Retningslinjene er primært ment for AMK-sentraler og annet helsepersonell som i kraft av sin stilling kan anmode om luftambulanse. I retningslinjene framgår det bl.a. i hvilke tilfeller luftambulanse kan brukes. Luftambulanse kan brukes når det foreligger sykdom eller skade som krever rask og/eller spesialisert overvåkning, akuttmedisinsk behandling og transport. Videre skal luftambulanse alltid vurderes opp mot bruk av ambulansebil eller ambulansebåt og skal gi en forventet økt helsegevinst i forhold til bruk av andre ressurser. På bakgrunn av retningslinjene har AMK-sentralene utarbeidet spesifikke prosedyrer for sitt ansvarsområde.

Krav til faglig forsvarlighet

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder alle helsetjenesteleverandører – også ambulansetjenestene. Forsvarlighetskravet gjelder både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell. Virksomhetene skal legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven

§ 16. Helsepersonell har også en selvstendig plikt til å utøve sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette følger av helsepersonelloven § 4.

Forsvarlighetsbegrepet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4 er en rettslig standard. Med rettslig standard menes at innholdet av forsvarlighetskravet ikke står fast en gang for alle. Forsvarlighetskravets innhold utvikles i takt med kunnskapen innenfor helse- og omsorgsfagene, og kan i tillegg variere betydelig mellom fagområder. Det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet kan bare fastsettes vurdert på bakgrunn av omstendighetene i det enkelte tilfellet og eksisterende normer, herunder Helsedirektoratets faglige retningslinjer, retningslinjer utarbeidet av LAT HF, tilsynsmyndighetenes avgjørelser eller domstolsavgjørelser.

Virksomheten må styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene er i samsvar med god praksis. Virksomheten må blant annet sørge for tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet og nødvendige instrukser, rutiner og prosedyrer for de ulike oppgavene. Når det gjelder luftambulansetjenesten, er det f.eks. stilt særskilte krav til bemanning og helsefaglig kompetanse, se pkt. 2.4.2.

Det er også stilt særskilte krav til medisinsk- og redningsteknisk utstyr i luftambulansetjenesten. Eksempel på medisinsk utstyr er defibrillator, multimonitor, respirator, kapnograf, ultralyd, sprøytepumper, sug, brystkompresjonsmaskin og transportkuvøse. Det er krav til utstyrets robusthet og at utstyret ikke utgjør en potensiell fare for luftfartøyet. Alt medisinsk teknisk utstyr blir vedlikeholdt, kalibrert og kontrollert av LAT HFs medisinsktekniske verksted i Trondheim.

Dette punktet må ses i sammenheng med avsnitt 2.3.3 om krav til fartøy og utstyr som omtaler at fastmontert tilleggsutstyr om bord, herunder medisinsk utstyr, må være godkjent iht. definerte standarder om krav til ettermontert utstyr.

Krav til internkontroll i helsetjenesten

Gjennom internkontroll skal helseforetaket sikre kravet til forsvarlighet i virksomhetene, jf. § 5 i lov 15, desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) og forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

2.4.2 Krav til bemanning og helsefaglig kompetanse i ambulansetjenesten

Det følger av § 11 i akuttmedisinforskriften at ambulansefly skal være bemannet med sykepleier med nødvendig kompetanse. Videre at ambulanse- og redningshelikoptre skal være bemannet med lege og redningsmann med nødvendig kompetanse. Når ambulansetjenesten skal transportere pasienter som har behov for behandling eller overvåking mellom ulike behandlingssteder i helsetjenesten, skal ambulansetjenesten, i samråd med den som rekvirerer transporten, vurdere behovet for ytterligere personell ut ifra oppdragets art.

I tillegg til akuttmedisinforskriftens krav til bemanning og helsefaglig kompetanse, finnes det egne standarder for redningsmenn, leger og sykepleiere.

Standard for redningsmenn

Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har i fellesskap i 2019 godkjent revidert nasjonal standard for redningsmenn innen luftambulansetjenesten, redningshelikoptertjenesten og SAR offshore. Standarden er en veiledende norm for operatøren.

Standarden beskriver krav til redningsteknisk- og medisinskfaglig kompetanse for redningsmenn innen luftambulansetjenesten, redningshelikoptertjenesten og SAR offshore og gir arbeidsgivere føringer for hvordan kompetansen i tjenesten skal bygges opp og vedlikeholdes. Standarden beskriver minimumskrav knyttet til seleksjon, utdanning, kompetanse og vedlikeholdstrening. I standarden er det referert til aktuelle regelverk som redningsmenn og arbeidsgivere må forholde seg til.

Nasjonal standard for luftambulanseleger og Nasjonal standard for flysykepleiere

Standardene (Luftambulansetjenesten HF, 2011, 2013) er vedtatt av styret i LAT HF. Hensikten med standardene er å bidra til at luftambulansetjenesten

framstår med god og likest mulig kvalitet over hele landet. Helseforetak som har medisinsk ansvar ved baser med spesielt krevende oppgaver som standardene ikke tar hensyn til, forutsettes å definere høyere og mer spesifikke krav i samsvar med lovkravet om faglig forsvarlighet.

Standardene omtaler personlig egnethet, medisinskfaglige, flyoperative og redningsfaglige krav, samt helsekrav og fysiske krav. Et grunnleggende krav er kompetanse og erfaring innen anestesi- og intensivmedisin. For å vedlikeholde og utvikle sin kompetanse skal legene og sykepleierne ha regelmessig tjeneste ved anestesi- og intensivavdeling i tillegg til klinisk samarbeid med andre relevante spesialavdelinger.

Nasjonal standard for helsepersonell som transporterer syke nyfødte i luftambulansetjenesten

Standarden (Luftambulansetjenesten HF, 2016) er vedtatt av styret i LAT HF. Standarden er en veiledende norm for leger, sykepleiere og redningsmenn som utfører transport av syke/premature nyfødte barn i ambulanse/redningshelikopter og ambulansefly.

2.5 Avtalefestede forpliktelser

I tillegg til regelfestede krav til luftfart, helsetjenesten og arbeidsforhold, kan operatørene også være underlagt avtalefestede forpliktelser. Inngåtte avtaler/kontrakter kan inneholde krav som setter strengere standard enn den standarden som følger av regelverket. Dette kan være krav som gjelder ulike forhold ved tjenesten, herunder flysikkerhet, arbeidsforhold, miljø mv. Det finnes i dag flere eksempel på slike avtalefestede forpliktelser i gjeldene avtaler/kontrakter.

Foto: Luftambulansetjenesten HF

3

Organisering av tjenesten i andre land

3.1 Innledning

De fleste land i Europa har luftambulansetjeneste som en del av sin akuttmedisinske beredskap. Flere europeiske land har spredt bosetning i fjell- og kystområder, samt utfordringer med framkommelighet knyttet til klima. Utjevning av geografiske forskjeller i helsetjenestetilbudet var en viktig driver i landene som var tidlig ute med å etablere lufttransport av syke og skadde. I Sverige og Norge ble de første transportene med ambulansefly gjennomført på 1920-tallet. I land som har etablert luftambulansetjeneste i nyere tid, som i Nederland og Danmark, har sentralisering av sykehusfunksjoner vært en viktig driver ved at tjenesten muliggjør direkte transport til riktig omsorgsnivå. Nederland etablerte offentlig luftambulansetjeneste i 1999 i forbindelse med etablering av traumesystemet. Danmark etablerte offentlig luftambulansetjeneste i 2014 etter at en sykehusreform medførte færre og mer spesialiserte akuttmottak. I de få landene som ikke har etablert egen luftambulansetjeneste (Estland, Latvia, Kroatia, Litauen og Malta) anvendes militære helikoptre og redningshelikoptre til ambulanseoppdrag.

Antallet helikoptre varierer mellom landene fra ett helikopter i Irland til 89 helikoptre i Tyskland. Det er store forskjeller mellom de europeiske landene når det gjelder antall helikoptre per innbygger og areal. Norges geografi og bosetningsmønster gjør at vi sammenliknet med gjennomsnittet i Europa, har et høyt antall helikoptre per million innbyggere, men et lavt antall helikoptre per km^2 (Jones, Donald, & Jansen, 2018).

Ekspertgruppen har valgt å innhente erfaringer fra land som det er naturlig å sammenlikne seg med, og som representerer de ulike modellene for operativ drift som ekspertgruppen har blitt bedt om å utrede. Ekspertgruppen har sett hen til tidligere norske[6] og andre nordiske utredninger[7] med tanke på hvilke land disse har valgt å innhente erfaringer fra.

Ved sammenlikning av luftambulansetjenester i ulike land er det vanlig å beskrive tjenesten ut fra finansiering, organisering og modell for operativ drift.

3.1.1 Finansiering

Det finnes flere finansieringsmodeller for luftambulansetjenesten:

- Offentlig finansiering: Norge, Finland, Sverige, Danmark og Italia er eksempler på land hvor staten eller regioner står for finansiering av tjenesten.

[6] Luftambulansetjenesten i Norge, Innstilling fra Luftambulanseutvalget 1977 (Hegbomutvalget): Sverige, Vest-Tyskland, USA. Evaluering av legebemannet luftambulansetjeneste 1981 (Larssenutvalget): Sverige og Danmark. NOU 1998:8 Luftambulansetjeneste i Norge (Øgarutvalget): Sverige, Danmark, Finland, Tyskland, Frankrike, Sveits, Storbritannia, Australia, USA.

[7] Sluttrapport fra arbeidsgruppen for fremtidig utvikling av luftambulansetjenesten i Finland 2018: Norge, Sverige, Danmark, Tyskland, Storbritannia. SOU 2008:129. Helikoptern i samhällets tjänst: Norge, Finland, Tyskland. Vård på vingar 2012: Norge, Finland, Danmark, Polen.

- Finansiering gjennom helseforsikring: Tyskland, Østerrike og Nederland finansierer ambulansehelikoptrene i hovedsak gjennom obligatorisk helseforsikring. Operatørene får refundert kostnader fra forsikringsselskapene etter gjennomførte oppdrag.
- Finansiering gjennom donasjoner og pengeinnsamlinger: I England og Wales opereres ambulansehelikoptrene av frivillige organisasjoner som finansierer sin virksomhet gjennom donasjoner og pengeinnsamlinger. Finland hadde et liknende system før tjenesten ble offentlig finansiert i 2011.
- Finansiering gjennom medlemsinntekter: Organisasjonen REGA i Sveits finansieres i hovedsak av medlemsinntekter.

3.1.2 Nasjonal og regional organisering

I de europeiske landene med offentlig finansiert drift eller finansiering gjennom helseforsikring, er luftambulansetjenesten organisert nasjonalt eller regionalt.

Ved nasjonal organisering av tjenesten har helsemyndigheten oftest etablert et selskap eller myndighet som har ansvar for anskaffelse og i noen tilfeller også operativ drift. Norge var i nordisk sammenheng tidlig ute med nasjonal organisering av luftambulansetjenesten. Svenske utredninger fra 2008 (Försvarsdepartementet, 2008) og 2012 (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012) har anbefalt nasjonal organisering av luftambulansen som i Norge. Den norske modellen var utgangspunkt da man i Finland etablerte FinnHEMS i 2010.

Tyskland, Nederland, Italia, Spania og Sverige har regional organisering av luftambulansetjenesten. I Danmark er tjenesten et tverregionalt samarbeid mellom de fem regionene, men finansieres gjennom en nasjonal beslutning i Folketinget. Ambulanseflytjenesten i Sverige er under etablering som nasjonal tjeneste gjennom kommunalforbundet Svenskt ambulansflyg som ble etablert i 2016. Svensk Luftambulans som ble etablert 2014 har tilsvarende ambisjoner om en nasjonal ambulansehelikoptertjeneste.

3.1.3 Modeller for operativ drift

Det finnes ulike modeller for hvordan det offentlige sørger for den operative driften av luftambulansetjenesten når det gjelder anskaffelse av luftfartøy, ansettelse av piloter og teknisk vedlikehold.

Modell med offentlig drift: Noen få land i Europa som Polen og Ungarn har offentlig drift av luftambulansetjenesten, hvor staten har egne flyselskap.

Modell med anbud: Mange land som Norge, Sverige, Danmark, Finland og Nederland anskaffer den operative driften av tjenesten gjennom offentlig anbudskonkurranse[8].

Modell med drift av ideelle aktører: Utenfor Norden er det relativt vanlig at ideelle operatører står for den operative driften av tjenesten. Store aktører som ADAC[9] og DRF[10] i Tyskland, og REGA i Sveits er eksempler på ideelle operatører.

Litteraturgjennomgang av modeller for operativ drift

I samarbeid med Medisinsk bibliotek ved Universitetet i Oslo (UiO), er det utarbeidet et litteratursøk som omhandler sammenhengen mellom organisering og drift av luftambulansetjenesten, og kvaliteten i tjenesten. Fullstendig søkestrategi er gjengitt i vedlegg. Majoriteten av de 393 artiklene som ble vurdert som relevante, omhandler kostnadseffektiviteten til luftambulansetjenesten, samt kriterier for utalarmering og effektiv utnyttelse av luftambulanseressursen.

Det er i alt tre artikler som beskriver sammenhengen mellom driftsmodell og kvaliteten i tjenesten målt i sikkerhet, gjennomførte medisinske prosedyrer, samt reaksjons- og responstid. Resultatene i to av artiklene (Habib et al., 2014; Klemenc-Ketis, Tomazin, & Kersnik, 2012) er på bakgrunn av ulikheter i finansieringsmodell, sikkerhetsnivå i tjenesten og medisinsk kompetanse hos besetningen, ikke overførbare til organiseringen av den norske luftambulansetjenesten, og vurderes som ikke relevante for denne utredningen.

Den tredje studien vurderes på bakgrunn av likhetstrekk med organiseringen av den norske luftambu-

[8] Finland og Sverige planlegger offentlig drift av tjenesten. Jf. avsnitt 3.2 og 3.4.

[9] ADAC: Allgemeiner Deutscher Automobil-Club.

[10] DRF: Deutsche Rettungsflugwacht.

lansetjenesten som relevant, og er en sammenligning av luftambulansens reaksjonstid[11] og responstid[12] ved ni luftambulansebaser i fire europeiske land (Slovenia, Østerrike, Sveits og Spania) (Klemenc-Ketis et al., 2012). Felles for basene er at de ligger i nærheten av fjellområder. Det var store ulikheter mellom basene hvor reaksjonstiden varierte fra 2,9 til 17 minutter, og responstiden varierte fra 10,4 til 45 minutter. Man fant 17 faktorer som hadde positiv innvirkning på reaksjons- og responstid. Offentlige operatører (politi eller forsvar) hadde signifikant lengre reaksjons- og responstid sammenliknet med private operatører selv med likt utstyr (crew, helikopter, medisinskteknisk utstyr mv.). Reaksjonstiden har sterkere sammenheng med organisatoriske og tekniske faktorer enn responstid, som i større grad avhenger av helikoptertype og avstand til hendelsesstedet. Utalarmering av statlig eide helikoptre, spesielt forsvarshelikoptre, er mer komplisert og tidkrevende. Disse helikoptrene benyttes sjelden kun til ambulanseoppdrag, noe som gir høyere risiko for samtidighetskonflikt. Store operatører med flere enn en base hadde signifikant kortere reaksjons- og responstid, noe som kan være uttrykk for bedre organisering, koordinering og erfaring. Det ble funnet en sammenheng mellom statisk finansiering (rammefinansiering) av HEMS[13] og lengre aktiveringstid. Funnene kan tyde på at markedsprinsipper, inkludert konkurranse, oppfordrer HEMS-operatører til å nå høyere ytelsesstandarder.

3.1.4 Sivilt-militært samarbeid

Det er ulike former for sivilt-militært samarbeid om luftambulansetjenester i Europa. Den vanligste formen for samarbeid er merutnyttelse av forsvarets helikopterressurser til pasienttransport.

Det er gjort flere forsøk på sivilt-militært samarbeid i luftambulansetjenesten i Sverige. I 1992 fikk det svenske forsvaret tilskudd fra Sosialdepartementet for å anskaffe helikoptre til syketransport. Noe av hensikten var at landstingene skulle kunne inngå avtale med forsvaret om operativ drift av ambulansehelikopter. Det ble anskaffet fem Bell-helikoptre. Bare Västerbotten landsting inngikk avtale med forsvaret. Det var usikkerhet rundt hvorvidt sivilt eller militært luftfartsregelverk skulle anvendes. Regjeringen besluttet at Norrbottens arméflybataljon, som var operatør i Västerbotten, skulle fly på militære flysikkerhetsregler. Samarbeidet ble avsluttet i 2002 da kontrakten utløp. Sivil bruk av forsvarets ressurser til luftambulansetransport reiste spørsmål om prissetting av tjenesten, konkurranseregelverk og offentlig anskaffelse. Spørsmålene er behandlet i en offentlig utredning fra 1995 Civilt bruk av försvarets resurser (Försvarsdepartementet, 1995).

I Danmark har man brukt helikoptre til å utføre redningsoppdrag siden 1956. I samme periode som man utredet en nasjonal luftambulansetjeneste i Danmark, hadde forsvarets redningshelikoptre en økning i antall akutte pasientoppdrag på 37 pst. over tre år. Pasientevakuering fra Bornholm stod for en tredjedel av alle oppdragene (Sundhedsstyrelsen, 2007). Ved etablering av den nasjonale luftambulansetjenesten vurderte man hvorvidt forsvarets redningshelikoptre skulle ha en rolle i luftambulansetjenesten. Forsvarskommandoen konkluderte med at forsvarets daværende helikopterstruktur ikke var dimensjonert til å kunne understøtte luftambulansetjenesten på fast basis, men at forsvarets redningshelikoptre kan fortsette å utføre pasienttransport for helsetjenesten dersom det ikke forhindrer utførelse av den primære redningsoppgaven (Udvalget om det præhospitale akutberedskab, 2012).

3.2 Finland

Bakgrunn

Luftambulansetjenesten i Finland er nasjonalt organisert gjennom selskapet FinnHEMS AS som ble etablert i 2010. I Finland har kommunene ansvaret for alle helse- og omsorgstjenester, inkludert akuttmedisinske tjenester. Kommunene kjøper spesialisthelsetjenester, og eierskapet til sykehusene er gjort interkommunalt gjennom sykehusdistrikter. I alt er det 20 sykehusdistrikter, som igjen består av fem universitetssykehusdistrikter. FinnHEMS AS var eid av de fem universitetssykehusdistriktene, og tjenesten har vært offentlig finansiert siden 2011.

[11] Reaksjonstid: Tidsintervall fra AMK-sentralen anroper ambulansen til ambulansen rykker ut.

[12] Responstid: Tidsintervall fra AMK-sentralen anroper ambulansen til ambulansen er framme hos pasienten slik at helsehjelp kan gis.

[13] Helicopter Emergency Medical Service.

Ambulansetjenesten i Finland ble etablert i 1993. I starten var det ideelle organisasjoner som organiserte og finansierte tjenesten, og det ble opprettet ideelle organisasjoner med formål om å drive luftambulansetjeneste. Etter hvert fikk man en løsning hvor universitetssykehusdistriktene stod for medisinsk bemanning, spilleautomatforeningen (Finska PAF[14]) finansierte oppdragene, og ideelle organisasjoner stod for den operative driften samt finansierte helikopterbasene. Denne organiseringen var forbundet med store problemer, blant annet knyttet til kontinuitet i finansieringen. Det medførte at det var vanskelig å drive langsiktig planlegging av tjenesten (Social- och hälsovårdsministeriet, 2018). Det er i dag seks luftambulansebaser i Finland,[15] men i 2019 ble det vedtatt at antallet baser skal utvides til åtte. Den finske luftambulansetjenesten benytter kun helikoptre som i hovedsak løser primæroppdrag. Ved behov benyttes rutefly til sekundære overflytninger. Ambulansehelikoptrene har døgnberedskap, og helikopterbesetningen består av en lege, et HEMS Crew Member (brannmann/ambulansepersonell) og en pilot. Helsepersonellet er ansatt i universitetssykehusdistriktene.

I den finske luftambulansetjenesten er hovedformålet å bringe spesialisthelsetjenesten ut til pasienten, og helikopteret anvendes sjelden til transport av pasienter. I de fleste tilfellene står bilambulanse for transport til sykehus. Dette skyldes at få sykehus har landingsplattform, noe som innebærer at pasienten uansett må lastes over i bilambulanse for transport inn til sykehuset. Tidsgevinsten med bruk av ambulansehelikoptre blir dermed mindre.

FinnHEMS har til nå anskaffet den operative delen av tjenesten gjennom anbudskonkurranse. Avtalene har en varighet på sju+tre år og trådte i kraft i 2012. De to operatørene som leverer tjenester er Babcock Scandic Air Ambulance AS som har ansvaret for de tre basene i nord, og Skärgårdhavets Helikoptertjänst AS som har ansvaret for de tre basene i sør. Operatørselskapene ansetter pilotene, anskaffer og vedlikeholder egne helikoptre. FinnHEMS vedlikeholder basene, og overvåker driften gjennom kvalitetsindikatorer og regelmessige kontroller (FinnHEMS, 2019).

Utredning og ny organisering av luftambulansetjenesten i Finland

Våren 2018 satte Sosial- og helsedepartementet (STM) i Finland ned en arbeidsgruppe som skulle utrede framtidig utvikling av luftambulansetjenesten (jf. boks 3.1) (Social- och hälsovårdsministeriet, 2018). Utredningen tok utgangspunkt i to alternative modeller for framtidig organisering av tjenesten – kommersiell og offentlig drift. Arbeidsgruppen kom til en konklusjon hvor de anbefalte en offentlig modell. Gruppen anslo at en offentlig anskaffelse vil ta omtrent ett år.

På bakgrunn av utvalgets anbefalinger besluttet den finske regjeringen høsten 2019 å innlede forhandlinger om å overføre FinnHEMS AS' aksjer til staten. I februar 2020 godkjente den finske regjeringen statlig oppkjøp av aksjene i FinnHEMS. Selskapet faller inn under det finske Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde, mens finansieringen av selskapet vil skje gjennom bevilgninger over statsbudsjettet. Statlig overtakelse innebærer at selskapet må forberede seg på å drifte totalt åtte helikopterbaser samt selve flyvirksomheten fra og med år 2022 (Social- och hälsovårdsministeriet, 2020). I september 2020 ble det inngått avtale om oppkjøp av Skärgårdhavets Helikoptertjänst AS som opererer de tre basene i sør.

3.3 Danmark

I forbindelse med en sykehusreform som medførte færre og mer spesialiserte akuttmottak, ble det etablert en forsøksordning med ambulansehelikopter på Sjælland og Jylland i 2010 og 2011 for å styrke den prehospitale beredskapen. Danmark etablerte offentlig luftambulansetjeneste i 2014. Luftambulansetjenesten er et tverregionalt samarbeid mellom De Danske Regioner. Overordnet styring og koordinering av ordningen ivaretas av en tverregional styringsgruppe med representanter fra alle de fem danske regionene.[16] Tjenesten er offentlig finansiert.

[14] PAF: Penningautomatföreningen.

[15] Plassering av luftambulansebasene i Finland: Helsingfors, Tampere, Turku, Rovaniemi, Oulu og Kuopio.

[16] Regionene i Danmark: Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Boks 3.1 Utdrag fra Sluttrapport fra arbeidsgruppen for framtidig utvikling av luftambulansetjenesten i Finland

Arbeidsgruppen beskrev det som vanskelig å skape en velfungerende konkurranse innen luftfart i Finland, og at FinnHEMS forventet at antallet interesserte i en anbudsrunde ville være lite (to–fire) ettersom antallet operatører som kan konkurrere innen luftfart er begrenset. Risikoen ved en ny anbudsrunde for perioden 2022–2032 var at prisnivået forble høyt.

Arbeidsgruppen pekte på flere fordeler med kommersiell drift. En av fordelene er at kostnadene er oversiktlige og forutsigbare. Operatørselskapet er forpliktet til kontraktsprisen, og endringene i avtaleprisene er forutsigbare. En annen fordel er at operatørselskapet bærer noe av den økonomiske og operative risikoen. Ved offentlig drift vil risikoen forbundet med anskaffelse og drift av utstyr bæres av det offentlige. Ved kommersiell drift er det operatørselskapet som tar risikoen med uventet vedlikehold og vedlikeholdskostnader. Selv om det er sjelden, er det mulig at en type helikopter har en så stor feil at det ikke kan fly. Ved offentlig drift vil en slik situasjon ha en betydelig innvirkning. Denne risikoen eksisterer også ved kommersiell drift, og i noen tilfeller kunne det medføre forstyrrelser og kostnader for FinnHEMS.

Det er mulig for en privat aktør å dra nytte av stordriftsfordeler og erfaring fra andre steder, men stordriftsfordelen til private selskap var begrenset av kravet om at pilotene skulle beherske det finske språket. Dersom et privat selskap som allerede opererer i flere land velges som tjenesteleverandør, kan man dra nytte av selskapets erfaring med tjenesten og utvikling fra andre steder. Arbeidsgruppen vurderte at ved offentlig drift ville virksomheten være begrenset til Finland og selskapet ville ikke være i stand til å dra nytte av stordriftsfordelene som kan oppstå ved å operere i flere land og forskjellige områder.

Arbeidsgruppen anbefalte at FinnHEMS ved offentlig drift bør stå for anskaffelse og vedlikehold av helikoptre samt ansettelse og kontinuerlig opplæring av kvalifisert og erfarent mannskap. De vurderte at det ville kreve økning i antall ansatte, behov for ny kompetanse og nytt utstyr. De vurderte det som sannsynlig at deler av driften fortsatt må utføres av eksterne – som vedlikehold og reservedelsservice.

FinnHEMS kunne velge å kjøpe eller lease helikoptre. Arbeidsgruppen peker på at fordelen med et leasingalternativ vil være forutsigbarhet når det gjelder kostnader og lavere risiko. Men leasing vil trolig ha høyere totalkostnad sammenliknet med å eie helikoptrene selv.

Arbeidsgruppen har vurdert fordeler med offentlig drift. En av fordelene er at luftambulansetjenesten vil framstå som en tydeligere del av den offentlige helsetjenesten. FinnHEMS trodde at kvalitetsutvikling og sikkerhet vil integreres bedre i hele virksomheten. Andre fordeler som arbeidsgruppen pekte på, er at felles organisering vil gi økt standardisering, samt gi synergier i trening, reservedeler og ordninger for vedlikehold. Offentlig drift vil muliggjøre bedre rapportering på kvalitet og sikkerhet.

Arbeidsgruppen mente at offentlig drift ville gi bedre mulighet for kontinuerlig utvikling. Arbeidsgruppen pekte på flere ulemper ved kommersiell drift. Ved avtaler med private operatørselskaper må man alltid forhandle med tjenesteleverandører ved ønske om endringer. Kontraktene kan begrense omfanget for utvikling og endring. Spesielt mot slutten av kontraktsperioden kan selskapets interesse for å utvikle og investere i aktiviteter avta. Ved et operatørbytte må prosedyrer og samarbeidet med FinnHEMS og den akuttmedisinske tjenesten delvis gjenoppbygges. Arbeidsgruppen vurderte at et offentlig eid selskap vil tåle økonomisk risiko bedre enn et privat selskap hvor risikoen for forretningsavbrudd på grunn av økonomiske problemer vil være noe større.

Boks 3.1 forts.

FinnHEMS mente at samarbeid med myndigheter som grensevakten og forsvaret, ville være mer effektivt med offentlig drift. For eksempel hadde FinnHEMS planlagt samarbeid med myndighetene om opplæring og sikring av tilstrekkelig pilotkapasitet. Ved offentlig drift ville FinnHEMS kun fakturere distriktene for de reelle driftskostnadene. Fraværet av en fortjenestemargin på prisene ville redusere kostnadene for distriktene.

FinnHEMS innhentet beregning av kostnader og finansieringsbehov for de to alternativene fra to ulike konsulentfirmaer – PricewaterhouseCoopers AS (PwC) og KPMG AS. Beregningene for de to driftsmodellene er basert på kostnader og finansieringsbehov for luftfartstjenester i årene 2016–2018. Beregningene til begge konsulentfirmaene viser at overgang til offentlig drift ville gi besparelser sammenliknet med dagens modell. Beregningene til PwC viser at offentlig drift i åtte basismodeller ville spare omtrent 112–152 mill. euro over 15 år sammenliknet med dagens modell. Etter beregningene ville årlig besparelse utgjøre om lag 9–14 mill. euro. Besparelsene var først og fremst knyttet til lavere kapitalkostnader fordi staten får bedre lånebetingelser enn private aktører

Regional forankring av tjenesten er i overensstemmelse med ansvarsforholdet for øvrig i prehospital beredskap. Prehospital divisjon i Region Midtjylland (Præhospitalet[17]) har sekretariatsfunksjonen for luftambulansetjenesten og styrer driften av de fire ambulansehelikoptrene.

I dag er det fire luftambulansebaser med døgnberedskap i Danmark.[18] Den danske luftambulansetjenesten benytter kun helikoptre. Besetningen består av en pilot, et HEMS Crew Member (paramedisiner/intensivsykepleier/ambulansepersonell) og en anestesilege. Alle leger har prehospital erfaring fra akuttlegebil. Legene er ansatt i præhospitalet, og har dermed en felles nasjonal ledelse. Legene har i tillegg ansettelsesforhold ved ulike sykehus i de fem regionene. De medisinske retningslinjene i luftambulansetjenesten er nasjonale, og de fire helikoptrene har likt utstyr og oppakning (Den landsdækkende akutlægehelikopterordning, 2019).

Som et ledd i etableringen av den nasjonale luftambulansetjenesten, inngikk regionene etter en anbudskonkurranse avtale med Norsk Luftambulanse AS (NLA AS) i 2013. NLA AS er operatør på alle de fire basene. Kontrakten har en varighet på seks + tre år. I kontrakten er det hovedsakelig funksjonskrav kombinert med konkrete krav og krav til beredskapsprosent. Innenfor rammene av funksjonskravene er det opp til operatøren hvordan tjenesten leveres og hvilke ressurser som kreves. Sammenligning av kontraktenes innretning i Danmark og Norge er også omtalt i avsnitt 7.2.2.

Danmark utlyste høsten 2020 nytt anbud på operatørkontrakt hvor kontraktsforslaget består av en tradisjonell kontrakt med åtte til ti års varighet med mulighet for å forlengelse etter denne perioden, slik at kontrakten løper til den sies opp. Ordningen med tidsubegrenset kontrakt er beskrevet i boks 3.2.

Basene er offentlig eid og har identisk innredning. Regionene beslutter hvilket medisinsk teknisk utstyr helikoptrene skal ha og står for godkjenning, mens NLA AS eier og vedlikeholder (med noen få unntak) det medisinske utstyret. Dette innebærer at NLA AS gjennomfører kontroll og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr, utarbeidelse av operative prosedyrer og håndbøker, samt opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr for leger, redningsmenn og piloter (Norsk Luftambulanse AS, 2020).

[17] Præhospitalet, Midtjylland: Har ansvar for ambulansetjenesten, akuttlegebiler, AMK, pasienttransport og frivillige førstehjelpere i regionen. Har sekretariatsfunksjonen for luftmbulansetjenesten på vegne av de fem regionene.

[18] Plassering av luftambulansebasene i Danmark: Skive, Billund, Ringsted og Ålborg.

Boks 3.2 Tidsubegrenset kontrakt – eksempel fra Danmark

Regionernes Akutlægehelikopter i Danmark utlyste høsten 2020 nytt anbud på operatørkontrakt. Beslutningen støtter seg på en juridisk vurdering av mulighetene for å lage en tidsubegrenset kontrakt i forbindelse med et ambulanseanbud, men det er lagt til grunn at de juridiske betraktningene også gjelder for helikopterområdet (Bech-Bruun, desember 2019).

Kontraktsforslaget består av en kombinasjon av en (tradisjonell) lang kontrakt med uoppsigelighet de første åtte–ti årene, kombinert med muligheten for å forlenge samarbeidet etter den uoppsigelige perioden, dersom det er interesse for det. Det er dermed ingen utløpsdato på kontrakten, som løper til den sies opp.

Perioden på åtte til ti år er valgt for å gi leverandøren best mulige betingelser for avskriving av helikoptre og utstyr. Etter utløp av uoppsigelighetsperioden kan kontrakten sies opp av både leverandør og oppdragsgiver med et varsel på 48 måneder. Denne perioden tar høyde for at oppdragsgiver ved oppsigelse av kontrakt skal ha mulighet for å planlegge og gjennomføre et nytt anbud.

Kontraktsforslaget har bestemmelser om vesentlige endringer i ytelsene leverandøren leverer i henhold til kontrakten. Det er særlig større investeringer som er annerledes ved en tidsubegrenset kontrakt enn ved en kontrakt med fastsatt utløpsdato, der det gjennomføres et nytt anbud etter utløpsdatoen. Det er bestemmelser som setter rammer for når/hvis helikoptrene skal skiftes ut, hvis det skal kjøpes nytt utstyr av forskjellig art, hvis den medisinske innredningen i helikoptrene skal endres, eller det oppstår andre behov for prissetting og avskrivningsperiode.

Avtaler om endringer baseres på åpenhet om økonomien. Prinsippet om åpenhet (åpne bøker) skal sikre ordningen de beste prisene i forbindelse med endringer. Uten en slik sikkerhet vil det være nødvendig å konkurranseutsette innkjøpet for å sikre en konkurransedyktig pris. Det ligger også en forpliktelse for regionene til løpende å påse at de avtalene som er inngått under kontraktens løpetid til enhver tid er på markedsvilkår, og slik er markedskonform.

Bestemmelsene gjelder også for øvrige nødvendige investeringer som leverandøren må foreta etter utløpet av den uoppsigelige perioden. Bestemmelsene innebærer at utgifter som følger av kontrakten, kan endre seg i forbindelse med inngåelse av avtaler om vesentlige endringer i ytelsene som leverandøren leverer.

Det er forventet at eventuelt utskifting av helikoptre skjer etter utgangen av uoppsigelighetsperioden på åtte til ti år. Ifølge den juridiske vurderingen kan det ikke inngås avtale om fornyet uoppsigelighet på åtte til ti år i forbindelse med utskifting av helikoptre etter den innledende åtte–ti års perioden. Dette vil lukke markedet og blokkere for konkurranseutsettelse i en for lang periode. I stedet gjelder det nevnte varselet om oppsigelse på 48 måneder.

Regionernes Akutlægehelikopter angir at fordelen med en tidsubestemt kontrakt er at den vil danne et godt grunnlag for gode, stabile samarbeidsrelasjoner mellom oppdragsgiver og leverandør. Dessuten vil en tidsubegrenset kontrakt gi gode muligheter for å sette i gang, gjennomføre og videreutvikle tiltak som forbedrer så vel de flyoperative mulighetene som den generelle kvaliteten på ytelsene som ambulansehelikoptertjenesten leverer. Tiden og ressursene som tjenesten og regionene ellers vil bruke på å planlegge og gjennomføre anbud, vil kunne benyttes til å utvikle tjenesten i samarbeid med leverandøren. Videre antas det at en tidsubegrenset kontrakt vil gjøre anbudet interessant for flest mulig potensielle leverandører, da den for eksempel gir gode betingelser for avskriving av den kommende leverandørens materiell.

Regionernes Akutlægehelikopter angir at det kan være risiko for at en tidsubegrenset kontrakt kan gjøre det mer interessant for tapende tilbydere å klage over tildeling av kontrakten, da ordningen medfører at det danske HEMS-markedet lukkes for flere år.

Boks 3.2 forts.

De viser imidlertid til at ordningen med tidsubegrensede kontrakter er prøvet så vel ved EU-domstolen som ved Klagenævnet for Udbud. De har videre to separate juridiske vurderinger fra advokat som finner ordningen gangbar så lenge forutsetningen om oppsigelsesadgang med rimelig varsel er ivaretatt, og så lenge en uoppsigelig periode alene er gjeldende i en tidsbegrenset periode, samt at oppdragsgiver vil være forpliktet til løpende å påse at de kontraktene til enhver tid er på markedsvilkår og slik sett er markedskonform under kontraktens løpetid.

Kilde: Regionernes Akutlægehelikopter

3.4 Sverige

Den svenske luftambulansetjenesten er offentlig finansiert og består av luftambulansehelikoptre, ambulansefly og statens Svenska nationella ambulanseflyget (SNAM). SNAM er en katastrofemedisinsk ressurs, og omtales derfor ikke nærmere.

Ambulansehelikoptertjenesten

Ambulansehelikoptrene har vært regionalt organisert siden 1991, etter at Riksdagen besluttet at ansvaret for ambulansehelikoptre skulle legges til landstingene. Fra 1. januar 2020 er betegnelsen landsting endret til region. I dag har ni av totalt 21 regioner eget ambulansehelikopter[19]. Det er ulikheter mellom regionene når det gjelder bemanning og helikoptertyper, og det finnes ingen nasjonal samordning av utdanning, prosedyrer eller utstyr i helikoptrene (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012).

Besetningen består av en eller to piloter. Den medisinske besetningen varierer noe mellom regionene. Den vanligste bemanningen er en lege og en sykepleier – ofte med spesialisering i anestesi. I noen av regionene er det en anestesisykepleier som er grunnbemanning. Lege deltar ved behov.

Regionene eier det medisinsktekniske utstyret, og anskaffer den operative delen av tjenesten gjennom anbud. De fleste regionene har en kontraktsperiode på fem+to år. Babcock Scandinavian Air Ambulance AB er operatør på seks baser, Svensk Luftambulans (SLA) er operatør på tre baser.

Svensk Luftambulans

SLA er et kommunalforbund etablert av Region Värmland og Dalarna i 2014. Seks av ni regioner med eget ambulansehelikopter er i dag medlemmer av SLA, og omfatter regionene Västra Götaland, Uppsala, Norrbotten og Västerbotten i tillegg til Värmland og Dalarna. SLA planlegger å overta den operative driften til Norrbotten og Västerbotten i henholdsvis 2021 og 2022. For Västra Götaland og Uppsala planlegges overtagelse av driften i 2023/2024. SLA betjener i dag en fjerdedel av Sveriges befolkning, og visjonen til kommunalforbundet er bedre nasjonal samordning av helikoptervirksomheten. Forbundet har også som mål å etablere et samarbeid med Svenskt Ambulansflyg om nasjonal koordinering av sekundæroppdrag.

Selskapet har ansatt egne piloter, HEMS Crew members og teknikere. SLA eier egne helikoptre, og forbundet har to ulike helikoptertyper. SLA har egen verkstedsorganisasjon som står for teknisk vedlikehold, og egen flyskole for videreutdanning av piloter. Regionene eier luftambulansebasene, og ansetter leger og sykepleiere (Region Värmland, 2019).

Ambulanseflytjenesten

Regionene Norrbotten, Västerbotten, Jämtland og Västernorrland har hatt felles anskaffelse av ambulansefly siden 1997. Avtalen omfattet to propellfly lokalisert i Umeå og Luleå. I resten av Sverige har det vært spotmarked for ambulansetransport med propellfly. Markedet ble dominert av Svensk flygambulans og Scandinavian Air Ambulance AB (SAA). Manglende avtale medførte, i tillegg til høyere priser

[19] Plassering av ambulansehelikopterbasene i Sverige: Region Norrbotten (Gallivare), Region Västerbotten (Lycksele), Region Jämtland Härjedalen (Östersund), Region Uppsala (Uppsala), Region Dalarna (Mora), Region Stockholm (Stockholm), Västra Götalandsregionen (Göteborg), Gotland kommune (Visby) og Region Värmland (Karlstad).

Boks 3.3 Utdrag fra rapporten Vård på vingar

Utredningen har tatt utgangspunkt i tre alternative driftsmodeller for ambulansehelikoptertjenesten: anbudsutsetting av den operative driften, offentlig drift, og anbudsutsetting av den operative driften hvor det offentlige eier egne ambulansehelikoptre.

Ved anbudsutsetting av den operative driften er regionene avhengig av operatørene. Dersom en operatør kommer i økonomisk uføre, får det konsekvenser for regionene som har det endelige ansvaret for å tilby en forsvarlig akuttmedisinsk tjeneste. Det er ikke uvanlig at offentlige anskaffelser påklages, noe som betyr at anskaffelsesprosessene kan bli svært lange. Som et resultat risikerer regionene å stå uten helikoptertjeneste eller å måtte etablere dyre overgangsløsninger. Dersom regionene eier egne helikoptre vil regionenes avhengighet av operatøren avta, ettersom operatørens økonomiske forpliktelse er begrenset til å fly helikoptrene og ta seg av det tekniske vedlikeholdet. Risikoen for at operatøren kommer i økonomisk uføre reduseres, siden helikoptrene ikke skal finansieres av operatøren.

Arbeidsgruppen mener at offentlig drift krever større økonomisk forpliktelse i organisasjonsbyggingsfasen sammenliknet med anbudsutsetting som gir et jevnere utgiftsnivå. Med offentlig operatøransvar følger også risikoen som private operatører har. Arbeidsgruppen vurderer at ansvaret for håndteringen av de løpende problemene i virksomheten kan legges hos operatøren ved hel eller delvis anbudsutsetting av den operative driften.

Arbeidsgruppen mener at anbudsutsetting av den operative driften gjør det enklere å skifte ut flåten med endret kravspesifikasjon i nytt anbud. Ved offentlig drift låser man seg i større grad til en teknisk løsning, og det er risiko for at muligheten til fornyelse blir dårligere sammenliknet med anbud. Arbeidsgruppen mener at en generell ulempe med anskaffelser er at det kan være vanskelig å gjøre endringer i virksomheten i kontraktsperioden. Operatørens vilje til å investere i virksomheten har en tendens til å avta mot slutten av kontraktsperioden. Arbeidsgruppen vurderer det som lettere å gjennomføre endringer ved offentlig drift, siden man ikke er bundet av avtaleperioder. Ved offentlig drift er det ikke profittkrav, og man kan sikre at flysikkerheten er høyt prioritert. Offentlig drift gir økt innsynsmulighet for regionene.

Arbeidsgruppen peker på stordriftsfordeler som gjør at kommersielle operatører med annen parallell virksomhet kan redusere kostnader til blant annet vedlikehold og opplæring. Konkurransen i det svenske markedet for ambulansehelikoptertjenester beskrives imidlertid som svak, og internasjonale aktører har vist liten interesse for landstingenes anskaffelser. Det er vanskelig for mellomstore operatører å skaffe finansiering til anskaffelse av fartøy.

Arbeidsgruppen tror at modellen med anbudsutsetting, hvor det offentlige eier egne helikoptre, kan åpne for flere luftfartsselskaper i markedet siden det krever mindre økonomiske forpliktelser for å etablere virksomheten. Det kan øke konkurransen. Ved å eie helikoptrene selv får man lavere renter og lånekostnader siden offentlige selskaper vanligvis har bedre kredittvurdering enn mellomstore privateide selskaper.

Arbeidsgruppen vurderer at drift med kommersielle operatører gjør det vanskeligere å standardisere driften, spesielt med flere operatører. Dette kan til en viss grad håndteres gjennom kravspesifikasjoner i konkurransegrunnlaget. Med offentlig drift er det lettere å standardisere tjenesten og utforme virksomheten ut fra regionenes behov.

Arbeidsgruppen peker også på at anbudsutsetting kan medføre overgangsproblemer i forbindelse med operatørbytte, og at problemene kan få betydning for flysikkerheten ved at mannskapet ikke har full oppmerksomhet på oppdraget.

og dårlig koordinering av oppdragene, at regionene ikke kunne stille krav til pasient- og flysikkerhet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012).

Svenskt ambulansflyg

Kommunalforbundet Svenskt ambulansflyg eies og finansieres av samtlige 21 regioner i Sverige. Forbundet ble etablert i 2016, og har som oppgave å organisere og drive ambulanseflytjeneste på vegne av regionene. Det er planlagt driftsstart i 2021. Det skal etableres tre ambulanseflybaser (Umeå, Stockholm og Gøteborg) med døgnberedskap, hvor hver av de tre basene skal ha to jetfly. Forbundet skal selv eie flyene, samt ha ansvar for medisinskteknisk utstyr, medisinsk bemanning og en egen flykoordineringssentral.

Ved etablering av forbundet ble det besluttet at deler av driften inkludert ansettelse av piloter og teknisk vedlikehold, skulle settes bort til private aktører gjennom anbud med en avtale på fire+to år (Svenskt ambulansflyg, 2019). I august 2019 inngikk forbundet avtale med det sveitsiske firmaet Pilatus om leveranse av seks jetfly i 2021, med opsjon for ytterligere fire fly. Ved å eie egne fly regner tjenesten med å spare 12–20 millioner SEK i året. Fartøyene har en forventet levetid på 20 år. Anbudsprosessen knyttet til anskaffelse av piloter og teknisk vedlikehold skulle være sluttført i februar 2020, men prosessen ble avbrutt i november 2019 på grunn av endrede forutsetninger. Forbundet har besluttet ny anskaffelsesprosess for piloter, mens teknisk vedlikehold skal ivaretas i egen regi.

Utredninger av luftambulansetjenester i Sverige

I Sverige er det gjort flere og omfattende utredninger av luftambulansetjenesten. Mange av utredningene har omhandlet bruk av merutnyttelse av militære ressurser til syketransport, og siden 1996 er det gjort flere forsøk på å etablere en nasjonal luftambulansetjeneste. SOU 2008:129 Helikoptern i samhällets tjänst (Försvarsdepartementet, 2008), omhandler offentlig sektors utnyttelse av helikopterressurser, og effektivisering av denne. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utnevnte i 2010 en arbeidsgruppe som skulle utrede organisering, operatørvirksomhet, infrastruktur og samvirke i luftambulansetjenesten. Arbeidsgruppen leverte sin rapport Vård på vingar i 2012 (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012) hvor de blant annet anbefaler offentlig drift av ambulansehelikoptertjenesten. Arbeidsgruppen anbefaler fortsatt kommersiell drift av flyambulansetjenesten gjennom et nasjonalt anbud. I en økonomisk analyse utført med bistand fra PwC, er offentlig drift inkludert sannsynlige synergieffekter ved denne driftsmodellen, vurdert som det mest kostnadsbesparende alternativet.

3.5 Polen

Luftambulansetjenesten i Polen ble etablert i 1955. Fram til og med 1999 var tjenesten regionalt organisert. Som en del av det nasjonale programmet Integrerte akuttmedisinske tjenester, har den polske luftambulansetjenesten siden 2000 vært nasjonalt organisert gjennom et offentlig eid selskap, Polish Medical Air Rescue (LPR[20]). Selskapet er inndelt i fire regionale avdelinger, og tjenesten er statlig finansiert. Luftambulansetjenesten utgjør sammen med bilambulansetjenesten og akuttmottakene det Nasjonale akuttmedisinske systemet.

Politiske og økonomiske endringer i 1989 medførte økonomiske utfordringer for luftambulansetjenesten. Tjenesten var tvunget til å stenge to baser, helikoptre og fly stod på bakken på grunn av manglende teknisk vedlikehold, og det medisinske utstyret var enkelt og delvis lånt fra sykehusene. Helsemyndighetene så behov for en kvalitetsheving innen luftambulansetjenesten, samtidig som man måtte sikre finansiering av tjenesten.

Målet med omorganiseringen var å gjøre luftambulansen i stand til å utføre primæroppdrag på en effektiv måte, kutte kostnader ved å optimalisere administrative og operative prosesser, sikre finansiering gjennom et offentlig eid selskap og forbedre standarden på det medisinske utstyret. De gamle Mi-2 helikoptrene ble skiftet ut med nye EC 135 helikoptre med lik medisinskteknisk utrustning. Anbudsprosessen med anskaffelse av nye helikoptre startet i 2004, avtalen med Eurocopter ble signert i 2008 og de siste helikoptrene ble levert i 2011. Det ble også anskaffet to propellfly som i hovedsak benyttes til sekundærtransporter. Store deler av personellet ble skiftet ut på grunn av manglende kvalifikasjoner, og prosedyrene i tjenesten ble standardisert.

[20] LPR: Lotnicze Pgotowie Ratunkowe.

Det er bygget opp en egen organisasjon for teknisk vedlikehold i samsvar med EASA-regelverket Part 145. LPR har også egen pilotutdanning. Selskapet har mer enn 400 ansatte.

Polen har 21 luftambulansebaser, en base som bare har beredskap om sommeren og en base med to ambulansefly i Warsawa. Fire av basene har døgnberedskap. Sentral plassering av luftambulanseflyene har redusert driftskostnadene, og gjort det lettere å opprettholde et stabilt team av piloter. Besetningen på ambulansehelikoptrene består av en pilot, et HEMS Crew Member og en lege. Besetningen på ambulanseflyene består av to piloter, en lege og et HEMS Crew Member. Piloter og HEMS Crew Members, som er sykepleiere eller paramedisinere, er ansatt på basen. Legene er selvstendig næringsdrivende som leies inn av LPR.

Mange av investeringene innen luftambulansetjenesten i Polen er medfinansiert av EU. Dette gjelder blant annet anskaffelse av helikoptre, samt renovering og etablering av baser (LPR – Lotnicze Pgotowie Ratunkowe, 2019).

3.6 Tyskland

Luftredningstjenesten i Tyskland har en av de største helikopterflåtene i Europa. Tyskland er en føderasjon med 16 delstater (Bundesländer) med utstrakt selvstyre. Delstatene har det juridiske og økonomiske ansvaret for redningstjenesten inkludert luftredningstjenesten, som har til oppgave å utføre lovpålagte velferds- og beredskapstjenester. Justis- og/eller sosialdepartementet i delstatene inngår avtaler med egnede tilbydere om gjennomføringen av tjenesten. Operatørene kan tildeles konsesjon for lengre perioder uten definert sluttdato, men kan byttes ut dersom de ikke oppfyller delstatens krav.

Det er lovbestemt at alle arbeidstakere skal ha gyldig helseforsikring. Finansieringen av den offentlige luftredningstjenesten skjer på grunnlag av avtalene som er forhandlet fram mellom helseforsikringsselskapene og tilbyderne. Investeringskostnader, operative kostnader og lønnskostnader for medisinsk personell dekkes i stor grad av forsikringsselskapene.

Luftredningstjenesten i Tyskland består av 89 redningshelikopterbaser. 83 baser har redningshelikoptre som er utstyrt for akuttmedisinske primær- og sekundæroppdrag. Seks av basene har store redningshelikoptre som først og fremst er beregnet på SAR-oppdrag. Redningshelikoptrene bringer akuttlegen til pasienten for å gi livreddende behandling. Om nødvendig blir de også brukt til transport til sykehus eller overføring av pasienten fra et sykehus til et annet.

Det er totalt fem ulike operatører på de 83 basene som løser akuttmedisinske primær- og sekundæroppdrag. Fire av de fem operatørene er ideelle. ADAC Luftrettung og DRF Luftrettung er operatørene med flest baser med henholdsvis 35 og 30 baser. Sivilforsvaret er operatør på 12 baser hvor helikoptrene står til rådighet for å beskytte sivilbefolkningen ved større ulykker og hendelser. Disse helikoptrene kan også benyttes av delstatene til luftredningsoppdrag. De ideelle operatørene finansieres med refusjon fra helseforsikringsselskapene, medlemsinntekter og donasjoner. Gjennom disse midlene har de ideelle operatørene mulighet til å opprettholde et høyt kvalitetsnivå utover det lovbestemte omfanget av ytelsene.

ADAC Luftrettung og DRF Luftrettung har i tillegg til redningshelikoptre en flåte med ambulansefly.

Besetningen på helikoptrene består av en pilot, en lege og en redningsmann. Piloten i ADAC Luftrettung og DRF Luftrettung er ansatt i selskapet, mens pilotene som flyr for Sivilforsvaret er ansatt i Bundespolizei. Legen er ansatt ved sykehuset som basen er knyttet til. Redningsmannen kan være ansatt i operatørselskapet, i lokale hjelpeorganisasjoner som Røde Kors, i brannvesenet eller sykehus.

ADAC Luftrettung

ADAC Luftrettung er operatøren med flest baser i luftredningstjenesten i Tyskland. Selskapet har 50 ambulansehelikoptre fordelt på 35 baser. ADAC er et ideelt selskap som ble stiftet i 1903. ADAC Luftrettung som ble stiftet i 1982, er et luftfartsselskap som er heleid av stiftelsen (ADAC Luftrettung, 2019).

DRF Luftrettung

DRF Luftrettung er operatør på 30 baser i Tyskland. DRF Luftrettung er et ideelt selskap som ble etablert i 1972. Selskapet består av en stiftelse (DRF Stiftung

Luftrettung) og en driftsenhet (DRF Stiftung Luftrettung Nonprofit AG). Stiftelsen er eneste aksjonær i driftsselskapet (DRF Luftrettung, 2020).

3.7 Nederland

I Nederland er helsetjenestene i hovedsak finansiert gjennom forsikringsordninger, og alle innbyggere over 18 år er pålagt å ha helseforsikring. Luftambulansetjenesten er en del av traumesystemet i Nederland, og har vært offentlig organisert siden etableringen av traumesystemet i 1999.

Luftambulansetjenesten i Nederland består av fire baser med traumehelikoptre tilknyttet fire traumesentre, og en base med ambulansehelikopter som transporterer pasienter fra Vadeøyene til sykehus på fastlandet. Grenseoverskridende samarbeid med Tyskland og Belgia dekker områder som er utenfor rekkevidden til traumehelikoptrene.

De fire traumesentrene anskaffer i fellesskap helikoptre, piloter og vedlikehold gjennom en åpen anbudskonkurranse. Det er de medisinske helsesentrene sammen med helsemyndighetene som avgjør hvem som vinner anbudet. ANWB Medical Air Assistance (MAA) er nåværende operatør, og drifter traumehelikoptrene og anskaffer det medisinske personellet (Mobile Medical team (MMT)). ANWB MAA ble etablert i 1995, og er et datterselskap til Royal Dutch Tourist Association ANWB. Kontrakten har en varighet på seks år med mulighet til å forlenge kontrakten to ganger i en femårsperiode. Det foretas regelmessig budsjettkontroll av et kontrollorgan underlagt helsedepartementet, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), som i henhold til dette fremmer forslag til endringer i tjenesten dersom dette ses som nødvendig.

Traumehelikopteret er bemannet med et Mobilt Medisinsk Team (MMT) som består av en pilot, et HEMS Crew Member (spesialisert sykepleier), og en lege som i de fleste tilfeller er anestesilege eller traumekirurg. Hvert MMT med helikopter har også en MMT-bil som brukes når været er for dårlig til å fly, når helikopteret ikke er i stand til å fly på grunn av en teknisk feil, eller når MMT kan nå stedet raskere med bilen enn med helikopteret. Alle helikoptrene har siden 2011 vært i døgnberedskap, og har utstyr for nattflyvning.

I tillegg til å ha operatøransvar på traumehelikoptrene, har ANWB MAA inngått avtale med Regional Ambulance Service (RAV) Fryslan om å drifte ambulansehelikopteret tilknyttet Vadeøyene. Kriterier for utalarmering, medisinsk bemanning og medisinsk utstyr tilsvarer en vanlig bilambulanse. Helikopterbesetningen består av en pilot, et HEMS Crew Member (ambulansesjåfør) og en ambulansesykepleier.

Ifølge det nederlandske helsedepartementet er det stor politisk støtte i befolkningen til traumehelikoptertjenesten og luftambulanseordningen i Nederland, og den er derfor ikke gjenstand for særlig debatt, hverken blant fagfolk eller i parlamentet.

3.8 Sveits

Luftambulansetjenesten i Sveits er basert på private organisasjoner, og tjenesten er finansiert av medlemsinntekter og donasjoner. Sveits er en føderasjon med 26 kantoner (delstater) med utstrakt selvstyre. Det er totalt 15 luftambulansebaser i Sveits. I tillegg er det en base lokalisert i Balzers i Liechtenstein. Denne basen er et grenseoverskridende samarbeid mellom private selskap i Tyskland, Østerrike og Sveits. Luftambulansebasene er plassert i umiddelbar nærhet til sykehus, og tettheten av baser gjør at helikoptrene sjelden opererer utenfor en sirkel med 15 minutters flytid fra basen. REGA (Rettungsflugwacht – Garde Aerienne) er operatør på 12 av luftambulansebasene. Operativt tilhører luftambulansebasen i Balzers også REGA.

REGA

REGA ble etablert i 1952, og har vært en ideell stiftelse siden 1979. Det er god oppslutning om REGA i befolkningen. I februar 2020 hadde REGA 3,5 millioner medlemmer, noe som utgjør 42 pst. av befolkningen (Rega – Schweizerische Rettungsflugwacht, 2020). REGA har en egen operasjonssentral i døgnberedskap som befolkningen kan ringe direkte ved behov for luftambulansetransport. For pasienter som ikke er medlemmer dekker den obligatoriske helseforsikringen hele regningen dersom hendelsen skyldes skade, og halvparten av regningen dersom hendelsen skyldes sykdom. Dersom hendelsen ikke skyldes sykdom eller skade, må pasienter som ikke er medlemmer betale hele regningen selv.

REGA beslutter hvor basene skal lokaliseres. Flåten til REGA består av både ambulansehelikoptre og jetfly. Besetningen på ambulansehelikoptrene består av en pilot, en akuttlege og et HEMS Crew Member (paramedic). I situasjoner hvor det for eksempel er nødvendig å evakuere en gondol eller hente ut skadde klatrere fra en fjellvegg, deltar også en redningsmann fra den sveitsiske alpine redningsgruppen. Basen i Samedan har ansatt egne leger, men ved øvrige baser er legen ansatt ved sykehuset som basen er tilknyttet. REGA betaler kantonet for å benytte dette personellet.

Foto: Leonardo Helicopters

4

Erfaringer med anskaffelse og drift av helikoptre i justissektoren

Staten disponerer en rekke ressurser for ulike helikopteroperasjoner blant annet i forbindelse med søk- og redningsoperasjoner, politioppdrag, transport- og redningsoppdrag på Svalbard samt ulike operasjoner innen Forsvaret. Disse betjenes av både sivile og militære operatører. Hensikten med dette kapittelet er å beskrive erfaringer som er gjort med anskaffelse og drift i redningshelikoptertjenesten og anskaffelse og drift av politihelikoptre.

4.1 Redningshelikoptertjenesten

4.1.1 Bakgrunn og organisering

Redningshelikoptertjenesten har eksistert siden slutten av 1960-tallet, og ble etablert gjennom en leiekontrakt med Helikopter Service AS. Det ble vurdert ulike alternativer for framtidig drift av tjenesten. Det ble besluttet statlig eierskap og i 1970 ble Sea King redningshelikoptre anskaffet fra det engelske selskapet Westland (senere Leonardo Helicopters). Sea King ble levert i årene 1972–73. Luftforsvarets 330-skvadron, som hadde vært nedlagt i noen år, ble gjenopprettet. Driften av helikoptrene og basene ble organisert under 330-skvadronen og avtalen med Helikopter Service AS ble avviklet.

Justis- og beredskapsdepartementet (JD), som har koordineringsansvaret for redningstjenesten, har hatt fagansvaret for redningshelikoptertjenesten fra oppstart. Fra 2004 ble også budsjettansvaret overført fra Forsvarsdepartementet (FD). Det har vært kvalitetsheving av tjenesten gjennom legebemanning i helikopter fra 1988, etablering av tilstedevakt i perioden 2004–2008 samt etablering av en sjette base (Florø) fra september 2009. De fem andre redningshelikopterbasene er lokalisert til Sola, Ørland, Bodø, Banak og Rygge. Sea King-flåten har gjennom snart 50 år hatt høy beredskap og god kvalitet vist gjennom velfungerende og effektive redningsoperasjoner.

I dag består redningshelikoptertjenesten av 330-skvadronen, Sysselmannens helikopter på Svalbard og en midlertidig sivil operasjon i Florø. For å styrke redningsberedskapen i Nord-Norge er det foreslått å etablere en ny redningshelikopterbase i Tromsø basert på sivil innleie med planlagt drift i løpet av 2022.

4.1.2 Redningshelikoptertjenesten med 330-skvadronen som operatør

JD utøver sitt fag- og budsjettansvar for redningshelikoptertjenesten gjennom en driftsavtale med FD som har operatør- og systemansvar. Forsvarssektoren utdanner, trener og bemanner redningshelikoptrene samt ivaretar ansvaret for operasjonene iht. militært regelverk (jf. avsnitt 2.3.5). De har også ansvar for logistikk og vedlikehold av flåten som

fram til nå har bestått av tolv Sea King-helikoptre. Forsvarssektoren er totalleverandør for denne delen av tjenesten. Helseforetakene ivaretar legebemanning og medisinsk utstyr i redningshelikoptrene.

Den høye alderen på helikoptrene har over flere år ført til behov for mer vedlikehold og en utfordrende driftssituasjon, blant annet som følge av manglende tilgang på reservedeler og komponenter. Det ble satt i gang et omfattende vedlikeholds- og modifiseringsprogram for Sea King-helikopterflåten fra 2012/2013 for å sikre videre forsvarlig beredskap. FD har hatt ansvaret for gjennomføringen, mens Forsvarsmateriell har vært prosjekteier. Det er bevilget betydelige midler til formålet over statsbudsjettet i perioden 2012–2020[21]. JD som budsjettansvarlig, har gjennomført disse prosessene i regjering og overfor Stortinget.

I driftsavtalen med FD framgår det at det skal arbeides for å oppnå så kort reaksjonstid som mulig, med et måltall på 15 minutter. Det er m.a.o. et mål at helikoptrene skal være i luften senest 15 minutter etter at oppdraget er mottatt. Det skal tilstrebes 100 pst. beredskap på alle basene. Dette innebærer at det skal være tilgjengelig ett redningshelikopter klart til bruk på hver base og tilstedevakt. Det leveres i samsvar med målene om 100 pst. beredskap og 15 minutters reaksjonstid.

Tjenesten følges opp på overordnet nivå gjennom driftsmøter hvert kvartal mellom JD, FD og forsvarssektoren og med deltakelse fra HRS og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Periodiske rapporteringer som omhandler drift, kvalitet og økonomi blir gjennomgått. Det er løpende dialog om saker ved behov.

4.1.3 Anskaffelse av nye redningshelikoptre

Prosessen for å anskaffe nye redningshelikoptre til erstatning for dagens Sea King redningshelikoptre har pågått over mange år. I boks 4.1 framgår noen av de viktigste milepælene.

[21] Jf. nominelle tall fra JDs Prop. 1 S (eksl. mva. fra og med 2015): 40 mill. kroner i 2012, 300 mill. kroner i 2013, 340 mill. kroner i 2014, 148 mill. kroner i 2015, 152 mill. kroner i 2016, 169 mill. kroner i 2017, 75 mill. kroner i 2018 og om lag 60 mill. kroner både i 2019 og 2020.

4.1.4 Erfaring med anskaffelsen av nye redningshelikoptre

Redningshelikopteranskaffelsen er kompleks og har gått over mange år. Utredningsfasen startet i 1994 og ble avsluttet i 2011, da Stortinget fattet vedtak om anskaffelse av nye redningshelikoptre (jf. boks 4.1). Gjennom denne perioden ble redningshelikoptrene vurdert i sammenheng med andre prosjekter, før egen anskaffelsesprosess ble besluttet.

Fra 2007 til 2011 ble konsepter for de nye redningshelikoptrene utredet og forbedret gjennom Finansdepartementets kvalitetssikringsregime (for investeringer over en mrd. kroner). Statens prosjektmodell stiller krav til metodikk og kvalitet når store statlige investeringsprosjekter skal utredes. Prosjektene må gjennomgå ekstern kvalitetssikring før beslutningsunderlaget legges fram for regjeringen og Stortinget. Dette var en tidkrevende prosess for prosjektet. Særlig var forstudiefasen (konseptutredningen) krevende som følge av manglende veiledningsmateriale. Utredningsarbeidet dannet grunnlaget for regjeringens forslag i Prop. 146 S (2010–2011) Anskaffelse av nye redningshelikoptre mv. i perioden 2013–2020. Det ble blant annet lagt til grunn at første base skulle innfases i 2017 og at det siste helikopteret skulle være innfaset i 2020. Som omtalt i boks 4.1 ble prosjektet forsinket og første base satt i drift i september 2020.

Anskaffelsen av de nye redningshelikoptrene er omfattet av lov om offentlige anskaffelser. Regelverket skal sikre at de offentlige ressursene utnyttes best mulig, og at innkjøpene bidrar til et konkurransedyktig næringsliv. Ivaretakelse av de grunnleggende prinsippene om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvbarhet og forholdsmessighet var tids- og ressurskrevende i et prosjekt av denne størrelsesorden.

I konkurransegrunnlaget var det angitt totalt 1143 krav for helikopteret (946), logistikk- og vedlikeholdløsning (117) samt treningsopplegg (48). Grad av oppfyllelse for hvert krav ble vurdert og gitt poeng basert på de tilbudte løsningene for fire pre-kvalifiserte leverandører. Tildelingskriteriene var på forhånd oppgitt til 33 pst. for pris, 48 pst. for kvalitet (i hovedsak innholdet av leveransen) samt 19 pst. for risiko i forbindelse med selve leveransene og for driftspålitelighet. Ut fra de forhåndsdefinerte kra-

Boks 4.1 Anskaffelsen av nye redningshelikoptre

Utredningsfasen (1994–2011)

1994: Forsvaret etablerer Enhetshelikopterprosjektet med målsetting om å vurdere muligheten for, eventuelt å anskaffe, samme type helikopter til bruk i flere roller for Forsvaret.

1996: Fostervollutvalget behandlet behovet for kapasitet i redningshelikoptertjenesten og anbefalte bl.a. å anskaffe nye redningshelikoptre (NOU 1997: 3, 1997).

1999: Enhetshelikopterprosjektet ble brakt inn i et fellesnordisk samarbeid om anskaffelse av militære helikoptre til bruk i ulike roller i de ulike landenes forsvar. Vurderingen av om redningshelikopter bør inngå som en del av dette konseptet, ble startet.

2001: Enhetshelikopterprosjektet ble avsluttet. Det ble signert kontrakt for kjøp av NH90 helikoptre til bruk i kystvakt- og fregatt-tjenesten, samt en opsjon på ti ekstra helikoptre til redningshelikoptertjenesten. I St.meld. nr. 44 (2000–2001) Redningshelikoptertjenesten i fremtiden ble det åpnet for å vurdere om redningshelikoptertjenesten skulle kunne leveres av det kommersielle markedet (St.meld. nr. 44 (2000–2001)).

2002: Stortinget vedtok at redningshelikoptertjenesten også i framtiden skal leveres av Forsvaret som hovedleverandør (Innst. S. nr. 156 (2001–2002)). Stortinget ga også anvisning om å opprette Helikopterfaglig Forum som skulle gjennomgå opsjonen på NH90 målt mot alternativer i markedet. Et flertall i justiskomiteen ba om at dagens materiell ble erstattet med nytt materiell innen 2008, dersom dette var produksjonsmessig mulig.

2003–2006: Helikopterfaglig Forum avsluttet arbeidet og konkluderte med at opsjonen ikke var dekkende for å ha akseptabel dekning og kapasitet og at det burde gjennomføres en anbudskonkurranse som grunnlag for anskaffelse av nye redningshelikoptre. En interdepartemental vurdering som involverte JD, FD, Finansdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet, konkluderte med at det var hensiktsmessig å søke å reforhandle på NH90 opp mot de nye kravene, før det eventuelt ble besluttet å terminere opsjonen.

I 2003 ble JD klaget inn for Efta Surveillance Authority (ESA) av en konkurrerende leverandør av NH90 for brudd på anskaffelsesreglene. Begrunnelsen var at dette var en fordekt sivil anskaffelse gjennomført i et militært anskaffelsesregime. Anskaffelsesprosessen ble inntil videre lagt på is. I 2004 lukket ESA saken hvilket innebar aksept for bruk av opsjonen på de premissene som Norge anførte om at anskaffelse av helikoptre til samtlige roller faller innenfor Forsvarets anskaffelsesregelverk. Saken ble dermed i praksis henført til nasjonal domstol om den skulle bli forfulgt. I 2004 stevnet den konkurrerende leverandøren Staten ved JD med den samme begrunnelse som for ESA. Stevningen ble avvist.

I 2005 startet en prosess med leverandøren av NH90 for å klarlegge potensialet i opsjonshelikopteret opp mot de anbefalte redningsfaglige kravene fra Helikopterfaglig Forum. I 2006 ble opsjonen for siste gang forlenget med en varighet på ett år (til februar 2007).

2007–2011: I februar 2007 ble det besluttet ikke å benytte Forsvarets opsjon på kjøp av NH90 som redningshelikopter og å sette i verk en ny, åpen anskaffelsesprosess for kjøp av nye helikoptre. Det ble opprettet et prosjekt for anskaffelse av nye redningshelikoptre til erstatning for Sea King, NAWSARH-Project (Norwegian All Weather Search and Rescue Helicopter Project), i oktober 2007. JD er ansvarlig for anskaffelsen, i samarbeid med FD og HOD. Prosjektet anbefalte konseptløsning for nytt redningshelikopter gjennom en forstudie som ble underlagt ekstern kvalitetssikring (KS1) i juni 2010. Forslag til anskaffelsesløsning ble ferdigstilt våren 2011 gjennom en forprosjektrapport, som så ble underlagt ekstern kvalitetssikring (KS2).

Boks 4.1 forts.

Beslutningsfasen (2011)

2011: Prop. 146 S (2010–2011) Anskaffelse av nye redningshelikoptre mv. i perioden 2013–2020 ble fremmet for Stortinget i juni. Det ble bl.a. foreslått kjøp av inntil 16 redningshelikoptre, opsjoner på inntil seks ekstra helikoptre, gjennomføring av infrastrukturtiltak samt inngåelse av vedlikeholdsavtale. Stortinget vedtok i desember 2011 å sette i verk anskaffelsen i tråd med forslagene (Innst. 82 S (2011–2012)).

Anskaffelsesfasen (2011–2013)

2011–2012: Anskaffelsesprosessen for nye redningshelikoptre startet høsten 2011 med prekvalifisering av tilbydere. Sommeren 2012 ble konkurransedokumentene publisert. De prekvalifiserte tilbyderne AgustaWestland, Eurocopter, NHIndustries og Sikorsky leverte tilbud i desember samme år. Kriteriet for valg av framtidens redningshelikopter var «det økonomiske mest fordelaktige tilbudet». Det ble foretatt en avveining av forhold som ytelse, risiko, drifts- og leveransepålitelighet og pris.

2013: Kontrakt ble i desember inngått med AgustaWestland Ltd. om kjøp av 16 nye redningshelikoptre av typen AW101, med tilhørende utstyr, reservedeler, treningsmedia og kursopplegg. Avtalen omfatter også en driftskontrakt med varighet på 15 år fra innfasing av nytt materiell på den siste av de seks basene.

Utviklings- og produksjonsfasen samt innfasing (2014–d.d.)

2014–2015: En revidert og forenklet KS2 ble gjennomført i 2014 på grunnlag av redusert økonomisk usikkerhet etter kontraktsinngåelse. Resultatene fra den reviderte KS2-gjennomgangen lå til grunn for anbefalt redusert styrings- og kostnadsramme for redningshelikopterprosjektet. I Prop. 101 S (2014–2015) Endringer i statsbudsjettet 2015 under Justis- og beredskapsdepartementet (redusert kostnadsramme for anskaffelse av nye redningshelikoptre mv.), jf. (Innst. 267 S (2014–2015)), ble kostnadsrammen for anskaffelse av nye redningshelikoptre mv. satt til 14,045 mrd. 2015-kroner inkl. mva. Det ble planlagt for at de første helikoptrene skulle leveres til Norge våren 2017 og at første base ble satt i drift i april 2018. Den sjette og siste basen skulle være i drift med nye redningshelikoptre innen utgangen av 2020.

2014–2020: Utfordringer knyttet til arbeidet med utvikling, testing og godkjenning av de nye redningshelikoptrene fra leverandørens side, med konsekvenser for innføringen i Forsvaret, førte til at arbeidet med produksjon og innfasing ble forsinket.

Første base på Sola ble satt i drift i september 2020. Helikoptrene fikk i den forbindelse det offisielle navnet SAR Queen. Arbeidet med å innfase SAR Queen på de resterende basene Ørlandet, Bodø, Banak, Florø og Rygge pågår. JD rapporterer til Stortinget om framdrift i forbindelse med proposisjonene som fremmes i budsjettprosessen. Med den nye kontrakten vil leverandøren Leonardo MW Ltd. være ansvarlig for helikoptertilgjengeligheten på basene, herunder for deleforsyning, større vedlikehold og øvrig teknisk drift. Forsvaret skal i tillegg til å være operatør og myndighetsutøver, utføre lett vedlikehold på helikoptrene.

vene og tildelingskriteriene (som ikke kan endres etter at konkurransegrunnlaget er sendt ut) ble det valgt leverandør ut fra hvem som fikk flest poeng. Omfanget av kravene var et resultat av de konkrete løsningene som ble krevd, samtidig ble det tatt høyde for å kunne utelukke useriøse leverandører. Kravene og tildelingskriteriene bandt staten til å velge det økonomisk sett mest fordelaktige tilbudet iht. regelverket for offentlig anskaffelser. Kontrakten ble signert to år etter Stortingets beslutning.

De nye helikoptrene har verdensledende teknologi og en rekke nyvinninger. Innføring av ny teknologi innebærer utfordringer i utviklings- og testfasen, også for dette prosjektet. Leverandøren har hatt utfordringer med utvikling og sertifisering av helikoptrene, med påfølgende konsekvenser for Forsvarets innføringsprogram i Norge. Ulykken der et redningshelikopter veltet på Sola i november 2017, medførte ytterligere forsinkelse i arbeidet med implementering.

Erfaringene viser at det er viktig å ha en kompetent og fleksibel prosjektorganisasjon. Ressursbruken i prosjektet har variert over tid. I en slik kompleks anskaffelse må det være tilgang på tilstrekkelige og riktige ressurser til enhver tid, framfor en organisasjon bestående av fast ansatte som ikke nødvendigvis har den kompetansen som er nødvendig i de ulike fasene. Det har derfor vært utstrakt bruk av konsulenter for å kunne dekke de ulike fasene av prosjektet med nødvendig kompetanse og kapasitet. Anskaffelsesprosessen har også involvert flere departement og statlige sektorer. Det har vært behov for å bygge opp en egen prosjektorganisasjon underlagt departementet og å sikre nødvendig kompetanse på ulike områder i de ulike fasene i anskaffelsen gjennom rammeavtaler med konsulenter; slik som advokatbistand, økonomi- og forhandlingskompetanse, i tillegg til det helikopterfaglige området. Det er krevende å forhandle, samarbeide og følge opp kontrakter med et stort internasjonalt industrikonsern.

4.1.5 Endring i driftsmodell med nye redningshelikoptre

I 2018 inngikk JD og FD en ny driftsavtale som skal ligge til grunn for forvaltningen av de nye redningshelikoptrene. Driftsavtalen følger i stor grad av kontrakten med leverandøren, og medfører store endringer for forsvarssektoren sammenliknet med dagens organisering.

Den prinsipielle forskjellen ligger i at ansvaret for tilgjengelighet og tyngre vedlikehold flyttes fra operatøren og over på helikopterleverandøren, Leonardo MW Ltd. mens operatørrollen i større grad rendyrkes.

Det nye driftskonseptet har også konsekvenser for departementets oppfølging av redningshelikoptertjenesten som nå også omfatter direkte oppfølging av leverandøren. Det stiller krav til både kapasitet og kompetanse utover det som departementene vanligvis besitter. Det er bl.a. behov for kontrakts- og økonomiansvarlig, kvalitetssjef og teknisk ansvarlig. Det skal i den forbindelse etableres en organisatorisk enhet som på vegne av JD skal forvalte eierskap av helikoptrene, følge opp helikopter- og ILS[22]-kontrakten samt driftsavtaler med operatører som leverer helikoptertjenester til JD. Enheten vil være involvert i NAWSARH-prosjektet så lenge det pågår. Deretter vil det fortsette som en enhet underlagt JD.

Driftsavtalen gjelder inntil ny avtale foreligger. Begge parter kan initiere revisjon.

4.2 Redningshelikoptertjeneste med sivil operatør i Florø

Justis- og beredskapsdepartementet har inngått avtale om midlertidig sivilt redningshelikopter på Florø-basen med ett dedikert helikopter, og ett back-up-helikopter som er felles med en annen kunde (Equinor) for perioden 1. september 2017–31. desember 2020, samt opsjon på to år som ble utløst i desember 2019. Avtalen ble inngått for å frigjøre ressurser i Forsvaret i forbindelse med arbeidet med innfasingen av nye redningshelikoptre. Det ble forutsatt at tjenesten skulle være på samme nivå som de øvrige basene der Forsvaret er operatør, herunder krav om 15 minutters reaksjonstid.

Arbeidet med anskaffelsen startet i januar 2015 med kontraktsinngåelse 24. mai 2016. Anskaffelsen ble gjennomført med tre pre-kvalifiserte tilbydere, på tid og innenfor budsjett. CHC Helikopter Service AS ble tildelt kontrakten. Det ble benyttet fagkompetanse innen NAWSARH-prosjektet. NAWSARH har siden oppstart hatt ansvaret for oppfølging av driften. Dette ivaretas gjennom regelmessige driftsmøter, revisjoner samt oppfølging etter behov.

[22] ILS – Integrated Logistic Support.

Erfaringene både fra oppfølgingen av kontrakt og fra brukersiden (her forstått som leger i tjenesten, samarbeidspartnere i samvirkeordningen, sykehus og HRS) har, til tross for en betydelig bekymring i forkant ved at en sivil operatør skulle erstatte Forsvaret, vært gode. Tilgjengelighet er i hovedsak levert iht. kontraktens krav på 98 pst. Det oppleves å være et klart skille mellom det operative og det merkantile i oppfølgingen av kontrakt, i den forstand at økonomiske forhold ikke er observert å påvirke utføringen av tjenesten.

Forsvaret skal være operatør på Florø-basen når SAR Queen er innfaset der.

4.3 Redningshelikoptertjeneste med sivil operatør på Svalbard og i Tromsø

Redningstjenesten på Svalbard er en del av norsk redningstjeneste og er organisert på samme måte som på fastlands-Norge. Sysselmannen har ansvar for å planlegge, lede og koordinere redningstjenesten under overordnet ledelse av HRS, avdelingen for Nord-Norge. Sysselmannen på Svalbard har siden tidlig på 1980-tallet leid helikoptertjenester.

Helikoptrene blir primært benyttet til søk og redning, politi- og luftambulanseoppdrag på Svalbard og i nærliggende områder. På Svalbard gjelder imidlertid flerbruksprinsippet pga. avstanden til andre ressurser. Helikoptrene brukes derfor også til oppdrag for andre offentlige organisasjoner og sivil virksomhet.

I Innst. 82 S (2011–2012) jf. Prop. 146 S (2010–2011) framgår det bl.a. at «Stortinget samtykker i at Justis- og politidepartementet kan: [...] 3. innenfor en samlet ramme på 1300 mill. kroner inngå kontrakt om en tjenesteleveranse for Svalbard av to store redningshelikoptre tilsvarende dagens Super Puma med tjenestestart 1. april 2014 og med varighet på seks år og opsjon på ytterligere fire år».

NAWSARH-prosjektet bistod Sysselmannen med anskaffelsen som startet sommeren 2011. Begrunnelsen for dette var å unngå oppbygging av kapasitet og kompetanse hos Sysselmannen samt utnytte eksisterende kompetanse i JD ved NAWSARH-prosjektet.

Anskaffelsen ble gjennomført med tre pre-kvalifiserte tilbydere, på tid og innenfor budsjett. I desember 2012 ble det inngått kontrakt med Lufttransport AS for operasjonen i perioden 1. april 2014–1. april 2020 med opsjon for to+to år. Opsjonen er utløst for to år til 2022.

Kontrakten innebar bytte av leverandør fra Airlift til Lufttransport AS. I forkant av og under anskaffelsen var ivaretakelse av personell ved inngang og utgang av kontrakt (også for å bevare kompetanse), samt eventuelt behov for modifikasjoner av helikoptrene for å tilfredsstille nye krav (eksempelvis dobbel redningsheis), identifisert som de to største risikofaktorene. Det ble i konkurransen stilt krav om å tilby personell ansatt hos daværende operatør videre arbeid – uavhengig av om reglene for virksomhetsoverdragelse kom til anvendelse. Problemstillingen ble grundig diskutert med de aktuelle, prekvalifiserte leverandørene underveis i prosessen. I dialogen inngikk også elementer som lønns- og pensjonsbetingelser, turnusordninger, håndtering av eventuell overtallighet eller manglende oppfyllelse av kvalifikasjonskrav hos ny leverandør. Dette var i det alt vesentlige avklart innen kontraktstildelingen, herunder at ansiennitet opparbeidet i Airlift ble overført til Lufttransport AS.

Erfaringen med tjenesten er god. Sysselmannen på Svalbard har ansvaret for å følge opp selve operasjonen. NAWSARH-prosjektet bistår ved revisjoner og ved annet behov med ulik fagkompetanse.

Etablering av ny redningshelikopterbase i Tromsø og felles operasjon med Sysselmannens helikoptertjeneste

Generelt kan det være mer krevende å ha en operatør som også har andre hensyn å ta utover hovedoppdraget (f.eks. nødvendige militære gjøremål). Samtidig kan en sivil leverandør være mer sårbar når det gjelder økonomiske og organisatoriske forhold. Det er et viktig valg for staten om den vil ha en tjenesteavtale som regulerer og styrer på sentrale krav til tjenesten, men som også har fleksibiliteten til å gjøre endringer ved jevne mellomrom, eller om det er ønskelig å ha forutsigbarheten og tryggheten i å eie en tjeneste, men med noe mindre grad av fleksibilitet. Erfaringer med de sivile operatørene på både Svalbard og i Florø er gode og det leveres tjenester på et tilfredsstillende nivå.

Det er foreslått å opprette en ny redningshelikopterbase i Tromsø for å styrke beredskapen i Nord-Norge basert på sivil innleie, jf. Prop. 85 S (2020–2021) Etablering av ny redningshelikopterbase i Tromsø og felles operasjon med Sysselmannens helikoptertjeneste (Prop. 85 S (2020–2021)). Den planlagte nye basen i Tromsø skal ha tilsvarende nivå som landets øvrige redningshelikopterbaser, med døgnkontinuerlig tilstedevakt og 15 minutters beredskap. Anbudskonkurransen viste at felles leverandør og felles operert base for Tromsø og helikoptertjenesten for Sysselmannen vil gi økonomiske og kvalitetsmessige fordeler. JD legger derfor opp til en slik løsning, med forbehold om Stortingets samtykke. Leverandørene godtok krav til overføring av personell fra eksisterende til framtidig tilbyder på Svalbard i tilfelle operatørbytte, noe som vil redusere risikoen for driftsutfordringer i overgangsfasen. JD besluttet i februar 2020 å tildele kontrakt til CHC Helikopter Service AS. Kontraktens varighet er seks år, med mulighet til forlengelse i inntil fire år, samlet sett ti år. Kontrakten har en samlet verdi på inntil 1860 mill. kroner for avtaleperioden fram til 2028.

4.4 Politiets helikoptertjeneste

I 1996 bevilget Stortinget fem mill. kroner til et prøveprosjekt med politihelikopter på Østlandet. Oppgavene som skulle legges til helikopteret var søk etter savnede og ettersøkte personer, trafikkovervåking, overvåking i forbindelse med statsbesøk mv. Det ble utarbeidet en kravspesifikasjon med sikte på å inngå en avtale med et kommersielt luftfartsselskap, og etter gjennomført anbudsrunde ble det inngått en kontrakt om gjennomføring av et prøveprosjekt fram til mai 1999. Operativ drift av helikopteret startet desember 1997 med base på Oslo Lufthavn, Fornebu med senere flytting til Gardermoen.

I forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 51 (2000–2001) Helikopter i politiet, ba Stortinget regjeringen etablere en egen helikoptertjeneste i politiet innen 1. september 2003 i tråd med retningslinjene som ble vedtatt av Stortinget (Innst. S. nr. 155 (2001–2002)). Politihelikoptertjenesten ble etablert høsten 2003 og er organisert under Oslo politidistrikt. Tjenesten er operativ døgnet rundt med 15 minutters reaksjonstid og er en nasjonal beredskapsressurs for politiet.

Politidirektoratet eier i dag helikoptrene og politiets helikoptertjeneste er operatør av tjenesten med egen AOC (Air Operator Certificate) etter gjeldende regelverk ved opprettelse av tjenesten. Politiet vil i framtiden operere på godkjenning fra Luftfartstilsynet under de kommende reglene for statsluftfart (ny forskrift ligger til beslutning i Samferdselsdepartementet).

Stortinget ble høsten 2016 informert om at det var behov for å skifte ut de to politihelikoptrene som den gang var i bruk, bl.a. på grunn av økende vedlikeholdskostnader som følge av maskinenes alder (Prop. 1 S (2016–2017)). Det ble etablert et anskaffelsesteam med god forankring til brukerne, og med en styringsgruppe forankret høyt i politiets ledelse. Dette sikret at nødvendige beslutninger kunne tas raskt uten behov for koordinering mellom ulike forvaltningsenheter. I tillegg bidro både gjenbruk av anskaffelsesdokumentasjon fra AW101/SAR Queen og erfaring fra NAWSARH-prosjektet til en relativt rask prosess. I 2017 samtykket Stortinget i at JD kunne pådra staten forpliktelser for anskaffelse og drift av tre nye politihelikoptre. Politidirektoratet inngikk samme år avtale med helikopterfabrikanten Leonardo Helicopters om leveranse av tre nye helikoptre (AW169) til erstatning for de gamle helikoptrene. Disse ble levert i 2019 innenfor fastsatt tids- og kostnadsramme (første helikopter var noe forsinket, men den tapte tiden ble tatt igjen ved det siste). Vedlikehold er en del av kontrakten med leverandøren Leonardo Helicopters. Dette vedlikeholdet utføres av underleverandør, Patria. Line- og basevedlikehold utføres på Politiets nasjonale beredskapssenter. Dersom det skal utføres større vedlikehold utover dette, skaffer Patria egnet sted for arbeidet. Fra desember 2020 utfører de nasjonale beredskapsressursene alle sine oppgaver fra beredskapssenteret.

I implementeringsfasen har politiet sikret høy grad av kontinuitet på både kunde- og leverandørside, noe som har bidratt til å identifisere og løse problemer underveis. Helikoptrene ble tatt i bruk nokså umiddelbart etter levering. Utestående avvik fra kontrakt, som er av en slik karakter at de ikke har vært til hinder for mottak og å ta helikoptrene i bruk, følges tett opp av politihelikoptertjenesten. Det valgte

konseptet er tilpasset politiets behov og så langt er erfaringene svært gode.

De nye helikoptrene ble fra høsten 2020 stasjonert på Politiets nasjonale beredskapssenter på Taraldrud i Nordre Follo sammen med de øvrige av politiets nasjonale beredskapsressurser, og kan plasseres (midlertidig) andre steder i Norge ved behov. I tillegg til oppgaver som søk, observasjon, spaning og transport av personell, kan helikoptrene også brukes som ildstøtteplattform for skarpskyttere[23]. Av hensyn til rask reaksjonstid står ett av helikoptrene til enhver tid i transportkonfigurasjon, mens ett står i overvåkings-/observasjonskonfigurasjon.

Politiet fikk i mai 2020 tilgang til et nytt sivilt helikopter som er stasjonert på Tromsø Lufthavn. Helikopteret skal ivareta helikopterberedskapen for Troms, Nordland og Finnmark politidistrikt. Airlift AS er valgt som leverandør for fire år med mulighet til forlengelse med inntil tre år. Anskaffelsen erstatter bistanden politiet fikk fra Forsvaret. I JDs forslag til statsbudsjett for 2020 framgår det at dersom det etableres en ny redningshelikopterbase i Nord-Norge, foreslås det at basen også tilrettelegges for å dekke politiets spesielle behov, og at dette inkluderer dagens beredskap på en time (Prop. 1 S (2019–2020)) jf. Innst. 6 S (2019-2020). Det er hentet inn en opsjon på kapasitet til politiet i forbindelse med Tromsø-basen, jf. Prop. 85 S (2020–2021) Etablering av ny redningshelikopterbase i Tromsø og felles operasjon med Sysselmannens helikoptertjeneste. JD vil på et senere tidspunkt vurdere om opsjonen skal benyttes.

[23] Jf. pressemelding fra JD datert 14. august 2017 – nr. 80-2017.

Foto: Luftambulansetjenesten HF,
Trond Stenehjem

5

Om anskaffelsene og erfaringer med implementering og operatørbytte

I dette kapittelet beskrives prosessene for anskaffelse av ambulansehelikopter (fra 2018) og ambulansefly (fra 2019) og erfaringene fra disse. Videre omtales erfaringene med de nye kontraktene og med operatørbytte både for ambulansehelikopter (tre baser) og ambulansefly (alle baser).

Erfaringene er basert på evalueringer gjennomført av LAT HF og de nåværende operatørene i forbindelse med anskaffelsen, samt et eget oppdrag som ble gitt til de regionale helseforetakene i januar 2020. Ekspertgruppen har også mottatt en rekke innspill, både skriftlige og i dialog i møter, jf. oversikt i kapittel 1.

Generisk plan for anskaffelser

Med bakgrunn i oppdragsdokument 2011 til LAT HF ble det utarbeidet en generisk plan for forberedelse og gjennomføring av ny kontraktsrunde i luftambulansetjenesten. Planen omfattet forprosjekt og anskaffelsesprosjekt. Forprosjektet var i planen angitt til seks måneder. Anskaffelsesprosjektet var i planen angitt til 12 måneder.

Planen beskrev blant annet samspillet mellom LAT HF og de regionale helseforetakene når det gjelder faglige rammer og forutsetninger, hvilke elementer som skulle inngå og hvordan prosessen skulle gjennomføres, herunder føringer for etablering av prosjektorganisasjon.

Tid fra avtalesignering til oppstart var i planen satt til 24 måneder. Dette var begrunnet i lang byggetid av fly og helikoptre med kontraktsfestet utstyr og modifikasjoner, samt leverandørens behov for interne tilpasninger, anskaffelsesprosjekter og rekruttering. Arbeidet med anskaffelser må derfor settes i verk tre og et halvt år før oppstart av ny kontrakt[24].

5.1 Anskaffelse og implementering av ambulansehelikoptertjenester

LAT HF fikk i oppdragsdokumentet 2014 i oppdrag å gjennomføre en anskaffelse av ambulansehelikoptertjenester med signering innen sommeren 2016. Arbeidet skulle gjennomføres i tett dialog med de regionale helseforetakene (Luftambulansetjenesten ANS, 2016).

5.1.1 Strategi og gjennomføring

I september 2015 ble de strategiske målsetningene for ambulansehelikoptertjenesten fra 2018 (se vedlegg) vedtatt av direktørene i de regionale helseforetakene (Luftambulansetjenesten ANS, 2015). Det ble lagt opp til å videreføre en robust tjeneste gjennom å sikre gode, solide operatører, benytte moderne og sikre helikoptre, og styrke reservekapasiteten. Flysik-

[24] LAT HF har i møte med ekspertgruppen anført at erfaringen tilsier at denne tiden er noe knapp.

kerhet skulle fortsatt ha fokus i ny kontraktsperiode. Alle helseregionene ville fra 2018 få kapasitet til å utføre mer avanserte medisinske oppdrag over lengre avstander.

Anskaffelsesprosjektet startet høsten 2015. Prosjektet ble gjennomført av en prosjektgruppe med deltakere fra LAT HF og de regionale helseforetakene (herunder representanter fra medisinske miljø) med støtte fra daværende HINAS[25] (nå divisjon Nasjonale tjenester i Sykehuseinnkjøp HF) på områdene prosjektledelse, jus og evaluering.

Fem selskap søkte om og ble prekvalifisert til anskaffelsen. Fire flyselskap leverte 34 ulike tilbud som konkurrerte mot hverandre. Det ble gjennomført to forhandlingsrunder som medførte at kvaliteten ble hevet, prisen redusert og uklarheter oppklart. Prosjektets arbeid og innstilling ble kvalitetssikret juridisk av HINAS/Sykehuseinnkjøp HF og et eksternt advokatfirma (Wikborg, Rein & Co.). Vektingsmodell og prinsipper for evaluering er forklart i boks 5.1.

Innstilling om tildeling av kontrakt på ambulansehelikoptertjenester ble behandlet av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene i juni 2016 etter behandling i styret for LAT HF. Etter at styrene i de regionale helseforetakene hadde behandlet saken, ble tildelingen offentliggjort 30. juni 2016.

5.1.2 Valg av operatør og innholdet i den nye avtalen

Norsk Luftambulanse AS (NLA AS) ble evaluert til å være det mest fordelaktige tilbudet på alle basene, basert på tildelingskriteriene kvalitet og pris (Luftambulansetjenesten ANS, 2016). Se omtale i boks 5.1.

Konkurransegrunnlaget åpnet for at kombinasjoner av deltilbud som til sammen dekker hele landet, ville kunne velges dersom dette ikke innebar en økning i totale kostnader som var større enn en (1) pst. sammenliknet med det mest fordelaktige tilbudet for hele landet. Dette ville kunne åpnet for flere operatører i tjenesten (tilsvarende som ved tidligere kontrakter). Den laveste økningen i totale kostnader (kombinasjoner av deltilbud) var på 7,22 pst., målt mot det mest fordelaktige tilbudet. Derfor ble det valgt ett tilbud for hele landet.

Helikoptertyper

Den nye avtalen innebar at det ble nye helikoptre på alle baser, med unntak av to helikoptre som ble anskaffet i 2015 ved etableringen av basen på Evenes. Det ble innført mellomstore helikoptre (H145 T2) på basene i Bergen, Arendal og Trondheim, det ble videreført mellomstort helikopter på Lørenskog og store helikoptre i Ålesund og Tromsø (AW 139). Alle basene ved de største universitetssykehusene skulle med dette ha forutsetninger for å utføre mer avanserte og plasskrevende medisinske oppdrag over lengre avstander. Ålesund fortsatte med AW 139 og fire-crew konsept[26]. Basen i Brønnøysund byttet helikoptertype fra AW139 til H145 T2. Alle helikoptrene i ny tjeneste fikk ny og bedre medisinsk innredning som i størst mulig grad var tilrettelagt for god pasientbehandling, ergonomi og sikkerhet[27].

Endringer i kvalitet i ny avtale

Luftambulanse er en risikoutsatt tjeneste. I avtalen fra 2018 er det, i tillegg til nye moderne helikoptre, flere forbedringer for å øke sikkerheten. Det ble blant annet lagt opp til bedre simulatortrening med egen simulator i Norge, nye nattsynbriller (NVG), digitale kart, forbedret sikkerhetsutstyr, kvalitetskrav til personell og trening, økte krav til kvalitet og miljø, tydeligere kontraktsoppfølging og samarbeid med AMK.

Tjenestens tilgang på reservehelikoptre ble styrket fra to til fire. Dette ville gi bedre beredskap og muliggjøre utsjekk[28] og trening av personell utenfor vakttjenesten. Tilgangen på operativt personell ble styrket gjennom to besetninger i bakvakt (en i Nord-

[25] Helseforetakenes Innkjøpsservice AS ble etablert i 2003, Sykehusinnkjøp HF fra 1.1.2016.

[26] Ålesund har hatt fast crew med fire personer (pilot, redningsmann, lege og sykepleier) fram til slutten av 2020, de øvrige basene har crew med tre personer (pilot, redningsmann og lege).

[27] Se tabell 10.1 i vedlegg for oversikt over helikoptertyper ved basene.

[28] Opplæring for å kvalifisere personell til et spesifikt luftfartøy (type utsjekk) og/eller opplæring til å føre fly i et annet flyselskap (utsjekk).

Norge og en i Sør-Norge) som skal kunne benyttes ved behov, samt ekstra besetninger på Lørenskogbasen som skal sikre at ingen av de to helikoptrene blir utmeldt på duty (arbeids- og hviletidsbestemmelser).

Utfordringer med ny avtale – vurdert ved avtaleinngåelsen

Selv om den nye avtalen innebar kvalitetsheving på de fleste områdene, har LAT HF beskrevet at enkelte elementer i avtalen ville innebære utfordringer på grunn av endringer sammenliknet med eksisterende tjeneste:

- Operatørbytte på tre baser: Avtalen innebar operatørbytte på basene Tromsø, Brønnøysund og Ålesund. Målet for NLA AS var å få med så mange som mulig fra tidligere operatør over i egen organisasjon. Både tidligere og ny operatør var i avtalene forpliktet til aktivt å ivareta beredskap og flysikkerhet, og til å bidra til at overgangen skulle skje så smidig og effektivt som mulig.
- Reservehelikopter ved basene i Tromsø og Ålesund: Tidligere var det benyttet reservehelikopter som var identisk med basehelikopter (AW139). I ny avtale ble dette endret, slik at H145 T2 blir reservehelikopter for AW139 på disse basene. Dette innebærer bl.a. at crewene (inkl. helsepersonellet) ved disse basene må ha utsjekk på flere helikoptertyper. Piloter og redningsmenn på disse basene må rotere mellom baser med primærhelikopter AW139 og H145. Det påvirker totalt fem baser.
- Bytte av helikoptertype i Brønnøysund.
- Én leverandør i ny kontraktsperiode: I strategidokumentet for ambulansehelikoptertjenesten 2018 (Luftambulansetjenesten ANS, 2015) ble det framhevet som ønskelig å ha flere operatører i tjenesten for å sikre robusthet og større fleksibilitet. En situasjon med én operatør ble omtalt som uheldig av framtidige konkurransehensyn, utvikling av kvalitet i tjenesten og sårbarhet i arbeidskonflikter, tap av godkjenninger eller andre større avvik. LAT HF mente at behovet for mer enn en operatør i ambulansehelikoptertjenesten syntes større enn i flytjenesten.

Kostnader

Det valgte tilbudet kostet 522 mill. kroner inkl. drivstoff (2018). Dette tilsvarte en kostnadsøkning på 107,5 mill. kroner (26 pst.) per år, sammenliknet med tidligere kontrakt. I dette ligger det:

- Forventet generell kostnadsøkning (dvs. fastpris, teknisk timepris og lønnsjustering)[29]
- Nye moderne helikoptre med nytt sikkerhetsutstyr, større helikoptre ved flere baser og to ekstra reservehelikoptre
- Finansiering av legebil ved alle baser (tidligere finansiert av SNLA)
- To ekstra besetninger (pilot og redningsmann) på Lørenskog (en ekstra besetning boende på basen og en fjerde besetning i hjemmevakt 24/7/365)
- Øvrige kvalitetshevinger

I den nye avtalen ble det presisert at det kunne bli økte utgifter som følge av nytt arbeidstidsregelverk i 2019, men vurderingen var at det meste av økte kostnader som følge av nytt regelverk, ville være inkludert i ny avtale. Pris for eventuell økning i personell ble avtalefestet (enhetspris per besetning)[30].

5.1.3 Erfaringer med anskaffelsen av ambulansehelikoptertjenester

LAT HF og Sykehusinnkjøp HF har oppsummert prosjektgjennomføringen og anskaffelsesprosessen fram til signering av kontrakt (Luftambulansetjenesten HF, 2017). Hensikten med dette var først og fremst å sikre erfaringsoverføring til neste nasjonale anskaffelse av ambulansehelikoptertjenester og eventuelt andre anskaffelser der erfaringene kan ha overføringsverdi. De viktigste erfaringene var at:

- Prosjektet ble gjennomført etter plan med noen mindre avvik. Avvikene medførte ikke konsekvenser for videre framdrift og oppstart 1.6.2018.
- Det var fokus på grunnprinsippene konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvbarhet og forholdsmessighet. Ekstern kvalitetssikrer (Wikborg, Rein & Co.) vurderte anskaffelsen i sin helhet som grundig og godt gjennomført.

[29] LAT HF har opplyst at prisene ble inngitt over tre år før første prisjustering.

[30] Dette er også for å dekke opp for nye felles europeiske bestemmelser for regulering av arbeids- og hviletid hos EASA som var varslet og ville innebære beregning av arbeidstid i forholdet 1:1, jf. avsnitt 7.1.4.

- Ansvarsfordeling mellom prosjektleder Sykehusinnkjøp HF og prosjektkoordinator LAT HF bør beskrives bedre ved senere prosjekter.
- LAT HF har kontinuerlige kvalitets- og sikkerhetsrevisjoner som en del av oppfølgingen av leverandørene. Funn og avvik fra siste års revisjoner hadde vært et viktig fundament for å utarbeide en mer robust og solid kravspesifikasjon.
- Involvering av representanter fra alle regionale helseforetak i prosjektgruppen gjorde involvering av eierne enklere og mer effektiv. Vurderingen var at det også hadde vært nyttig å ha med representanter fra de medisinske lederne og fra vernetjenesten.
- Anskaffelse med forhandlinger medførte økt kvalitet på tilbudene, tilbudene ble mer sammenliknbare, kvaliteten ble hevet på ønskede enkeltområder og prisen ble lavere.
- Det er behov for å bruke mer tid på strategiprosessen enn de planlagte seks månedene, samt tydeliggjøre forskjellen på de ulike fasene i prosjektet (strategi/anskaffelse).
- Det var et strategisk mål å legge opp anskaffelsen slik at man kunne legge til rette for mer enn én operatør i tjenesten. Dette endte med en aksept for en kostnadsøkning på inntil en (1) pst. (vurdert mot billigste alternativ med én operatør). En så marginal kostnadseffekt hadde liten reell effekt i evalueringen, og ble vurdert av tilbyderne til å være av kosmetisk karakter. For ettertiden bør man vurdere å øke en slik prosentsats, alternativt fjerne den.
- De regionale helseforetakene var sene med å gi innspill til strategidelen av prosjektet. En del vedtak i styret/styringsgruppen ble endret eller utsatt i påvente av endelig avklaring fra eierne. Det var også uklarheter om fullmakter i den endelige behandlingen av innstillingen.

LAT HF har i sine vurderinger også trukket fram at den viktigste erfaringen fra tilbudsfasen, er beskrivelse av betingelser i forbindelse med virksomhetsoverdragelse. I konkurransegrunnlaget ble det tatt forbehold om det ville foreligge en virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljølovens forstand, jf. avsnitt 7.2.1. Dette medførte ekstraarbeid og juridiske vurderinger som ikke var forutsett, jf. også omtale i avsnitt 5.1.4. og avsnitt 5.2.4.

5.1.4 Erfaringer med implementering av ny avtale og operatørbytte ambulansehelikopter

Luftambulansetjenesten HFs evaluering

Avtalen om kjøp av ambulansehelikoptertjenester ble signert med NLA AS 13. juli 2016. NLA AS opprettet et eget prosjekt for implementering av ny kontrakt. LAT HF opprettet et eget mottaksprosjekt for å følge opp NLA AS i perioden fra avtalesignering og fram til oppstart 1. juni 2018.

LAT HF evaluerte gjennomføringen av mottaksprosjekt for oppstart av ny ambulansehelikopterkontrakt (Luftambulansetjenesten HF 2018). Hensikten med selve evalueringen var å sikre erfaringsoverføring til senere prosjekter.

LAT HF vedtok konkrete målsetninger for kommunikasjon, prosjektleveranse og resultat. Det ble også identifisert åtte risikoområder som ble fulgt opp gjennom prosjektet. I evalueringen framgår det at risikostyringen ble håndtert på en måte som ikke har medført vesentlige konsekvenser ved oppstart.

Det ble stilt fem krav til prosjektleveransen:

1. Alle aktiviteter skulle være implementert innen driftsstarttidspunktet 1. juni 2018
2. Ingen svekkelse i tjenesteinnhold og beredskap i overgangen til ny kontrakt
3. Oppdragsgiver skulle ha kontroll på og kunne verifisere at avtalt leveranse var levert
4. Tjenestens omdømme og rolle skulle være ivaretatt
5. Tiltenkt økning av kvalitet og sikkerhetstiltak skulle være implementert

Evalueringen oppsummerte at alle aktiviteter angitt av LAT HF ble gjennomført etter oppsatt plan. Lufttransport RW AS (LT RW AS), som var tidligere leverandør ved tre baser, og NLA AS inngikk en samarbeidsavtale for å sikre godt samarbeid i overgangen. LT RW AS stilte to av sine baser tilgjengelig noen dager før overtakelse slik at NLA AS fikk gjort nødvendige tilpasninger lokalt. Dette ble gjennomført i samarbeid med medisinske ledere på basene.

Beredskap på alle 12 baser ble levert av NLA AS fra overtakelsestidspunktet, til tross for forsinkelser fra

underleverandører som medførte betydelige utfordringer for NLA AS. Leveransen ble heller ikke svekket eller redusert i prosjektperioden. I perioden fram mot oppstart rekrutterte NLA AS nærmere 60 personer, gjennomførte 140 utsjekker for 110 operativt ansatte, samt utsjekk av 30 teknikere og 130 leger.

Oppstart av ny avtale ble gjennomført uten forsinkelse, men to baser startet opp med reservehelikoptre av typen H145 T2 på grunn av forsinket sertifisering fra EASA. Opprinnelig var disse to basene oppsatt med AW139. En H145 T2 ble levert etter oppstart av avtalen, noe som medførte at basen i Arendal fikk et noe forsinket bytte av helikoptertype. Leveransen av simulatorer ble også forsinket. Kontrakten blir kontinuerlig fulgt opp ved at LAT HF gjennomfører jevnlig dialog og kvalitets- og sikkerhetsrevisjoner hos NLA AS.

Det er etablert samarbeidsavtaler mellom helseforetakene som har baser, LAT HF og NLA AS. Det er også etablert samarbeidsavtaler med AMK-LA som fikk ansvaret for Flight Following. Det ble anskaffet og dels overført medisinsk utstyr, kommunikasjonsutstyr og etablert løsninger for nødnett og PC i helikoptrene. NLA AS gjennomførte kartlegging av status på alle basebygg i begynnelsen av prosjektet. Dette avdekket et stort behov for å gjennomføre rehabilitering på flere baser.

Evalueringsrapporten hadde følgende oppsummering og anbefalinger:

> «Mottaksprosjekt for ambulansehelikopter er gjennomført og kan overføres til daglig drift. Det har vært noen forsinkelser og avvik fra avtalen og LAT HF følger dette tett med NLA AS. Leveranse av helikoptre ble noe forsinket. Simulator for alternativ 1 helikopter vil ikke komme på plass før over sommeren 2019. I perioder har det vært krevende å følge opp prosjektet grunnet mange krav og store forventninger til vår deltakelse. Beredskapen på alle baser i mottaksperioden har vært god. Mye av dette skyldes at både NLA AS og LT RW AS har hatt fokus på egen leveranse.» (Luftambulansetjenesten HF 2018).

Norsk Luftambulanse AS' evaluering

NLA AS gjennomførte også en sluttevaluering av implementeringsprosjektet, jf. Norsk Luftambulanse AS: Sluttevaluering (Norsk Luftambulanse AS, 2018).

Sluttevalueringen la til grunn at det ble levert normal beredskap på alle baser fra 31. mai 2018 kl. 20:17. Dette til tross for at forsinkelser fra underleverandører ga utfordringer i prosjektet. Det ble pekt på at to år var knapp tid ved valg av denne type løsninger og leverandører. De vurderer rekrutteringen og innfasingen av personell fra LT RW AS som vellykket, men spørsmål om virksomhetsoverdragelse som ble reist i april 2018 har vært krevende både for nye og eksisterende ansatte.

Samarbeid og kommunikasjon mellom implementeringsprosjektet og oppdragsgiver (LAT HF) og de involverte helseforetakene ble opplevd som godt. Innfasing på nye baser hadde gått bra, NLA AS møtte dedikerte og positive crew stort sett overalt.

Sju piloter og 11 redningsmenn fra LT RW AS aksepterte tilbud om ansettelse hos NLA AS rundt årsskiftet 2016/2017. Et antall av disse, sammen med to som ikke ble tilbudt jobb, varslet i februar 2019 søksmål med krav om virksomhetsoverdragelse, jf. arbeidsmiljøloven kapittel 16. I anbudsinnbydelsen var det ikke stilt et slikt krav. NLA AS mente det ikke var rettslig grunnlag for virksomhetsoverdragelse og fikk medhold for sitt syn gjennom dom fra Oslo tingrett 20. desember 2019. Saken ble anket til Borgarting lagmannsrett som bl.a. under henvisning til en ny dom fra EU-domstolen, kom til et annet resultat enn tingretten. Lagmannsretten mente at vilkårene for å anse overdragelsen som en virksomhetsoverdragelse var oppfylt, selv om NLA AS ikke overtok helikoptrene, jf. dom fra Borgarting lagmannsrett 11. januar 2021 (LB-2020-42083). NLA AS anket ikke dommen.

5.1.5 Beredskap og regularitet

Ambulansehelikoptertjenesten utførte 8279 oppdrag i 2018, mot 7783 i 2017 – en økning på 496 oppdrag. I tillegg ble 2065 helikopteroppdrag påbegynt, men av ulike grunner avbrutt (2344 i 2017). Antall oppdrag som ble satt i verk økte med 5,8 pst. fra 2017 til 2018 på nasjonalt nivå. Det ser slik sett

ikke ut til at regulariteten for ambulansehelikopter er påvirket (negativt) av at det var operatørbytte ved noen baser og nye helikoptre. Det framgår imidlertid av Tromsøbasens årsrapport for 2018 at de hadde flere oppdrag som følge av dårligere regularitet for ambulansefly våren 2018.

5.2 Anskaffelse og implementering av ambulanseflytjenester

LAT HF fikk i oppdragsdokumentet for 2016 i oppdrag om å inngå avtale om kjøp av ambulanseflytjenester for beredskap og planlagte oppdrag i luftambulansetjenesten fra 1. juli 2019. En forberedende strategiplan ble presentert for styret ultimo 2015 og oppstartsmøte for prosjektet ble avholdt i januar 2016.

5.2.1 Strategi og gjennomføring

Strategifase (2015–2016)

Det ble utarbeidet et eget strategidokument (Luftambulansetjenesten ANS, 2016) for anskaffelsen, der flere alternative løsninger ble belyst. Strategidokumentet ble sendt på høring. Det kom inn 44 innspill i 27 høringssvar. Endelig strategiplan ble godkjent av de regionale helseforetakene i november 2016 (Luftambulansetjenesten HF, 2017).

Det kom fram i strategiprosessen at beredskapen for evakuering fra Svalbard burde bedres. Det ble derfor foreslått å stasjonere et jetfly i Tromsø, i tillegg til jetflyet på Gardermoen. Dette ble støttet av høringsinstansene. Det var vedtatt premiss at antall fly ikke skulle økes. Gjennom sommeren 2016 var det økende motstand mot å redusere antall ambulansefly i Alta. Høsten 2016 besluttet Helse Nord RHF å beholde både et døgnfly og dagfly i Alta. Som følge av dette ble det gjort endringer i strategien i november 2016 (jf. vedlegg).

Anbudsfasen/Anskaffelsesprosjekt (2016–2017)

Anbud og anbudskriterier ble utarbeidet i tråd med vedtatt strategiplan. Foreslåtte kontrakts- og obligatoriske krav (ikke evalueringskravene) ble sendt på høring til berørte parter, herunder potensielle tilbydere. Det ble utarbeidet konkurransegrunnlag med til sammen 367 krav. Konkurransen ble utlyst 16. november 2016.

Fire tilbydere søkte om prekvalifisering, tre av disse kvalifiserte for konkurransen. To flyselskap – Lufttransport FW AS og Babcock Scandinavian Air Ambulance AB – leverte to tilbud hver.

I evalueringsarbeidet deltok de regionale helseforetakene, LAT HF og Sykehusinnkjøp HF, representanter for tjenestens sykepleiere og leger, samt vernetjenesten. Det ble gjennomført totalt tre evalueringsrunder og to forhandlingsmøter. I løpet av denne prosessen ble kvaliteten høynet og prisen redusert.

Av de totalt 367 kravene i konkurransegrunnlaget var det 95 krav som tilbudene ble evaluert på. Øvrige krav var obligatoriske krav og krav som skal oppfylles i kontraktsperioden.

Evaluering av anskaffelsene

I begge anskaffelsene ble parameterne fra vektingen lagt inn i en avansert regneark-modell som ivaretok både overordnet vekting mellom pris og kvalitet, samt undervekting og regler for dette som var angitt i konkurransegrunnlagene.

I evalueringene ble hvert enkelt evalueringskrav under kriteriet kvalitet gitt en score fra null til ti, der det beste tilbudet på hvert krav måtte ha score ti og de andre ble evaluert relativt i forhold til dette. Prosjektene evaluerte de ulike områdene. Hvert tilbud ble scoret på de enkelte evalueringskravene med en begrunnelse for scoren i modellen. Etter at alle evalueringsscorene var gitt og lagt inn i modellen, var det mulig å se hvem som vant konkurransen i tråd med evaluering som ble gjort på kvalitet og den oppsatte vektingen på kvalitet og pris.

5.2.2 Valg av operatør og innholdet i den nye avtalen

Valg av operatør

Babcock Scandinavian Air Ambulance AB la inn tilbudet som vant.

Begge tilbyderne scoret høyt på nesten alle evalueringskrav. Som kortbanefly tilbød Babcock nye Beechcraft King Air 250, mens Lufttransport FW AS tilbød videreføring av Beechcraft King Air 200.

Alle tilbud ble scoret likt på krav til kompetanse. Babcocks tilbud på beredskap ble scoret lavest, fordi selskapet tilbød færre piloter i turnus og færre reservefly. Leverandørene måtte også beskrive sin tilbudte vaktordning, som de ble evaluert på:

- Vaktordningens (turnusordningens) robusthet mot utmeldinger som følge av arbeids- og hviletidsbestemmelser
- Antall og plassering av standby-piloter fordelt på ambulanseflybasene
- Beskrivelse av hvordan det ved uforutsette personellmessige situasjoner skulle sikres at det ble satt inn ekstramannskap snarest og som dekker både kortbane- og jetfly
- Utkallingstid (responstid) på standby-piloter og når de kunne befinne seg på base

Babcocks vinnende tilbud hadde 96 piloter, med reservepiloter på Gardermoen (dagtid) og i Alta (kveld og natt). Lufttransports tilbud hadde 113 piloter, med reserve-/reisepiloter plassert i Tromsø og på Gardermoen. Lufttransports tilbud ble evaluert som best, score ti, mens Babcocks vinnende tilbud fikk score fire. Tilsvarende ble det evaluert tilbudt vaktordning for teknisk personell. Der ble alle tilbudene evaluert som likeverdige (score 10).

Det beste tilbudet fra Lufttransport var 11 pst. dyrere enn det vinnende tilbudet. Dette utgjorde om lag 47 mill. kroner per år. Fordi forskjellen i kvalitet mellom tilbudene var så liten, ble prisforskjellen avgjørende i konkurransen. Forskjellen mellom tilbudene går fram av boks 5.2.

Det var en forutsetning i konkurransegrunnlaget at tilbyder skulle ha gyldig lisens for luftfartsselskaper utstedt i henhold til forskrift nr. 833 av 12. august 2011 om lufttransporttjenester i EØS (forordning 1008/2008) og Air Operator's Certificate (AOC), samt driftstillatelse (SAR) (jf. avsnitt 2.3). Utenlandske tilbydere måtte innhente forhåndsutsagn fra CAA-Norway (Luftfartstilsynet) om at tillatelse i henhold til luftfartsloven §§ 2-2 og 8-8 vil kunne bli gitt dersom tilbyderen får tildelt kontrakt. Dette ble ivaretatt ved at Babcock Scandinavian AirAmbulance AB 30. mai 2019 søkte oppdragsgiver LAT HF om overdragelse av kontrakt på ambulanseflytjenester til det norske selskapet Babcock Scandinavian AirAmbulanse AS (BSAA AS). Dette hadde selskapet beskrevet i sitt tilbud at de ville gjøre. Søknaden ble skriftlig godkjent av LAT HF 28. juni 2019[31].

Flyene

Den nye avtalen innebar at det er nye fly på alle baser, levert med nyeste versjon av sikkerhets- og navigasjonsutstyr. Beechcraft King Air 250 har litt mer effektive motorer enn B200 som opererte tidligere. Flyet har tre fullverdige båreplasser og tre seter i kabinen.

Cessna Citation Latitude er et mellomstort jetfly. Flyet har større kabin, større lasteevne og høyere flyhastighet og rekkevidde enn kortbaneflyene. Det kan ta to bårepasienter og har i tillegg fem seter i kabinen. Flyet er stasjonert på Gardermoen. Ved særlige behov kan flyet brukes til oppdrag på Svalbard og i utlandet.

Endringer i kvalitet i ny avtale

I tillegg til nye fly på alle basene ble det flere forbedringer i den nye avtalen (Luftambulansetjenesten HF, 2017). Det ble blant annet bedre systemer for instrumentinnflyginger og navigasjon, oppdatert medisinsk innredning, datakommunikasjon som gir raskere overføring av pasientdata mellom ambulansefly og sykehus, bedre sikkerhetssystemer og økte krav til miljø- og kvalitetssertifisering.

Avtalen la også opp til bedre beredskap blant annet gjennom et overlappende vaktsystem der vakt ved de ulike basene starter og slutter på ulike tidspunkt for å unngå samtidige vaktbytter. Fleksibiliteten skulle gi mer stabil tilgang på fly gjennom døgnet og bedre utnyttelse av mannskapenes lovlige flytid. Det ble også forutsatt en bakvaktordning for sykdom og fravær, og at flybytte skal skje på base ved teknisk ettersyn og feil. Som omtalt under avsnitt 5.2.4 ble ikke dette innført som forutsatt.

[31] Det rettslige grunnlaget for dette er hjemlet i forskrift om offentlige anskaffelser § 28-1, bokstav e, punkt 1 og 2. Det norske selskapet var vurdert og funnet kvalifisert til å oppfylle de opprinnelige kvalifikasjonskravene og de øvrige kravene i anskaffelsen.

Kostnader

De totale driftskostnadene for ambulanseflytjenesten vil i henhold til kontrakten med operatøren fra 2019 være om lag 500 mill. kroner, inkl. drivstoff, lufthavnavgifter, de-ice mv. Dette er en kostnadsøkning på om lag 25 pst. i forhold til tidligere avtale. I tillegg kommer helseforetakenes kostnader til medisinsk bemanning, medisinsk forbruksmateriell og medisiner.

5.2.3 Erfaringer med anskaffelsen av ambulanseflytjenester

LAT HF og Sykehusinnkjøp HF har i fellesskap oppsummert prosjektgjennomføringen og anskaffelsesprosessen for ambulanseflytjenesten fram til signering av kontrakt (Sykehusinnkjøp HF, 2017). De viktigste erfaringene er:

Boks 5.1 Vektingsmodell og evaluering i anskaffelser av ambulansefly og ambulansehelikopter

Regelverket for offentlige anskaffelser setter rammer for hvordan en anskaffelse skal gjennomføres. Sentralt i regelverket er de grunnleggende kravene i lov om offentlige anskaffelser: Konkurranse, rettferdighet, likebehandling, forutberegnelighet og proporsjonalitet.

Begge anskaffelsene hadde en vektingsmodell og evaluering som var innrettet for å ivareta disse grunnleggende kravene.

Evalueringskrav og obligatoriske krav

I de fleste offentlige anskaffelser angis det obligatoriske krav og evalueringskrav knyttet til tilbudene. For evalueringskravene, slik det går fram av konkurransegrunnlagene, var pris vektet 40 pst. og kvalitet vektet 60 pst. i begge anskaffelsene. Den oppsatte vektingen kan ikke fravikes etter at konkurransedokumentene er publisert.

Alle obligatoriske krav må oppfylles av dem som ønsker å være med i konkurransen. Obligatoriske krav kan angis som minimumskrav til kvalitet eller som strenge kvalitetskrav. Gjennom å ha svært strenge obligatoriske krav er det derfor mulig å ha en konkurranse som sikrer et produkt eller en tjeneste med høy kvalitet, men likevel ha høyere vekting på pris enn på kvalitet for evalueringskravene. Dette må imidlertid balanseres, slik at det er mulig å skape en reell konkurranse.

Både i ambulansefly- og ambulansehelikopteranskaffelsene var det angitt mange, relativt strenge obligatoriske krav og kontraktsforpliktelser, i tillegg til evalueringskravene som ble vektet for pris og kvalitet.

Vekting av pris og kvalitet for evalueringskravene

Prisen ble vektet som 40 pst. av totalen i konkurransen i begge anskaffelsene. Konkurransegrunnlagene angir hvilke kostnadselementer som skal prises av leverandørene. Dette beregnes til en totalsum der tilbudet med laveste sum får høyeste score – ti.

Kvalitet ble vektet som 60 pst. i avgjørelsen av konkurransen. Evalueringskravene var inndelt i ulike underkriterier som ble vektet mot hverandre. Underkriteriene hadde ulik vekting og omfattet flere evalueringskrav. I tillegg til dette var evalueringskravene delt inn i tre nivåer, EV1-krav, EV2-krav og særskilt viktige krav. Høyt vektede EV1-krav telte mest, deretter vanlige EV1-krav, mens EV2-krav hadde lavest vekt. De ulike evalueringskravene får derfor ulik prosentandel av den totale vektingen på kvalitet, etter hvor viktig kravet er vurdert å være. Prosentandelen hvert enkelt krav utgjør av den totale vektingen på kvalitet er et produkt av (1) angitt undervekting, (2) antall evalueringskrav underkriteriet omfatter og (3) type krav. Dette framgikk av konkurransegrunnlaget for begge anskaffelsene (jf. tabellene under) og det var ikke mulig å endre dette etter et gitt tidspunkt etter publisering. Dette sikrer forutberegnelighet for leverandørene og styrer konkurransetrykket mot de områdene som ble ansett som mest viktig.

Boks 5.1 forts.

Ambulanseflyanskaffelsen, vekting underkriterier på kvalitet:

Krav	Vekting
Krav til luftfartøy Krav til godkjenninger Krav til flykoordinering	27,5 pst
Krav til framdrift	20 pst.
Krav til medisinsk innredning	25 pst.
Krav til kvalitet[1] Krav til kompetanse	20 pst.
Krav til beredskap	7,5 pst.
Sum	**100 pst.**

Ambulansehelikopteranskaffelsen, vekting underkriterier kvalitet:

Krav	Vekting
Krav til luftfartøy Krav til godkjenninger	25 pst.
Krav til framdrift	25 pst.
Krav til redningsteknisk	7,5 pst.
Krav til medisinsk plattform Krav til legebil	20 pst.
Krav til kvalitet[1] Krav til beredskap Krav til kompetanse	22,5 pst.
Sum	**100 pst.**

[1] Underkriteriet kvalitet er primært krav knyttet til tilbydernes kvalitetssystemer, avvikssystem, beredskapsplaner, risikosystem, virksomhetsrapportering mv.

Kilde: Sykehusinnkjøp HF

- Prosjektet ble i all hovedsak gjennomført i tråd med målene/strategien og innenfor tidsrammen.
- Det var gunstig at prosjektet var inndelt i faser, fordi det ga en klar kobling mellom behov fra strategifasen og krav stilt i konkurransedokumentene.
- Det var ugunstig at ble gjort betydelige endringer sent i strategifasen, da det i november 2016 ble vedtatt å ta inn igjen Alta-2-flyet og kutte jetflyet i Tromsø, etter at dette først var vedtatt i mai 2016.

Rapporten ga følgende anbefalinger til neste anskaffelse:

- Gjennomføre oppstartmøte med eiere i forkant av strategiarbeidet. Prosess, muligheter/begrensninger, markedssituasjon og kostnadsutvikling bør drøftes på dette møtet.
- Alle sentrale involverte (eiere, prosjekteier, styringsgruppe og prosjektledelsen) bør avklare rolleforståelse. Dialog mellom de ulike aktørene bør styrkes.
- Styrke nettverk på operativ del av kravspesifikasjonen.
- Økt kvalitetssikring av kravspesifikasjonen. Vurdere om også evalueringskrav kan sendes på høring.
- Etter at kravspesifikasjonen er ferdig, bør det gjennomføres en egen vurdering der særskilt kostnadsdrivende krav identifiseres og vurderes opp mot nytten. Samme type vurdering bør gjøres knyttet til skjerpede krav i avtale.
- Overordnet vekting mellom pris og kvalitet bør vurderes. Mesteparten av kvaliteten sikres gjennom obligatoriske krav og kvalifikasjonskrav.

5.2.4 Erfaringer med implementering av ny avtale og operatørbytte ambulansefly

Evaluering av mottaksprosjekt

LAT HF utarbeidet en evalueringsrapport med formål om å oppsummere gjennomføringen av mottaksprosjekt for oppstart av ny ambulanseflykontrakt, jf. Evalueringsrapport. Mottaksprosjekt ambulanseflytjenesten 2019 (Luftambulansetjenesten HF, 2019). Tilsvarende som for helikopter, var formålet å sikre erfaringsoverføring til senere prosjekter.

Avtalen Kjøp av ambulanseflytjenester ble signert med BSAA AS 1. juli 2017. BSAA AS opprettet et eget prosjekt for implementering av ny kontrakt. LAT HF opprettet et eget mottaksprosjekt for å følge opp

Boks 5.2 Ambulanseflyanskaffelsen – beregnet resultat etter evaluering og vekting av alle evalueringskrav

I ambulanseflyanskaffelsen var differansen i kvalitet mellom beste tilbyders tilbud, og nest beste tilbyders tilbud, så liten at pris ble avgjørende i henhold til oppsettet i evalueringsmodellen og vektingen som var definert på forhånd. Det var ikke mulig for anskaffelsesprosjektet å si i etterkant av evalueringen at man likevel ville velge tilbudet med høyest score på kvalitet – til det var kvalitetsforskjellene mellom tilbudene for liten. En slik endring ville vært å fravike den oppsatte vektingen og parameterne fra konkurransegrunnlaget og det ville dermed også vært et brudd på regelverket om offentlige anskaffelser.

				Pris – 40 %		Kvalitet – 60 %	
Rang	Tilbyders navn	Sum poeng	Totalsum	Score	Poeng	Score	Poeng
1	Babcock SAA FW AB 1	9,70	Kr 2 584 048 652	10,00	4,00	9,51	5,70
2	Babcock SAA FW AB 2	9,63	Kr 2 685 391 497	9,62	3,85	9,64	5,78
3	Lufttransport A	9,60	Kr 2 868 130 887	9,01	3,60	10,00	6,00
4	Lufttransport B	9,56	Kr 2 874 027 782	8,99	3,60	9,94	5,96

Tilbud 1 fra Babcock fikk en prisscore på ti da det var beste tilbud. Pris var vektet med 40 pst., noe som innebar at de dermed fikk maks mulige poeng som er fire.

Tilbud 1 fikk en kvalitetsscore på 9,51 mot beste tilbud som hadde en total kvalitetsscore på ti. Maksimal antall poeng på kvalitet er seks, siden dette er vektet 60 pst. og tilbudet får dermed en poengscore på 5,7.

Dette utgjør totalt en poengscore på 9,70 mot Lufttransports tilbud A som har en score på 9,60. Selv om Lufttransport er 0,30 poeng bedre på kvalitet er ikke dette nok til å veie opp forskjellen i pris, som er på 0,40 når vektingen er hensyntatt.

Kilde: Sykehusinnkjøp HF

BSAA AS i perioden fra avtalesignering og fram til oppstart 1. juli 2019.

Evalueringen er knyttet til målsetninger for kommunikasjon, prosjektleveranse og aktiviteter i prosjektet. Det var identifisert åtte risikoområder som omtales nedenfor.

LAT HF har vist til at det var svært mange negative medieoppslag i forbindelse med anskaffelsen. Oppslagene har i hovedsak dreid seg om pilotmangel og svikt i beredskap hos tidligere operatør (Lufttransport FW AS) våren 2018 og det samme hos ny operatør (BSAA AS) ved og etter oppstart 1. juli 2019. Også bruk av anbud og LAT HFs gjennomføring av anbudskonkurransen har vært gjenstand for mange kritiske oppslag.

Leveransegraden av flymaskiner, utstyr og operative godkjenninger ble vurdert som god. BSAA AS hadde mottatt alle fly ved oppstart 1. juli 2019 (ett reservefly sto i England for siste modifiseringer). Flysimulator for B250 flyene var levert og operativ på Gardermoen. BSAA AS hadde etablert et norsk selskap med tilhørende AOC og operative godkjenninger i Tromsø. Vedlikeholdsavtaler ble signert med flere flyvedlikeholdsorganisasjoner i påvente av egen organisasjon med nybygd hangar i Tromsø.

Rapporten anførte at det per 29. november 2019 fortsatt var noen kvalitetskrav som ikke var levert og som LAT HF fulgte opp. Beredskapen ble tett fulgt opp av LAT HF. Leveransegraden av ambulanseflyberedskap, som var redusert og tidvis svært redusert, våren 2018 og etter overtakelsen 1. juli 2019, er omtalt under.

I tiden etter operatørbyttet leide LAT HF inn eksterne ambulansefly for å sikre tilstrekkelig beredskap.

Mottaksprosjektet i LAT HF identifiserte følgende risikoområder (som senere er justert i prosjektplanen):

- Mangel på ressurser (tid) i organisasjonen i LAT HF
- Manglende underlag for å kvalitetssikre oppfølging
- Organisasjonen mister oversikt over leverandørens leveranse
- Avtalt tilbud samsvarer ikke med endelig tilbudt løsning
- Avtalt tilbud kan ikke leveres
- Avtalt tilbud forsinkes
- Prosjektleder i redusert stilling
- Svekket leveranseevne fra dagens operatør før utgang av inneværende kontraktsperiode

LAT HF angir at alle de sju (første) identifiserte risikoområdene har vært fulgt opp. Det siste punktet, svekket leveranseevne fra Lufttransport FW AS før utgang av forrige kontraktsperiode, ga også konsekvenser for dagens operatør. Det ble sommeren 2018 framforhandlet en avtale mellom LO/NF/LTF (Pilotforeningen i Lufttransport FW AS) og BSAA AS som sikret samtlige piloter ansettelse hos ny operatør. Den sikret også pilotene samme stilling (kaptein/styrmann) og arbeidssted ved samme base som hos Lufttransport FW AS. Lønn og betingelser var det også enighet om. Denne avtalen bedret Lufttransport FW AS' leveranse ved utgang av deres kontrakt.

LAT HF har i rapporten vist til at risiko ved overgangen fra gammel til ny kontrakt ikke ble identifisert tidlig nok i mottaksprosjektet. Erfaringene fra helikopteranbudet, der overgangen fra gammel til ny operatør gikk uten stor svekkelse av beredskap, var grunnlaget for risikovurderingen. Vinteren 2018/19 prøvde mottaksprosjektet sammen med BSAA AS å finne en løsning for overgangen som ville ha minst mulig konsekvenser for leveranseevnen. Konkret ønsket både LAT HF og BSAA AS å få til en glidende overgang der BSAA AS tok over en og en base de siste ukene av juni. Dette lot seg ikke gjøre fordi verken pilotforeningen eller Lufttransport FW AS ønsket å gå inn på en slik løsning.

Evalueringsrapporten har følgende oppsummering og anbefalinger:

«Mottaksprosjekt for ambulansefly er gjennomført og kan overføres til daglig drift. Det har vært noen forsinkelser og avvik fra avtalen og LAT HF følger dette tett med BSAA AS. Leveranse av fly og utstyr er bortimot komplett. Noe utstyr og funksjoner mangler og vil bli fulgt opp av LAT HF. Levert beredskap har vært lavere enn forventet siden oppstart og egne tiltak har vært nødvendige og må vurderes fortløpende.

Det er mye erfaring og ting å ta lærdom av fra dette prosjektet. En av de viktigste bør være å kontraktsfeste en forpliktelse til å overføre tjenesten til ny operatør over en lengre tidsperiode base for base. I framtidige avtaler må det så konkret som mulig, beskrives hvordan overgang til ny kontraktsperiode og eventuelt bytte av operatører skal foregå. Krav og føringer for dette må være realistiske og gjennomførbare for avtroppende så vel som påtroppende operatør» (Luftambulansetjenesten HF, 2019).

Evaluering av implementeringsprosjekt – Babcock Scandinavian AirAmbulance AS

BSAA AS har også evaluert implementeringsprosjektet, jf. Evaluering. Implementeringsprosjekt for ny operatør i ambulanseflytjenesten (Babcock Scandinavian AirAmbulance AS, 2019).

Overordnet omtales at det gjennomgående har vært stort medietrykk mot arbeidet i prosjektet, blant annet illustrert med at det gjennom våren 2019 var 7400 artikler i redaksjonelle medier i perioden fra 25. april til 25. juni, derav 3287 om Babcock.

I forbindelse med innlevering av anbudet ble det utformet en risikoanalyse, som ble løpende oppdatert og endret i ulike faser. Evalueringen viste blant annet til at risiko knyttet til pilotenes samarbeidsvilje og utfordringer med rekruttering av piloter, har vært undervurdert/underkommunisert. Det var foreslått en løsning med gradvis overtakelse av basene som ville redusert behovet for kompenserende tiltak. BSAA AS fikk imidlertid ikke gjennomslag hos Lufttransport FW AS og Norsk Flygerforbund for en slik løsning.

BSAA AS har angitt noen forbedrings-/læringspunkter og anbefalinger, blant annet knyttet til kommunikasjon internt og eksternt, bedre forberedelse og beredskap for politisk interessekamp og oppmerksomhet i media. BSAA AS har også trukket fram tidligere oppstart av rekruttering av nøkkelpersonell,

større pool av egne piloter og tidligere oppstart av trening. BSAA AS mente det burde vært gjort konsekvensutredning av overtakelse av så mange medarbeidere ved oppstart av kontrakt. De nye flyene har gitt større tekniske utfordringer enn i sammenliknbare prosjekter i selskapet og det burde, etter BSAA AS' vurdering, derfor vært forsterket kvalitetssikring av overtakelse av fly med medisinsk innredning. Etter BSAA AS' vurdering burde det også vært bedre tilstedeværelse ved overtakelse på alle baser ved alle vaktskifter og oppgradert support for IT-løsninger for nye medarbeidere.

BSAA AS har også trukket fram noen anbefalinger i forbindelse med oppstart av kontrakt: Det bør være basevis overtakelse som forutsetning for oppstart av kontrakter og det bør være en forpliktelse i kontrakten om sømløs overgang for overgivende og overtakende part med økonomiske konsekvenser. Overtakelse av kontrakt bør legges til hverdag og på dagtid. De pekte også på at det er potensial for profesjonalisering av kunde- og leverandørforholdet hos samarbeidende parter, samt i å tydeliggjøre hvilke konsekvenser en anbudsprosess kan få. Dette for at innspill og mulige endringer og utfordringer kan være forankret før anbudsprosessen sluttføres.

Prosjektet var delt i seks delprosjekter. Her omtales forhold som rekruttering, ansettelse og trening, som også har vært sentralt i den politiske debatten om avtalen.

I juni 2018 inngikk BSAA AS tariffavtale med Norsk Flygerforbund. Dette åpnet for at piloter fra tidligere operatør som ønsket det, ble ansatt i BSAA AS med oppstart 1. juli 2019. 93 piloter signerte på ansettelsesavtale med BSAA AS. Det var per september 2019 ansatt ytterligere åtte piloter, samt administrative piloter (seks årsverk).

Trening av piloter startet umiddelbart etter at simulatoren ble godkjent i januar 2019. De fikk en ukes utsettelse i februar, samt to uker stopp i treningen i april, som resulterte i et lavere antall ferdig trente piloter enn planlagt ved oppstart (jf. omtale i avsnitt 5.2.5).

BSAA AS ønsket i utgangspunktet å kjøpe komplette tekniske tjenester fra LT Tech AS, men kom ikke fram til en avtale. Det framgår at i samtaler med teknikernes fagforening, fikk samtlige teknikere tilbud om ansettelse. Dette ble avvist av fagforeningen i februar 2019. Det ble derved ansatt egne teknikere. Det framgår at det vil bli ansatt flere teknikere for å sikre robusthet og fleksibilitet både på base og line.

Det var forutsatt utviklet modeller med spredt vaktbyttetidspunkt for basene. Det framgår at fordi det ble overtatt så vidt mange piloter fra tidligere operatør, var det ikke mulig å gjøre endringer i arbeidstidssystem, og derfor ble tidligere operatørs vaktskifte overtatt. BSAA AS har arbeidet kontinuerlig med å få faste piloter ansatt ved hver enkelt base for å høyne robustheten. Dette ble gjort gjennom bindingsprosess og tilsetting av flere piloter. I perioden rundt oppstart ble det også engasjert piloter på kortere kontrakter.

BSAA AS la til grunn at kontrakten med LAT HF ikke er en virksomhetsoverdragelse. Pilotene som var ansatt i Lufttransport FW AS framsatte krav om virksomhetsoverdragelse. Sak om virksomhetsoverdragelse ble behandlet i Tromsø tingrett i februar 2020. Dom i saken ble offentlig 6. mars der pilotene fikk medhold i sitt krav om virksomhetsoverdragelse. BSAA AS kunngjorde i april at de ikke anket dommen.

5.2.5 Beredskap og regularitet

Perioden etter avtaleinngåelse – før operatørbytte

Det ble utført 8817 oppdrag med ambulansefly i 2018. Dette var en nedgang på om lag 100 oppdrag fra 2017 (8915) (Helse Nord RHF et al., 2018).

LAT HF har i aktivitetsrapporten vist til at nedgangen i 2018 kan ses i sammenheng med redusert beredskap første halvår som følge av pilotmangel hos flyoperatøren Lufttransport FW AS.

For å kompensere for dette ble det leid inn et ambulansefly med svensk bemanning fra BSAA AS. Flyet hadde base i Tromsø og gjennomførte 33 oppdrag. I tillegg stilte Forsvaret med Bell-helikopter på Banak og i Kirkenes og gjennomførte 66 oppdrag i Finnmark (ikke alle disse var i utgangspunktet flyoppdrag). Inkludert ekstraressursene ble den totale oppdragsmengden omtrent som i 2017.

Pilotmangelen hos daværende operatør handlet om usikkerhet om framtidig ansettelsesforhold og betingelser hos ny operatør (jf. omtale foran). Dette førte til stor medieomtale og politisk oppmerksomhet våren 2018. Fra april til juli 2018 fikk ambulanseflytjenesten og foretaket også mye oppmerksomhet i media i forbindelse med svekkelsen i ambulanseflyberedskapen.

Etter operatørbytte

Leveransen av ambulanseflyberedskap var etter overtakelsen 1. juli 2019 redusert og tidvis svært redusert. I evalueringsrapporten fra LAT HF er det angitt at det er flere grunner til det (Luftambulansetjenesten HF, 2019):

Det var utfordrende å få til avtaler som sikret en sømløs overgang fra gammel til ny operatør. Lufttransport FW AS hadde utfordringer den siste tiden de hadde ansvaret for beredskapen og omtales som i liten grad villige til å bidra til at BSAA AS fikk gitt sine nyansatte treningen de skulle ha før oppstart. LO/NF/LTF sendte en bekymringsmelding til Luftfartstilsynet angående mangler i BSAA AS' treningsopplegg og stanset treningen i to uker. Luftfartstilsynet støttet ikke fagforeningens bekymring og treningen fortsatte, med noen endringer for å møte flygernes bekymring. Dette medførte forsinkelse i en tidskritisk fase av prosjektet. Ved oppstart av ny ambulanseflykontrakt hadde kun 30 piloter gjennomgått nødvendig trening, og omfattende trening måtte foregå den første tiden etter oppstart.

Den manglende beredskapen ble kompensert fra LAT HF med to innleide eksterne ambulansefly, et Bell-helikopter fra Forsvaret og to svenske ambulanseflyressurser.

I månedene etter oppstart var det mange utmeldinger grunnet uforutsette tekniske problemer med B250 flyene, i all hovedsak skyldtes dette problem med et navigasjonsinstrument (ESIS). Problemet med instrumentet ble identifisert og samtlige fly ble modifisert.

Det har vært utfordringer med interkomsystem, gyrosystem og propell-rigging, men dette har ikke ført til stor beredskapsreduksjon. BSAA AS arbeidet tett med leverandøren av flyene for å få forbedret dette. Dette gjaldt også drivstofftemperatur-målerne som var tilbudt. Disse skal gjøre det mulig å operere B250-flyene i kaldere luft enn minus 54 grader, og er viktig for Svalbardberedskapen. Monteringen av dette utstyret i første fly startet i desember 2019 og er på plass i alle flyene.

Det var mange utmeldinger fra beredskap som skyltes udekte vakter i pilotenes vaktplaner, i all hovedsak på basene i Kirkenes, Alta og Bodø.

Avtalen som ble inngått mellom BSAA AS og lokal flygerforening sikret pilotene samme base og stilling som de hadde hos forrige operatør. For base Gardermoen resulterte det i et overtall av B250 piloter siden flyet med døgnbemanning (kat. 1) ved basen var byttet med et jetfly (kat. 2) som stilte særskilte krav til kompetanse. Derfor ble det framforhandlet en avtale som ble inngått i november 2019 som sikrer en mer robust beredskap der overskudd av piloter på base Gardermoen kan benyttes ved sykdom/personellmangel på andre baser.

I desember 2019 oppsto det to akutte utfordringer for ambulanseflyberedskapen på kortbanenettet som ikke fullt ut lot seg erstatte ved innleie av ekstra fly (Luftambulansetjenesten HF, 2020). Først ble fem kortbanefly satt på bakken. Fire av dem i om lag to uker med samme type problemer med propellene. De seks gjenværende kortbaneflyene ble ilagt strengere værbegrensninger. Dette svekket kortbaneberedskapen vesentlig. I nær to uker ble det på det meste satt inn seks ekstra fly. I julehelgen gikk de tre flyene i Finnmark av beredskap på grunn av sykdom blant pilotene i Kirkenes og Alta. Andre piloter måtte overta nesten alle vaktene og det var en utfordring å få friske piloter fløyet til Kirkenes og Alta i høytiden.

LAT HF har påpekt at det også ved tidligere kontraktbytter har vært perioder med svakere beredskap. Ved tildeling av ny kontrakt for ambulanseflytjenester sommeren 2009, gikk det bortimot ett år ut i kontraktsperioden før Lufttransport FW AS hadde de nye flyene klare til bruk. Lufttransport FW AS hadde fortsatt de gamle flyene tilgjengelig og kunne bruke disse i tjenesten til de nye flyene var klare. Beredskapen andre halvår 2009 var på 93,82 pst.[32] (jf. for andre halvår 2019 var tallet 87,27 pst.) selv om det var samme operatør som ble videreført.

[32] Kilde: Luftambulansetjenesten HF.

Beredskap andre halvår 2019

Gjennom det første halvåret etter at BSAA AS overtok 1. juli 2019, leverte selskapet 87,27 pst. beredskap med tjenestens ni fly og 90,23 pst. medregnet andre fly BSAA AS selv satte inn i tjenesten.

Den krevende oppstarten i juli måned, samt de to hendelsene med svekket beredskap i desember, framstår som de mest utfordrende periodene. Mellom disse periodene leverte BSAA AS i overkant av 90 pst. beredskap med tjenestens ni fly. Både BSAA AS og LAT HF har i flere omganger hentet inn eksterne fly og bistand fra Forsvaret med et legebemannet helikopter i Kirkenes for å sikre beredskapen.

Beredskap i 2020

De ekstra ressursene i ambulanseflytjenesten ble videreført gjennom vinteren 2020. Forsvarets helikopter i Kirkenes ble stående fram til juli og ble erstattet av et sivilt ambulansehelikopter. Det ble også stasjonert jetfly i Tromsø fram til 5. april. BSAA AS satte inn et ekstra fly på beredskap i Alta. Flyet skulle stå i Finnmark til selskapet leverte jevn og høy beredskap med tjenestens egne fly. Flyet ble stående fram til påske.

Koronapandemien gjorde 2020 til et krevende år for luftambulansetjenesten. Flere baser har måttet gå av beredskap etter å ha flydd pasienter med uavklart koronastatus. Viruskontakt eller mistanke om kontakt har medført tidkrevende bytter av mannskap, testing, karantener samt smittevask av fartøy og baser. Under slike forhold er det ekstra krevende å levere høy beredskap. Dette har særlig påvirket tjenestens ansatte ute på basene.

Nedstenging av sykehuset i Hammerfest førte til at pasienter som normalt flys dit, måtte flys til andre sykehus i landsdelen. Dette ga økt antall ambulanseflyoppdrag og ofte lengere flygning enn normalt. I denne fasen leide LAT HF et ekstra ambulansejetfly som ble stasjonert i Alta og ett kortbanefly ble flyttet fra Alta til Hammerfest for å trygge befolkningen.

I 2020 leverte BSAA AS 96,80 pst. beredskap med tjenestens ni fly. Når man trekker fra forhold som operatør ikke kan lastes for, leverte ambulanseflytjenesten samlet 94,59 pst. beredskap med tjenestens egne ni fly og 96,84 pst. beredskap når man tar med innleie av ekstra fly[33].

Merkostnader som følge av manglende beredskap

Avtalen med leverandøren (BSAA AS) regulerer muligheter for sanksjoner og avkortning, hvis utførelsen av tjenesten ikke er i henhold til kravene som framgår av avtalen. LAT HF er (per ultimo februar 2021) fortsatt i prosess med BSAA AS for å avklare de økonomiske konsekvensene ved avkortning og dekningskjøp pga. manglende oppfyllelse av kontrakten.

5.2.6 Behandling av operatørbytte i Stortinget

Problemstillingene som følge av operatørbyttet i ambulanseflytjenesten har vært gjenstand for debatt og behandling i Stortinget. Stortinget har behandlet flere representantforslag og i den forbindelse er det avholdt to høringer i helse- og omsorgskomiteen. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har hatt to redegjørelser for Stortinget. Det har vært fremmet en rekke spørsmål til skriftlig besvarelse og spørsmål i ordinær spørretime. Kontroll- og konstitusjonskomiteen har også stilt spørsmål om operatørbyttet som ble besvart av Helse- og omsorgsministeren.

5.2.7 De regionale helseforetakenes evaluering av prosessen med anskaffelse av ambulansefly

I foretaksmøte 14. januar 2020 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å sørge for at det ble gjennomført en evaluering av prosessen med anskaffelse av ambulansefly, herunder at det ble gjort en vurdering av i hvilken grad problemene i tjenesten siden våren 2018 kan knyttes til denne. Frist for oppdraget ble satt til 15. september 2020. På grunn av koronapandemien ble det i foretaksmøte 9. juni 2020 gitt utsatt frist til 31. desember 2020. Helse Vest RHF har gjennomført evalueringen på vegne av de regionale helseforetakene med bistand fra Deloitte (Iversen, Panchakulasingam, Brune, Songstad, & Dugstad, 2021). Evalueringen omfatter anskaffel-

[33] Luftambulansetjenesten HF. Pressemelding januar 2021.

sens strategi-, oppstart-, konkurransedokument- og gjennomføringsfase.

Hovedpunktene fra evalueringen er oppsummert i det følgende:

Evalueringen viser at beredskapsutfordringene som oppstod før og etter operatørbytte, skyldes forhold som i stor grad er vanskelig å regulere gjennom en anskaffelsesprosess hvor det forutsettes at kontrakter skal etterleves.

Evalueringen viser at LAT HF gjennomførte en grundig anskaffelsesprosess. Anskaffelsen fulgte en metodikk som har vært benyttet tidligere i sammenliknbare anskaffelser og anskaffelsesprosjektet er gjennomført i samsvar med planer og anskaffelsesstrategi som ble vedtatt. Anskaffelsesprosjektet ble i all hovedsak tilført tilstrekkelige ressurser, og det er ikke indikasjoner på at manglende kapasitet eller kompetanse har hatt vesentlig negativ effekt på kvaliteten av konkurransegjennomføringen. Anskaffelsesprosessen er godt dokumentert og det er transparens når det gjelder vesentlige beslutninger som er fattet i løpet av anskaffelsen.

LAT HF valgte i konkurransegrunnlaget ikke å kreve virksomhetsoverdragelse dersom ny operatør ble tildelt oppdraget. Dette valget har hatt en negativ effekt som har skapt uro i pilotkorpset på grunn av problemstillinger vedrørende lønn, pensjon, ansiennitet og plassering av arbeidsplass. Et scenario der pilotene ikke går over til ny operatør medfører blant annet risiko for å miste verdifull og kritisk kompetanse og erfaring. Det registreres at LAT HF i spørsmålet om virksomhetsoverdragelse i hovedsak har bygget sin vurdering på utredning gjort om temaet i forbindelse med helikopteranskaffelsen som var en mindre omfattende konkurranse enn flyanskaffelsen. Hensynet til å sikre reell konkurranse var et viktig moment når det ble valgt ikke å innta krav om virksomhetsoverdragelse som en del av konkurransegrunnlaget.

Det framgår ikke av framlagt dokumentasjon at det i strategifasen ble beskrevet og vurdert et helhetlig risikobilde relatert til å kreve eller ikke kreve virksomhetsoverdragelse. I strategidokumentet risikovurderte LAT HF problemstillinger bl.a. knyttet til eventuelle arbeidskonflikter som kunne oppstå som en konsekvens av konkurranseutsettingen. Et risikoreduserende tiltak som ble drøftet i denne sammenheng, var å tildele kontrakt til to leverandører. Det ble tatt et valg om at kun én leverandør ble tildelt kontrakt. Dette var begrunnet med forhold knyttet til praktisk avvikling av tjenesten og at to leverandører ville bli vesentlig dyrere.

Konsekvensen av valgt strategi med hensyn til virksomhetsoverdragelse, ble at LAT HF anskaffet et flyselskap de facto uten piloter før oppbemanning startet i samsvar med plan framlagt i Babcocks tilbud. LAT HF har påpekt at blant mange høringsparter, var det Norsk Flygerforbund, LO og Legeforeningen som omtalte temaer relatert til virksomhetsoverdragelse i sine høringsinnspill forut for anskaffelsen.

I forbindelse med mottaksprosjektet ble det gjennomført et omfattende og systematisk risikoarbeid med ulike scenarioer etter hvert som ustabiliteten i tjenesten oppsto. Evalueringsgruppen i Helse Vest RHF mener at risiko knyttet til følger av valg om virksomhetsoverdragelse som ble tatt i strategifasen, kunne vært bedre utredet i en risikokontekst.

LAT HF har gjennom krav til leverandørene og mottaksprosjektet redusert risiko for manglende måloppnåelse og kontraktetterlevelse. Anskaffelsen er innrettet med omfattende krav og oppfølging fra LAT HFs side i mottaksprosjektet for å forhindre manglende kontraktetterlevelse. I tillegg ble det fra LAT HFs side satt i verk en betydelig beredskap av eksterne leverandører/samarbeidspartnere for å sikre at tjenesten ikke brøt sammen i forbindelse med operatørbyttet 1. juli 2019.

Gjennomgangen viser at manglende samarbeid mellom forrige operatør Lufttransport og Babcock før operatørskiftet, har hatt negativ innvirkning på stabiliteten. Dokumentasjonen viser at LAT HF har påpekt at Lufttransport ikke har lagt til rette for samarbeid i samsvar med kontrakten som gjaldt fram til bytte av operatør 1. juli 2019. Dette har spesielt hatt påvirkning på muligheten til opplæring og utsjekk av piloter. På den annen side fører Babcocks ansettelse av piloter fra Lufttransport til store utfordringer når de samme mannskapene både skulle utføre tjeneste for forrige leverandør og samtidig sikres opplæring og utsjekk på ny operatørs flyflåte. Dette førte til ustabilitet både før og etter operatørbyttet 1. juli 2019. Samtidig var det åpenbart en vanskelig situasjon for forrige operatør både å gjennomføre operasjoner

med gradvis synkende pilotmengde og samtidig ivareta operative kontraktsfestede krav. Dette var også, slik evalueringsgruppen i Helse Vest RHF forstår det, en av grunnene til at avtroppende leverandør ikke klarte/ønsket å samarbeide om operatørskiftet slik LAT HF ønsket. Det forhold at en operatør skal levere tjenester i samsvar med kontrakt samtidig som selskapet skal bidra inn i opplæring med de samme mannskapene, kan være utfordrende.

Evalueringen viser også at gjeldende arbeidsavtaler reduserte mulighetene til å plassere piloter etter behov når det gjaldt overtallige piloter stasjonært på Gardermoen i forbindelse med innfasing av jetfly.

En svakhet i kontrakten med tidligere leverandør var at den forutsatte operatørbytte på samtlige baser på samme helgedag i fellesferien, noe som økte sårbarheten ved operatørbyttet. Evalueringen viser at Babcock var villig til å overta flere baser før 1. juli 2019 for å redusere risikoen ved operatørbytte, men at partene ikke kom til enighet om en slik løsning med daværende operatør.

Forhold som pilotmangel ligger i utgangspunktet utenfor LAT HFs ansvar og kontroll. Leverandør skal levere en tjeneste og beredskap i samsvar med kontrakt. Krav om forsvarlig bemanning og beredskapsnivå er kontraktstyrt og dermed i utgangspunktet operatørs ansvar.

Gjennomgangen viser at LAT HF før, under og etter operatørbyttet er prisgitt leverandør som må håndtere utfordringer i forbindelse med avvikling av kontrakten og ny operatør som skal bygge opp et pilotkorps med over 90 piloter. LAT HF kommer dermed i et kontraktsforhold hvor det er risiko for manglende stabilitet både hos avtroppende og påtroppende leverandør. Beredskap i kontrakten er dimensjonert ut fra en normal situasjon hvor alt fungerer i samsvar med kontraktens intensjon.

Krav om nye fly har medført flere tekniske utfordringer som på kort sikt har medført redusert stabilitet i tjenesten. Dette er problemer som LAT HF forventet i tråd med ambisjoner om å fornye maskinparken, oppgradere navigasjonsutstyr mv. LAT HF hadde etablert ekstra beredskap for å håndtere disse utfordringene, men de tekniske problemene ble større enn det LAT HF og ny operatør hadde estimert.

Gjennomgang av anskaffelsesprosessen viser at personell med relevant kompetanse i hovedsak har blitt tilstrekkelig involvert i anskaffelsen, men at det var et potensial for større involvering av personell med spisskompetanse på flytekniske tema.

Det er forbedringspotensial i anskaffelsesprosessen, blant annet når det gjelder (tid til) forankring av anskaffelsesstrategi og kvalitetssikring av kravspesifikasjonen. Dette er også identifisert av anskaffelsesprosjektet selv. Det var ikke optimalt at anskaffelsesstrategien ble endret rett før utlysning, men evalueringen indikerer at dette ikke har hatt stor betydning på kvaliteten av konkurransegjennomføringen. Endelig vedtatt strategi er etter evalueringsgruppens mening etterlevd.

Det er ikke framlagt dokumentasjon som viser at det er gjennomført en overordnet strukturert risikokartlegging og -vurdering utover tekst i strategidokumentet og innsendte bidrag fra interessenter. Undersøkelsen synliggjør også at det var et potensial for at kravspesifikasjonen i større grad ble kvalitetssikret i et kostnadsperspektiv. Videre framkommer det at det var enkelte unøyaktigheter i kravspesifikasjonen som ble korrigert etter innspill fra leverandører.

Kvalifikasjonskriterier og tildelingskriteriene (inkludert vekting) framstår gjennomgående som hensiktsmessige sammenliknet med oppdragsgivers mål og risikobilde for konkurransen, og det har vært tilstrekkelige vurderinger og beslutningsprosesser i forbindelse med fastsettelse av kriteriene. Evalueringen viser at LAT HF har etablert tilfredsstillende verktøy, organisering og prosesser for gjennomføring og kvalitetssikring av tilbudsevalueringen. Prosessen er transparent gjennom dokumentasjon av evalueringsmodell, forhandlingsprosess og evalueringsresultater. Ressurser fra Sykehusinnkjøp HF var involvert i alle evalueringsgruppene for å påse at resultatene ble fastsatt basert på objektive kriterier.

Læringspunkter fra evalueringen er omtalt under avsnitt 7.2.

5.2.8 Statens helsetilsyns vurdering av luftambulansetjenesten

Statens helsetilsyn besluttet i januar 2020 å gjennomføre tilsyn med om befolkningen får forsvarlige

luftambulansetjenester, med utgangspunkt i problemene med flytjenesten i nord, særlig i (Troms og) Finnmark i 2018 og 2019. For å sikre god kjennskap til lokale forhold i nord ble tilsynet gjennomført i samarbeid med Statsforvalteren (tidligere fylkesmannen) i Nordland og i Troms og Finnmark. Rapport er forsinket og forventes å foreligge innen påsken 2021.

5.3 Innspill til ekspertgruppen

Ekspertgruppen har mottatt en rekke skriftlige og muntlige innspill, jf. kapittel 1. De fleste innspillene gjelder anskaffelsene og operatørbyttet i ambulanseflytjenesten, men flere peker også på erfaringer som gjelder for luftambulansetjenesten generelt.

Fagorganisasjonene vektlegger i sine innspill at anbudsprosessene utgjør en stor risiko for å miste erfarent og høyt kompetent personell i en tjeneste der det er viktig med tett samarbeid mellom de ulike personellgruppene som inngår i crewet. De framhever at erfaring, kompetanse og samhandling mellom operatør og helseforetak er kritiske faktorer og et vesentlig sikkerhetselement i luftambulansetjenesten og at dette er undervurdert i anbudsprosessen. Flere peker også på at det å være involvert i anbudsprosesser krever mye kapasitet og tid som tar oppmerksomhet bort fra pasientbehandling og fagutvikling. Dette gjelder både før anbudsrunder, og etterpå, når nye medarbeidere og prosedyrer skal fases inn. Dette settes også i sammenheng med pasientsikkerhet. Flere som har gitt innspill, tar disse forholdene til inntekt for at den operative delen av luftambulansetjenesten bør være organisert som en offentlig tjeneste. Andre innspill peker på at det bør stilles krav om virksomhetsoverdragelse av operativt personell.

Under gjengis enkelte hovedsynspunkt fra innspillene som er mottatt.

Norsk flygerforbund:

> «Det aller viktigste produktet pilotene leverer er flysikkerhet for pasienter og medisinsk personell. Kombinasjonen av høy risiko og et sterkt ønske om å bidra med livreddende innsats stiller høye krav til kontinuering operativ risikovurdering og tilhørende risikoreduserende tiltak.
>
> Operatørselskapene må legge til rette slik at besetningene i luftambulansetjenesten har best mulig utgangspunkt for å ta riktige risikovurderinger, og daglig må crewet vurdere egen risiko opp mot muligheten for å kunne bidra med livreddende behandling. Den desentraliserte basestrukturen stiller meget høye krav til kompetanse, erfaring, modenhet og selvstendighet hos besetningene som utfører tjenesten.»
>
> «Norsk Flygerforbund mener derfor at den operative driften av luftambulansetjenesten bør organiseres i offentlig regi i Luftambulansetjenesten, som den eneste delen av ambulansetjenesten som er konkurranseutsatt, må den sees som en integrert del av den totale ambulansetjenesten, og driftes i offentlig regi. Vi mener prinsipielt at anbud og operatørbytter ikke er forenelig med optimal styring, kvalitet og tilgjengelighet av helsetjeneste for befolkningen. [...]
>
> [...] Oppsummert er våre tilleggsinnspill at luftambulansetjenesten settes i fare dersom det legges for stor risiko, inkludert økonomisk risiko, på operatørene. Vi har pekt på virksomhetsoverdragelse og valutakurs som en stor og reell trussel for eksisterende operatører i eksisterende kontrakter. I sikring av kvalitet på tjenesten er det videre avgjørende viktig at den viktigste ressursen, ansatte, og deres erfaring og kompetanse, ivaretas.»

Parat:

> «Luftambulansetjenesten blir kritisk sårbar ved anbudsprosesser og operatørbytte der tilbyderne kan konkurrere direkte på ansattes vilkår, og når ansatte opplever trusler om nedbemanning, lønnsreduksjon, dårligere tjenestepensjon, beordring til nye baser, eller usikkerhet om de i det hele tatt har en jobb, ved hver kontraktsrunde. Om ansatte i denne tjenesten ikke klarer å legge vekk disse usikkerhetsmomentene når de er på jobb, kan det innebære en sikkerhetsrisiko. Denne situasjonen er det ingen som ønsker seg.»
>
> «Det bærende prinsipp for arbeidstakerorganisasjonen Parat, er at de ansatte ikke skal settes

i en tilsvarende situasjon lik den vi har hatt i den siste anbudsrunden for luftambulansetjenesten. Parat har derfor konkludert med at det beste for luftambulansetjenesten er at staten overtar driften selv.»

Norsk Sykepleierforbund:

«Anbudsrunder medfører at man risikerer å miste erfarent og høyt kompetent personell, og dermed ødelegge viktige fagmiljø. [...] For å drive luftambulanse kreves god fagkunnskap både blant bakke-, fly- og medisinsk personell. Det kreves et tett samarbeid mellom de ulike personalgruppene. Disse blir påvirket negativt av den usikkerheten en anbudsprosess innebærer. Dette vil igjen kunne gå ut over pasientsikkerheten.»

«Norsk Sykepleierforbund mener at helseforetakene snarest bør ha det fulle ansvar og kontroll med luftambulansetjenesten. Konkret bør det vurderes en modell der det er ett eller to helseforetak som er eier og operatør av flyambulansetjenesten.»

Fagforbundet:

«Særlig helikoptrene rykker ut dag og natt på kort varsel, ofte uten å ha detaljkunnskap om forholdene på hendelsesstedet, som landingsforhold, hindringer og værforhold. For flyambulansene gjelder mange tilsvarende utfordringer og erfaring og kunnskap om de særegne forholdene på kortbaneflyplassene er svært viktig. Derfor er denne tjenesten spesielt avhengig av å ha erfarne og samkjørte crew. Erfaringene fra de siste operatørbyttene i luftambulansetjenesten utfordrer denne kontinuiteten og kan derfor bidra til økt risiko i gjennomføring av oppdragene.»

«Fagforbundet mener at også den operative driften av luftambulansetjenesten bør organiseres i offentlig regi under de regionale helseforetakene.»

Den norske legeforening:

«Flere baser melder at anbudssystemet skaper en syklisk friksjon og turbulens i de operative miljøene. Det å være involvert i anbudsprosesser krever mye kapasitet og tid som tar fokus bort fra pasientbehandling og fagutvikling, både hos operatører og hos helseforetak. Operativt personell melder om uro på basene før slike anbudsrunder, og etterpå når nye medarbeidere og prosedyrer skal fases inn. Manglende mulighet for/bruk av virksomhetsoverdragelse har også vært en viktig faktor.»

«Legeforeningen synes det er vanskelig å gi en klar føring for fremtidig driftsmodell uten en grundig konsekvensutredning basert på et godt evidensgrunnlag om ulike modeller for drift.»

Finnmark legeforening:

«Luftambulansetjenesten fungerer som en enhet, med tett samarbeid mellom flymannskap og helsepersonell. Kvaliteten på tjenestene disse teamene utfører krever tillit, trening og god kommunikasjon. Et operatørbytte vil, ved store utskiftinger av personell, uunngåelig gi tap av kvalitet i arbeidet for en periode. Et slik regelmessig tap av kvalitet i tjenestene er uheldig og rammer pasientene.»

«Finnmark legeforening mener at Staten både bør eie og drive luftambulansetjenesten i sin helhet, noe som dermed inkluderer eierskap til, og drift av, både fly og helikoptre.»

NLA Redningsmannforening:

«NLARF mener framtidig driftsmodell med luftambulansetjenesten må ivareta de ansatte på en vesentlig bedre måte enn dagens modell. Det er de ansatte som sørger for kvalitet i tjenesten og disse må ikke byttes ut. Anbudskonkurranser kraver enormt mye arbeid fra svært mange ansatte. Dette gir vesentlig mindre rom til å fokusere på pasienten og de ansatte opplever uro og usikkerhet i sin arbeidshverdag. I en bransje hvor fokus på sikkerhet er avgjørende er dette svært uheldig. De ansatte må få lov til å ha fullt fokus på trygg gjennomføring av oppdrag, trygg pasientbehandling og trygge framtidsutsikter.»

«NLARF ønsker en driftsmodell som gir de ansatte forutsigbarhet og trygghet hva gjelder

lønns-, arbeids og pensjonsvilkår. Det innebærer at disse vilkårene ikke kan benyttes som del av konkurransegrunnlaget.

Det må samtidig sikres ivaretakelse og videreutvikling av kompetanse innen de relevante fagfelt. Dette mener vi vil gi de beste forutsetninger for fortsatt å levere en av verdens beste luftambulansetjenester – med fullt fokus på trygg gjennomføring av oppdrag og pasientbehandling.»

Norsk Flytekniker Organisasjon

«For å rekruttere og beholde flyteknikere i luftambulansen er forutsigbarhet rundt arbeidsforhold viktig. Når denne forutsigbarheten ikke foreligger er det fare for at flyteknikerne går over til andre mer stabile bransjer, og problemet med å skaffe kvalifisert personell eskalerer. NFO mener derfor at virksomhetsoverdragelse skal brukes ved anbudsprosesser, noe som vil sikre en mer effektiv og stabil videreføring av driften. Vi mener også det må være et krav om at det tyngre vedlikeholdet skal utføres i Norge, noe som vil være med på å utvikle og opprettholde flyteknisk kompetanse.»

Norsk Helikopteransattes Forbund

«Erfaringene med dagens modell har vært gode. Tjenesten har fungert fint siste 25 år. Modellen er sårbar for operatørendringer. Betinger at ny operatør klarer å få overtatt erfaring og kompetanse fra forrige operatør. Krever god kompetanse i alle ledd hos kjøper/bestiller. [...] Kompetanse kan sikres til ny operatør gjennom krav i anbudet. En metode er krav om virksomhetsoverdragelse, det sikrer ikke alle vilkår, men gir et gulv som kan gjøre det lettere å overføre personell/kompetanse. En kan gå enda lengre og kreve at ansattes betingelser overføres.»

Universitetssykehuset i Nord-Norge ved Akuttmedisinsk klinikk:

«I luftambulansetjenestene er erfaringsbasert kunnskap avgjørende for flysikkerhet og kvalitet. Dette gjelder lokale og regionale medisinske prosedyrer, flyoperative forhold og kunnskap om lokale og regionale samarbeidspartnere.»

«Vi mener at den beste, mest fremtidsrettede og mest bærekraftige modellen for luftambulansetjenester i Norge vil være insourcing og offentlig drift. Dette er i tråd med organisering av andre luftbaserte samfunnstjenester i velferdsstaten, som politi- og redningshelikoptertjenesten. Dette kan enklest gjøres ved at Staten kjøper opp de norske delene av dagens operatørselskaper.

Alternativet er offentlige anskaffelser hvor Staten legger til grunn virksomhetsoverdragelse, og krav om to tilbydere for ambulansefly og to tilbydere for ambulansehelikoptre som konkurrerer om drift av landets fire helseregioner. Forbigående eller permanente monopol til private tilbydere med eller uten ideell forankring bør unngås.»

Oslo universitetssykehus ved Prehospital klinikk:

«Vi har ved tidligere anbudsrunder opplevd at denne prosessen har stjålet operatørselskapenes oppmerksomhet vekk fra den daglige driften. Dette skyldes sannsynligvis at anbudsrundene oppleves som krevende og viktig arbeid for potensielle tilbydere – forståelig nok. I tillegg opplever vi at åremålsstillinger ikke er en egnet ansettelsesform i en tjeneste som er så sentral i det norske helsevesenet som Luftambulansetjenesten er. I en fremtidig modell bør personellet som bidrar til en robust Luftambulansetjeneste sikres på en bedre måte enn det gjøres i dag. Utskifting av personell ved operatørbytter medfører tap av dyrekjøpt erfaring og kunnskap, og etterlater tjenesten sårbar for regresjon. Vi mener derfor at virksomhetsoverdragelse må være et grunnleggende premiss i luftambulansetjenesten. Helikopter og fly er utskiftbare, men langvarig erfaring og kompetanse i en spesialisert tjeneste lar seg ikke erstatte ved operatørbytter, men må bygges opp over mange år.»

St. Olavs hospital ved Klinikk for akutt- og mottaksmedisin:

«Vi mener at en endret driftsmodell av luftambulansetjenesten ikke vil bringe oss nærmere en løsning på det faktiske problemet. Det er mange kvaliteter i dagens organisering og driftsordning, og det vil være direkte feil å ikke

anerkjenne den betydelige kvalitetsøkingen tjenesten har kunnet nyte godt av, som en direkte konsekvens av anbudsordningen gjennom flere tiår. Det aspektet som imidlertid er minst ivaretatt, og som har utløst prosessen vi nå står oppe i, er ivaretakelse av tjenestens operative personell. Vi støtter derfor endringer i anbudsprosessen som ivaretar videreføring av kompetanse og erfaring blant tjenestens ansatte på en bedre måte enn i de foregående anbudsrundene.»

Flere innspill peker på at evalueringskravene i for liten grad vektlegger kriterier knyttet til kvalitet, kompetanse og beredskap og at dette taler for at kvaliteten og presisjonen på anbudsutlysningene og evalueringen bør forbedres. Flere innspill peker på svakheter ved de risiko- og sårbarhetsanalysene som ble gjort, og at det ikke i tilstrekkelig grad ble tatt høyde for hvilke konsekvenser bortfall av nøkkelpersonell kunne gi for beredskapen. Tidligere erfaringer har vist at det kunne oppstå problemer med innfasing av nytt flymateriell, og at disse erfaringene ikke ble brukt for å sikre beredskapen i en overgangsperiode bedre.

NLA AS:

«Mange av evalueringskravene er knyttet til kvalitet som kan kjøpes for penger, og som etter vår oppfatning dermed strengt tatt dreier seg om kostnad og pris.»

BSAA AS:

«Legg basevis overtakelse som en forutsetning for oppstart av kontrakter. Legg overtakelse av kontrakt til hverdager dagtid.»

Både medisinske fagmiljøer og kommuner i Finnmark har pekt på at utfordringene i ambulanseflytjenesten, som startet våren 2018, har skapt usikkerhet og utrygghet hos helsepersonell og i befolkningen.

Ordfører Alta kommune:

«Utryggheten innbyggerne har følt og føler på, er vanskelig for mange. Krisen skaper bekymringer hos syke, hos gravide, hos pårørende og i befolkningen generelt. I tillegg kommer påkjenningen ansatte innen helse har stått i, helseansatte rundt om har gjort en formidabel jobb i den krevende tida. Situasjonen må ikke gjenta seg.»

Foto: Luftambulansetjenesten HF

6

Utfordringer med dagens organisering av luftambulansetjenesten

6.1 Innledning

Luftambulansetjenesten i Norge holder et høyt internasjonalt nivå både medisinsk og flyoperativt. Tjenesten regnes i dag som ledende innen utvikling av legehelikoptervirksomhet i Europa.

Den norske luftambulansetjenesten opererer under krevende forhold med store avstander, alpint terreng og skiftende vær. Sikkerhetsnivået er høyt, og det stilles høye krav til formell kompetanse og erfaring for å jobbe i tjenesten. Ambulansehelikopteroperasjoner har en særlig høy risikoprofil, og oppdragene flys med et bredt spekter av sikkerhetsutstyr som radarnavigasjon, GPS-ruter for instrumentflyging ved dårlig sikt (EILAT/PinS), moderne nattsynutstyr (NVG) og værkamerasystem.

Beredskapsutfordringene i ambulanseflytjenesten i 2018 og 2019 skapte diskusjon rundt modellen for operativ drift av luftambulansetjenesten, og reiste spørsmål om tjenesten fortsatt bør konkurranseutsettes. De fleste innspillene ekspertgruppen har mottatt, gjelder anskaffelsen og operatørbyttet innen ambulanseflytjenesten. Ekspertgruppen har også mottatt flere innspill om utfordringer knyttet til den overordnede organiseringen av luftambulansetjenesten. Flere innspill, særlig fra helseforetakene, peker samtidig på at Norge har en av verdens beste luftambulansetjenester, og det er viktig at man ivaretar og videreføre kvaliteten i tjenesten. I dette kapittelet omtales utfordringer med dagens organisering av operatøransvaret som har direkte sammenheng med ekspertgruppens mandat. I tillegg omtales utfordringene som er knyttet til den overordnede organiseringen av tjenesten hvor ekspertgruppen foreslår forbedringstiltak i dagens modell. Omtalen er basert på innspill som ekspertgruppen har mottatt jf. kapittel 1, informasjon fra tidligere utredninger av luftambulansetjenesten, evalueringer fra LAT HF og operatørene av anskaffelsesprosessen.

6.2 Utfordringer med organisering av operatøransvaret

Som beskrevet i kapittel 5, er det risiko forbundet med anskaffelse av nytt materiell og utstyr, og det kan være utfordrende å sikre en sømløs overgang fra gammel til ny operatør. Spørsmålet om virksomhetsoverdragelse av personell har vært vesentlig i både fly- og helikoptertjenesten. Løsningen med én leverandør i helikoptertjenesten og flere helikoptertyper er beskrevet som potensielle utfordringer ved dagens kontrakt.

6.2.1 Uro rundt anskaffelsesprosessene

Anskaffelsesprosessene i luftambulansetjenesten beskrives som krevende. Flere av helseforetakene og fagforeningene har spilt inn til ekspertgruppen at det krever mye kapasitet og tid både hos operatører og helseforetakene og tar oppmerksomhet bort fra daglig drift og fagutvikling. Oslo universitetssykehus HF har også pekt på at nasjonale anbudsrunder binder opp LAT HF på bekostning av andre oppgaver som drift og utvikling av luftambulansetjenesten.

Operativt personell melder om uro på basene rundt anskaffelsesprosessene, og etterpå, når nye medarbeidere og prosedyrer skal fases inn. Konkurranse om ansattes vilkår med risiko for lønnsreduksjon, dårligere tjenestepensjon og usikkerhet rundt framtidig jobbsituasjon, skaper uro i det operative miljøet. NLA AS skriver i sitt innspill at uroen rundt anskaffelsesprosessene gjør at kontrakter som kan termineres etter seks år oppleves som kortsiktige, og at usikkerheten oppstår allerede når operatørene inviteres til dialog om kravspesifikasjon to og et halvt til tre år før kontraktslutt.

NLA AS har pekt på usikkerheten som oppstår om jobbsikkerhet og arbeidsvilkår i forbindelse med hyppige anbudskonkurranser, som en stor belastning for de ansatte og deres familier. Uroen innebærer også en sikkerhetsrisiko dersom de ansatte ikke klarer å legge vekk usikkerheten rundt anbudskonkurransen når de er på jobb.

De fleste fagorganisasjonene og enkelte andre som har gitt innspill, tar disse forholdene til inntekt for at den operative delen av luftambulansetjenesten bør være organisert som en offentlig tjeneste. Andre innspill peker på at det bør stilles krav om virksomhetsoverdragelse av operativt personell for å redusere usikkerheten ved senere anbudskonkurranser, jf. avsnitt 5.3.

6.2.2 Operativ risiko ved operatørbytte

Luftambulansetjenesten er en viktig del av den akuttmedisinske beredskapen, og oppmerksomheten rundt tjenesten har i hovedsak omhandlet risikoen ved operatørbytte.

Det skilles mellom reelle operatørbytter og kontraktsmessige operatørbytter. Et reelt operatørbytte innebærer bytte fra en operatør til en annen. Et kontraktsmessig operatørbytte er oppstart av ny kontrakt med samme operatør. Et kontraktsmessig operatørbytte innebærer mindre risiko for store utskiftninger av personell og materiell, slik et reelt bytte gjør. Men det vil likevel være en risiko for forsinket leveranse av materiell fra produsent og tekniske problemer med nye fartøy også ved oppstart av ny kontrakt. Det var for eksempel en periode med redusert beredskap ved tildeling av ny kontrakt for ambulansefly i 2009 selv om kontrakten med Lufttransport FW AS ble videreført, jf. avsnitt 5.2.5.

Erfaringen er at hver gang det byttes operatør på en base, oppstår det uro blant de ansatte på basene, og oppmerksomheten rettes bort fra tjenesten. Ved et operatørbytte må prosedyrer og samarbeidet med den medisinske delen av tjenesten og LAT HF delvis gjenoppbygges. Det tar tid for nye å gjøre seg kjent i operasjonsområdet og det tar tid for ny operatør å etablere best mulig samarbeid mellom det flygende personellet inkludert helsepersonellet (Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS, 2015).

I utredningen Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus (NOU 2015: 17, 2015) pekte utvalget på at det er en fare for at operatørbytte ved inngåelse av nye kontrakter bryter en god samhandling som er opparbeidet mellom operatør og helseforetak gjennom flere år. Utvalget uttaler at denne samhandlingen er en forutsetning for sikker gjennomføring av oppdragene. Nasjonalt senter for distriktmedisin (NSDM) skriver i sitt innspill at kjennskapen som helsepersonell har til ressursene de skal samarbeide med, er et viktig element for å gjøre lokale helsetjenester robuste. Ved samarbeid under stressende betingelser, som ulykker og kriser, er det en fordel at samarbeidet er bygget på tillit og kjennskap til hverandres roller. Dette tar tid å bygge opp og er viktig å vedlikeholde når den først er bygget.

Fagorganisasjonene legger også i sine innspill vekt på at anbudsprosessene utgjør en stor risiko for å miste erfarent og høyt kompetent personell innenfor en tjeneste der det er særlig viktig med tett samarbeid mellom de ulike personellgruppene som inngår i crewet. De framhever at erfaring, kompetanse og

samhandling mellom operatør og helseforetak er kritiske faktorer og et vesentlig sikkerhetselement i luftambulansetjenesten jf. avsnitt 5.3.

6.2.3 Utrygghet i befolkningen

Både medisinske fagmiljøer og kommuner i Finnmark har pekt på at utfordringene i ambulanseflytjenesten som startet våren 2018, skapte usikkerhet og utrygghet både hos helsepersonell og i befolkningen om hvorvidt en akuttmedisinsk tjeneste er tilgjengelig når pasientene trenger det. Dette er en del av landet der mange har lang avstand til sykehus og få gode transportalternativer.

Det var stor mediaoppmerksomhet lokalt og nasjonalt rundt anskaffelsen og operatørbyttet i ambulanseflytjenesten i 2019, jf. avsnitt 5.2.4. Høsten 2019 uttrykte leger i Finnmark og Troms stor bekymring i media for at liv kunne gå tapt som følge av den reduserte beredskapen.

I en medisinsk nødsituasjon er sannsynligvis den viktigste faktoren for pasienten og pårørende å kunne stole på rask respons, kvalifisert medisinsk vurdering og behandling og rask transport til riktig sykehus. Dette er spesielt viktig ved stor avstand til sykehus (Østerås, 2019). En studie av Harbitz og medarbeidere (Harbitz, Brandstorp, & Gaski, 2019) viser at pasientene ved sykdom ofte tar med transportmulighetene når de vurderer om/når de skal kontakte lege. Dette betyr at usikkerhet rundt transport kan påvirke legesøkningsadferd negativt.

6.2.4 Begrenset handlingsrom i løpende kontrakter

Akuttutvalget pekte på at regelverket for offentlige anskaffelser og langvarige kontrakter setter begrensninger for endringer i luftambulansestrukturen mens kontraktene løper, og at det kan ta lang tid fra et nytt behov oppstår til luftambulansetjenesten kan etterkomme behovet (NOU 2015: 17, 2015).

I luftambulansetjenesten er det, sammenliknet med tidligere, relativt lang varighet på avtaler både for ambulansehelikopter og ambulansefly. Etter etableringen av Statens luftambulanse i 1988 inngikk Rikstrygdeverket femårs kontrakter med de enkelte flyselskapene. I dag har sammenliknbare tjenester tilsvarende lengde på avtaleperiodene som i Norge (seks+to+to år). SAR-kontrakten på Svalbard som startet 1. april 2014 var også på seks+to+to år. I Sverige har de fleste avtalene ni års lengde, og i Finland har alle avtalene ni års lengde.

Luftambulansetjenesten er i rask endring både operativt, redningsteknisk og medisinsk. Flere faktorer, som utvikling av nye behandlingsmuligheter ved tidskritiske tilstander og omorganisering av sykehusfunksjoner, kan medføre at bruken av luftambulansetjenester må kunne endres raskere og på en mer fleksibel måte enn ved dagens lange anbudskontrakter. Lange kontrakter kan utfordre behovet for nødvendig fleksibilitet og tilpasset bruk av luftambulansetjenester til nye behandlingsmetoder. Kortere kontraktsperioder ville kunne endre tjenesten raskere hvis strukturendringer/behov i helsetjenesten skulle tilsi det. Dersom ambisjonen er å utvikle tjenesten i takt med de mulighetene som ny teknologi og ny kompetanse gir, kan dagens ordning innebære en begrensning.

Fleksibilitet innenfor kontrakten kan avtales, men vil ofte føre til en høyere kostnad.

6.3 Utfordringer med overordnet organisering av luftambulansetjenesten

Ekspertgruppen har mottatt innspill fra flere av de medisinske fagmiljøene om at den komplekse organiseringen av luftambulansetjenesten med delt ansvarsforhold og arbeidsgiveransvar, skaper uklare ansvarslinjer og roller i tjenesten og at det gir lange kommunikasjonslinjer som hindrer god informasjonsflyt.

Helseforetakene der luftambulansebasen er lokalisert har arbeidsgiveransvaret for medisinsk personell – leger og sykepleiere. Operatørselskapet har arbeidsgiveransvar for redningsmenn, piloter og teknikere. Samarbeidsavtalene inngått mellom operatør, LAT HF og helseforetaket beskriver ansvarsforhold og faglig/praktisk oppgavefordeling mellom partene, og regulerer samspillet mellom arbeidsgiverne. HMS-arbeidet ved basen skal samordnes jf. arbeidsmiljøloven (Arbeidsmiljøloven, 2005). I denne

sammenhengen regnes operatør som hovedbedriften og har samordningsansvaret.

6.3.1 Systemer og rutiner for avvikshåndtering

Det er de ansvarlige for den flyoperative og medisinske delen av tjenesten som har ansvar for kvaliteten på tjenesten. Hendelser[34] og avvik[35] fra gjeldende krav skal meldes og behandles i henhold til kvalitetssystemet til operatøren eller helseforetaket.

Avvik knyttet til driften av det flyoperative, redningstekniske, basene og HMS skal rapporteres i operatørens hendelsesrapporteringssystem. Operatøren har oppfølgingsansvar for operative og tekniske avvik. I samarbeidsavtalene for ambulanseflytjenesten som er inngått mellom operatør, LAT HF og helseforetaket, er det stilt krav om at personell fra helseforetaket som gjør tjeneste om bord i ambulansefly, skal ha tilgang til å rapportere og følge opp avvik i operatørens hendelsesrapporteringssystem. I samarbeidsavtalene for ambulansefly- og ambulansehelikoptertjenesten er det også stilt krav om at medisinsk ledelse ved basen regelmessig skal holdes orientert om relevante flyoperative avvik og hendelser. LAT HF har tilgang til avvikene og følger også med for å kunne gi føringer og råd.

Medisinske avvik og hendelser som har medført skade eller fare for betydelig pasientskade, skal rapporteres til helseforetaket og eventuelt relevant myndighet i henhold til gjeldende regelverk. Helseforetakene har oppfølgingsansvar for medisinske avvik og hendelser med pasient. Flykoordineringssentralen rapporterer avvik i hendelsesrapporteringssystemet til LAT HF.

Det delte ansvarsforholdet i luftambulansetjenesten med separate kvalitetssystemer gjør at tjenesten ikke har et samlet system for oversikt og oppfølging av medisinske og flyoperative avvik.

Ekspertgruppen har mottatt flere innspill om at det er usikkerhet om hvor avvik skal rapporteres.

I forbindelse med den reduserte ambulanseflyberedskapen etter operatørskiftet i 2019 er det framkommet tilbakemeldinger om at avvikssystemet ikke fungerte, at det var komplisert å melde avvik og at det forekom mye underrapportering.

6.3.2 Integrering av luftambulansetjenesten

De regionale helseforetakene har ansvar for at bil-, båt- og luftambulansetjenesten i nødvendig grad er samordnet nasjonalt (Akuttmedisinforskriften, 2015). Samtidig er de regionale helseforetakene pålagt å finne en hensiktsmessig organisering av luftambulansetjenesten slik at den inngår som en integrert del av den samlede ambulansetjenesten og den øvrige helsetjenesten lokalt. LAT HF skal bidra til nasjonalt samarbeid i spørsmål om luftambulansetjenesten med vekt på nettverkssamarbeid mellom helseforetakene.

Akuttutvalget anbefalte at de regionale helseforetakene fortsatt skal samarbeide om tjenesten for å ivareta behovene på et nasjonalt nivå, men at luftambulansetjenesten også må ses i sammenheng med øvrig ambulansetjeneste og akuttmedisinsk beredskap (NOU 2015: 17, 2015).

Flere innspill som ekspertgruppen har mottatt, peker på at dagens organisering av luftambulansetjenesten er en utfordring for integrering i den samlede ambulansetjenesten og forankringen i helseforetakene. Dette er påpekt blant annet av Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) ved akuttmedisinsk klinikk og flere fagforeninger som Den norske legeforening, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Norsk Flygerforbund.

6.3.3 Retningslinjer for bruk av luftambulansetjenesten

Noen av innspillene ekspertgruppen har mottatt, omhandler utfordringer ved rekvirering av luftambulanse og prioritering av pasienter. Rekvirering av luftambulanse er beskrevet som omfattende med mange ledd (jf. avsnitt 2.2.4). Rekvirering var spesielt krevende ved operatørbyttet på ambulansefly i 2019 fordi dette medførte en knapphet på luftambulanseressurser og økt behov for prioritering.

[34] Hendelse: Hendelse eller potensiell hendelse som har eller kunne ha medført skade på mennesker, miljø eller materielle verdier (Helse Nord RHF et al., 2018).

[35] Avvik: Mangel på oppfyllelse av krav i henhold til avtaler og håndbøker (Helse Nord RHF et al., 2018).

Da luftambulansetjenesten ble etablert, var det en allmenn oppfatning at ressursen skulle være forbeholdt akuttmedisinske tilstander. Luftambulansetjenesten er viktig for å oppfylle målet om likeverdige helsetjenester, og har utviklet seg til å bli en sammensatt tjeneste som dekker flere behov enn de rent akuttmedisinske. Det er flere årsaker til dette:

- Endringer i medisinsk behandling har ført til større krav til sentralisering av flere tjenester, f.eks. behandling av akutt hjerteinfarkt og kompliserte skader.
- Funksjonsfordeling mellom sykehus har medført økt behov for overflytting mellom sykehus, også av alvorlig syke pasienter.
- Press på intensivavdelingene ved de store sykehusene medfører økt behov for tidlig tilbaketransport til lokalsykehusene.

Samtidig fører økte muligheter for presis, prehospital diagnostikk og behandling til at pasientene i større grad flys direkte til rett behandlingssted. Dette vil kunne medføre noe lengre flytid på primæroppdraget, men redusere antall sekundæroppdrag.

Bruk av luftambulanse skal alltid vurderes opp mot bruk av ambulansebil eller ambulansebåt og skal gi en forventet økt helsegevinst i forhold til bruk av andre ressurser. Fordi luftambulansen dekker ulike behov, vil helsegevinsten ved ulike oppdrag variere avhengig av blant annet tilstand og geografiske forhold.

Akuttutvalget vurderte at de nasjonale retningslinjene for bruk av luftambulanse må konkretiseres lokalt for å imøtekomme landets ulike geografiske forutsetninger. Utvalget mente at dette mange steder vil innebære at tjenesten må prioritere oppdrag der det er lang avstand til sykehus med akuttfunksjoner (NOU 2015: 17, 2015).

6.3.4 Kvalitet og ledelse i luftambulansetjenesten

LAT HF har etablert nasjonale standarder for luftambulanseleger og flysykepleiere, og en nasjonal standard for helsepersonell som transporterer syke nyfødte i luftambulansetjenesten (Luftambulansetjenesten HF, 2016). Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har etablert nasjonal standard for redningsmenn i luftambulanse- og redningshelikoptertjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet & Justis- og beredskapsdepartementet, 2002). Det medisinsktekniske utstyret er likt i hele tjenesten og forvaltes av LAT HF.

Helseforetaket som har det medisinske ansvaret for basen, er ansvarlig for medisinske retningslinjer og prosedyrer for pasientbehandling. Virksomhetsleder i helseforetaket er ansvarlig for organiseringen av den medisinske tjenesten. Hver luftambulansebase har en medisinsk leder som er en lege ansatt av helseforetaket. Medisinsk leder ivaretar basens daglige medisinske drift.

Ulikheter i smittevernrutiner mellom de ulike basene under covid-19 pandemien trekkes av Stiftelsen norsk luftambulanse (SNLA) fram som et eksempel på at mangelen på en overordnet nasjonal ledelse for det medisinske personellet er utfordrende for luftambulansetjenesten. NLA AS og Legeforeningen beskriver det også som utfordrende at helseforetakene definerer sine egne prosedyrer, og begrunner dette med at avtalt flåtestruktur og bakvaktordning innebærer at mannskapene må være forberedt på å jobbe hvor som helst når som helst. For legehelikoptrene melder flere medisinske miljø om høy gjennomstrømning av piloter og redningsmenn sammenliknet med tidligere. Dette er problematisk for lokalkunnskap, samtrening og medisinsk kvalitet i helikoptertjenesten. Forskjeller i prosedyrer inkludert en egen måte å pakke medisinsk utstyr på, er en utfordring som kan medføre økt risiko i pasientbehandlingen.

Legeforeningen mener det er behov for et nasjonalt samstemt tilbud, og et mer systematisk arbeid med standardisering av medisinsk kvalitet i ambulanseflyene. SNLA anbefaler i sitt innspill til ekspertgruppen en overordnet nasjonal, eventuelt regional, ledelse for den medisinske delen av luftambulansetjenesten og at det utarbeides nasjonale medisinske retningslinjer for tjenesten. SNLA mener at det vil gjøre det enklere for luftambulansetjenesten å etterleve forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017).

Foto: Fotograf Esten Borgos,
Borgos Foto AS

7

Modeller for framtidig organisering og drift av luftambulansetjenesten

I dette kapittelet beskrives aktuelle modeller for framtidig organisering og drift av den operative delen av luftambulansetjenesten, slik det går fram av mandatet:

- Dagens modell, herunder forbedringsmuligheter av denne
- Modell med offentlig drift
- Modell med drift av ideelle aktører

Mandatet åpner også for at andre modeller utover de ovennevnte kan vurderes.

Ekspertgruppen er bedt om å drøfte fordeler og ulemper med at det i dag er to forskjellige anbud, dvs. ett for ambulansefly og ett for ambulansehelikopter, samt drøfte fordeler og ulemper ved eventuelt å dele anbudene opp geografisk. Dette inngår i drøftingene om mulige endringer i dagens modell i avsnitt 7.2. I avsnitt 7.5 drøfter utvalget fordeler og ulemper med de ulike modellene. Utvalgets tilrådning går fram av avsnitt 7.6.

7.1 Dagens modell

For å sammenlikne modellene som er gitt i mandatet, er det viktig å tydeliggjøre de organisatoriske forskjellene mellom modellene. I dette avsnittet beskrives de organisatoriske egenskapene ved dagens modell.

7.1.1 Bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll med operatørene

De regionale helseforetakene har sørge for-ansvaret for luftambulansetjenesten og vedtar basestruktur og dimensjonering av tjenesten, herunder budsjett. De regionale helseforetakene fastsetter gjennom oppdragsdokumentet et årlig oppdrag og bestilling til LAT HF med utgangspunkt i overordnede føringer og krav fra Stortinget og Helse- og omsorgsdepartementet, økonomiske rammer og faglige prioriteringer (jf. boks 7.1).

LAT HF er avtalepart med operatørene og ivaretar bestillerfunksjonen på vegne av de regionale helseforetakene.

LAT HF gjennomfører kontinuerlig kvalitets- og sikkerhetsrevisjoner, avholder oppfølgingsmøter i tråd med kontraktsfestet rapportering og har løpende kontakt med leverandørene for å følge opp at tjenestene leveres i henhold til avtale. Det går fram av kontrakten med leverandørene hvilke regler som gjelder hvis utførelsen av tjenesten ikke leveres i henhold til det som er avtalt.

7.1.2 Selskapsform og organisering av operatørene

Begge operatørene i luftambulansetjenesten er organisert som aksjeselskap; Norsk Luftambulanse

Boks 7.1 Prinsipper for styring av felleseide selskaper

LAT HF er organisert som felleseid helseforetak med eget styre (jf. avsnitt 2.2.2). Styret er oppnevnt av og med medlemmer fra de fire regionale helseforetakene og er valgt med en funksjonstid på ett år. Funksjonen som styreleder går på omgang mellom de regionale helseforetakene. Hovedansvaret for oppfølgingen av foretakets virksomhet er lagt til det regionale helseforetaket der selskapets styreleder utgår fra.

Det avholdes ordinært to foretaksmøter årlig. Eiernes oppdragsdokument behandles i foretaksmøte i februar. Foretakets årsberetning, regnskap og årlig melding behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni. De strategiske målsettingene og rammene for tjenesten fastsettes gjennom strategiprosesser i forbindelse med anskaffelser av luftambulansetjenester.

Kilde: Helse Nord RHF – Styresak 121-2015 Prinsipper for styringen av de regionale helseforetakenes felleseide selskaper

AS og Babcock Scandinavian AirAmbulance AS. Begge selskapene har norsk AOC[36], lisens og driftstillatelse i tråd med Luftfartstilsynets krav (Luftfartstilsynet, 2020), jf. avsnitt 2.3.

[36] Luftfartstilsynets godkjenning av organisasjon, fartøy og håndbøker sett opp mot selskapets konkrete drift.

Krav til organisasjonen

Kravene til organisasjon innebærer at man som et minimum må ha et antall definerte nøkkelpersoner (Nominated Person) som er godkjent av Luftfartstilsynet for å inneha rollen som ansvarlig for sitt fagområde. Dette gjelder rollene som flygesjef (NPFO – Nominated Person Flight Operation), teknisk sjef (NPCA – Nominated Person Counting Airworthi-

Boks 7.2 Organisasjonsstruktur – NLA AS

NLA AS er p.t. operatør for alle 13 ambulansehelikopterbasene i Norge samt alle fire baser i Danmark. Selskapets tekniske hovedbase er på Gardermoen, hvor alt tyngre vedlikehold gjennomføres. Administrasjonen er i Oslo.

Selskapet har vel 200 ansatte, herav om lag 75 piloter, 75 redningsmenn, 40 teknisk personell og 15 administrativt ansatte. Selskapets aktivitet i Norge og Danmark drives under samme AOC, dvs. med felles operativ ledelse.

Flygesjefen har det operative ansvaret og er personlig ansvarlig for de om lag 15 000 oppdragene som selskapet flyr per år. Flygesjefen ivaretar ansvaret for operativ kontroll gjennom autorisasjon av predefinerte operasjoner til den enkelte fartøysjef/pilot på vakt. Det er strenge krav til dokumentert vedlikehold av ferdigheter for flyoperativt personell gjennom trening. Dette ivaretar flygesjefen gjennom beordring av treningsaktivitet, dels i simulator og dels ute på basene.

Det øverste ansvaret tilligger Accountable Manager, som i NLA AS også er administrerende direktør. Ansvarlig leder har ansvaret for at operasjonen til enhver tid drives på et akseptabelt sikkerhetsnivå og at nødvendige ressurser for å oppnå dette stilles til rådighet. Ansvarlig leder har personlig ansvar direkte ovenfor luftfartsmyndigheten. Dette ansvaret ivaretas bl.a. gjennom et regelverkbestemt Safety Review Board som består av ansvarlig leder og alle de definerte nøkkelpersonene i henhold til regelverket. Safety Review Board overvåker sikkerhetsnivået i operasjonen gjennom et Safety Management System.

Kilde: Norsk Luftambulanse AS

Boks 7.3 Organisasjonsstruktur – BSAA AS

Babcock Scandinavian AirAmbulance AS (BSAA AS) ble fra juli 2019 operatør for alle sju ambulanseflybaser i Norge. Selskapets søsterselskap opererer ambulansefly og -helikopter ved 14 baser i Sverige og Finland. Eierkonsernet, Babcock International Group, driver også luftambulanse i Storbritannia, Australia, Spania, Italia, Frankrike, Portugal og Tyskland. BSAA AS har hovedkontor i Tromsø, der det er satt i gang bygging av ny hangar for tyngre teknisk vedlikehold. Lettere vedlikehold utføres på basene av tilsatte teknikere. Selskapet har flysimulator som er lokalisert ved treningsavdelingen på Gardermoen.

BSAA AS har 160 ansatte. Av disse er 107 piloter, hvorav seks er administrative piloter og 19 er standbypiloter. 20 medarbeidere er tilknyttet teknisk avdeling, derav åtte ansatt i CAMO med 24/7 vaktordning, fire medarbeidere i treningsavdelingen, fire i en 24/7 operasjonssentral og ti administrative medarbeidere.

Selskapets aktivitet i Norge drives under norsk AOC, CAMO og ATO[1]. Part 145[2] er underlagt den svenske virksomheten. BSAA AS har følgende nominerte personer som er godkjent av Luftfartstilsynet:

Flygesjefen har ansvar for at flyoperasjonene foregår trygt og sikkert i henhold til gjeldende lover og regler. Ansvarlig leder har ansvar for at flyselskapet driftes etter intensjonen og at organisasjonen har midler til å drive sikkert. Disse er nominerte personer som er godkjent av Luftfartstilsynet, sammen med sjef bakkeoperasjoner, teknisk sjef og treningssjef.

For å ivareta sikkerhetsarbeidet og etterlevelse av regler, kontraktkrav og prosedyrer mv. har selskapet besatt funksjonene som leder sikkerhet (Safety Manager), leder samsvar (Compliance Monitoring Manager) og sjefsflyger (Chief Pilot) på hver flytype.

Kilde: Babcock Scandinavian AirAmbulance AS

[1] AOC og CAMO er nærmere omtalt i avsnitt 2.3.3. ATO – Approved Training Organisation (godkjent flyskole).

[2] EASA Part 145 – krav til vedlikehold av luftfartøy.

ness), treningssjef (NPCT- Nominated Person Crew Training), sjef bakkeoperasjoner (NPGO -Nominated Person Ground Operations) og ansvarlig leder (Accountable Manager). Disse nøkkelpersonene har et personlig ansvar for sitt fagområde overfor Luftfartstilsynet. Man må også ha en kvalifisert sikkerhetsleder (Safety Manager) og en samsvarsleder (Compliance Monitoring Manager)[37].

Innenfor hvert ansvarsområde er det krav om å etablere og løpende oppdatere håndbøker som dokumenterer hvordan virksomheten skal drives. Strukturen for håndbøkene er gitt fra luftfartsmyndigheten, mens innholdet er selskapsspesifikt. Innenfor det flyoperative området utgjør håndbøkene et omfattende volum med én del som beskriver hvordan operasjonen generelt skal drives (OM-A: Operations Manual), én del som beskriver operasjon av den enkelte type luftfartøy (OM-B), og én del som inneholder kartmateriale for alle flyplasser som selskapet vil benytte (OM-C) og én del som beskriver trening (OM-D).

[37] Organisasjonskart for NLA AS og BSAA AS følger i vedlegg.

7.1.3 Anskaffelse, finansiering og drift av fly og helikopter

LAT HF er finansiert gjennom tilskudd fra de fire eierne beregnet ut fra baseplassering og aktivitet i den enkelte region. Kostnadene håndteres innenfor de økonomiske rammene som staten stiller til disposisjon for de regionale helseforetakene gjennom de årlige statsbudsjettene (jf. avsnitt 2.2.3).

Avtalen med operatørene omfatter en komplett tjeneste inkludert teknisk og operativ drift av luftambulansetjenesten. LAT HF stiller krav til materiellet (antall og type fly og helikopter) gjennom anbudsutlysningen.

Kontraktene med de to operatørene er delt i faste månedlige vederlag (personell/lønn, forsikring, kapitalkostnader, fortjeneste mv.) og variable vederlag (timeuttak, drivstoff mv.). Investeringskostnader til fly og helikopter inngår i kontraktsforpliktelsene og betalingen fordeles utover kontraktsperioden. Begge operatørene som har kontrakt i dag, leaser helikopter og fly.

Svingende valutakurs utgjør en økonomisk risiko for operatøren. Fly og helikopter med tilhørende deler er kostbare, og disse anskaffes hos utenlandske produsenter. Valutakursen som det enkelte operatørselskap legger til grunn, har innvirkning på tilbudene i anbudskonkurransen. Det vil være usikkerhet knyttet til tilbydernes anslag om framtidig valutakurs. Vedvarende svak kronekurs gjør tilbydernes utgifter større enn antatt, og en økning i utgifter på det som er handlet i f.eks. euro eller dollar.

Luftfartøy krever vedlikehold som dels avhenger av flytid og dels av kalendertid. Dette er nærmere beskrevet i boks 7.4. Teknisk vedlikehold omfatter

Boks 7.4 Vedlikehold

Vedlikehold ambulansehelikopter (NLA AS)

Planlagt tyngre vedlikehold skjer normalt i intervaller på 300–500 flytimer, avhengig av flytype og gjennomføres ved teknisk hovedbase (Gardermoen). Større og mer komplekse luftfartøy har generelt hyppigere intervaller for vedlikehold enn mindre og enklere luftfartøy.

Lettere vedlikehold, typisk per 100 flytimer, skjer ute på basene og utføres av teknikere fra hovedbasen. Hangaren på den enkelte base er utstyrt og godkjent for lettere vedlikehold. Slikt vedlikehold innebærer beredskapsavbrudd som det er tatt høyde for og planlagt med i kontraktene. Det oppstår også behov for uforutsett vedlikehold og reparasjoner. Dette utføres normalt ute på base av tilreisende tekniker.

Vedlikeholdskonsept ambulansefly (BSAA AS)

For flytypen Textron Beech King Air B200GT (B250) er vedlikeholdsprogrammet organisert med basis i 200 timers intervall og multipler av dette. Enkelt vedlikehold, linjevedlikehold, skjer per 200 flytimer. Disse vedlikeholdene utføres i hovedsak på basen på Gardermoen. Per 400 flytimer utføres tyngre basevedlikehold som krever at flyet står i fem dager hos vedlikeholdsleverandør Bromma Air Maintenance i Stockholm. 400 timer-inspeksjonene har fire trinn, slik at en komplett vedlikeholds-syklus dermed blir fullført når flyet oppnår 1600 flytimer. I tillegg utføres det vedlikehold som har kalenderstyrte intervaller, dominert av en inspeksjon som skal utføres hver 12. måned. Enkelte andre inspeksjoner styres av hvor mange landinger som er gjennomført, dominert av vedlikehold som utføres per 1000 landinger.

Alle baser er bemannet av sertifiserte teknikere som er tilgjengelig 24/7 for nødvendig daglig vedlikehold og feilretting.

For flytypen Textron Cessna Citation Latitude C680A (jetfly) er vedlikeholdsprogrammet organisert rundt hovedvedlikehold med basis i 800 og 1200 timers intervaller. Det utføres mindre vedlikehold mellom disse intervallene. Vedlikeholdsprogrammet inneholder også kalenderstyrte inspeksjoner, der det største vedlikeholdet gjennomføres hver 12. måned. Alt vedlikehold utføres av Sundt Air AS på Gardermoen, der lett vedlikehold gjennomføres på ambulanseflybasen, og tyngre hovedvedlikehold i Sundt Airs hangar.

Basen på Gardermoen er bemannet av sertifiserte teknikere som er tilgjengelig 24/7 for nødvendig daglig vedlikehold og feilretting.

Kilde: Norsk Luftambulanse AS og Babcock Scandinavian AirAmbulance AS

daglig vedlikehold som skjer på den enkelte base. Tyngre vedlikehold skjer på verksted. Teknisk tilgjengelighet på basene er avhengig av tilgangen til reservehelikopter og –fly.

LAT HF anskaffer, eier og drifter medisinsk teknisk utstyr (MTU). Medisinsk teknisk verksted (MedTek) har ansvar for å vurdere nytt MTU, anskaffelser, vedlikehold og opplæring mv. Avvik som gjelder medisinsk innredning og MTU rapporteres både til operatør og MedTek. LAT HF er også rådgiver for de regionale helseforetakene om prehospitalt medisinsk teknisk utstyr, og er rådgivende eksperter for nasjonale, europeiske og internasjonale standardiseringsorganer.

7.1.4 Ansettelsesforhold, rekruttering og kompetanse mv. – operativt personell

Flyoperativt personell (piloter og redningsmenn) er ansatt hos operatørene NLA AS og BSAA AS. Lønns- og personalkostnader (inkl. pensjon) inngår i de økonomiske rammene for kontraktene med leverandørene. Både NLA AS og BSAA AS er tilknyttet arbeidsgiverorganisasjonen NHO Luftfart.

Et særtrekk innen luftfart er at det for flygende personell er bedriftsvise tariffavtaler (i andre bransjer er det mer vanlig med landsdekkende tariffavtaler). Ifølge NHO Luftfart er det mer detaljerte tariffavtaler på luftfartsområdet enn det som er vanlig i andre bransjer. Bedriftsansiennitet står sterkt i tariffavtalene når det gjelder opparbeidelse av lønn og rettigheter. Dette har blant annet sammenheng med at flyselskapene har høye kostnader i forbindelse med opplæring og utsjekk av nye piloter (jf. boks 7.5). Ansatte (piloter) som skifter flyselskap blir i utgangspunktet innplassert nederst på lønnsstigen i det nye selskapet, uavhengig av hvor mange års erfaring de har.

Pensjonsrettighetene er fastsatt av tariffavtaler. Piloter i BSAA AS har en aldersgrense for pensjon på 65 år. Pensjonsordningen er en innskuddspensjon med 5 pst. fra 0 til 7,1 G og 23,1 pst. fra 7 til 12 G. Piloter i NLA AS har en bedriftsavtalt pensjonsalder på 58 år, men har mulighet til å fly single-pilot operation fram til fylte 60 år etter gjeldende EASA krav. Fra pensjonsalder 58 eller 60 år utbetales pensjon etter en ytelsesordning fram til fylte 67 år. Fra 67 år utbetales pensjon fra en hybridpensjonsordning etter lov om tjenestepensjon. Redningsmann i NLA AS har ingen lovbestemt særaldersgrense, men har også en bedriftsavtale om pensjonsalder på 60 år og har samme pensjonsytelser som piloter.

Helsepersonell (leger og sykepleiere) er ansatt i helseforetakene der basene er lokalisert. Helseforetakene er tilknyttet Arbeidsgiverforeningen Spekter. Tariffavtaler og pensjon følger det som gjelder for spesialisthelsetjenesten for øvrig.

Arbeidstidsbestemmelser i ambulanseflytjenesten (FW)

Standardregelverket[38] tilsier maksimalt 60 timer tjenestetid siste løpende sju dager, 110 timer tjenestetid siste løpende 14 dager, og 190 timer tjenestetid de siste løpende 28 dager. Med maksimalt 60 timer på sju dager vil et todelt skift-døgn bety arbeidsperioder på maksimalt fem dager. Et eventuelt oppdrag som medfører overtid ved akutt hendelse den femte dagen, ville ikke være mulig å gjennomføre innenfor standardregelverket, så i praksis vil kun en vaktperiode på fire dager eller færre gi nødvendig fleksibilitet i en slik tjeneste hvis det skal baseres på det felleseuropeiske regelverket.

BSAA AS har søkt dispensasjon om unntak fra standardregelverket. Gjeldende dispensasjon åpner for 90 timer tjenestetid de siste løpende sju dager, 96 timer tjenestetid de siste løpende 14 dager, og 190 timer tjenestetid de siste løpende 28 dager.

Ambulanseflytjenesten har i dag et 7-7-7-14 arbeidstidssystem. Med 7-7-7-14 forstås eksempelvis sju dager nattevakt – sju dager tjenestefri – sju dager dagvakt – 14 dager tjenestefri. I 14-dagers periode med tjenestefri legges periodisk trening og sertifikatsjekker inn hvert halvår. Dette tilsvarer et arbeidsår på 152 dager á 12 timer som gir et stipulert totalt årsverk på 1824 timer tjenestetid. BSL[39] D 2-4 tillater maksimalt 2000 timer tjenestetid årlig, så ordningen åpner for fleksibilitet i form av å dekke ekstra vakter eller trening.

[38] Nasjonale- og felles-europeiske regler i BSL D, EASA Part-ORO.FTL/EC No 1899/2006 Annex III – Subpart Q, m.m.

[39] BSL – Bestemmelser for sivil luftfart. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-12-30-1817

Drøye 40 pst. av flygerne tilknyttet ambulanseflytjenesten bor ikke i nærheten av den basen de tjenestegjør på. Disse 40 pst. er henholdsvis pendlere og såkalt standby-flygere. Standby-flygere har ikke en fast base de tjenestegjør på, men benyttes til å dekke opp hull i vaktplaner ved samtlige baser eksempelvis ved sykdom, permisjoner, trening og vakanser mv. Spesielt basene i Finnmark er bemannet av pendlere[40]. Det er mange som pendler i tjenesten, ikke bare flygere, men også teknisk og medisinsk personell. [41]

Arbeidstidsbestemmelser i ambulansehelikoptertjenesten (RW)

Standardregelverket (BSL-D 2-4)[42] tilsier maksimalt 2000 timer arbeidstid per kalenderår. Med arbeidstid forstås tjeneste om bord i luftfartøy med tilhørende for- og etterarbeid, beredskapstjeneste på base (vanlig vakt) og beredskapstjeneste utenfor base (typisk hjemmevakt). Tjeneste om bord i luftfartøy med tilhørende for- og etterarbeid teller 1:1 (100 pst.), beredskapstjeneste på basen minimum 2:1 (50 pst.) og beredskapstjeneste utenfor base 5:1 (20 pst.) sett opp mot årlig begrensning på 2000 timer. Det er krav om minimum sju dager fri fra hjemmebase per kalendermåned og minimum 96 dager fri fra hjemmebase per kalenderår. Arbeidsplaner skal gjøres kjent for en fire ukers periode minimum to uker før iverksettelse.

NLA AS har basert på standardregelverket (BSL-D 2-4), fått godkjent sine arbeids- og hviletidsbestemmelser gjengitt i Operasjonsmanualen (OM) kapittel 7. Normal turnus for crewmedlemmer er én uke beredskapstjeneste på base og tre uker fri, totalt 13 uker beredskapstjeneste på base per kalenderår. I tillegg har crew én uke beredskapstjeneste på base utenfor normal turnus, fire døgn for å dekke uttak av instruktører, to uker beredskapstjeneste utenfor base (bakvakt) og 12–15 treningsdager til simulator, trening for evakuering under vann[43], operative samlinger, legesjekk, mv. De ansatte bor på basen med crewet sju døgn sammenhengende når de har beredskapstjeneste.

Mens man har beredskapstjeneste på base, har man begrensning på maksimalt 14 timer arbeid per siste 24 timer og/eller 30 timer arbeid på siste 72 timer. Arbeid forstås i denne sammenheng som tiden fra alarm på et flyoppdrag til én time etter landing eller tiden fra alarm på et biloppdrag til man har avsluttet etterarbeid etter retur til base med legebil. Videre har man maksimalt åtte timer flytid per 24 timer, 14 timer flytid per 48 timer, 30 timer flytid per sju dager, 60 timer flytid per siste 30 dager og 600 timer flytid per 365 dager. Det er sjeldent at det er flytid som gjør at man blir pålagt hvile. Det er i all hovedsak arbeidstid som er den begrensende faktor for pålagt hvile.

Crew i NLA AS har tildelt hjemmebase(er) hvor de utfører sine normale vakter, men pga. nasjonale bakvakter er alle kvalifisert til å gjøre beredskapstjeneste på alle baser der de har utsjekk på aktuell helikoptertype. En vesentlig andel av de ansatte defineres som pendlere med relativt lang reisevei til sin base.[44]

Rekruttering av operativt og teknisk personell

Informasjon som ekspertgruppen har fått fra operatørene, tilsier at det er god tilgang på både piloter og redningsmenn. BSAA AS har opplyst at de ved utlysning (i 2018) fikk søknad fra om lag 450 piloter. NLA AS har opplyst at de i forbindelse med utlysning til opptaksprøver i 2020 har fått søknad fra om lag 100 kvalifiserte piloter og 140 søkere til stillinger som redningsmenn. Rekrutteringssituasjonen for piloter vil også ha sammenheng med konjunkturer i luftfarten generelt.

Teknisk personell er en kritisk ressurs for å ivareta beredskapen. Flyteknikere har autorisasjon til å godkjenne arbeidet etter at flyene har hatt rutinemessig vedlikehold, samt når det oppstår feil med fly i drift. Det er knapphet på flyteknikere, både nasjonalt og

[40] Status høsten 2020 var at tre av til sammen 25 faste flygere ved basene i Alta og Kirkenes var fastboende.

[41] Omtalen av arbeidstidsbestemmelser i ambulanseflytjenesten er utarbeidet av Norsk Flygerforbund (august 2020).

[42] Det er ikke regelverk i EU for arbeidstidsbestemmelser. Derfor gjelder norsk lov slik det er fastsatt i BSL-D 2-4. Det foregår arbeid i EASA for også å implementere «Flight time regulations» i regelverket for RW. Regelverket vil tidligst tre i kraft fra 2024.

[43] Helicopter Underwater Escape Training (HUET).

[44] Omtalen av arbeidstidsbestemmelser i ambulansehelikoptertjenesten er utarbeidet av NLA AS (januar 2021).

Boks 7.5 Krav til opplæring og trening av flyoperativt personell

NLA AS stiller krav om minimum 2000 flytimer (flytid på helikopter), hvorav 1000 timer på turbinhelikopter. Videre er det krav om at 1000 av disse timene er som fartøysjef og 1000 timer med erfaring fra relevante operasjoner. Det er også krav om 200 timer nattflyving i helikopter, 100 timer instrumentflyging i helikopter og 50 timer NVG i helikopter. En erfaring som det ifølge NLA AS tar om lag ti år eller mer å opparbeide. NLA AS flyr en såkalt singel pilot–multi crew-operasjon som innebærer at kun én av besetningen har flysertifikat. Dette likestilles av luftfartsmyndighetene med å fly med to piloter fordi redningsmannen har status som HEMS crew member med betydelig flyoperativ opplæring og trening. De fleste nyansatte trenger typeutsjekk på de helikoptrene de skal fly. Slike typeutsjekker koster gjennomsnittlig 1 400 000 kroner per crew, altså 700 000 kroner per person.

Redningsmannen har utdanning som sykepleier eller paramedisiner og bistår legen med medisinsk behandling. Redningsmann har i tillegg omfattende kurs og trening i redningsteknikk og er fører av legebilen ved basen. Legen har også flyoperative oppgaver i forbindelse med klarering av rotor og hale ved avgang og landing, og ved flyging med personell hengende i tau under helikopteret.

BSAA AS krever 2500 flytimer totalt for de som skal operere som fartøysjef på flyene som er i tjenesten. Det vil ta over ti år å kunne komme i en slik posisjon. Kravene til flytid for styrmenn er minimum 1200 flytimer. Flyene opereres i multi crew, dvs. at det er to piloter i cockpit. Besetningen består normalt av kaptein, styrmann og en spesialsykepleier. Ved behov er det også med lege, kuvøseteam, politi osv. Utsjekk på flyet og inn i selskapet tar om lag tre måneder, og koster om lag 500 000 per pilot. Pilotene samarbeider tett med medisinsk personell, og trener nødprosedyrer hver sjette måned.

Kilde: Norsk Luftambulanse AS og Babcock Scandinavian AirAmbulance AS

internasjonalt. Ekspertgruppen har også fått opplyst at knapphet på flyteknikere er en utfordring for Luftforsvaret. Utdanningsdirektoratet opplyser at det er for få lærlingeplasser innenfor de ulike fagområdene for flyteknikere og dels få søkere innenfor enkelte områder av flymekanikerfagene.

Det tar normalt sju år, minimum fem år, å fullføre utdanningsløpet for å bli autorisert flytekniker. Ifølge Norsk Flytekniker Organisasjon viser tall fra 2019 at 40 pst. av dagens autoriserte flyteknikere i sivil luftfart kan velge å pensjonere seg innen 2025. Ekspertgruppen har fått innspill om at det i anbudet ikke ble stilt krav om at operatøren skal ha lærlinger i flyteknikerfaget. Dette oppfattes å være uheldig for rekrutteringssituasjonen.

7.1.5 Drift og samarbeid ved basene

Ansvaret for basedrift er regulert i avtaler mellom LAT HF, lokalt helseforetak og operatør. Basene omfatter hvilefasiliteter for vakthavende crew. For alle baser (unntatt to) har LAT HF leieavtale med huseier/flyplasseier og har stilt basene til disposisjon til operatørene. Fordeling av ansvar og driftsutgifter mellom operatøren og det lokale helseforetaket der basen er lokalisert, er regulert i egne avtaler.

Det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetaket, operatøren og LAT HF med retningslinjer for operasjonelt samarbeid ved hver enkelt base. Avtalene beskriver ansvarsforhold og faglig og praktisk oppgavefordeling mellom partene. Avtalen er å betrakte som et felles kvalitetsdokument og skal innarbeides i partenes styringssystem. Ansatte ved basene skal være kjent med innholdet i avtalen.

På hver ambulansehelikopterbase er det et lederforum for å håndtere og koordinere lokal daglig drift bestående av basesjefspilot, ledende redningsmann, lokalmedisinsk leder, samt en baseleder som har det administrative lederansvaret for basen. Ifølge kontrakten har operatøren HMS-ansvaret for alle på basen inkludert medisinsk personell.

Boks 7.6 Ansvarsforhold ved basene og krav til helsepersonell

Operatøren har det flyoperative-, redningstekniske- (helikopterbaser) og flytekniske ansvaret på luftambulansebasen. Operatøren har ansvar for nødvendig sikkerhetsopplæring og nødtrening. Operatøren er ansvarlig for drift av basen, herunder ledelse og koordinering av daglig drift, samarbeid med arbeidstakere og arbeidsgivere, HMS og vernetjeneste.

LAT HF stiller basefasiliteter til rådighet (med unntak av helikopterbasen i Brønnøysund og Kirkenes).

Helseforetaket har det medisinske ansvaret ved basene. Ansvaret omfatter lege- og sykepleierbemanning på tilstedevakt, medisinske retningslinjer, overordnet medisinsk strategi, policy og prosedyrer for pasientbehandling, samt medisinsk utstyr. Helseforetaket skal bemanne basen med anestesilege som oppfyller kravene i Nasjonal standard for luftambulanseleger (Luftambulansetjenesten HF, 2011) eller flysykepleier som oppfyller gjeldende versjon av Nasjonal standard for flysykepleiere (Luftambulansetjenesten HF, 2013).

Helsepersonellet skal også oppfylle krav som går fram av flyselskapets operative manual (OM). Helseforetaket er ansvarlig for at helsepersonellet deltar på pålagt utsjekk, trening og obligatoriske kurs. Helseforetaket skal i samarbeid med operatøren organisere og gjennomføre medisinsk opplæring og vedlikeholdstrening for redningsmann, samt opplæring av flygerne i bruk av det medisinske utstyret.

Kilde: LAT HF

Ved hver ambulanseflybase har BSAA AS en baseleder i 25 pst. stilling (en av teknikerne) som har det administrative lederansvaret ved basen og en base commander (pilot). Det er medisinsk leder og avdelingssykepleier ved samtlige baser. Det gjennomføres regelmessige basemøter som normalt er åpne for alle piloter, teknikere og helsepersonell som har tilknytning til basen.

Hendelser og avvik fra beredskaps- og responstidskrav skal innrapporteres i henhold til den enkelte parts avtaler, jf. avsnitt 6.3.1.

7.1.6 Utvikling av luftambulansetjenesten – forskning og innovasjon

Forskning er en av fire lovpålagte hovedoppgaver for sykehusene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2. Medisinsk og teknologisk forskning vil gi mer evidensbasert kunnskap med betydning for utvikling av de prehospitale behandlingsmulighetene. Forskning skjer ved universiteter, helseforetak og de nasjonale kompetansetjenestene. Det tildeles årlig et øremerket, delvis resultatbasert tilskudd til de regionale helseforetakene, som lyses ut og tildeles etter søknad på bakgrunn av kriterier som kvalitet og nytte, samt eventuelle regionale prioriteringer. De regionale helseforetakene prioriterer i tillegg selv midler til forskning innenfor basisrammen. Helse- og omsorgsdepartementet øremerker forskningsmidler gjennom Norges forskningsråd, blant annet til helsetjenesteforskning. I tillegg er private og ideelle aktører viktige bidragsytere til forskning på prehospital akuttmedisin.

SNLA (jf. boks 7.7) er en ideell aktør og den største bidragsyteren blant private/ideelle aktører innen forskning og utvikling på prehospital akuttmedisin. SNLA har samarbeidsavtaler med universitetssykehus i alle helseregioner og med flere universiteter. Innspill fra flere helseforetak peker på at SNLA er en viktig bidragsyter gjennom finansiering av forskningsprosjekter. Det er viktig at bidraget samsvarer med helsetjenestens behov og prioriteringer. SNLA peker i sitt innspill til ekspertgruppen på at samarbeidet mellom dem, helsetjenesten og operatørvirksomheten er nødvendig for å utvikle luftambulansetjenesten. Ifølge SNLA ville flere av forsknings- og utviklingsprosjektene være vanskelig å få til uten eierskapet til operatørselskapet. Eksempler på nyvinninger som er muliggjort gjennom samarbeidet med operatørselskapet NLA AS er GPS-ruter for instrumentflygning i dårlig sikt,

Boks 7.7 Stiftelsen Norsk Luftambulanse

SNLA er en ideell organisasjon finansiert gjennom innsamlede midler fra private støttespillere og bedrifter. Stiftelsens formål er å fremme avansert prehospital akuttmedisin. Stiftelsen bidrar hvert år med om lag 200 mill. kroner til forskning og utvikling. I 2020 hadde stiftelsen 27 doktorgradsstipendiater, og finansierer flere akademiske stillinger ved universitetene. Stiftelsen er et av Europas tyngste forskningsmiljøer innen prehospital akuttmedisin.

Stiftelsen har to heleide datterselskap NLA Solutions AS og NLA AS. Sistnevnte er operatør på alle ambulansehelikopterbasene. NLA AS' formål er å fremme avansert prehospital akuttmedisin gjennom leveranse av beredskapstjeneste med legehelikopter og legebil i inn- og utland og alt som naturlig står i forbindelse med dette. Det viktigste målet med NLA AS er å understøtte SNLAs formål, og at eventuelle overskudd føres direkte tilbake til tjenesten gjennom kvalitetsforbedringer og økt beredskap.

Kilde: SNLA og NLA AS

værkamerasystemet HemsWX som gjør det lettere å avgjøre om det er forsvarlig å fly, simulatortrening for luftambulanseleger og utviklingsarenaen Camp Torpomoen (årlig treningsuke for leger, piloter, redningsmenn og andre samarbeidspartnere som får øve på kompliserte scenarioer i luftambulansetjenesten).

7.2 Mulige endringer i dagens modell

I kapittel 5 og 6 har ekspertgruppen identifisert utfordringer knyttet til dagens organisering av luftambulansetjenesten. I dette avsnittet drøfter ekspertgruppen mulige endringer i dagens modell som kan gi forbedringer på disse områdene, særlig knyttet til anbudsordningen. I tillegg er det omtalt tiltak for forbedring av kommunikasjon, kvalitet og ledelse i luftambulansetjenesten.

De regionale helseforetakene har, som omtalt i avsnitt 5.2.7, også gjort en evaluering av prosessen med anskaffelse av ambulansefly. Evalueringsrapporten viser til LAT HF og Sykehusinnkjøp HFs anbefalinger til neste anskaffelse; jf. avsnitt 5.2.3. Oppsummert angir rapporten fra de regionale helseforetakene følgende hovedpunkter for læring:

- Utfordringer og muligheter forbundet med konkurranseutsetting av luftambulansetjenester må utredes i god tid før neste anskaffelse.
- Alle aktørers roller og ansvar må tydeliggjøres i planleggingen av anskaffelsesprosessen. Dette gjelder også eiere og styret for LAT HF. Rollen som styringsgruppe bør holdes adskilt fra styrets ansvar. Styringsgruppe for anskaffelsen bør settes sammen basert på kompetansekriterier.
- Tidsplan for anskaffelsesprosessen må fastlegges så tidlig som mulig. Det må sikres nødvendig tid for forankring av anskaffelsesstrategi og kvalitetssikring og sluttføring av kravspesifikasjon.
- Strategiske valg og konsekvenser av kravspesifikasjon skal belyses og kvalitetssikres kostnadsmessig.
- Anskaffelsens kompleksitet må reflekteres i helhetlige risikovurderinger gjennom alle faser, fra strategiutforming til implementering av ny leverandør. Risikovurderinger forankres i styringsgruppen og forelegges styret for LAT HF og eierne.
- Om det skal legges til grunn virksomhetsoverdragelse eller ikke og følgene av dette, må utredes grundig i en risikokontekst i strategifasen av anskaffelsen. Herunder må risiko for å miste verdifull og kritisk kompetanse og erfaring vurderes særskilt.
- Alle juridiske vurderinger skal dokumenteres skriftlig.
- Kontraktsutformingen må søke å forbygge at operatører ved et skifte ikke kommer i en situasjon hvor utenforliggende forhold vanskeliggjør kontraktoppfyllelse for partene.
- Anskaffelsesdokumentene (kontrakten) må underbygge forutsetningen om samarbeid mel-

lom avtroppende og påtroppende leverandør. Det må videre legges vekt på insitament og/eller sanksjonsmuligheter for avtroppende og ny leverandør ved overføring av oppgaver, spesielt for samfunnskritiske funksjoner, herunder opplæring og overgang av personell.
- Ved operatørbytte må det legges til rette for gradvis utfasing/innfasing av ny operatør gjennom en lengre periode.
- Flere leverandører av tjenestene ville kunne virke risikoreduserende. Den vedtatte base- og flystruktur bør vurderes slik at tilbud kan inngis for en tjeneste med flere leverandører.

7.2.1 Vurdering av videreføring av arbeidsbetingelser for operativt ansatte

Spørsmålet om adgangen til å stille krav om virksomhetsoverdragelse har stått sentralt for ekspertgruppen. Det vi si om LAT HF hadde hatt adgang til på forhånd å sette som vilkår at de prinsippene som gjelder for reglene om virksomhetsoverdragelse, også skulle gjelde for anbudet. Hovedspørsmålet har vært om det ville vært adgang til å ha som en forutsetning for å inngi tilbud at de som er i tjenesten i dag, skulle har rett til å fortsette i sitt arbeid på samme vilkår som tidligere.

Anskaffelsen gjaldt etter konkurransegrunnlaget[45] punkt 1.3: «en komplett operasjon av aktuelle luftambulansetjenester for fly, inkludert anskaffelse og drift av ambulansefly, bemanning, vedlikehold, beredskap, utstyr, trening etc.» Både organisering, luftfartøy og bemanning var konkurranseparametere som tilbyderne konkurrerte på.

Det ble ansett som usikkert om det på tidspunktet for kunngjøring ville foreligge en virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljølovens forstand, og det ble derfor tatt forbehold om dette i konkurransegrunnlaget punkt 3.5:

> «Overføring av oppgavene fra eksisterende operatør til ny operatør vil kunne utgjøre en virksomhetsoverdragelse i henhold til arbeidsmiljøloven, og vil kunne medføre at leverandøren ved kontraktstildelingen blir bundet av de rettigheter og plikter som følger av arbeidsmiljølovens kapittel 16, Arbeidstakers rettigheter ved virksomhetsoverdragelse. I så fall vil leverandøren være ansvarlig for etterlevelse av disse reglene.»

Rettssaker som gjelder virksomhetsoverdragelse

Det har vært to rettssaker i etterkant av anskaffelsene som gjelder spørsmålet om virksomhetsoverdragelse, jf. avsnitt 5.1.4. og 5.2.4.

I en dom i Nord-Troms tingrett kom tingretten til at Babcocks overtakelse av ambulanseflykontrakten og 91 piloter fra tidligere operatør var en virksomhetsoverdragelse. Retten la vekt på at pilotenes virksomhet i Babcock i all hovedsak er den samme som tidligere, arbeidstidsordningen er den samme, kunden er den samme, og pasientene som betjenes kom fra det samme geografiske området. Det ble også lagt vekt på at Babcock bruker de samme hangarene, og at flygerne har de samme bofasilitetene som før.

I en dom i Oslo tingrett som gjaldt helikopteranskaffelsen, konkluderte retten med at NLA AS' overtakelse av sju (av 12) piloter og 11 (av 13) redningsmenn ikke var en virksomhetsoverdragelse. Retten la særlig vekt på at det ikke ble overført tunge driftsmidler, og at de ansatte måtte tilegne seg ny kompetanse basert på nye helikoptre med tilhørende trening og teknologisk utvikling, samt endringer i driften.

Saken ble anket til Borgarting lagmannsrett som bl.a. under henvisning til en ny dom fra EU-domstolen, kom til et annet resultat enn tingretten. Lagmannsretten mente at vilkårene for å anse overdragelsen som en virksomhetsoverdragelse var oppfylt, selv om NLA AS ikke overtok helikoptrene. Det ble lagt vekt på at hoveddelen av den høyt spesialiserte arbeidsstyrken ble overtatt, og at virksomheten på basene fortsatte uten tidsmessig avbrudd av betydning. Også landingsplasser, boligbygg og hangarer ble overført. Lagmannsretten konkluderte med at virksomhetens art både innholdsmessig og geografisk var den samme som før, og ble levert til de samme helseforetakene.

[45] Her er gjengitt fra konkurransegrunnlaget for ambulanseflyanskaffelsen. Konkurransegrunnlaget for ambulansehelikopteranskaffelsen hadde tilsvarende formuleringer.

Rettslige vurderinger i forkant av anskaffelsene

I arbeidet med ambulanseflyanskaffelsen framkom det at det var juridisk risiko knyttet til å kreve virksomhetsoverdragelse/overføring av personell på like eller bedre betingelser. Det var to grunner til dette. For det første at det ikke var mulig å si sikkert om virksomhetsoverdragelse ville utløses etter arbeidsmiljølovens kapittel 16 før etter kontraktsinngåelse og faktisk kunnskap om hvordan ny operatør velger å løse oppdraget. For det andre var det usikkerhet om hensynet til likebehandling og reell konkurranse ville bli godt nok ivaretatt dersom en likevel satte krav om virksomhetsoverdragelse eller overføring av personell på like eller bedre betingelser. Dette er viktig både når det gjelder lov om offentlige anskaffelser og EØS-retten (Luftambulansetjenesten HF, 2018). Sykehusinnkjøp HF innhentet to juridiske betenkninger om adgangen til å stille krav om virksomhetsoverdragelse.

Den første utredningen, Anbudskonkurranse for luftambulansetjenester – vurdering av reglene om virksomhetsoverdragelse[46], omhandler spørsmålet om ambulansehelikopteranskaffelsen skal anses som en virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven. Konklusjonen her var at det ikke var mulig å fastslå dette sikkert før konkurransen var gjennomført. Denne utredningen ble også lagt til grunn for ambulanseflyanskaffelsen året etter.

På bakgrunn av kritikk mot at det ikke ble satt krav om virksomhetsoverdragelse/overføring av personell på like eller bedre betingelser i ambulanseflyanskaffelsen, ble det innhentet en ny skriftlig omfattende og grundig juridisk betenkning[47]. Konklusjonen i betenkningen var at det ville ha «innebåret en ikke ubetydelig risiko for rettslig utfordring dersom det var stilt krav om virksomhetsoverdragelse».

Det er senere skrevet andre rettslige betenkninger om dette spørsmålet hvor konklusjonene spriker.

[46] Wikborg, Rein & Co (november 2015).

[47] Muligheten for å stille krav om virksomhetsoverdragelse ved konkurranse om drift av ambulanseflytjenesten. Wikborg, Rein & Co (mai 2018).

Ekspertgruppens vurdering

Hvorvidt det foreligger en virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven, beror på en samlet vurdering av en rekke faktorer som etter EU-domstolens praksis er relevante. Det kan derfor på forhånd være vanskelig å konstatere om vilkårene vil bli oppfylt. I alminnelighet vil dette først kunne konstateres i ettertid når man sammenlikner den samlede utførelsen av oppgavene fra tidligere leverandør med den nye. Men anbudskravene kan være slik beskrevet at det kan ligge til rette for at det i ettertid blir bedømt som en virksomhetsoverdragelse. Men som det framgår av dommene det er henvist til ovenfor, beror avgjørelsen av spørsmålet på vanskelige juridiske avveininger.

For å eliminere den tvil som kan foreligge, kan det reises spørsmål ved om det i anbudsinnbydelsen kan stilles krav om at personalet skal ha rett til å følge med over til ny leverandør på samme vilkår som tidligere.

De betenkningene som er skrevet om dette, har tatt utgangspunkt i at et krav om å anvende reglene om virksomhetsoverdragelse må vurderes i lys av arbeidsrettslige prinsipper og generelle anskaffelsesrettslige og EØS-rettslige prinsipper. EØS-avtalens grunnleggende prinsipper om fri bevegelse av varer, tjenester, personer og kapital må ivaretas i anskaffelsen.

Det som særlig er vurdert, er reglene om etableringsrett i EØS-avtalens artikkel 31 (som gjelder retten til etablering av virksomhet i andre medlemsstater) og artikkel 36 (som gjelder fri bevegelse av tjenester). Det avgjørende for disse regelsettene er om et krav om overtakelse av personell forfølger et lovlig og allment hensyn, om det er egnet til å ivareta dette hensynet, at det ikke er mer tyngende enn nødvendig for å nå formålet, og at det er forholdsmessig.

Dersom det hadde foreligget en særregulering av dette spørsmålet i EU-retten, ville vurderingen av disse kriteriene blitt enklere. I yrkestransportlova § 8 andre ledd og i jernbaneloven § 8d er det regler som er hjemlet i kollektivtransportforordningen (forordning nr. 1370/2007). I Yrkestransportlova § 8 andre ledd heter det:

> «Reglane i arbeidsmiljøloven §§ 16-2 til 16-7, om arbeidstakarane sine rettar ved overdraging av verksemd gjeld tilsvarande når løyvet blir tildelt ved konkurranse, dersom verksemda etter konkurranse blir driven med same type transportmiddel som før.»

Det kan reises spørsmål om dette er en spesialregel på kollektivtransportområdet, eller om det er et uttrykk for et generelt prinsipp om beskyttelse av arbeidstakernes stilling. Ekspertgruppen heller til at den sistnevnte forståelsen er den rette, men konklusjonen på dette punktet er ikke avgjørende for utvalget.

Ved vurderingen av om et slikt vilkår er egnet, nødvendig og forholdsmessig, konkluderes det i betenkningen fra Wikborg, Rein & Co. (mai 2018) med at det er tvilsomt om disse vilkårene er oppfylt. Det reises spørsmål om et krav om virksomhetsoverdragelse kan bli sett som en beskyttelse av eksisterende leverandør mot konkurranse ved at dennes arbeidsavtaler må legges til grunn av konkurrentene, og ikke som bestemmelser om minstelønn og sosial beskyttelse.

Ekspertgruppen har gjennomgått de skriftlige innspillene fra aktørene, de ulike rettslige betenkningene, de avsagte dommene og foretatt en egen vurdering av gjeldende rettstilstand. Gruppen er kommet til at det ville vært adgang til å stille som en forutsetning i anbudsinnbydelsen at de som arbeidet i den operative del av tjenesten skulle få videreført sine arbeidsbetingelser, uavhengig av kriteriene for hva som anses som en virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven § 16-1.

Ekspertgruppens syn er at anskaffelsesregelverket gir oppdragsgiveren et handlingsrom for hvilke krav og kriterier som kan stilles i anskaffelsesprosessen. Oppdragsgiveren skal få en ytelse som er i samsvar med de behovene som ønskes oppfylt. Det er derfor ikke arbeidsrettslige betraktninger eller sosiale hensyn som ligger til grunn for ekspertgruppens oppfatning. Ekspertgruppen mener at vilkåret om videreføring er nødvendig og ønskelig for å oppnå en trygg ambulansetjeneste i en risikofylt virksomhet. Betydningen av ikke å rive opp i samarbeidsforholdene som er opparbeidet, er understreket av en rekke instanser og organisasjoner.

For både helikopter- og flyvirksomheten utvikler det seg løpende et tett samarbeid mellom dem som driver operatørvirksomheten og helsepersonellet. Dette går ikke bare på den praktiske utførelsen av tjenesten, men like mye på den tilliten og den tryggheten som helsepersonellet opparbeider til flygere og redningsmenn. Ambulansetjenesten må ikke sjelden utføres i en hastesituasjon under vanskelige lys- og værforhold og hvor risikoen for pasientene og personellet, dersom det skjer feil, er betydelig. Det tar tid å opparbeide slik trygghet og tillit, og det vil ved et nytt anbud kunne være en lengre periode før et tilsvarende samarbeid kan utvikles. Gitt tjenestens art, vil dette kunne svekke helseberedskapen i perioden. Det er også en del av vurderingen at trygghet ved flyvning også betinger full oppmerksomhet om arbeidsutførelsen og ikke om jobbtrygghet og lønnsvilkår. Flere av dem som har uttalt seg til ekspertgruppen, har pekt på denne problemstillingen som også oppstår lenge før anbudet løper ut. Mange av de institusjonene og organisasjonene som har gitt skriftlige innspill til ekspertgruppen, har understreket at tjenesten er avhengig av kunnskap, tillit og opparbeidede samarbeidsforhold.

Det er disse hensynene som begrunner at det kan inntas som krav i anbudet at de som arbeider i den operative delen av tjenesten skal ha sikkerhet for at de kan fortsette i virksomheten på i det vesentlige samme vilkår som tidligere. Vilkåret svekker riktignok konkurransen i noen grad, og kan gi fordeler til den operatøren som utfører tjenesten og større (internasjonale) selskaper som kan oppnå de mest konkurransedyktige prisene på materiell. Ekspertgruppen mener imidlertid at det er nødvendig av sikkerhetsmessige hensyn at tryggheten for videreføring av arbeidsforholdet er sikret. Disse hensyn er av en så tungtveiende karakter at de oppfyller de kravene EU-retten stiller.

Dette er også vektlagt av Justis- og beredskapsdepartementet i konkurransegrunnlaget for redningshelikoptertjenesten på Svalbard (januar 2021):

> «Irrespectively of how a change of service provider is considered in relation to the Working Environment Act, the Service Provider shall offer employment to personnel employed by the existing service provider (hereinafter, 'Existing Personnel') in connection with the provision of the helicopter Service at Svalbard.»

Siden det kan være aktuelt at de som er i tjenesten skal integreres i en ny organisasjon, må det være et visst, men begrenset, spillerom i anbudsinnbydelsen for mindre endring i vilkårene for å tilpasse dem til en eventuell ny operatør og til dem som arbeider i denne virksomheten fra før.

De betraktningene som er nevnt ovenfor om flygere og redningsmenn, vil et stykke på vei også gjelde for teknisk personell. Rekrutteringssituasjonen, jf. avsnitt 7.1.4, kan tilsi at videreføring av arbeidsbetingelsene også for teknisk personell kan være nødvendig av sikkerhetsmessige hensyn. I tillegg kommer at hvis det flygende personellet kan beholde sine arbeidsavtaler, vil vilkårene for å anse overføringen som en virksomhetsoverdragelse være oppfylt for det tekniske personellet.

7.2.2 Forbedringer i anskaffelsesprosessen

Ekspertgruppen har i avsnitt 5.4 gitt en oppsummering av sine vurderinger av anskaffelsesprosessene mv. i gjeldende kontraktsperiode. Der er det pekt på flere forhold som bør vurderes og forbedres med tanke på eventuelle senere anskaffelser, jf. også avsnitt 5.2.7.

Strategifasen og arbeidet med kravspesifikasjonen

Kravspesifikasjonen som ligger til grunn for anbudskonkurransene, blir utarbeidet 2 ½ til 3 år før kontraktsoppstart. Med varigheten på dagens kontrakter setter den premissene for leveransen de neste inntil 12 ½ til 13 årene. Det er derfor vesentlig at arbeidet med kravspesifikasjonene vektlegger både strategiske behov for utvikling av tjenesten og erfaringer fra tidligere anskaffelser, herunder driftserfaringer gjennom kontraktsperioden.

Ekspertgruppen har fått innspill fra enkelte medisinske fagmiljøer som mener det er for lite oppmerksomhet om den medisinske delen i kravspesifikasjonene[48]. Selv om det blir lagt til rette for dialog og mulighet for innspill til anbudsgrunnlaget, er det en opplevelse av at det blir for lite påvirkningsmuligheter fra de medisinske miljøene underveis i anbudsprosessen fram til kravspesifikasjonen er ferdigstilt. Tilsvarende har ekspertgruppen fått innspill på at det bør være mer vekt på operativ kompetanse i alle faser i anbudsprosessen.

Ekspertgruppen har også fått innspill som tilsier at det er behov for å klargjøre de regionale helseforetakenes rolle i strategiprosessen, herunder tydeliggjøre hvilke faglige rammer og forutsetninger som skal legges til grunn. Risiko- og sårbarhetsvurderinger av ulike alternativer sett opp mot økonomiske rammer og prioriteringer bør tydeliggjøres i framtidige strategiprosesser.

LAT HF har også pekt på at det er behov for å bruke mer tid på strategiprosessen før anskaffelsene og at funn og avvik fra siste års kvalitets- og sikkerhetsrevisjoner av leverandørene hadde vært et viktig fundament for å utarbeide en bedre kravspesifikasjon (jf. avsnitt 5.1.3).

Gjennomføring av anskaffelsen

Både ambulansehelikopter- og ambulanseflyanskaffelsen ble gjennomført i henhold til prosedyren konkurranse med forhandling. Ekspertgruppen har drøftet erfaringene fra anskaffelsen med sivile redningshelikoptertjenester (jf. kapittel 4), som blant annet har benyttet prosedyren konkurransepreget dialog. Gjennom en konkurransepreget dialog vil mulige tilbydere og oppdragsgiver kunne ha åpen dialog om kravspesifikasjon og kravene som skal settes, før dette besluttes endelig. Særlig vil dette kunne bidra til å fastsette de riktige kvalitetskravene. Konkurransepreget dialog er imidlertid en mer ressurskrevende prosedyre.

Etter at kravspesifikasjonen er ferdig, bør det gjennomføres en egen vurdering der særlig kostnadsdrivende krav identifiseres og vurderes opp mot nytten, ifølge LAT HF og Sykehusinnkjøp HF (jf. avsnitt 5.2.3).

Ekspertgruppen har også sett hen til Danmark, som utlyste ny konkurranse på ambulansehelikoptertjenester høsten 2020. Konkurransen har mange likhetstrekk med den siste konkurransen som ble gjennomført i Norge. Tildelingskriteriene i den danske konkurransen er pris, kvalitet og reliabilitet for

[48] De har blant annet pekt på at det er tre ulike helikoptertyper i dagens tjeneste, mens det bare er ett oppsett for medisinsk teknisk utstyr. Dette har gitt ugunstige medisinske løsninger og svært dårlig plass for lege og pasient i den minste helikoptertypen. Dette er også drøftet i avsnitt 7.2.7.

operasjonen. I Norge ble kriteriene delt inn i pris og kvalitet, men under tildelingskriteriet kvalitet gjenfinnes mange av de samme kravene som er plassert i kriteriet reliabilitet for operasjonen i den danske konkurransen. Under hvert av kriteriene er det flere enkeltstående evalueringskrav og obligatoriske krav. Her er det i begge konkurransene en kombinasjon av tekniske og funksjonelle krav. I de norske konkurransene var det en mer detaljert undervekting. Dette bidrar til større forutberegnelighet for tilbydere, men dette begrenser samtidig fleksibiliteten og handlingsrommet til oppdragsgiver.

NLA AS har i innspill til ekspertgruppen vist til at det i inneværende kontraktsperiode er noe ulik innretning på kontraktstrukturen for ambulansehelikoptertjenesten i Norge og Danmark. For eksempel er beredskapskravet i den danske kontrakten fastsatt i prosent uten definerte unntak. Innenfor rammene av funksjonskravene er det opp til operatøren hvordan tjenesten leveres og hvilke ressurser som kreves. I den norske kontrakten er beredskapskravet 100 pst., men med definerte unntak, herunder tid for planlagt og uforutsett vedlikehold. Dette gir mindre spillerom for tilpasning og utvikling mens kontrakten løper.

Ekspertgruppen legger til grunn at disse forholdene blir vurdert ved eventuelle framtidige anbudsprosesser og at generisk plan for anskaffelser (jf. kapittel 5) blir gjennomgått og justert særlig med hensyn til involvering fra de regionale helseforetakene (eiere) og representanter fra ulike fagmiljøer som brukere av tjenestene.

Ekspertgruppen mener videre at det bør vurderes hvordan man kan få større handlingsrom og fleksibilitet i evalueringen ved at man i noe mindre grad gir detaljerte vekter for krav i konkurransene. Det bør ses hen til om det er erfaringer både fra den danske konkurransen og fra anskaffelser i justissektoren som det kan være hensiktsmessig å benytte i framtidige norske konkurranser. Eksempelvis hvordan forhandlinger gjennomføres og hvilken evalueringsmetodikk som benyttes.

Ekspertgruppen mener også det bør være systemer for erfaringslæring ved gjennomføring av anbudsprosesser og implementering og oppfølging av kontrakter. Ekspertgruppen legger til grunn at disse forslagene nødvendiggjør at LAT HF blir styrket. Dette er nærmere omtalt i avsnitt 7.2.10.

7.2.3 Krav i kontrakten om gradvis overføring av baser ved operatørbytte

En viktig erfaring fra operatørbyttet i ambulanseflytjenesten i 2019, er at det må være en kontraktfestet forpliktelse om hvordan overføring av tjenesten til en eventuell ny operatør skal skje. Dette er også framhevet i innspill fra BSSA AS (jf. avsnitt 5.3).

Ekspertgruppen mener at ved framtidige operatørbytter i tjenesten, skal ny operatør overta én og én base, fordelt over en lengre tidsperiode. Overtakelsen må skje på ordinær ukedag, på dagtid og i den lyse årstiden. Ekspertgruppen støtter konklusjonene fra LAT HFs evalueringsrapport (jf. avsnitt 5.2.4) om at det i framtidige avtaler må beskrives så konkret som mulig hvordan overgang til ny kontraktsperiode og eventuelt bytte av operatør skal foregå, og hvilke sanksjoner som gjelder hvis det er avvik fra dette. Krav og føringer må være realistiske og gjennomførbare for både avtroppende og påtroppende operatør. Hvis anbudsinnbydelsen stiller krav om at personalet skal ha rett til å følge med over til ny leverandør på samme vilkår som tidligere, må det sikres tilstrekkelig tid for opplæring og utsjekk for piloter og redningsmenn, samtidig som beredskapen opprettholdes hos avtroppende operatør.

7.2.4 Vurdering av kontraktlengde mv.

Flere innspill til ekspertgruppen har pekt på at lengden på kontraktene setter begrensninger for utvikling og fleksibilitet i tjenesten (jf. avsnitt 6.2.4). Samtidig er det flere innspill som legger vekt på at anbudsprosesser er tidkrevende og tar oppmerksomhet fra utvikling av tjenesten og at hensynet til å sikre stabilitet og kontinuitet i tjenesten tilsier at kontraktene bør ha en viss varighet. Operatørene må gjøre store investeringer i materiell som normalt avskrives over 20 år. Kortere kontrakter kan derfor også gi høyere kostnader. Det er med andre ord hensyn som trekker i ulike retninger.

De nåværende kontraktene LAT HF har med operatørene har en varighet på seks år pluss opsjoner. Kontrakten for ambulansehelikoptertjenester har opsjon på inntil fire år ekstra (to+to år), totalt inntil ti år. Kontrakten for ambulanseflytjenester har opsjon på inntil fem år ekstra (to+tre år), totalt inntil elleve år.

Ekspertgruppen har i sine drøftinger av spørsmålet om kontraktlengde også sett hen til Danmark, som i forbindelse med anbudskonkurransen som ble utlyst høsten 2020, har lagt opp til en tidsubegrenset kontrakt (jf. boks 3.2). Ved lange kontraktsperioder er det risiko for at det kan bli en monopolsituasjon, ved at alternative operatører faller ut av markedet før eventuelle senere konkurranser. Ekspertgruppen har lagt vekt på at det er viktig å sikre stabilitet og kontinuitet, som også gir de beste vilkårene for utvikling av tjenesten. Dette tilsier at hyppige anbudsprosesser bør unngås. Samtidig bør det vurderes å utarbeide kontrakter som har noe mer fleksibilitet enn i dag, noe som kan åpne for å vurdere noe lengre varighet på kontraktene.

Ekspertgruppen ser at særskilt store endringer i valuta i kontraktsperioden kan få uheldige konsekvenser for tilbyder eller oppdragsgiver. Ekspertgruppen anbefaler derfor at det vurderes å innta regulering i kontrakten som åpner for at avtalte priser kan valutajusteres etter en gitt modell ved særskilt høye valutasvingninger.

7.2.5 Vurdering av fordeler og ulemper med oppdeling av anbudene

Ekspertgruppen er bedt om å vurdere fordeler og ulemper med at det er to forskjellige anbud, dvs. ett for ambulansehelikopter og ett for ambulansefly, samt vurdere fordeler og ulemper ved eventuelt å dele anbudene opp geografisk. Ekspertgruppen er også bedt om å vurdere konsekvensene av en monopolsituasjon i tjenesten.

Anbudsprosesser er ressurskrevende både for oppdragsgiver og leverandører. Slik sett kunne man tenke seg at prosessene kunne samordnes i ett felles anbud. Som omtalt i kapittel 5, er anbud i luftambulansetjenesten komplekse prosesser og det stilles forskjellige krav til operatører og materiell for henholdsvis ambulansehelikopter- og ambulanseflytjenesten. Ekspertgruppen mener derfor det ville være lite hensiktsmessig å håndtere dette som én felles anbudsprosess.

Spørsmålet om eventuelt å dele anbudene opp geografisk og konsekvensene av en monopolsituasjon drøftes med utgangspunkt i det overordnede spørsmålet om det skal være én eller to operatører innenfor de to delene av tjenesten.

7.2.6 Vurdering av én eller to operatører i ambulansehelikoptertjenesten

Det er fra flere hold trukket fram at det vil redusere risiko og sårbarhet å ha to operatører i ambulansehelikoptertjenesten[49]. I strategiprosessen før siste anskaffelse ble det framhevet at det var sterkt ønskelig med flere operatører. Dette ble blant annet begrunnet med at tjenesten har vist seg å være sårbar ved arbeidskonflikter, tap av godkjenninger, generelle problemer med en flytype eller uforutsette feil på beredskapshelikopter. Flere operatører i tjenesten vil være et viktig tiltak for å sikre robusthet og fleksibilitet i tjenesten (redundans). Erfaringer tilsier også at to operatører gir en dynamikk som bidrar positivt til kvalitetsutvikling i tjenesten.

En situasjon med én operatør vil være uheldig av hensyn til konkurranse ved framtidige anbud, utvikling av kvalitet i tjenesten og sårbarhet ved arbeidskonflikter, tap av godkjenninger eller andre større avvik. Fordelen med å ha én operatør, er at det er lettere å oppnå standardisering og harmonisering på områder der dette er ønskelig. Det er også mindre ressurskrevende å administrere oppfølging, kontroll og revisjon med én operatør.

En tjeneste med to operatører vil gi høyere kostnader. Ved forrige anbud ble det i konkurransegrunnlaget åpnet for å velge to operatører i tjenesten. De regionale helseforetakene satte imidlertid som forutsetning at de totale kostnadene for hele tjenesten ikke økte med mer enn én prosent. Prisforskjellen ved å velge to deltilbud var 7,22 pst. (jf. avsnitt 5.1.2).

Så langt ekspertgruppen erfarer, var kostnadshensynet avgjørende for at det ble valgt én operatør for alle baser i inneværende kontraktsperiode. Dette har ført til at det nå i praksis er en monopolsituasjon for ambulansehelikoptertjenesten. Det har likevel vært mulig å ivareta ekstraordinært ressursbehov blant

[49] I forrige kontraktsperiode var det to operatører i tjenesten; Lufttransport RW AS var operatør på basene i Tromsø, Brønnøysund og Ålesund, NLA AS var operatør ved de øvrige basene.

annet i forbindelse med koronapandemien, og operatøren har utvidet driften med ytterligere én base (Kirkenes, sommeren 2020). Forsvarets helikoptre har også bidratt som beredskapsressurs. I tillegg er det i Norge et godt fungerende marked med både nasjonale og internasjonale helikopteroperatører som har gjort det mulig å leie ekstra helikopter.

Ekspertgruppen mener at hensynet til robusthet i tjenesten tilsier at det ved eventuelt framtidige kontrakter bør vurderes på nytt om det bør være to operatører i ambulansehelikoptertjenesten. Det bør som minimum gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser som grunnlag for valg av én eller to operatører, samtidig som valget må avveies med hensyn til merkostnadene som følger av å ha flere operatører.

Ekspertgruppen har også drøftet om det ved valg av to operatører i tjenesten bør være ulik tidshorisont på kontraktene. Dette ville innebære at det blir både hyppigere og flere anbudsprosesser og ekspertgruppen vil ikke tilrå ordninger som vil medføre at tjenesten nærmest kontinuerlig har anbudsprosesser på gang.

Spørsmålet om å dele anbudene opp geografisk ble også drøftet i strategiprosessen ved forrige anbudsrunde, i lys av ønsket om to operatører i tjenesten. Ut fra et overordnet risiko- og sårbarhetshensyn var vurderingen at operatøransvaret burde fordeles slik at det ble nasjonal spredning av operatøransvaret. Dersom én operatør skulle få forbud mot å fly eller gå konkurs, ville det da ikke ramme hele helseregioner/landsdeler. Flere operatører i hver helseregion vil imidlertid kunne medføre medisinskfaglige utfordringer ved at operatørene har ulike flyoperative systemer. En slik løsning kan også bidra til ytterligere kostnadsøkning som følge av at operatørene måtte spre virksomheten over hele landet.

De medisinske lederne i helseforetakene mente det ville være en faglig fordel med én operatør i den enkelte helseregion; å ha bare én samarbeidende organisasjon og én operativ ledelse å forholde seg til. Ekspertgruppen støtter vurderingen om at operatøransvaret, ut fra medisinskfaglige hensyn, i størst mulig grad bør følge helseregionene hvis man velger en løsning med to operatører.

7.2.7 Vurdering av antall helikoptertyper i tjenesten

I sistnevnte strategiprosess ble det vurdert som en stor fordel å ha en differensiert helikopterflåte. Det ble vist til erfaringer med daværende kontrakt som omfattet to helikoptertyper. Det kan tidvis oppstå forhold ved den ene helikoptertypen som innebærer ekstra (og tidkrevende) inspeksjoner, begrensninger eller flyforbud for hele helikoptertypen. Regionene og basene har også ulike medisinske kapasitetsbehov, avstander og tilgang på øvrige ressurser. Vurderingen var at en tredeling av helikoptertyper og større differensiering av helikoptertyper i den enkelte region, ville bidra til å redusere slik risiko, selv om det ut fra standardiseringshensyn ville være gunstig at tjenesten i størst mulig grad benytter samme type helikopter. Det ble også vurdert å være behov for å øke antall reservehelikopter sammenliknet med daværende kontrakt som hadde to (ett per operatør).

I nåværende kontrakt ble det valgt tre ulike helikoptertyper (lite, mellomstort og stort, jf. avsnitt 5.1.2). Det ble valgt to helikoptertyper for reservehelikoptrene.

Erfaringene så langt i denne kontraktsperioden, er at ordningen med tre helikoptertyper har medført (utilsiktede) ulemper, ifølge innspill til ekspertgruppen. Valgene som ble gjort, innebærer at noen baser får en annen, og mindre helikoptertype, når det faste helikopteret er til vedlikehold. Ekspertgruppen har fått innspill om at den minste helikoptertypen har dårlig plass i kabinen og det innebærer vanskelige og dels begrensende arbeidsforhold for legen.

Fordi crewene ikke har utsjekk på alle helikoptertyper, innebærer også forskjellig helikoptertype for hoved- og reservehelikopter mer rotasjon av operativt personell (piloter og redningsmenn) mellom basene. Dette kan innebære en risiko for flysikkerheten. Også den medisinske delen av crewet må ha opplæring og utsjekk for de ulike helikoptertypene i Tromsø og Ålesund.

Ekspertgruppen mener det av hensyn til redundans bør være flere helikoptertyper, men at det burde være færre enn i dag. Det bør også være samme helikoptertype for hoved- og reservehelikopter ved den enkelte base. Dette er viktig av hensyn til samarbeid og samhandling mellom det medisinske og

operative personellet ved basene, og bedre forutsigbarhet for beredskapen lokalt.

7.2.8 Vurdering av én eller to operatører i ambulanseflytjenesten

Ambulanseflytjenesten har en mer nasjonal oppdragsprofil enn ambulansehelikoptrene. Ambulanseflyene flyr hvert år om lag 300–330 oppdrag mellom Nord- og Sør-Norge. Hovedtyngden er mellom Bodø/Tromsø og Bergen/Oslo. De hyppigst flydde strekningene for flyene på Gardermoen i perioden 2012–2015 var til Flesland og Sola. Dette tilsier etter ekspertgruppens vurdering at geografisk oppdeling (regionalisering) av ambulanseflytjenesten er mindre aktuelt.

Hvis det skulle være ønskelig med flere operatører i tjenesten, kunne et alternativ være å dele opp kontrakten ved å ha én kontrakt for overførings-/tilbakeføringsoppdragene, som utgjør om lag en tredjedel av oppdragene (34 pst.), og én kontrakt for primær- og sekundæroppdragene. Primæroppdrag foregår nesten utelukkende i Nord-Norge, der basene i Alta og Kirkenes har en andel på om lag 40 pst. primæroppdrag. Ulempen med en slik oppdeling er at det ville føre til dårligere utnyttelse av kapasiteten i tjenesten. Oppdragene koordineres fra Flykoordineringssentralen i Tromsø (FKS) i samarbeid med de tre enhetene for medisinsk koordinering ambulansefly (MKA). Dette sikrer god utnyttelse av kapasiteten. Ulike anbud innen tjenesten vil, i tillegg til merkostnader som følge av dårligere kapasitetsutnyttelse, også kreve mer administrative ressurser for å gjennomføre anbudskonkurranser og følge opp flere operatører.

I strategiprosessen før siste anskaffelse, ble det også for ambulanseflytjenesten vurdert at flere operatører ville være en fordel med tanke på redusert sårbarhet for arbeidskonflikter, tap av godkjenninger eller andre store avvik. Det ville også kunne være en fordel med tanke på utvikling av kvalitet i tjenesten. Dette ville samtidig kunne gi noen utfordringer, særlig med hensyn til fleksibiliteten for reservekapasitet og rotasjon av fly og operativt personell mellom basene. Det ble også uttrykt betenkeligheter fra de medisinske fagmiljøene mot å skulle forholde seg til flere operatører på samme base. De medisinske fagmiljøene anså det som akseptabelt, men ikke ønskelig. Det ville også kunne gi kapasitetsutfordringer hos FKS med behov for økt bemanning, behov for utsjekk hos to operatører og potensielt måtte arbeide i to ulike styringsverktøy.

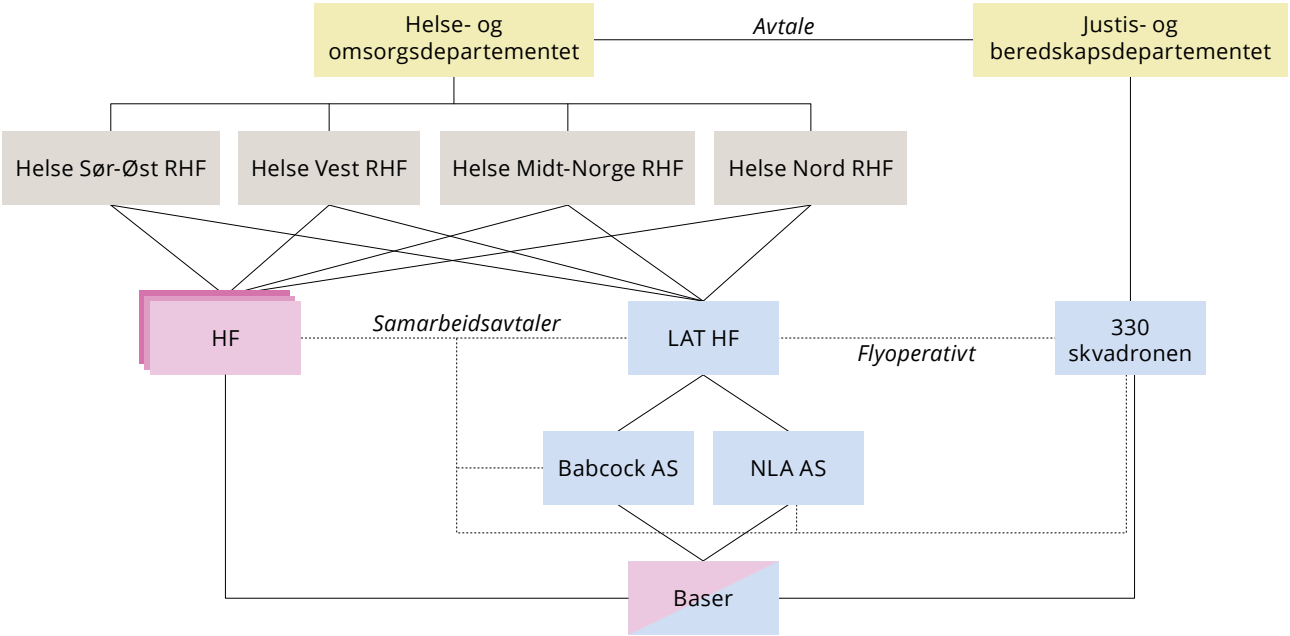
Det er et begrenset marked for kortbanenettet i Norge når det gjelder fly og operatører. Krisen i 2018 og 2019 viste at det var vanskelig å anskaffe ekstrakapasitet som kunne dekke kortbanenettet. I praksis er det derfor en monopolsituasjon som gjør tjenesten sårbar.

Ekspertgruppen mener det er viktig å videreføre prinsippene som også er lagt til grunn i spesialisthelsetjenesteloven, om at luftambulansetjenesten skal virke som en nasjonal ressurs, og at helikopter og fly skal ses som en helhet, som supplement til og i samvirke med øvrige prehospitale ressurser lokalt og regionalt. Ekspertgruppen tilrår derfor å videreføre ordningen med én operatør i ambulanseflytjenesten, men ser at de regionale helseforetakene i sin evaluering anbefaler at base- og flystrukturen bør vurderes slik at tilbud kan inngis for en tjeneste med flere leverandører.

7.2.9 Kvalitet og ledelse i luftambulansetjenesten

I avsnitt 6.3 omtaler ekspertgruppen utfordringer med organiseringen av luftambulansetjenesten som ikke direkte gjelder anbud og operatørbytte, men som mer handler om den overordnede organiseringen. Ekspertgruppen har mottatt flere innspill om at den komplekse organiseringen av luftambulansetjenesten skaper uklare ansvarslinjer og lange kommunikasjonslinjer som hindrer god informasjonsflyt.

På overordnet nivå er det gitt innspill om at det er behov for å tydeliggjøre rollene til de regionale helseforetakene og helseforetakene i både den strategiske og løpende utvikling og styring av tjenesten.



Figur 7.1 Oversikt over dagens organisering av luftambulansetjenesten
Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Samarbeidsavtalene inngått mellom operatør, LAT HF og helseforetaket har som mål å klargjøre ansvarsområder og sikre god kommunikasjon mellom partene. Begge operatører har, i tråd med kontraktkravene, utarbeidet en prosedyre for kommunikasjon med basens medisinske ledelse og samarbeidende helseforetak som følger som vedlegg til samarbeidsavtalen. Prosedyren skal medvirke til at misforståelser ikke oppstår og at beslutninger fattes på korrekt grunnlag. I prosedyren stilles det krav om at partene informerer hverandre så tidlig som mulig om forhold som kan innvirke på driftsforhold og tilgjengelighet, og det er beskrevet hva de ulike partene er forpliktet til å informere om. Prosedyren skal gjøres base- og foretaksspesifikk ved at partene utarbeider interne prosedyrer og rutiner for oppfyllelse av prosedyren. Partene skal også dokumentere at informasjon er gitt.

Systemer og rutiner for avvikshåndtering

Separate kvalitetssystemer for helseforetakene og operatørene innebærer at luftambulansetjenesten ikke har et samlet system for oversikt og oppfølging av medisinske og flyoperative avvik (jf. avsnitt 6.3.1). De regionale helseforetakene har ansvar for å planlegge, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter. Dette omfatter å ha oversikt over og gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, og rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold i luftambulansetjenesten jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Ekspertgruppen vurderer at de regionale helseforetakene bør ha et system som gir en samlet oversikt over medisinske og flyoperative avvik, herunder uønskede hendelser, som muliggjør oppfølging og læring i hele organisasjonen innenfor et rimelig tidsrom. Ekspertgruppen anbefaler at de regionale og lokale helseforetakene gjennomgår systemer og rutiner for avvikshåndtering, i samarbeid med operatørene og LAT HF, og vurderer hvordan et samlet avviks- og hendelseshåndteringssystem for luftambulansetjenesten kan administreres.

Retningslinjer for bruk av luftambulansetjenesten, standardisering av prosedyrer mv.

Retningslinjer for bruk av luftambulansetjenesten skal være et virkemiddel for å realisere formålet med tjenesten. Retningslinjene bør være et redskap for prioritering, og ivareta sammensatte hensyn som geografiske forhold og belastning for pasienten ved valg av transportform. Retningslinjer som dekker bruksmønsteret i tjenesten og som konkretiseres lokalt slik at de ivaretar behovet i området, vil bidra til bedre forutsigbarhet for samarbeidende

helsepersonell og befolkningen, og hindre uønsket variasjon i rekvirentpraksis.

Ekspertgruppen anbefaler at de nasjonale retningslinjene for bruk gjennomgås og konkretiseres. Rutiner for bestilling av øyeblikkelig hjelp oppdrag bør gjennomgås for å sikre rask og god tilbakemelding til bestiller om vurdering av oppdraget, prioritering og hvilken transportløsning som er valgt.

Bedre koordinering og utnyttelse av de samlede ressursene i luftambulansetjenesten på tvers av regionene er et virkemiddel for mer likeverdige helsetjenester. Ved at det nå er én AMK-LA sentral i hver helseregion, forventes det at en mer profesjonalisert og enhetlig koordinering kan gi bedre fordeling av oppdrag, mer effektiv styring av ressursene og bedre oversikt over beredskapssituasjonen og aktiviteten, spesielt i grenseområdene mellom helseregionene.

Helseforetakenes medisinske ansvar ved basene omfatter medisinske retningslinjer og prosedyrer for pasientbehandling. Den medisinske tjenesten ved ulike baser reflekterer områdets behov, og er tilpasset områdets øvrige prehospitale ressurser (bil- og båtambulanse, legevakt). Ulike medisinske retningslinjer og prosedyrer mellom basene er i noen av innspillene til ekspertgruppen beskrevet som en utfordring for tjenesten, jf. avsnitt 6.3.4. Det er ulikt syn i de medisinske fagmiljøene om det er behov for nasjonale retningslinjer og prosedyrer for luftambulansetjenesten. Enkelte fagmiljøer har imidlertid pekt på at større grad av standardisering blant annet vil gjøre det enklere for medisinsk personell å hospitere/arbeide på andre baser og dermed gi mer fleksibilitet i tjenesten på sikt. Akuttmedisinsk klinikk ved UNN har tatt til orde for en regionalisering av redningsmenn og piloter, slik at et begrenset antall operativt personell har lokal og regional tilknytning og integrering.

Helsepersonellet i luftambulansetjenesten er ansatt i helseforetakene. Dette bidrar til at den prehospitale kompetansen og erfaringen disse legene og sykepleierne opparbeider seg, også benyttes i helseforetakets kvalitetssikring og kompetanseutvikling lokalt, både i ambulansetjenesten og i nødmeldetjenesten. Flere steder har LA-leger medisinskfaglig seksjonsansvar for AMK og/eller ambulansetjeneste i eget helseforetak. Dette er en viktig mekanisme for lokal fagutvikling og integrering av tjenesten.

Ekspertgruppen mener det må være rom for regionale tilpasninger i tjenesten, men at det er potensial for mer standardisering på tvers av regioner. LAT HF skal bidra til nasjonalt samarbeid i spørsmål knyttet til luftambulansetjenesten med vekt på nettverkssamarbeid mellom helseforetakene, og skal på utvalgte områder være et faglig kompetansesenter for alle helseforetakene i Norge.

Ekspertgruppen mener LAT HF bør tillegges ansvar for å identifisere områder hvor det er behov for nasjonal samordning i den medisinske delen av tjenesten, og vurdere om det bør utarbeides nasjonale faglige retningslinjer og råd. LAT HF bør også ha en rådgivende og koordinerende rolle for å fremme et tverregionalt samarbeid.

Forskning og utvikling – formalisere bidraget fra SNLA

SNLA er en viktig bidragsyter når det gjelder forskning og utvikling innen prehospital akuttmedisin, og det bør derfor legges til rette for å videreføre samarbeidet. Det er samtidig viktig å sikre at bidraget understøtter helsetjenestens behov og prioriteringer. Erfaringer med utspill, blant annet for å påvirke basestruktur ved å opprette flere luftambulansebaser og legebiler, utfordrer de regionale helseforetakenes ansvar for å ivareta samlede prioriteringer. En forbedring i dagens modell er derfor å legge til rette for å formalisere bidraget fra SNLA bedre.

7.2.10 Styrke Luftambulansetjenesten HF

Som omtalt over, mener ekspertgruppen at LAT HF bør få en tydeligere rolle også for den medisinske delen av tjenesten, herunder ansvar for å identifisere områder med behov for nasjonal samordning, samt ha en rådgivende og koordinerende rolle for å fremme tverregionalt samarbeid. LAT HF har også en viktig rolle med å koordinere samarbeid og prosedyrer mellom operatørene og helseforetakene som ansvarlige for den medisinske delen av tjenesten, blant annet for å utvikle et samlet system for håndtering av avvik.

Ekspertgruppen har foreslått flere tiltak som vil forbedre anbudsordningen, dette vil både innebære at fagmiljøene som skal bidra i prosessene setter av mer ressurser, men også at LAT HF har tilstrekkelig

med ressurser til å koordinere arbeidet. Samlet sett forutsetter forbedringstiltakene som ekspertgruppen har foreslått, at administrasjonen i LAT HF blir styrket.

7.3 Modell med offentlig drift

Ekspertgruppen legger til grunn at vilkårene for egenregi eller utvidet egenregi for å utøve tjenesten, blir oppfylt i modellene for offentlig drift som drøftet nedenfor.

Det offentlige står fritt til å organisere sin virksomhet på den måten som det finner mest hensiktsmessig for å løse sine oppgaver. Dersom en ytelse leveres i egenregi, foreligger det ingen kontrakt i anskaffelsesrettslig forstand og anskaffelsesregelverket kommer ikke til anvendelse. Dersom det offentlige velger å etablere et eget selskap for å utføre tjenesten, vil imidlertid anskaffelsesregelverket gjelde. Men det er gjort unntak for selskaper som har en særlig tilknytning til det offentlige. Tjenesten vil da utøves i såkalt utvidet egenregi. Utvidet egenregi er regulert i anskaffelsesforskriften § 3-1 og § 3-2.

Det framgår av § 3-1 at anskaffelsesregelverket ikke gjelder når oppdragsgiveren inngår kontrakter med et annet rettssubjekt som oppdragsgiver har samme kontroll over som for egen virksomhet og som har mer enn 80 pst. av aktiviteten for oppdragsgiver eller andre rettssubjekter som oppdragsgiver kontrollerer. Det er også et krav at det ikke er direkte private eierandeler i rettssubjektet. Bestemmelsen er i samsvar med unntaket for utvidet egen regi i anskaffelsesdirektivet artikkel 12.

7.3.1 Mulige tilknytningsformer ved offentlig drift

Det kan være ulike varianter av eierskap og tilknytningsform for en offentlig eid operatør i luftambulansetjenesten. Det er også ulike tilnærminger til hvordan et offentlig flyselskap for drift av luftambulansetjenesten kan etableres; enten ved oppkjøp av en eller flere eksisterende operatører, eller ved å bygge opp et eget flyselskap.

Aktuelle eksempler fra Norden er Finland og Sverige. Den finske regjeringen vedtok i 2020 at staten ved Social- och hälsovårdsministeriet skal være heleier av FinnHEMS (jf. avsnitt 3.2.1) og overta hele operatøransvaret fra 2022. Finland besluttet oppkjøp av ett av helikopterselskapene som er operatør i dagens tjeneste, som utgangspunkt for å bygge opp tjenesten i offentlig regi. Svensk Luftambulans er et offentlig eid operatørselskap og drifter foreløpig to av totalt ni ambulansehelikoptre i Sverige. Det er planer om overtakelse av ytterligere fire helikoptre i løpet av 2021–2024. Svenskt ambulansflyg (KSA), som har planlagt driftsstart i 2021, skal eie flyene og ha ansvar for vedlikehold, mens piloter skal anskaffes gjennom anbud. Ekspertgruppen mener modellen til KSA ikke er aktuell i Norge, da denne ikke bidrar til mer stabilitet og tryggere arbeidsforhold for operativt og teknisk personell.

Ekspertgruppen har lagt til grunn at en viktig intensjon med eventuelt å skulle ha offentlig eierskap til operatør i luftambulansetjenesten, både er å redusere risiko for beredskapsavbrudd i forbindelse med operatørskifte og å oppnå tettere integrering med de øvrige prehospitale tjenestene. Alternativer med å organisere statlig eierskap under andre eierdepartementer, for eksempel Nærings- og fiskeridepartementet eller Samferdselsdepartementet, er derfor ikke utredet.

Om Forsvaret som operatør

I forbindelse med Stortingets behandling av operatørbyttet i ambulanseflytjenesten våren 2020, oppfordret et flertall i Helse- og omsorgskomiteen ekspertgruppen til å vurdere om en statlig drevet luftambulansetjeneste bør ha Forsvaret som operatør på lik linje med redningshelikoptertjenesten. Det ble vist til at det er et potensial for konflikt i en yrkesgruppe dersom for eksempel flygere i Forsvaret opplever at de har andre lønns- og arbeidsbetingelser enn flygere i et selvstendig, statlig luftambulanseflyselskap. Ekspertgruppen ble anmodet om å vurdere potensialet for en slik konflikt i sin utredning (Innst. 242 S (2019–2020)).

Helse- og omsorgsdepartementet har forelagt flertallsforslaget for Forsvarsdepartementet til vurdering. Forsvarsdepartementet har i brev datert 27. mai 2020 gitt følgende vurdering:

«I forslag til ny langtidsplan for Forsvaret, Prop. 62 S (2019 – 2020), fremheves det at Norge i dag og i årene fremover står overfor en ny, og mer krevende sikkerhetspolitisk situasjon. Langtrekkende presisjonsvåpen, sammensatte trusler, en stadig raskere teknologisk utvikling og økte forventninger til Norge, er forhold som påvirker behovet for å videreutvikle Forsvarets struktur. For å møte den sikkerhetspolitiske utviklingen er det igangsatt en formidabel moderniseringsprosess av forsvarssektoren. Dette gjelder særskilt innen det militære luftdomenet, der det pågår innfasing av nye kampfly, nye maritime overvåkningsfly, maritime helikoptre og nye redningshelikopter, samt en rekke organisatoriske og strukturelle tiltak for å bygge opp under fornyingen. Dette har vært, og vil være, en krevende prosess for sektoren i årene som kommer.

En av Forsvarets 9 oppgaver er å bidra til ivaretakelse av samfunnssikkerhet og andre sentrale samfunnsoppgaver. Forsvarets operatøransvar for Redningshelikoptertjenesten er et eksempel på dette. Likevel skal Forsvaret først og fremst prioritere sine militære primæroppgaver. Militære kapasiteter bør ikke bli bundet til sivil beredskap på en måte som går utover den militære beredskapen. Et eventuelt operatøransvar for den sivile luftambulansetjenesten vil være en betydelig tilleggsoppgave for Forsvaret, i omfang anslagsvis dobbelt så stort som Redningshelikoptertjenesten.

Forsvaret har i sitt innspill til departementets vurdering pekt på at det vil være meget vanskelig å forene Forsvarets primærfunksjon for forsvaret av Norge med å overta driften av den sivile luftambulansetjenesten. Selv om det prinsipielt vil være mulig, vil et eventuelt operatøransvar i luftambulansetjenesten bidra til å fortrenge Forsvarets primærfunksjon.»

Forsvarsdepartementet konkluderer i sitt svar til Helse- og omsorgsdepartementet med at det i denne fasen med å videreutvikle og styrke forsvaret av Norge, vil være krevende å gi Forsvaret en tilleggsoppgave av dette omfanget. På bakgrunn av Forsvarsdepartementets konklusjon har ikke ekspertgruppen utredet alternativer med Forsvaret som operatør for luftambulansetjenesten.

Organisering innenfor spesialisthelsetjenesten

I en modell med offentlig drift/offentlig eierskap til operatør i luftambulansetjenesten mener ekspertgruppen det vil være hensiktsmessig at organiseringen av operatøren er harmonisert med organiseringen av spesialisthelsetjenesten for øvrig. Dette innebærer i prinsippet to mulige alternativer:

- Operatøren eies av de regionale helseforetakene i fellesskap
- Operatøren eies av Helse- og omsorgsdepartementet

En modell der operatøren eies av de regionale helseforetakene i fellesskap, vil være den eierskapsformen som i størst grad ivaretar intensjonene om å knytte operatøransvaret nærmere til organiseringen av de øvrige prehospitale tjenestene. Slik sett er en modell der operatøren eies av Helse- og omsorgsdepartementet mindre aktuell.

Noen innspill som ekspertgruppen har fått, har tatt til orde for at operatøransvaret bør organiseres som en integrert del av de prehospitale tjenestene i helseforetakene, uten at det er nærmere definert om det med dette menes at operatøransvaret skal ligge i eierlinjen i helseforetakene. Ut fra kompleksiteten og kravene som stilles til operatørens organisasjon, har ekspertgruppen ikke utredet alternativ som vil innebære etablering av flere flyselskap. I avsnitt 7.3.3 er det imidlertid omtalt et alternativ der bestilleransvaret, herunder oppfølging og kontroll, ivaretas av helseforetakene.

7.3.2 Selskapsform og organisering av operatøren

En modell der operatøren eies av de fire regionale helseforetakene i fellesskap, kan opprettes som et helseforetak (HF) eller som et ansvarlig selskap (ANS).

Det følger av helseforetaksloven § 42 andre ledd andre punktum at «dersom flere foretak eier virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen, skal virksomheten organiseres som helseforetak eller som ansvarlig selskap i medhold av selskaps-

loven[50]». For øvrig følger det av tredje ledd i samme bestemmelse at «virksomhet som er en nødvendig og sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjenester, kan organiseres som helseforetak». Luftambulansetjeneste er listet opp som et eksempel på en spesialisthelsetjeneste i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Det har i ulike sammenhenger blitt drøftet hvordan helseforetak alene eller flere regionale helseforetak og helseforetak sammen, skal kunne organisere virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste (NOU 2016: 25, 2016; Prop. 120 L (2011–2012)). Ved endringer i helseforetaksloven i 2013 ble det åpnet for at helseforetak alene eller flere regionale helseforetak og helseforetak sammen skal kunne organisere virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste som helseforetak (Prop. 120 L (2011–2012)). I begrunnelsen gikk det fram at helseforetak er en selskapsform som er tilpasset offentlig spesialisthelsetjeneste. Det ble i den forbindelse vist til at denne selskapsformen, i større grad enn ansvarlig selskap, vil kunne gjøre at virksomheten vil framstå som en naturlig og integrert del av den offentlige helsetjenesten. I vurderingen ble det videre lagt til grunn at helseforetak har tettere og sterkere eierstyring og sterkere grad av demokratisk styring og kontroll enn andre selskapsformer og er utviklet for å organisere det offentliges ansvar for en viktig velferdstjeneste. Det ble i vurderingen trukket fram at helseforetak ikke kan gå konkurs og at eier fullt ut er økonomisk ansvarlig for virksomheten.

De regionale helseforetakene besluttet høsten 2015 gjennom felles sak i styrene[51] at Luftambulansetjenesten, og de andre felleseide selskapene, skal være organisert som et helseforetak – ikke ANS som det var tidligere. I den videre drøftingen er det lagt til grunn en organisering av operatøren som felles eid helseforetak.

En framtidig modell hvor Helse- og omsorgsdepartementet eier operatøren, er som omtalt over, mindre

[50] Organisasjonsformen aksjeselskap (AS) er dermed ikke mulig etter disse avgrensningene i helseforetaksloven all den tid luftambulansetjenester regnes som spesialisthelsetjenester.

[51] Helse Nord RHF: Styresak 121-2015 Styringen av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper.

Boks 7.8 Statlig styring og kontroll

Mulighet for statlig styring og kontroll har vært viktige hensyn ved dagens organisering av luftambulansetjenesten. De regionale helseforetakene og helseforetakene er særlovselskaper. Helseforetaksloven har flere bestemmelser som viser at styring og kontroll er vektlagt sterkere enn ved ordinære statsforetak. Eksempler på dette er:

- Helseforetak er bevilgningsfinansiert og kan ikke gå konkurs, jf. helseforetaksloven § 5 tredje ledd. Staten er m.a.o. fullt ut ansvarlig for helseforetakenes økonomiske forpliktelser.
- Helseforetakene kan styres relativt detaljert gjennom oppdragsdokument og krav i foretaksmøter, jf. helseforetaksloven kapittel 5.
- Saker av vesentlig betydning skal forelegges departementet, jf. helseforetaksloven § 10 første ledd nr. 8 og § 30. Salg av sykehusvirksomhet skal f.eks. forelegges departementet og besluttes av Stortinget, jf. § 32. Denne plikten er mer omfattende enn for ordinære statsforetak.
- Foretak kan ikke ta opp lån med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at det skal ha slik adgang, jf. helseforetaksloven § 10 første ledd nr. 7 og § 33.
- Regionalt helseforetak skal hvert år utarbeide redegjørelse for oppfølging av sektorpolitiske krav til virksomheten, jf. helseforetaksloven § 34. Denne plikten er mer omfattende enn for ordinære statsforetak.
- Regionalt helseforetak skal hvert år informere departementet om planer for kommende år, jf. helseforetaksloven § 34. Denne plikten er mer omfattende enn for ordinære statsforetak.

Kilde: Lov om helseforetak

aktuell. Det kan imidlertid nevnes at praksis i dag er at aksjeselskapsformen er mest brukt for selskaper med statlig eierandel, men både særlovselskap, og statsforetak kan være aktuelle løsninger hvis eierskapet til operatøren skulle legges til Helse- og omsorgsdepartementet.

7.3.3 Bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll med operatøren

De regionale helseforetakene vil også i en modell med offentlig drift ha sørge for-ansvaret for luftambulansetjenesten i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Dette omfatter blant annet myndighet til å beslutte basestruktur og dimensjonering av tjenesten. I dagens modell har LAT HF strategisk og operativt ansvar for luftambulansetjenesten nasjonalt, og ivaretar bestillerfunksjonen på vegne av de regionale helseforetakene overfor operatørene (jf. avsnitt 2.2.2 og 7.1.1).

Ekspertgruppen legger til grunn at bestilleransvaret og finansieringsansvaret bør ligge til de regionale helseforetakene i tråd med sørge for-ansvaret.

I en modell der operatøren eies av de regionale helseforetakene – som et felleseid helseforetak – vil de regionale helseforetakene kunne ivareta oppfølging og kontroll med operatøren etter samme prinsipper som for oppfølging av de øvrige felleseide helseforetakene[52]. Ekspertgruppen legger til grunn at kvalitets- og sikkerhetsrevisjoner, rapportering og løpende oppfølging av operatøren/flyselskapet, kan tilpasses og ivaretas innenfor de etablerte rammene for styring.

Alternativ der operatøren eies av Helse- og omsorgsdepartementet

Hvis det skulle velges en modell der operatøren eies av Helse- og omsorgsdepartementet mens sørge for-ansvaret og finansieringsansvaret ligger til de regionale helseforetakene, ville eierstyring og oppdragsstyring måtte ivaretas på en annen måte. Helse- og omsorgsdepartementet ville som eier oppnevne styre, avholde foretaksmøte eller generalforsamling og ha eiermessig oppfølging av selskapet. De regionale helseforetakene, som finansierer, og dermed har bestillerfunksjonen, vil måtte etablere et system for oppfølging og kontroll overfor operatøren. En nærliggende løsning ville være å videreføre LAT HF som i dag, for å ivareta disse oppgavene.

Alternativ der bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll ivaretas av helseforetakene

I dagens modell har de regionale helseforetakene bestillerfunksjonen og finansierer tjenesten, mens helseforetakene, gjennom AMK-sentralene, rekvirerer tjenesten (jf. avsnitt 2.2.4) og ivaretar det medisinske ansvaret.

Flere hensyn kunne tilsi at bestillerfunksjonen og finansieringsansvaret kunne ivaretas av helseforetakene lokalt. Dette ville kunne bidra til tettere faglig samarbeid og integrering med den øvrige ambulansetjenesten i helseforetakene.

Ulempen med et slikt system vil være at finansiering, styring og kontroll blir fragmentert. Det er 13 helseforetak som har luftambulansebaser og som skulle organisere enhetlig oppfølging og kontroll med operatøren, samtidig som tjenesten skal betjene hele landet og de 19 helseforetakene[53]. Ekspertgruppen vil derfor ikke gå videre med en drøfting av en slik modell, men viser til at tettere faglig samarbeid og integrering kan ivaretas på andre måter. Dette kan blant annet skje gjennom videreutvikling av samarbeidsavtalene ved basene (jf. avsnitt 7.2.9 og 7.3.6). Det kan også legges til rette for tettere basetilknytning og mindre rotasjon av operativt personell enn i dag.

7.3.4 Anskaffelse, finansiering og drift av fly og helikopter

Prinsippene for finansiering av virksomheten vil bli som i dagens modell. Drift og investeringer vil skje i henhold til regnskapsloven, som gjelder for alle de aktuelle selskapsformene.

[52] Styrene i de regionale helseforetakene vedtok i 2015 felles prinsipper for styringen av de felles eide selskapen. Helse Nord RHF: Styresak 121-2015 Styringen av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper.

[53] Det er i dag 19 helseforetak som har et definert ansvar for å yte spesialisthelsetjenester for befolkningen i sitt geografiske opptaksområde.

Det vil også framover være behov for jevnlig utskifting og oppgradering av fly og helikoptre. I dagens modell omfatter avtalen med operatørene en komplett tjeneste og det er operatørene som anskaffer flymateriell. En modell med offentlig drift forutsetter at organisasjonen har nødvendig teknisk og operativ kompetanse til å gjennomføre anskaffelse av fly og helikopter og at det er avsatt nødvendige ressurser til dette. Videre må likviditet i forbindelse med anskaffelse av materiell skaffes særskilt.

I det følgende beskrives to ulike alternativer for anskaffelse og finansiering av fly og helikopter, eie eller leie (leasing). For begge alternativer gjelder regelverket om offentlige anskaffelser.

Eie-alternativet

En virksomhet som skal kunne eie egne fly og helikoptre, er avhengig av å skaffe nødvendig likviditet for å kunne dekke anskaffelseskostnadene. Det legges til grunn at likviditeten skaffes i form av låneopptak.

Etter dagens regelverk kan et felleseid helseforetak kun ta opp lån i de regionale helseforetakene, dvs. de kan ikke ta opp lån i markedet. Dersom et felleseid helseforetak skal kunne ta opp lån for å kjøpe fly og helikoptre må dette derfor skje ved lån fra staten til de regionale helseforetakene som igjen videreformidler dette til det felleseide helseforetaket. De regionale helseforetakene må sende lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet som fremmer søknaden som et ordinært satsingsforslag i de årlige budsjettbehandlingene. De regionale helseforetakene må prioritere lån til investering i fly og helikopter i konkurranse med øvrige investeringer i spesialisthelsetjenesten (sykehusbygg, IKT, medisinsk utstyr mv.).

Både statsforetak og aksjeselskap følger regnskapslovens bestemmelser, er selvstendige juridiske personer og vil kunne ta opp lån i det private markedet for å anskaffe fly og helikoptre. Dette ville vært aktuelt hvis operatøren skulle eies av Helse- og omsorgsdepartementet.

Leie-alternativet (leasing)

Leasing er en vanlig måte for å anskaffe fly og helikopter for luftfartsselskaper og praktiseres av operatørene i tjenesten i dag. En leasingavtale er en langsiktig leieavtale hvor virksomheten får full bruksrett til fly og helikopter, mens utleier står som formell eier. Leien fastsettes på bakgrunn av luftfartøyenes anskaffelsespris, anslått restverdi, leasingperiode og rentesats.

Det er to hovedmodeller for leieavtaler, operasjonell og finansiell. Ved en finansiell leieavtale er det vesentligste av den økonomiske risikoen og kontrollen som knytter seg til driftsmidlene, overført til leietaker (bruksrett), men uten at selve eiendomsretten er overført. En finansiell leieavtale skal balanseføres hos leietaker til verdien av vederlaget i leieavtalen samtidig med den tilhørende forpliktelsen. Dersom leieavtalen er operasjonell, skal verken verdien eller forpliktelsen balanseføres.

For felleseide helseforetak legges til grunn at de ikke kan inngå større finansielle leieavtaler uten at disse godkjennes av de regionale helseforetakene. Det antas videre at slike leieavtaler må behandles tilsvarende som for de regionale helseforetakenes egne rammebetingelser for slike avtaler. De regionale helseforetakene har beslutningsmyndighet til å inngå finansielle leieavtaler med en verdi på under 100 mill. kroner per avtale. Avtaler over 100 mill. kroner må legges fram for foretaksmøtet (Helse- og omsorgsdepartementet) til godkjenning.

En statlig eid virksomhet (departementet er eier) kan inngå finansielle leieavtaler, men eier kan ramme inn muligheten for slike avtaler i vedtektene. Tilsvarende gjelder for låneadgang.

Vedlikehold

Som i dagens modell (jf. avsnitt 7.1.3) kan det velges alternative konsepter for henholdsvis daglig og tyngre vedlikehold for fly og helikopter.

Daglig vedlikehold som skal skje på den enkelte base, kan enten skje i egenregi ved egne, ansatte teknikere, eller ved avtale med godkjent verksted (etter anbudskonkurranse). Tyngre vedlikehold kan tilsvarende skje i egenregi, gjennom avtale med godkjent verksted, eller gjennom avtale med leverandørene av henholdsvis fly og helikopter (etter anbudskonkurranse).

7.3.5 Ansettelsesforhold mv. for operativt personell

De grunnleggende kompetansekravene for personellet (operativt, teknisk, helsepersonell) vil i prinsippet være de samme, uavhengig av hvilken modell som velges for organisering av det operative ansvaret. Arbeidstidsordningene for flyoperativt personell reguleres av Luftfartsloven med forskrifter. Det er i regelverket vist til EU-forordninger om arbeidstid for flygende personell. Ekspertgruppen legger til grunn at disse ikke vil bli berørt av et eventuelt offentlig eierskap til operatøren.

Ansettelsesforhold

Ekspertgruppen har lagt til grunn at operatørselskapet i en modell med offentlig drift organiseres som et helseforetak som er eid av de fire regionale helseforetakene (jf. avsnitt 7.3.1) og som får arbeidsgiveransvaret for flyoperativt personell (piloter og redningsmenn). Operatørselskapet vil være tilknyttet Arbeidsgiverforeningen Spekter, slik som de øvrige helseforetakene og de ansatte blir en del av det offentlige tariff- og forhandlingssystemet.

Ved en eventuell offentlig overtakelse av det operative ansvaret for luftambulansetjenesten, blir det lagt til grunn at de ansatte i tjenesten får adgang til å videreføre arbeidsforholdet i tjenesten. Dette innebærer at arbeidsavtalene til det flyoperative personellet blir videreført. Hvorvidt tariffavtalene blir videreført etter overdragelsen vil være avhengig av om ny arbeidsgiver reserverer seg mot å overta tariffavtalene, jf. aml. § 16-2 nr. 2. Dersom ny arbeidsgiver reserverer seg, vil de individuelle vilkårene i tariffavtalen videreføres fram til utløpet av tariffperioden eller inntil det inngås en ny tariffavtale.

Ekspertgruppen legger også til grunn at teknisk personell som er ansatt i operatørselskapene vil være omfattet av bestemmelsene om virksomhetsoverdragelse. Ekspertgruppen tar imidlertid forbehold om det kan foreligge organisatoriske forhold i form av underselskaper for tekniske tjenester, som påvirker rettighetene. Dette må i så fall vurderes nærmere med utgangspunkt i den aktuelle situasjonen hvis offentlig overtakelse blir aktuelt. Eventuelle kontrakter som gjelder kjøp av vedlikehold fra eksterne selskap, kan eventuelt bli overdratt til ny operatør inntil kontrakten utløper.

Når det gjelder helsepersonell, så legger ekspertgruppen til grunn at det er to alternativer for organisatorisk tilknytning. Enten at ansettelsesforhold og arbeidsavtaler blir videreført i de respektive helseforetakene som i dag, eller at man velger en modell som i Danmark. Der har helsepersonellet todelt ansettelsesforhold, med én stillingsbrøk knyttet til luftambulansetjenesten under nasjonal ledelse, i tillegg har de ansettelsesforhold ved ett av sykehusene i regionene.

Pensjon

I en modell med offentlig drift, der operatørselskapet organiseres som et helseforetak, vil de ansatte bli innmeldt i den offentlige tjenestepensjonsordningen som gjelder for helseforetakene. Pensjonsrettighetene er fastsatt av tariffavtaler. Offentlig tjenestepensjon inneholder alderspensjon, uførepensjon, tidligpensjon og etterlattepensjon[54]. I den offentlige tjenestepensjonsordningen utjevnes det meste av premien mellom forsikringstakerne i et utjevningsfellesskap, en fellesordning, slik at premien blir nøytral med hensyn til kjønn og alder.

Den offentlige tjenestepensjonsordningen er en ytelsespensjonsordning som skiller seg fra både innskudd- og hybridpensjon, og de ansatte kan derfor ikke bygge videre på den opptjeningen de har hatt innen disse ordningene. Tidligere opptjening vil bli stående som pensjonskapitalbevis eller fripoliser, avhengig av hva slags avtaler de har hatt i den private ordningen. Ny opptjening i offentlig tjenestepensjon vil starte fra tidspunktet virksomhetsoverdragelsen skjer.

7.3.6 Basedrift og samarbeid ved basene

Ekspertgruppen legger til grunn at ansvaret for basedrift vil kunne legges til operatørselskapet i en modell der operatøren er offentlig eid. Fordeling av ansvar og driftsutgifter mellom det lokale helseforetaket der basen er lokalisert og operatør, vil fortsatt være regulert i egne avtaler.

[54] Fra 2020 ble det vedtatt en endret offentlig tjenestepensjon for de som er født i 1963 og senere. Det er derfor ulike opptjeningsregler for de som er født før og etter 1963.

Ekspertgruppen legger videre til grunn at det også i en modell med offentlig eid operatør vil være samarbeidsavtaler med retningslinjer for operasjonelt samarbeid ved den enkelte base, slik dette er beskrevet i avsnitt 7.2.9.

7.3.7 Utvikling av luftambulansetjenesten – forskning og innovasjon

Det vises til omtale i avsnitt 7.1.6 for beskrivelse av finansiering av forskning i helseforetakene, og som også gjelder i en modell for offentlig drift av den operative delen av luftambulansetjenesten.

Når det gjelder SNLAs rolle og bidrag til forskning og utvikling i en modell med offentlig drift, peker stiftelsen på at tett tilknytning til en operatørvirksomhet i tjenesten er sentralt, og at eierskapet til NLA AS er viktig for deres formålsarbeid. I stiftelsens innspill til ekspertutvalget heter det at det ikke er sannsynlig at SNLA vil klare å bidra i samme omfang dersom staten selv overtar all drift av luftambulansetjenesten. Flere av stiftelsens største utviklingsprosjekter er basert på formelle avtaler og uformelle bånd mellom SNLA og datterselskapet NLA AS, ofte med utgangspunkt i utøvelsen av tjenesten. Hvis SNLA blir stående på siden av den operative driften av luftambulansetjenesten, vil det stanse mange av prosjektene og bremse utviklingen av tjenesten, ifølge innspillet.

7.4 Modell med drift av ideelle aktører

Ekspertgruppen har i sin tolkning av mandatet lagt til grunn at luftambulansetjenesten fortsatt skal være en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det er derfor ikke utredet et alternativ tilsvarende for eksempel som i Sveits, som er basert på at ansvaret for tjenesten fullt ut ivaretas av private organisasjoner finansiert gjennom medlemsinntekter og donasjoner. Modellen som beskrives her, tar utgangspunkt i ideell drift innenfor rammene av offentlig styring og finansiering.

Ekspertgruppen er ikke kjent med at det er andre aktuelle ideelle organisasjoner enn Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA), som kan være aktuelle leverandører av luftambulansetjenester i Norge. Det kan likevel ikke utelukkes at andre ideelle organisasjoner i Norge, eller ideelle som opererer luftambulansetjenester i andre land, kunne ha interesse av å etablere seg for å drive luftambulansevirksomhet i Norge, hvis modellen med drift av ideelle aktører blir valgt.

SNLA er omtalt i boks 7.7. Ekspertgruppen har bedt SNLA om innspill til hvordan en modell med drift av ideelle aktører kan innrettes. I innspillet til ekspertgruppen framhevet SNLA at en overgang fra dagens kommersielle kontrakter til et langvarig offentlig-ideelt samarbeid mellom staten og SNLA vil innebære lav risiko for endring og stabilitet i tjenesten. Modellen vil kunne bygge på etablerte strukturer fra dagens luftambulansetjeneste, men krever større langsiktighet i kontrakten enn det som er tilfellet i dag.

Hvis ekspertgruppens utredning og det videre arbeidet fører til en beslutning om samme modell for organisering av operatøransvaret for både ambulansefly- og ambulansehelikoptertjenesten, er SNLA positive til å løse et slikt oppdrag, ifølge innspillet fra dem.

7.4.1 Rettslig grunnlag for en modell med drift av ideelle aktører

Ekspertgruppen legger til grunn at det er lovmessig adgang for det offentlige til å overlate driften av luftambulansetjenesten til ideelle aktører – enten gjennom en tilrettelagt konkurranse mellom dem, eller gjennom en direkte tildeling til én aktør. En forutsetning for dette er at det offentlige påser at EU-kravene for å anses som en ideell aktør er oppfylt, og at tildelingen ligger innenfor statsstøtteregelverket.

Forskrift om offentlige anskaffelser § 2-4 bokstav g, implementerer artikkel 10 h i EUs anskaffelsesdirektiv. Anskaffelsesloven og -forskriften gjelder ikke for anskaffelse av nærmere opplistede tjenester, derunder ambulansetjenester.

EU-domstolen har uttalt[55] at det med ambulansetjenester menes pleie av akutt syke pasienter i ambulanse, men også kvalifisert syketransport forutsatt at det er snakk om en nødtjeneste. Det betyr

[55] Sak C-465/17 om tyske ambulansetjenester.

Boks 7.9 Undersøkelse av tilbakeføringsoppdragene

85 pst. av tilbakeføringsoppdragene gjelder pasienter som fortsatt kan trenge sykehusbehandling og i noen tilfeller fortsatt har potensielt livstruende tilstander. Dette bygger på en undersøkelse av tilbakeføringsoppdragene i perioden 2018 og 2019 som viser at 70 pst. av pasientene var klassifisert med NACA[1] 3 og 15 pst. med NACA 4 eller høyere. Om lag seks pst. av disse oppdragene krevde følge med anestesilege. De resterende 15 pst. av tilbakeføringsoppdragene (om lag 440 oppdrag) var i kategorien mindre/lett skade eller sykdom. Også blant disse vil det være flere pasienter som trenger medisinsk behandling på overføringstidspunktet (NACA 2).

Å skille ut tilbakeføringsoppdragene som en egen tjeneste, vil blant annet føre til en dårligere utnyttelse av den samlede kapasiteten i tjenesten og dermed en dyrere tjeneste (avsnitt 7.3.4). De oppdragene det her er snakk om (maksimalt 440 av 8700), utgjør en liten andel av det totale antall oppdrag.

Kilde: Analyse av flyambulanseoppdrag i norsk luftambulansetjeneste for perioden 2018–2019. Notat SNLA (august 2020)

[1] NACA er et kvalitativt klassifiseringsverktøy med score fra 0–7 som brukes for å klassifisere alvorlighet av sykdom eller skade hos pasienten.

at det må benyttes kvalifisert personell, og at det objektivt sett må være en forverringsrisiko for denne type pasienter. Ren pasienttransport omfattes ikke av unntaket.

Etter ekspertgruppens oppfatning kan også tilbakeføringsoppdragene, som utgjør om lag 34 pst. av alle oppdrag med ambulansefly (om lag 2960 av 8700 oppdrag), også regnes som ambulansetjeneste.

Ekspertgruppen legger derfor til grunn at den samlede ambulanseflytjenesten vil være omfattet av unntaket.

En annen forutsetning er at kontrakten må være inngått med en aktør som oppfyller kravene til å være en ideell aktør (non-profit). EU-domstolen har i sin praksis angitt flere elementer som må være oppfylt for å kunne anses som en ideell aktør:

- Den må utføre allmennyttige oppgaver
- Den må ikke drive kommersiell virksomhet med gevinst for øye
- Et eventuelt overskudd må reinvesteres i virksomheten og ikke tas ut som utbytte til private eiere

SNLA utfører luftambulansetjenester gjennom datterselskapet NLA AS, og vil derfor oppfylle vilkåret om å utføre allmennyttige oppgaver. Organisasjonens bærende formål, bl.a. ut fra vedtekter, strategi og faktisk markedsatferd, er å arbeide for det allmennyttige formålet uten å ta utbytte ut av virksomheten. Også et aksjeselskap som NLA AS, kan anses som en ideell sammenslutning når forutsetningen er at det ikke tas privat utbytte fra selskapet, og at overskuddet fullt ut reinvesteres til det ideelle formålet (jf. boks 7.7).

Avtalen med leverandøren må likevel ha et slikt innhold at den ikke bryter mot forbudet om statsstøtte.

Statsstøtterettslige vurderinger

Luftambulansetjenesten er en spesialisthelsetjeneste som inngår i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionene får tilbud om spesialisthelsetjenester. Luftambulansetjenestene er finansiert av det offentlige for at pasientene innenfor den enkelte helseregion skal ha rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp, tilgjengelig for hele befolkningen på universell basis og samme vilkår.

Etter ekspertgruppens vurdering vil denne tjenesten måtte anses som myndighetsutøvelse og ikke omfattes av begrepet økonomisk aktivitet i EØS-reglenes forstand. Virksomheten som luftambulansetjenestene leverer, vil derfor ikke oppfylle foretaksvilkåret i EØS-avtalen artikkel 61. Forbudet mot å gi offentlig støtte vil derfor ikke komme til anvendelse ved en direkte tildeling. Denne forståelsen har støtte i to vedtak fra ESA.

Boks 7.10 Behandling av spørsmålet om ikke økonomisk aktivitet i ESA

ESA har 20. november 2013 i sak 460/13/COL om sykehusapotek implisitt konkludert med at sykehusvirksomheten ved norske helseforetak og aktiviteter tilknyttet sykehusene, som blant annet levering av medisiner, ikke er økonomisk aktivitet. Tilsvarende må legges til grunn for annen spesialisthelsetjeneste som omfattes av de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, inkludert luftambulansetjenester.

ESA kom videre i vedtak 7. februar 2018 i sak 17/18/COL til at heller ikke private leverandører av offentlig finansierte spesialisthelsetjenester er foretak som driver økonomisk aktivitet i statsstøttereglenes forstand. ESA la avgjørende vekt på at de private virksomhetene leverer tjenestene til pasientene på vegne av det offentlige, og at tjenestene er tilnærmet gratis for pasientene. Det er derfor på det rene at ESA tar utgangspunkt i at helseforetakenes tjenestetilbud ikke er økonomisk aktivitet. ESA anser spesialisthelsetjenestene som tjenester av allmenn interesse og ikke økonomisk aktivitet i EØS-reglenes forstand. Se også omtale i Prop. 3 L (2018–2019) Lov om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenestepensjonsordning.

Et annet unntak fra forbudet mot offentlig støtte er at tjenesten anses å være av allmenn økonomisk betydning. EU-domstolen har fastslått at offentlig tilskudd for utførelse av tjenester av allmenn økonomisk betydning under visse vilkår ikke vil utgjøre en fordel, og dermed ikke er å anse som statsstøtte etter EØS-avtalen.[56]

Ekspertgruppen har ikke funnet grunn til å utrede dette spørsmålet i detalj, men er av den oppfatning at det er mulig å innrette en avtale innenfor modellen med direkte tildeling slik at kriteriene som er nedfelt i EU-domstolens praksis i den såkalte Altmarkdommen (C-280/00) og senere rettspraksis, blir oppfylt. I disse avgjørelsene er det lagt til grunn at offentlig tilskudd for utførelse av tjenester av allmenn økonomisk betydning ikke vil utgjøre en fordel, og dermed ikke anses som statsstøtte – forutsatt at de vilkårene som stilles opp i avgjørelsene er oppfylt.

Ekspertgruppens konklusjon er som nevnt foran, at det kan legges til grunn at statsstøttereglene ikke får anvendelse på luftambulansetjenester av den karakter som drøftes her. Tjenesten kan ikke kategoriseres som økonomisk aktivitet slik denne er organisert og finansiert i Norge.

Det bør likevel vurderes om en eventuell avtale med en ideell leverandør også bør innrettes på en slik måte at den oppfyller vilkårene for å være omfattet av unntaket for tjenester av allmenn økonomisk betydning slik disse framgår av Altmarkdommen og senere rettspraksis. Det er også mulig å få godkjent en slik løsning gjennom en notifisering til ESA.

7.4.2 Selskapsform og organisering av operatøren

Kravene til operatørens organisasjon følger av luftfartsregelverket, og vil følgelig også være de samme som for øvrige modeller, jf. avsnitt 7.1.2 og 7.3.2.

7.4.3 Bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll med operatøren

I en modell der driften er forbeholdt ideelle aktører, vil det fortsatt være de regionale helseforetakene som har sørge for-ansvaret for tjenestene. Bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll med operatøren vil kunne ivaretas som i dagens modell ved at LAT HF er avtalepart med den ideelle leverandøren og ivaretar oppgavene knyttet til dette, jf. avsnitt 7.1.1.

Samarbeidet mellom den ideelle leverandøren og LAT HF vil være basert på kontraktsfestede forpliktelser til samarbeid, samt ulike typer kontroll- og rapporteringsmekanismer i avtalen.

I praksis vil det være en åpen bok mellom partene i forbindelse med kontraktsforhandlinger og i driftsfa-

[56] I sak C-280/00 (Altmarkdommen) og flere påfølgende avgjørelser.

sen. Åpen bok betyr at oppdragsgiver har fullt innsyn i økonomien til operatørselskapet og operatøren har plikt til å rapportere om faktiske påløpte inntekter og kostnader. Dersom det viser seg at operatøren kan levere tjenesten til en lavere faktisk netto kostnad, reduseres også marginen/profitten tilsvarende, og oppdragsgiver kan kreve tilbake overskytende beløp – dvs. det som overstiger en rimelig profitt – etter forhåndsfastsatte vilkår.

7.4.4 Anskaffelse, finansiering og drift av fly og helikopter

Ekspertgruppen legger til grunn at avtalen med operatøren på samme måte som i dagens kontrakter, vil omfatte en komplett tjeneste, inkludert teknisk og operativ drift av tjenesten.

Tjenesten vil som i dag, fortsatt finansieres gjennom tilskudd fra de fire regionale helseforetakene (jf. avsnitt 7.1.3).

7.4.5 Øvrige forhold

Ansettelsesforhold og krav til personell og kompetanse, samt forhold knyttet til basedrift og samarbeid ved basene, påvirkes i prinsippet ikke av om tjenesten anskaffes etter unntaksreglene for ideelle organisasjoner.

7.4.6 Utvikling av luftambulansetjenesten – forskning og innovasjon

Det vises til omtale i avsnitt 7.1.6 for beskrivelse av finansiering av forskning, og som også vil gjelde i en modell med drift av ideell aktør. SNLA vurderer at en modell med drift av ideelle, der NLA AS er operatør, vil sikre at samarbeidet om forskning, utvikling og innovasjon videreføres. De vurderer at en slik modell vil sikre staten god kontroll over tjenesten, samtidig som det legges til rette for at en ideell aktør fortsatt kan være bidragsyter inn i tjenesten. Bidraget må være i henhold til helseforetakenes og tjenestens behov. I en modell med drift av ideelle er det en forutsetning at kontrakten også regulerer forskningsvirksomheten og eventuelle ideelle bidrag utover dette.

7.5 Ekspertgruppens vurdering av modellene

Organiseringen av luftambulansetjenesten skal understøtte de overordnede målene for spesialisthelsetjenesten om gode og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. Organiseringen skal bidra til å sikre kvaliteten på tjenestene, at ressursene brukes best mulig, at tjenestetilbudet er tilpasset brukernes behov og er tilgjengelig for pasientene, jf. avsnitt 2.1.

Et tungtveiende hensyn ved vurdering av alternative modeller er i hvilken grad de best løser utfordringene som er identifisert i dagens tjeneste.

I tråd med utredningsinstruksen skal økonomiske og administrative konsekvenser av de ulike forslagene vurderes. Disse er omtalt i kapittel 8.

7.5.1 Vurdering av dagens modell med forbedringer

Utfordringene med dagens organisering er omtalt i kapittel 5 og 6. Drøftingen av fordeler og ulemper med dagens modell legger til grunn at forslag til endringer som er omtalt i avsnitt 7.2, blir gjennomført.

Fordeler med modellen:

Ekspertgruppens utgangspunkt er at vi i Norge, gjennom mange år, har bygget opp en luftambulansetjeneste i verdensklasse. Dette har skjedd innenfor en modell der helseforetakene har ansvaret for den medisinske delen av tjenesten, og den flyoperative (og redningstekniske) delen av tjenesten ivaretas av profesjonelle luftfartsselskaper, anskaffet gjennom anbud. Det er etablert velfungerende rutiner for styring og oppfølging av operatørene.

Gjennomføring av anbudsprosesser gir en særskilt oppmerksomhet om tjenesten som gjør det mulig å stille nye krav til og heve kvaliteten på materiell og utstyr. Innspill fra de fleste medisinske fagmiljøene i luftambulansetjenesten vektlegger at kvaliteten i tjenesten har blitt bedre ved hver anbudsprosess og nye kontrakter som stiller høyere krav til både utstyr og personell. På dette området har anbudskonkurranser bidratt til å drive fram innovasjon og

nye løsninger som har hevet kvaliteten og gitt mer effektiv drift. Fly og helikopter skiftes ut regelmessig. Anbudskonkurransene bidrar også til å sikre et optimalt forhold mellom pris og kvalitet. Relativt lange kontraktsperioder gir et forutsigbart kostnadsbilde i kontraktsperioden der også kapitalkostnadene inngår i løpende driftsutgifter. Modellen gir god mulighet for styring av kvaliteten på leveransene gjennom kontraktsoppfølging og regelmessige revisjoner. Gjennom endringene som her er foreslått for utforming av kravspesifikasjon og kontraktskrav, vil det også kunne bli mer fleksibilitet for utvikling og tilpasning innenfor kontraktsperioden.

Ekspertgruppens foreslår at det kan inntas som krav i anbudet at de som arbeider i den operative delen av tjenesten, inkl. teknisk personell, skal ha sikkerhet for at de kan fortsette i tjenesten på samme vilkår. Dette vil bidra til å ivareta kompetanse og sikre kontinuitet i samarbeidsforhold som er opparbeidet over tid, og redusere uro i forbindelse med anskaffelsesprosesser og operatørbytte og slik bidra til å ivareta flysikkerhet.

Ekspertgruppen mener også at å kontraktsfeste forpliktelser for hvordan tjenesten skal overføres til en eventuell ny operatør, herunder gradvis overtakelse base for base, vil forebygge risiko for tekniske og driftsmessige overgangsproblemer tilsvarende de som oppsto i 2019. Forslaget om å utvikle et samlet system for håndtering av avvik og hendelser for både den medisinske og operative delen av luftambulansetjenesten, vil også bidra til å styrke pasientsikkerhet og flysikkerhet.

Den medisinske delen av tjenesten fungerer godt. Samarbeidet med SNLA har gjennom mange år bidratt til god fagutvikling og innovasjon – også på det flyoperative og flytekniske området.

Ulemper med modellen:

Selv med endringene som ekspertgruppen har foreslått, vil anskaffelsesprosessene fortsatt være krevende og kreve tid og arbeidskapasitet hos operatører og helseforetak. Dette tar oppmerksomhet fra fagutvikling og pasientbehandling.

Ved operatørbytte vil det ta tid å bygge relasjoner, men da primært på administrativt nivå. Operatørbytte innebærer også opplæring i og innføring av nye rutiner mv., slike endringer vil i seg selv kunne innebære risiko og skape brudd i kontinuitet. Ingen modeller kan eliminere risiko i forbindelse med innfasing av nye luftfartøy, både for mulige forsinkelser i leveranser og tekniske problemer. Det kan også fortsatt være risiko for at avgivende operatør har lavere motivasjon for å opprettholde driftsstandard fram til ny operatør overtar.

Tjenesten er bundet av inngått kontrakt, og det vil derfor være begrenset handlingsrom og fleksibilitet for å gjennomføre endringer i tjenesten som går ut over kontrakten.

Hvis forslaget om at de ansatte sikres videreføring av sine vilkår i tjenesten blir lagt til grunn, kan dette begrense tilbydernes muligheter for innretning av selskapet. Materiell (helikopter og fly) blir det primære priselementet å konkurrere på. Dette kan innebære at de store selskapene som kan få best mulig pris hos leverandørene, vil ha en fordel. Store utenlandske selskaper vil trolig kunne få de beste betingelsene, noe som kan føre til at norske selskaper vil være mindre konkurransedyktige på sikt.

7.5.2 Vurdering av modell med offentlig drift

De regionale helseforetakene driver i tillegg til de fire lovpålagte hovedoppgavene pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende, også et vidt spekter av andre tilleggsoppgaver innen IKT, innkjøp, pasienttransport, bygg og eiendom mv. Avsnitt 7.3.2 beskriver hvordan et flyselskap kan organiseres i en modell med offentlig drift.

Fordeler med modellen:

Den medisinske utviklingen og strukturelle endringer i behandlingstilbudet har ført til at luftambulansetjenestens rolle som en kritisk helse- og samfunnsaktør blir stadig viktigere. En modell med offentlig drift vil sikre styring og kontroll av en samfunnskritisk virksomhet ved at det offentlige bærer operativ og økonomisk risiko. Styring gjennom eierlinjen kan også legge bedre til rette for mer løpende utvikling, i tråd med helsetjenestens behov. Det er lettere å gjøre endringer, fordi man ikke er bundet av kontrakter og fastsatte avtaleperioder. Flåten kan skiftes ut over tid og man vil kunne benytte eksisterende materiell

under innfasing av nytt, og slik redusere risiko for beredskapsavbrudd.

En modell med offentlig drift gir trygghet for de ansattes lønn og arbeidsvilkår. Det bidrar til kontinuitet i tjenesten og fjerner risiko for kvalitetsreduksjon i forbindelse med operatørbytte. Modellen med offentlig drift legger også til rette for å bygge langvarige relasjoner mellom operativt personell og helsepersonell. Det gir bedre vilkår for å jobbe systematisk med utvikling av kvalitet og pasientsikkerhet, uten avbrudd knyttet til anbudsrundene. Oppmerksomheten er rettet mot den medisinskfaglige virksomheten. Det er derfor viktig å sikre kompetanse og erfaring hos besetningene som utfører tjenesten, og det er viktig at crewet er samkjørt.

En modell med offentlig drift kan bidra til at luftambulansetjenesten vil framstå som en mer integrert del av den offentlige helsetjenesten. Det kan gi bedre grunnlag for å samkjøre og standardisere tjenesten og drive kvalitetsutvikling. Felles lederlinje for medisinsk og flyoperativ virksomhet vil kunne sikre at tjenesten i større grad er samordnet. Det kan også bidra til felles kulturbygging og mindre forskjeller mellom baser.

Ulemper med modellen:

De regionale helseforetakenes ledelsesmessige oppmerksomhet er rettet mot å drive spesialiserte helsetjenester. Offentlig drift av luftambulansetjenesten innebærer at de regionale helseforetakene skal eie og drive et flyselskap. Det er en oppgave som er vesentlig annerledes enn de øvrige virksomhetene i helsetjenesten som de regionale helseforetakene har ansvar for. Det er ikke en del av helsetjenestens kjernevirksomhet, og vil i seg selv innebære stor risiko å gå inn på. Det vil fordre oppbygging av kompetanse om luftfartsregelverk og flyoperativ virksomhet på et område hvor private selskaper har en særlig kompetanse og et betydelig fortrinn. Det er en spesialisert virksomhet som er av en annen karakter enn annen ambulansevirksomhet. Det er elementer som er kostnadsbesparende i en modell med offentlig drift, men uten anbudskonkurranse bortfaller viktige insentiver til effektivisering av driften. Det er derfor risiko for at driften kan bli mer kostnadskrevende enn i dagens modell med anbud, og at dette ikke nødvendigvis vil føre til bedre kvalitet eller sikkerhet.

Norge har i dag en luftambulanse i verdensklasse, der konkurranse har bidratt til innovasjon og forbedring. En modell med offentlig drift innebærer en monopolsituasjon som kan gi svakere insentiver til innovasjon og forbedring av tjenesten. Dagens modell med anbud har også sikret jevnlig fornyelse av materiell og utvikling av tjenesten. Ved offentlig drift må luftambulansetjenesten konkurrere om investeringsmidler på samme måte som spesialisthelsetjenesten for øvrig, og finansiering av nytt materiell må prioriteres i konkurranse med andre formål. Det kan bli vanskeligere å fornye flåten med samme hyppighet som med dagens modell. I Sverige som er i ferd med å bygge opp et offentlig drevet flyselskap, har f.eks. ambulanseflyene en forventet levetid på 20 år.

Offentlig drift er ingen garanti for at beredskapen ikke blir redusert, ved f.eks. arbeidskonflikter, tap av godkjenninger eller tekniske feil på fly eller helikopter. Dagens operatør på ambulansefly kunne sette inn ekstra fly da det oppstod tekniske utfordringer høsten 2019. Sommeren 2020 leverte dagens helikopteroperatør helikopter til basen i Kirkenes på kort varsel, til erstatning for Forsvarets helikopter. Dette var mulig fordi begge operatørene er store selskaper med kapasitet som de kunne sette inn. Ved offentlig drift vil ikke selskapet være i stand til å dra nytte av stordriftsfordelene ved å operere i flere land, slik dagens operatører har kunnet gjøre. Ekspertgruppen legger derfor til grunn at det vil være begrensninger i reservekapasitet i en modell med offentlig drift, og at det ville være nødvendig å inngå beredskapsavtaler i det kommersielle markedet. Slike beredskapsavtaler vil være viktig for å sikre redundans. Med et statlig monopol i luftambulansetjenesten vil det være færre aktører i markedet å inngå beredskapsavtaler med.

Det foregår offentlig finansiert forskning og innovasjon innen prehospital akuttmedisin. Samtidig har SNLA vært en betydelig bidragsyter med midler til forskning og innovasjon, ikke minst når det gjelder den flyoperative delen av virksomheten. SNLA vurderer at de ikke vil kunne bidra i samme omfang hvis det offentlige tar over operativ drift, jf. avsnitt 7.3.7.

7.5.3 Vurdering av modell med drift av ideelle aktører

Ekspertgruppen har tatt som utgangspunkt at modellen i praksis omhandler en direkte tildeling av oppdraget til SNLA/NLA AS som ideell leverandør av luftambulansetjenester. Modellen innebærer videreføring og formalisering av samarbeidet mellom den offentlige spesialisthelsetjenesten og SNLA, som gjennom datterselskapet NLA AS har vist seg som en stabil operatør innenfor ambulansehelikoptertjenesten i mange år, og gitt et vesentlig bidrag til fagutvikling og innovasjon.

Fordeler med modellen:

Modellen sikrer, på samme måte som en modell med offentlig drift, kontinuitet for ansatte og mulighet til å bygge langvarige relasjoner mellom operativt personell og helsepersonell. Tilsvarende vil den gi trygghet for de ansattes lønns- og arbeidsvilkår, modellen bidrar til kontinuitet i tjenesten og fjerner risiko for kvalitetsreduksjon i forbindelse med anbudsprosesser og operatørbytte.

Det er forutsatt at de regionale helseforetakene fortsatt skal ha sørge for-ansvaret for luftambulansetjenesten, og at bestilleransvar, oppfølging og kontroll med operatøren vil kunne ivaretas av LAT HF som i dagens modell. Innholdet i tjenesteforpliktelsene fra den ideelle leverandøren må utformes tilsvarende som i dagens avtale, herunder endringer og forhåndsfastsatte parametere for kompensasjon. Fornyelse av materiell forutsettes å kunne skje regelmessig på samme måte som i dagens modell.

NLA AS har som operatør også vist evne til fleksibilitet, blant annet ved å kunne utvide driften og etablere seg på nye baser på kort tid. Erfaringer fra tjenesten viser at NLA AS, på lik linje med andre private aktører, tar raskere beslutninger og har større handlingsrom enn offentlige aktører.

SNLA bidrar til merverdi til helsetjenesten gjennom kursing, Camp Torpomoen, forskning, utvikling og innovasjon. Flere av stiftelsens største utviklingsprosjekter er basert på formelle avtaler og uformelle bånd mellom SNLA og datterselskapet NLA AS. Modellen sikrer tett samarbeid med operativt personell som ifølge SNLA er viktig for å få gjennomført forskning og utvikling. Modellen ivaretar SNLA som bidragsyter når det gjelder innovasjon, forskning og utvikling innen prehospital akuttmedisin samt på det flyoperative og redningstekniske området. Modellen legger til rette for at en kontrakt mellom LAT HF og SNLA i større grad enn til nå kan regulere og sikre offentlig kontroll med forskningsvirksomheten og ideelle bidrag utover dette.

Ulemper med modellen:

Modellen vil i praksis innebære en monopolsituasjon innenfor luftambulansetjenesten i Norge. Når anbudskonkurranser ikke lenger er aktuelt, mister man også insentivene til regelmessig gjennomgang av tjenesten, noe som innebærer risiko for at det blir mindre insentiver til kvalitetsutvikling og effektivisering.

Oppdragsgiver/LAT HF vil ha innsyn i alle økonomiske forhold knyttet til driften, men det er en svakhet at det ikke vil være alternative tjenesteleverandører i Norge å sammenlikne kostnadsnivået med. Det vil være mulig å bruke prisene som er satt i det konkurranseutsatte markedet som utgangspunkt for benchmarking ved en direkte tildeling. Dette vil imidlertid ha begrenset gyldighet for kostnadsutviklingen fram i tid. Det er ideelle leverandører innenfor andre fagområder i spesialisthelsetjenesten, men da er det et offentlig tjenestetilbud, eller andre private tilbud, som det er mulig å sammenlikne med. Det er også en risiko ved at når én aktør får monopol på den operative driften, så kan operatøren i for stor grad bli premissleverandør for hvordan tjenesten skal innrettes.

Det er lagt til grunn at luftambulansetjenesten fortsatt skal være en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, også i en modell med drift av ideelle aktører, og at helseforetakene fortsatt skal ha det medisinske ansvaret for tjenesten. Dette vil kreve stor oppmerksomhet på ryddig utøvelse av rollene fra begge parter i kontrakten. Ekspertgruppen vil særlig peke på det forholdet at SNLA er finansiert ved innsamlede midler fra privatpersoner og bedrifter. Fortsatt er det en oppfatning blant enkelte i befolkningen at frivillig bidrag er en forutsetning for å få rett til luftambulansetjenester. Det er risiko for at denne misforståelsen kan bli ytterligere forsterket i en modell med direkte tildeling til ideell operatør. Det er også erfaringer med utspill, blant annet fra enkeltmedlemmer i SNLA, for å påvirke basestruk-

tur og opprettelse av flere baser i luftambulansetjenesten. Dette utfordrer de regionale helseforetakenes ansvar for å foreta samlede prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Det ligger til sørge for-ansvaret å dimensjonere luftambulansetjenesten slik at den sikrer forsvarlig akuttmedisinsk beredskap. Eventuell etablering av nye baser må skje etter en helhetlig vurdering av lokal og regional beredskap og innenfor de samlede økonomiske rammene til spesialisthelsetjenesten.

SNLA driver per i dag kun ambulansehelikoptertjenester gjennom sitt datterselskap NLA AS. De har i sitt innspill stilt seg positive til også å ivareta operatøransvaret for ambulanseflytjenesten, men dette er i så fall en virksomhet som må etableres fra grunnen av.

7.6 Ekspertgruppens tilrådning

Luftambulansetjenesten utgjør om lag 2,5 pst. av alle ambulanseoppdrag. Det store flertall av henvendelser om akutt sykdom eller skade blir håndtert av kommunal legevakt og bilambulansetjenesten. Ekspertgruppen legger til grunn at framtidig modell må sikre at tjenesten utvikles, driftes og finansieres i balanse med de øvrige prehospitale tjenestene og befolkningens reelle behov for akuttmedisinske helsetilbud – slik det går fram av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar.

Det er bred enighet om at Norge har en luftambulansetjeneste i verdensklasse. Tjenesten er utviklet i tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, som har det medisinske ansvaret, og profesjonelle operatører på fly og helikopter. Sistnevnte ivaretar flyoperative krav og flysikkerhet i tråd med internasjonale luftfartsbestemmelser, samt det redningstekniske og flytekniske ansvaret.

Ekspertgruppen ble oppnevnt på bakgrunn av uroen og usikkerheten som oppstod i forbindelse med tildeling av kontrakt og operatørbytte i ambulanseflytjenesten i 2018/2019. Uroen fikk betydelig påvirkning på beredskap og regularitet i tjenesten. Bakgrunnen var i hovedsak usikkerhet om arbeids- og lønnsbetingelser for det operative personellet. Også akuttutvalget foreslo å utrede om offentlig drift i større grad ville sikre kontinuitet i samarbeidet mellom medisinsk og operativt personell (NOU 2015: 17, 2015).

Ekspertgruppen har i sitt arbeid lagt vekt på dialog med de involverte aktørene for å få belyst alle sider ved organiseringen av tjenesten. Dette framgår av kapittel 1. Ved oppstarten av arbeidet høsten 2019 ble det lagt vekt på dialog med de som var mest berørt av den manglende beredskapen. Ekspertgruppen innledet arbeidet med å ha møter med Helse Nord RHF, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Finnmarkssykehuset, kommuner i Finnmark og Fylkeslegen i Troms og Finnmark. Videre ble det prioritert å møte fagorganisasjonene og de akuttmedisinske kompetansetjenestene. I løpet av arbeidet har ekspertgruppen også møtt de øvrige regionale helseforetakene og helseforetakene som har luftambulansebaser.

Fra høsten 2019 til utgangen av 2020 har beredskapssituasjonen i ambulanseflytjenesten normalisert seg. Aktørene som ekspertgruppen har møtt utover i 2020, har vektlagt at det er viktig å ivareta en tjeneste som allerede er svært god, også i framtiden. Samtidig er det nødvendig å lære av erfaringene som er gjort og vurdere hva som kan forbedres.

Vurdering av modellene

Som det går fram av ekspertgruppens utredning og drøftinger, er det fordeler og ulemper av ulik karakter ved alle tre hovedmodellene, alle er mulige og kan gi en god drift av tjenesten. Gjennomgangen av økonomiske konsekvenser i kapittel 8, viser at det er vanskelig å konkludere sikkert på spørsmålet om hvilken av modellene som vil være mest kostnadsbesparende for staten. Men som det framgår av kapittel 8, antar ekspertgruppen at ordningen med anbud er den modellen som alt tatt i betraktning, vil være økonomisk mest fordelaktig for staten. Men siden de økonomiske forutsetningene er usikre, bør valget mellom modellene også bero på vurderinger av andre faktorer enn økonomi. Ekspertgruppen har videre søkt å se bort fra ideologiske betraktninger, og vurdert modellene alene ut fra hvordan de, etter ekspertgruppens oppfatning, best løser utfordringene som er identifisert.

Modellen med drift av ideell aktør innebærer at SNLA/NLA AS vil ha monopol for mange år framover, og blir i stor grad premissleverandør for utviklingen.

Anbudsprosesser gir de som har ansvaret for tjenesten en særskilt anledning til å gjennomgå virksomheten med jevne mellomrom og vurdere hvilke krav og muligheter som vil bidra til å heve kvaliteten. Modellen med ideell drift innebærer at ordningen med anbud bortfaller. Anbudskonkurranser bidrar også til å holde kostnadsnivået så lavt som mulig. Når anbud ikke lenger er aktuelt, blir det svakere insentiver til kostnadseffektiv drift. Monopol vil dessuten gjøre tjenesten mer sårbar ved f.eks. tap av godkjenninger og/eller utfordringer med materiell.

Modellen med offentlig drift innebærer at spesialisthelsetjenesten må etablere et flyselskap. Det kan være mulig å kjøpe en etablert operatør, men spesialisthelsetjenesten må likevel bygge opp nødvendig kompetanse i egen organisasjon, både om kravene som følger av internasjonale luftfartsregler og på det redningstekniske og flytekniske området, for å ivareta styring og ledelse av virksomheten. Et flyselskap vil dessuten bli en liten virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Ekspertgruppen er tvilende til om de regionale helseforetakene vil kunne prioritere tilstrekkelig ledelsesmessig oppmerksomhet og innsikt i drift av et flyselskap, i tillegg til ansvaret de har for utvikling og drift av spesialisthelsetjenesten og nødvendige støttetjenester. Ekspertgruppen stiller derfor spørsmål om det vil være hensiktsmessig å etablere og drive et offentlig flyselskap når det allerede er gode og profesjonelle operatører i tjenesten. Tilsvarende vurderinger har også kommet til uttrykk gjennom innspill i møtene ekspertgruppen har hatt med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har presisert at de i dag ikke har kompetanse innenfor luftfartsområdet og flere har pekt på at det vil være betydelige kostnader forbundet med å bygge opp en organisasjon for å ivareta dette. Utgifter til dette vil måtte prioriteres på bekostning av andre formål innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det vil i tillegg være store transaksjonskostnader i forbindelse med etablering av en luftfartsorganisasjon. Det vil også være stor usikkerhet om kostnadsutviklingen ved offentlig drift. Nå er kostnadsnivået forutsigbart innenfor kontraktsperioden og man sikrer jevnlig fornyelse av materiell. Ved offentlig eierskap til operatøren må finansiering av nytt materiell prioriteres i konkurranse med andre investeringsformål i spesialisthelsetjenesten. Uten anbudskonkurranse bortfaller også i denne modellen viktige insentiver til effektivisering av driften. Pensjonskostnader vil øke betydelig ved offentlig overtakelse.

Erfaringene fra anskaffelser av fly og helikopter i Forsvaret og justissektoren viser at dette kan være komplekse prosesser. Det vil også være behov for en annen type kompetanse enn den LAT HF har i dag, som er innrettet mot å anskaffe en komplett operatørtjeneste for luftambulansetjenesten.

Tilrådning

I mandatet heter det at ekspertgruppen står fritt til eventuelt å tilrå en modell for framtidig drift av luftambulansetjenesten. I den første tiden av arbeidet var det usikkert om ekspertgruppen ville tilrå en modell, men i løpet av arbeidet har ekspertgruppen samlet kommet fram til en anbefaling.

Etter en avveining av de ulike hensynene som gjør seg gjeldende, er ekspertgruppen av den oppfatning at det er dagens modell med de foreslåtte forbedringene som er den beste løsningen for framtiden.

Ekspertgruppen har lagt vekt på at det er viktig å ivareta en tjeneste som allerede er svært god. Samtidig er det nødvendig å lære av de erfaringene som er gjort og vurdere hva som kan forbedres. Ekspertgruppen har lagt vekt på hvilken modell som best løser utfordringene som er identifisert. Dette blir best ivaretatt gjennom forbedringer i dagens modell, der operativ drift også i framtiden blir ivaretatt av profesjonelle luftfartsorganisasjoner etter anbudskonkurranse.

Den viktigste forbedringen av dagens modell er å sikre videreføring av de ansattes arbeids- og lønnsvilkår ved framtidige operatørskifter. Dette vil bidra til å ivareta kompetanse og sikre kontinuitet i samarbeidsforhold som er opparbeidet over lang tid, redusere uro i forbindelse med anskaffelsesprosesser og operatørbytte, og slik bidra til å ivareta beredskap og flysikkerhet.

Ekspertgruppen foreslår i tillegg forbedringer i anskaffelsesprosessen og at det stilles krav i kontrakten om gradvis overføring av baser ved operatørbytte. Ekspertgruppen tilrår at det ved framtidige kontrakter vurderes på nytt om det bør være to operatører i ambulansehelikoptertjenesten, og det bør være færre helikoptertyper enn i dag. Ekspert-

gruppen foreslår tiltak for å forbedre kvalitet, kommunikasjon og informasjonsflyt, herunder at LAT HF blir styrket. Det er viktig at luftambulansetjenesten utvikles i tråd med helsetjenestens behov og prioritering. Ekspertgruppen mener også det er viktig at samarbeidet med SNLA om forskning og utvikling videreføres, men at samarbeidet bør formaliseres i større grad enn i dag.

Ved disse endringene mener ekspertgruppen det blir lagt til rette for å løse utfordringene ved anbudsprosessene og operatørbytter. Samtidig videreføres de positive egenskapene ved dagens modell, blant annet regelmessig fornyelse av materiell og kvalitetsheving av tjenesten. Dette er også i tråd med det flertallet av de medisinsk ansvarlige i tjenesten har formidlet til ekspertgruppen – at dagens organisering, styring og kontroll av den operative driften bør videreføres. Dagens organisering vil også framover gi de beste forutsetningene for likeverdig, kvalitativt god og effektiv pasientbehandling.

Foto: Jose Pessoa

8

Økonomiske, administrative og juridiske konsekvenser

I dette kapittelet vurderer ekspertgruppen de økonomiske, administrative og juridiske konsekvensene av forslagene i kapittel 7. Konsekvensene av en monopolsituasjon, slik det følger av mandatet, er vurdert under avsnitt 7.2.6 og 7.2.8 for dagens modell, under 7.5.2 for modell med offentlig drift og 7.5.3 for modell med drift av ideelle aktører. Implementeringsrisiko er særlig aktuelt for modell med offentlig drift, og er vurdert under 8.2.

8.1 Forslag til endringer i dagens modell

I avsnitt 7.2 har ekspertgruppen drøftet endringer og forbedringer for de utfordringene som er identifisert i dagens modell, særlig ved anbudsordningen. I tillegg er det omtalt tiltak for forbedring av kommunikasjon, kvalitet og ledelse, uavhengig av hvordan operatøransvaret er organisert.

Ekspertgruppen foreslår at det ved framtidige anbudskonkurranser blir stilt krav om at de som arbeider i den operative delen av tjenesten skal ha sikkerhet for at de kan fortsette i virksomheten på i det vesentlige samme vilkår som tidligere. Dette vil bidra til å svekke konkurransen i noen grad, og kan gi fordeler til den operatøren som utfører tjenesten og større (internasjonale) selskaper som kan oppnå mer konkurransedyktige priser på materiell. Det vil også påvirke tariffavtalene og det etablerte systemet med bedriftsansiennitet, som er vanlig for luftfartsområdet.

Ekspertgruppen foreslår også forbedringer i anskaffelsesprosessene. Ekspertgruppen foreslår blant annet bredere involvering fra både de medisinske og operative fagmiljøene og at det blir brukt mer tid på strategiprosessen før anskaffelsene, herunder risiko- og sårbarhetsvurderinger av ulike alternativer. Videre blir det foreslått at LAT HF og Sykehusinnkjøp HF vurderer om innretningen på kravspesifikasjonene, anskaffelsesprosedyrer og evalueringsmetodikk bør justeres ved framtidige anskaffelser. Disse forslagene vil innebære mer tid- og arbeidskrevende prosesser, og dermed kreve mer administrative ressurser, men kan også bidra til mindre kostbare løsninger.

Ekspertgruppen foreslår at LAT HF bør få en tydeligere rolle også for den medisinske delen av tjenesten, herunder ansvar for å identifisere områder med behov for nasjonal samordning, samt ha en rådgivende og koordinerende rolle for å fremme samarbeid på tvers av regionene. Dette, sammen med forslagene om forbedringer i anskaffelsesprosessene, vil innebære at LAT HF må styrkes, og vil derfor ha økonomiske konsekvenser. Forslagene om å forbedre avvikssystemene, gjennomgå retningslinjer og prosedyrer mv. vil ha begrensede administrative konsekvenser.

Ekspertgruppen mener det bør vurderes på nytt om det av hensyn til robusthet i tjenesten bør være to operatører i ambulansehelikoptertjenesten. Dette vil i så fall ha økonomiske konsekvenser. Ekspertgruppen viser til at ved forrige anbudsrunde utgjorde forskjellen mellom én og to operatører en merkostnad på 7,22 pst. Ekspertgruppen foreslår at det fortsatt bør være flere helikoptertyper, men færre enn i dag. Hvordan dette forslaget påvirker kostnadene vil være avhengig av hvilke helikoptertyper som velges. Kostnader til utsjekk av personell vil imidlertid bli lavere når det blir færre helikoptertyper.

8.2 Modell med offentlig drift

I avsnitt 7.3 har ekspertgruppen beskrevet hvordan en modell med offentlig drift kan innrettes. Ekspertgruppen har lagt til grunn at operatøren organiseres som et helseforetak som eies av de regionale helseforetakene i fellesskap. Hvis denne modellen blir valgt, vil dette forutsette at det blir etablert et eget forprosjekt for å konkretisere hvordan dette kan gjennomføres, herunder forberede prosess med nødvendige godkjenninger fra Luftfartstilsynet.

Ekspertgruppen har lagt til grunn at de ansatte i tjenesten får adgang til å videreføre arbeidsforholdet ved en offentlig overtakelse av den operative driften. Dette innebærer at arbeidsavtalene til personellet blir videreført. Hvordan framtidige lønnsbetingelser vil bli påvirket, vil være resultat av framtidige tarifforhandlinger. De ansatte vil bli innmeldt i den offentlige tjenestepensjonsordningen som gjelder for helseforetakene.

Det er utfordrende å beregne de økonomiske konsekvensene av overgangen til offentlig tjenestepensjon for de ansatte. Erfaringene fra blant annet insourcingen av bilambulansetjenesten i Helse Midt-Norge viste at det var betydelige merkostnader ved overgangen til offentlig tjenestepensjon.

Som følge av at de ansatte starter ny pensjonsopptjening etter organisasjonsendringen, vil årlig reguleringspremie (premie for å finansiere hvert års lønns- og trygdeoppgjør) de første årene isolert sett være lavere enn i senere år når de ansatte har opparbeidet større opptjening. De øvrige elementene i de årlige pensjonspremiene beregnes av lønn og er dermed uavhengig av tidligere års pensjonsopptjening. Kostnader for den offentlige tjenestepensjonsordningen vil påløpe så lenge det finnes gjenlevende med pensjonsrettigheter i ordningen, også etter oppsigelse av ordningen og i forbindelse med eventuell avvikling av foretaket. Derfor er dette langvarige forpliktelser for arbeidsgiver.

I dagens modell omfatter avtalen med operatørene en komplett tjeneste der operatørene anskaffer flymateriell. I en modell med offentlig drift vil det være egne anskaffelser for fly og helikopter; uavhengig av om man går for alternativet om å eie eller leie (leasing). Dette vil ha administrative konsekvenser, herunder behov for relevant kompetanse. Det vil også ha økonomiske konsekvenser. I dagens kontrakter inngår investeringskostnader til fly og helikopter i kontraktsforpliktelsene og betalingen fordeles utover kontraktsperioden. Ved offentlig drift må likviditet i forbindelse med anskaffelse av fly og helikopter skaffes særskilt. Dette kan enten skje i form av låneopptak, som fremmes som satsingsforslag i statsbudsjettet eller gjennom leasingavtaler. Dette er omtalt i avsnitt 7.3.4.

Kontraktene med operatørene omfatter i tillegg til lønn og pensjon, både faste kostnader og variable kostnader, i tillegg til kapitalkostnader og fortjeneste. De faste og variable kostnadene omfatter blant annet forsikring, treningskostnader, basedrift, drivstoff, avgifter og kostnader knyttet til flytimer. Disse kostnadene vurderes i liten grad å bli påvirket av om tjenesten driftes av en kommersiell aktør eller i egenregi.

Ved offentlig drift vil kostnader knyttet til fortjeneste bortfalle. Det er sannsynliggjort at kapitalkostnadene kan bli noe redusert ved egenregi. I tillegg bør restverdien av fly og helikopter hensyntas. Ekspertgruppen har ikke gjort detaljerte beregninger, men viser til at slike beregninger også vil ha elementer av risiko knyttet til rentenivå, valuta og prisutvikling.

Det ble gjort beregninger i forbindelse med utredningen om statlig overtakelse av luftambulansetjenesten i Finland, jf. avsnitt 3.2. Sosial- og helsedepartementet i Finland har opplyst at besparelsene ved offentlig drift først og fremst var knyttet til lavere kapitalkostnader fordi staten får bedre lånebe-

tingelser enn private aktører. Tilsvarende vurderinger er også gjort i Sverige ved kjøp av ambulansefly.

Scandpower gjorde en analyse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i 2003 der hensikten var å vurdere om staten selv burde leie eller eie helikoptrene i luftambulansetjenesten, sammenliknet med modellen der de kommersielle operatørene eier/leier materiellet (Scandpower Risk Management AS, 2003). Scandpower oppsummerte med at hvilket alternativ som ville være mest lønnsomt var avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn for analysene og hvilken preferanse staten (regionene) har med hensyn til finansiell risiko og usikkerhet, samt hvilket tidsperspektiv som blir lagt til grunn for en framtidig løsning.

Oppsummert mener ekspertgruppen at det er vanskelig å ha sikre oppfatninger av om det kan ligge økonomiske besparelser i en modell med offentlig drift. Til det er det for mange usikre variabler. Ekspertgruppen har sett hen til de økonomiske beregningene som foreligger blant annet fra Finland og Sverige, og foretatt egne vurderinger av disse. Som pekt på foran, er det enkelte kostnadsbesparende elementer i en modell med offentlig drift. Men overgangskostnadene med å bygge opp et flyselskap og nye rutiner som skal stå klare til å drifte tjenesten fra et gitt tidspunkt, vil være betydelige. Det kan også reises spørsmål ved om staten ved første innkjøp av fly og helikoptre kan rekke å opparbeide samme innkjøpskompetanse som private selskaper. Riktignok er det gjennomført større innkjøp i andre deler av forvaltningen, men mange kommersielle luftfartsselskaper har en særlig kompetanse på dette området opparbeidet gjennom mange anbudskonkurranser.

I tillegg antar ekspertgruppen at driftsomkostningene på lengre sikt vil være noe høyere i denne modellen ved at man ikke vil ha anbudskonkurranser som regulerer forholdet mellom pris og kvalitet. I dagens modell er det et forutsigbart kostnadsbilde innenfor kontraktsperioden, og kapitalkostnader inngår i løpende driftsutgifter. I en modell med offentlig drift vil finansiering av nytt materiell prioriteres i konkurranse med andre investeringsformål i spesialisthelsetjenesten.

Det er vanskelig å avveie disse ulike økonomiske elementene som trekker i hver sin retning, og konklusjonen må nødvendigvis bli usikker, men ekspertgruppen heller i retning av å anta at de samlede omkostninger på sikt vil være høyere ved offentlig drift enn ved den ordning ekspertgruppen foreslår.

8.3 Modell med drift av ideelle aktører

I avsnitt 7.4 har ekspertgruppen beskrevet hvordan en modell med drift av ideelle aktører kan innrettes. Ekspertgruppens vurdering er at det er lovmessig adgang for det offentlige til å overlate driften av luftambulansetjenesten til ideelle aktører gjennom unntaket i anskaffelsesregelverket, enten gjennom en tilrettelagt konkurranse blant ideelle aktører eller gjennom en direkte tildeling til en aktør. En forutsetning for dette er at det offentlige påser at EU-kravene for å anses som en ideell aktør er oppfylt, herunder at ideelle aktører ikke skal ta ut utbytte, og at tildelingen ligger innenfor statsstøtteregelverket. Hvis modellen velges, bør det gjøres en konkret vurdering av om det vil være hensiktsmessig å notifisere forenelighet med statsstøttereglene til ESA.

Ekspertgruppen har tatt som utgangspunkt at modellen i praksis omhandler en direkte tildeling av oppdraget til SNLA/NLA AS som ideell leverandør av luftambulansetjenester. Modellen innebærer dermed at anbudsprosessen bortfaller. Modellen vil innebærer en monopolsituasjon uten tilsvarende tjenester og tilbud å sammenlikne med, og prisdannelsen i kontrakten vil ikke kunne skje ved konkurranse i markedet, som i dag. Dette kan derfor gi et økt kostnadsnivå på sikt.

Foto: Jose Pessoa

9

Referanser

ADAC Luftrettung. (2019). ADAC Luftrettung. Hentet fra https://luftrettung.adac.de/

Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231

Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62

Babcock Scandinavian AirAmbulance AS. (2019). *Evaluering. Implementeringsprosjekt for ny operatør i ambulanseflytjenesten.*

Den landsdækkende akutlægehelikopterordning. (2019). Den landsdækkende akutlægehelikopterordning. Hentet fra https://www.akutlaege-helikopter.dk/

DRF Luftrettung. (2020). DRF Luftrettung. Hentet fra https://www.drf-luftrettung.de/

FinnHEMS. (2019). [Medisinsk helikoptertjeneste i Finland]. Hentet fra https://finnhems.fi/

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (2016-1036). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250

Försvarsdepartementet. (1995). *Civilt bruk av försvarets resurser: regelverken, erfarenheter, helikoptrar.* Stockholm: Regeringskansliets offsetcentral

Försvarsdepartementet. (2008). *Helikoptern i samhällets tjänst*. Stockholm: Regeringskansliet, FA/kommitteservice

Habib, F. A., Shatz, D., Habib, A. I., Bukur, M., Puente, I., Catino, J., & Farrington, R. (2014). Probable cause in helicopter emergency medical services crashes: what role does ownership play? *Journal of trauma and acute care surgery, 77*(6), 989–993.

Harbitz, M. B., Brandstorp, H., & Gaski, M. (2019). Rural general practice patients' coping with hazards and harm: an interview study. *BMJ open, 9*(10), e031343.

Helse- og omsorgsdepartementet, & Justis- og beredskapsdepartementet. (2002). *Nasjonal standard for redningsmenn i luftambulansetjenesten, redningshelikoptertjenesten og SAR – offshore*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/5289520970904efcbf54ccb6f807f628/revidert-nsr-2019-final-006.pdf

Helse Nord RHF, Helse Midt RHF, Helse Vest RHF, & Helse Sør-Øst RHF. (2020). *Gjennomgang av basestruktur for ambulansehelikopter*. Hentet fra https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2020/28.09.2020/Sak%2010820%20Vedl.%201%20-%20Rapport%20gjennomgang%20basestruktur.pdf

Helse Nord RHF, Helse Midt RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF, & Luftambulansetjenesten HF. (2018). *Gjennomgang av basestruktur for ambulansehelikopter*.

Helsedirektoratet. (2012). *Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede. 2. utgave*. Hesedirektoratet. Hentet fra http://luftambulanse.no/system/files/internett-vedlegg/Defkat-akuttmed_kjede-v1.1-31072012.pdf

Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS. (2009). *Retningslinjer for bruk av luftambulanse*. Hentet fra http://www.luftambulanse.no/system/files/internett-vedlegg/Retningslinjer%20for%20bruk%20av%20luftambulanse.pdf

Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS. (2015). *Strategidokument – Ambulansehelikoptertjenesten 2018*.

Helseforetakloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* (LOV-2001-06-15-93). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93

Innst. 6 S (2019–2020). Innstilling fra justiskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2020, kapitler under Justis- og beredskapsdepartementet mv. (rammeområde 5). Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-006

Innst. 82 S (2011–2012). *Innstilling fra justiskomiteen om anskaffelse av nye redningshelikoptre mv. i perioden 2012–2020*. Hentet fra https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2011-2012/inns-201112-082/

Innst. 242 S (2019–2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Trygve Slagsvold Vedum, Per Olaf Lundteigen, Sandra Borch og Geir Adelsten Iversen om å forberede offentlig drift av luftambulanseflytjenesten slik at den blir en integrert del av helseforetakenes øvrige ambulansetjeneste og akuttmedisinske beredskap, Representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Knag Fylkesnes, Audun Lysbakken, Torleif Hamre og Mona Fagerås om rask etablering av statlig drift av luftambulansetjenesten og Redegjørelse fra helseministeren om situasjonen i luftambulansetjenesten*. Hentet fra https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjonar/publikasjonar/Innstillingar/Stortinget/2019-2020/inns-201920-242s/

Innst. 267 S (2014–2015). *Innstilling fra justiskomiteen om endringer i statsbudsjettet for 2015 under Justis- og beredskapsdepartementet (redusert kostnadsramme for anskaffelse av nye redningsheilkoptre mv.)*. Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-267/?lvl=0

Innst. S. nr. 155 (2001–2002). *Innstilling fra justiskomiteen om helikopter i politiet*. Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2001-2002/inns-200102-155/?lvl=0

Innst. S. nr. 156 (2001–2002). *Innstilling fra justiskomiteen om redningshelikoptertjenesten i fremtiden*. Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2001-2002/inns-200102-156/?lvl=0

Iversen, D. I., Panchakulasingam, K., Brune, M., Songstad, S. O., & Dugstad, A. (2021). *Evalueringsrapport. Evaluering anskaffelse ambulanseflytjenester.*

Jones, A., Donald, M. J., & Jansen, J. O. (2018). Evaluation of the provision of helicopter emergency medical services in Europe. *Emerg Med J, 35*(12), 720–725.

Klemenc-Ketis, Z., Tomazin, I., & Kersnik, J. (2012). HEMS in Slovenia: one country, four models, different quality outcomes. *Air medical journal, 31*(6), 298–304.

Larsen, O., Watn, G., Pålsrud, T., Hapnes S. A., Madsen, P., Silseth, T. H., . . . Hesselberg, N. (2014). *Beredskapsmessige forhold Luftambulansetjenesten. Klargjøring av regelverk, ansvarsforhold og rutiner.* Hentet fra https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Beredskapsmessige%20forhold%20i%20luftambulansetjenesten%20rapport010414.pdf

LPR – Lotnicze Pgotowie Ratunkowe. (2019). Polish Medical Air Rescue. Hentet fra https://www.lpr.com.pl/en/home-page/

Luftambulansetjenesten ANS. (2015). *Nyhetsbrev 21.september 2015*. Hentet fra http://www.luftambulanse.no/system/files/nyhetsbrev_ambulansehelikoptertjenesten_2018_-_21._sept_2015.pdf

Luftambulansetjenesten ANS. (2016). *Nyhetsbrev 30.juni 2016*. Hentet fra http://www.luftambulanse.no/system/files/nyhetsbrev_fra_luftambulansetjenesten_ans_avgjorelse_i_konkurransen_ambulansehelikopter_2018_1.pdf

Luftambulansetjenesten HF. (2009). Retningslinjer for bruk av luftambulanse. In: Luftambulansetjenesten HF.

Luftambulansetjenesten HF. (2011). *Nasjonal standard for luftambulanseleger helikopter*. Hentet fra http://www.luftambulanse.no/system/files/internett-vedlegg/nasjonal_standard_for_luftambulanseleger_25.08.2011_rev_helsekrav.pdf
Luftambulansetjenesten HF. (2013). *Nasjonal standard for flysykepleiere*. Hentet fra http://www.luftambulanse.no/system/files/internett-vedlegg/NASJONAL%20STANDARD%20FOR%20FLYSYKEPLEIERE%2013.05.2013_0.pdf
Luftambulansetjenesten HF. (2016). *Strategidokument – Ambulanseflytjenesten 2019*. Hentet fra http://www.luftambulanse.no/system/files/13092016strategidokument_justert_etter_ad-mote_14_november_2016_ambulanseflytjenesten_2019_versjon4.pdf
Luftambulansetjenesten HF. (2017). Nyhetsbrev vedrørende tildeling av ambulanseflykontrakt 2019 [Press release]. Hentet fra http://www.luftambulanse.no/system/files/nyhetsbrev_12.6.17._tildeling_av_kontrakt_i_ambulanseflytjenesten_0.pdf
Luftambulansetjenesten HF. (2018). Evalueringsrapport. Mottaksprosjekt ambulansehelikoptertjenesten 2018.
Luftambulansetjenesten HF. (2019). Evalueringsrapport. Mottaksprosjekt ambulanseflytjenesten 2019.
Luftambulansetjenesten HF. (2020). *Ambulanseflyberedskap i desember og for 2. halvår av 2019.* Hentet fra http://www.luftambulanse.no/ambulanseflyberedskap-i-desember-og-2-halv%C3%A5r-av-2019
Luftfartstilsynet. (2020). Godkjente flyselskaper. Hentet fra https://luftfartstilsynet.no/aktorer/flyselskap/godkjente-flyselskaper/
Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/
Norsk Luftambulanse AS. (2018). *To-18. Sluttevaluering.*
Norsk Luftambulanse AS (2020, Januar 2020). [Innspill til ekspertgruppa som skal utrede fremtidig drift av luftambulansetjenesten].
NOU 1997: 3. (1997). *Om redningshelikoptertjenesten*. Justis- og politidepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/42876cb99c084a018821a83e7d570632/no/pdfa/nou199719970003000dddpdfa.pdf
NOU 1998: 8. (1998). *Luftambulansetjenesten i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
NOU 2001: 15. (2001). *Forsvarets områder for lavflyging*. Forsvarsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-15/id377820/
NOU 2015: 17. (2015). *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
NOU 2016: 25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* : Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/6db6ac4fbfde49e6bc5f8bd615c6fa1e/no/pdfs/nou201620160025000dddpdfs.pdf
Organisasjonsplan for redningstjenesten. (2019). *Organisasjonsplan for redningstjenesten*. (FOR-2019-12-06-1740). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-12-06-1740
Prop. 1 S (2016–2017). *For budsjettåret 2017*. Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-jd-20162017/id2513950/
Prop. 1 S (2019–2020). *For budsjettåret 2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20192020/id2671253/?ch=1
Prop. 85 S (2020–2021). *Etablering av ny redningshelikopterbase i Tromsø og felles operasjon med Sysselmannens helikoptertjeneste*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-85-s-20202021/id2834448/?ch=1
Prop. 101 S (2014–2015). *Endringer i statsbudsjettet 2015 under Justis- og beredskapsdepartementet (redusert kostnadsramme for anskaffelse av nye redningshelikoptre mv.)*. Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-101-s-2014-2015/id2406659/
Prop. 120 L (2011–2012). *Endringer i helseforetaksloven mv.*: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/ba882ad68bc942caa837d29a10365067/no/pdfs/prp201120120120000dddpdfs.pdf
Prop. 146 S (2010–2011). *Anskaffelse av nye redningshelikoptre mv. i perioden 2013–2020*. Justis- og politidepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/6922f8660c9b4a20b831a00a020838a9/no/pdfs/prp201020110146000dddpdfs.pdf

Region Värmland. (2019). Svensk Luftambulans. Hentet fra https://www.regionvarmland.se/svenskluftambulans/

Scandpower Risk Management AS. (2003). *Statens luftambulanse – Eie eller leie av fremtidige ambulansehelikoptre*.

Social- och hälsovårdsministeriet. (2018). *[Sluttrapport fra arbeidsgruppen for fremtidig utvikling av luftambulansetjenesten i Finland]*. Hentet fra Helsinki: https://vnk.fi/documents/1271139/6184550/Ensihoidon+ilmailupalveluita+kehitt%C3%A4v%C3%A4n+ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti.pdf/1b9b5ba0-9d4c-4f2e-824e-1c9f5036d6c0/Ensihoidon+ilmailupalveluita+kehitt%C3%A4v%C3%A4n+ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. (2020). Läkarhelikopterbolaget FinnHEMS Oy köps upp av staten. Hentet fra https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset_publisher/laakarihelikopteritoimintaa-harjoittava-finnhems-oy-valtion-omistukseen

St. meld. nr. 51 (2000–2001). *Helikopter i politiet*. Justis- og politidepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-51-2000-2001-/id195259/

St.meld. nr. 43 (1999–2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-43-1999-2000-/id193493/?ch=1

St.meld. nr. 44 (2000–2001). *Redningshelikoptertjenesten i fremtiden*. Justis- og politidepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2ac091d29fae407c877c2cbf48b0f50a/no/pdfa/stm200020010044000dddpdfa.pdf

St.prp. nr. 1 (2003–2004). *Den kongelige proposisjon om statsbudsjettet medregnet folketrygden for budsjetterminen 1.januar – 31.desember 2004*. Finansdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2003-2004--4/id451648/?ch=1

Sundhedsstyrelsen. (2007). *Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen.*

Svenskt ambulansflyg. (2019). Svenskt ambulansflyg – Regioner i samverkan. Hentet fra https://www.svenskt-ambulansflyg.se/

Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Vård på vingar. Nationell samordning av luftburen ambulanssjukvård*.

Sykehusinnkjøp HF. (2017). *Erfaringsrapport. Prosjekt anskaffelse av ambulanseflytjenester 2019.*

Udvalget om det præhospitale akutberedskab. (2012). *Afrapportering vedrørende ev eventuel akutlægehelikopterordning.*

Østerås, Ø. (2019). Helicopter-based Emergency Medical Service: dispatches, decisions and patient outcome.

Foto: Jose Pessoa

10

Vedlegg

Søkestrategi «Litteraturgjennomgang driftsmodeller»

I forbindelse med utredningen ønsket man å gjøre en litteraturgjennomgang som omhandler sammenhengen mellom organisering og drift av luftambulansetjenesten, og kvaliteten i tjenesten. Søket er utarbeidet i samarbeid med medisinsk bibliotek ved Universitetet i Oslo (UiO), og ble gjennomført i PubMed og Oria første gang 11.september 2019. Søket genererte 1207 treff. Av disse artiklene ble 393 vurdert som relevante ut fra tittel. Videre ble artiklene vurdert ut fra abstracts og fulltekst. Det ble funnet 47 artikler som omhandler kostnadseffektiviteten til luftambulansetjenesten, og 15 artikler som omhandler kriterier for utalarmering og effektiv utnyttelse av luftambulanseressursen. Det ble funnet tre artikler som omhandler driftsmodell og kvaliteten i tjenesten.

Søkesettene nedenfor blir kombinert slik:
1 OR (2 AND (3 OR 4))

1.
"Air Ambulances/**organization and administration**"[Majr] OR "Air Ambulances/**standards**"[Majr] OR "Air Ambulances/**legislation and jurisprudence**"[Majr]

2.
"Air Ambulances"[Mesh] OR air ambulance[ti] OR air ambulances[ti] OR helicopter*[ti] OR hems[ti] OR (air[ti] AND ambulance*[ti]) OR (medical[ti] AND air[ti]) OR aeromedical[ti] OR aero-medical[ti] OR rotorcraft*[ti] OR rotor wing[ti] OR rotor wings[ti] OR helipad*[ti] OR fixed wing[ti] OR fixed wings[ti]

3.
organizat*[ti] OR organisat*[ti] OR administ*[ti] OR provision*[ti] OR provid*[ti] OR funding[ti] OR system[ti] OR systems[ti] OR status[ti] OR standard*[ti] OR legislat*[ti] OR tender*[ti] OR govern*[ti] OR authorit*[ti] OR public*[ti] OR state[ti] OR states[ti] OR country[ti] OR countries[ti] OR nation*[ti] OR operator*[ti]

4.
"Europe"[Mesh:NoExp] OR europ*[ti] OR "Scandinavian and Nordic Countries"[Mesh] OR Norway[Mesh] OR Sweden[Mesh] OR Denmark[Mesh] OR Finland[Mesh] OR Iceland[Mesh] OR Switzerland[Mesh] OR scandinav* OR norway* OR norwegian OR oslo* OR bergen OR trondheim OR tromsø OR tromso OR sweden* OR swedish OR stockholm* OR denmark* OR danish OR copenhagen* OR finland* OR finnish OR Iceland* OR Icelandic OR switzerland* OR swiss

Oversikt over enkelte ressurser mv. i redningshelikoptertjenesten og politihelikoptertjenesten

Tabellen nedenfor viser en oversikt over de ulike driftsmodellene, enkelte ressurser og driftsdata for redningshelikoptertjenesten og politihelikoptertjenesten.

	Antall HKP	Antall crew	Sammensetning av besetningen	Oppdrag i 2019	Driftsutgifter 2019 (mill. kroner)	Driftsmodell
Redningshelikopter-tjeneste med Sea King	12	23–25 *(+ to fra 2012)*	to piloter, en maskinist/heisoperatør, en systemoperatør, en redningsmann, en lege	1 461	Det har påløpt et samlet forbruk på ca. 888 mill. kroner under FDs kap. 1791 Redningshelikopter-tjenesten i 2019. Dette omfatter både drifts-utgifter og kostnader til vedlikeholdsprogrammet for Sea King.	Staten eier helikoptrene Luftforsvaret er operatør, som også ivaretar vedlikehold. Forsvarsbygg eier basene.
Redningshelikopter-tjeneste med AW101	16	25	to piloter, en maskinist/heisoperatør, en systemoperatør, en redningsmann, en lege	0		Staten eier helikoptrene Luftforsvaret er operatør. Vedlikehold ivaretas av Luftforsvaret og Leonardo Helicopters. Forsvarsbygg eier fem av basene. Florø-basen eies av Avinor.
Redningshelikopter-tjeneste med sivil operatør i Florø	ett[1]	fire	to piloter, en heisoperatør, en heisoperatørassistent, en redningsmann, en lege.	263 *(1.9.18–31.08.19)*	Kommersiell informasjon	Staten har en komplett tjenesteavtale med sivil operatør som omfatter mate-riell, operativt personell og vedlikehold. Florøbasen eies av Avinor.

	Antall HKP	Antall crew	Sammensetning av besetningen	Oppdrag i 2019	Driftsutgifter 2019 (mill. kroner)	Driftsmodell
Redningshelikopter-tjeneste med sivil operatør på Svalbard	to	seks	to piloter, to teknikere/heisoperatør, en redningsmann, en lege i besetningen på det ene helikopteret	108	146 mill. kroner	Staten har en komplett tjenesteavtale med sivil operatør som omfatter materiell, operativt personell og vedlikehold. Svalbardbasen eies av Avinor.
Redningshelikopter-tjeneste med sivil operatør i Tromsø – etableres i 2022	to	3,5	to piloter, en heisoperatør, en heisoperatørassistent, en redningsmann, en lege			Staten har en komplett tjenesteavtale med sivil operatør som omfatter materiell, operativt personell og vedlikehold. Staten leier hangar.
Politiets helikoptertjeneste	tre	12	en pilot, en systemoperatør, en oppdragsleder	786	Se merknad under[2]	Staten eier helikoptrene. Politiet er operatør. Vedlikeholdet inngår i kontrakten med Leonardo Helicopters v/underleverandør. Staten eier beredskapssenteret/basen.

[1] I tillegg er det én back up-maskin som deles med en annen kunde.

[2] Driftsutgiftene for 2019 ble ekstraordinære da Politihelikoptertjenesten fikk tre nye AW 169, samtidig som de opererte de to gamle deler av året. De nye helikoptrene med utgangspunkt i et flytime-uttak på 2250 timer er estimert til å koste 46 mill. kroner i året. Dette inkluderer faste, variable og drivstoffkostnader. Den totale kostnaden for helikoptertjenesten vil ligge på om lag 95 mill. kroner.

Strategiske målsetninger for anskaffelse av nye ambulansehelikoptertjenester

1. Avtaleperioden skal være på inntil ti år (seks år med opsjon på ytterligere to perioder á to år).
2. Dagens basemønster skal videreføres.
3. Risiko og sårbarhet i tjenesten skal reduseres gjennom følgende delmål:
   a. Det skal stilles høye krav til kvalitet (basert på erfaringer fra inneværende avtaleperiode, og identifiserte forbedringsområder).
   b. Det skal legges til rette for muligheten til å velge mer enn en operatør i tjenesten, så fremt kvaliteten opprettholdes, og det ikke medfører en vesentlig kostnadsøkning.
   c. Det skal legges opp til å benytte regionale basepakker (samme operatør i en helseregion), som sikrer best mulig medisinskfaglig samarbeid i den enkelte helseregion.
   d. Det skal benyttes ulike helikoptertyper, både nasjonalt og i den enkelte helseregion.
   e. Reservekapasiteten skal økes ved å skaffe flere reservehelikoptre og etablere mer robuste vaktordninger for personellet.
4. Den medisinske kapasiteten ved de største universitetssykehusene skal settes i stand til å utføre mer avanserte medisinske oppdrag over lengre avstander. Dette medfører at det skal innføres større helikoptre med slik kapasitet i Bergen og i Trondheim, mens dagens kapasitet på de øvrige basene videreføres i stor grad.
5. Den operative og redningstekniske kapasiteten skal videreføres på dagens nivå.
6. Det skal differensieres på tre ulike helikopterkapasiteter, i tråd med innspill fra de regionale helseforetakene.
7. Det legges opp til at legebilene skal bli en del av den offentlige finansierte helsetjenesten.
8. Krav til miljø- og kvalitetssystem skal vektlegges sterkere i nye avtaler.
9. Prosjektet skal ha stort kostnadsfokus.
10. Sikkerhetsnivået i tjenesten skal videreføres, og videreutvikles på anbefalte områder.

Tabell 10.1 Helikoptertyper ved basene

Tromsø	AW 139
Evenes	H 145
Brønnøysund	H 145
Trondheim	H 145
Ålesund	AW 139
Førde	H 135
Bergen	H 145
Stavanger	H 135
Arendal	H 145
Lørenskog 1	H 135
Lørenskog 2	H 145
Ål	H 135
Dombås	H 135
Reservehelikoptre	2 x H135 2 x H145

Strategiske målsetninger for anskaffelse av nye ambulanseflytjenester

Følgende strategiske målsetninger ble lagt til grunn for anskaffelse av nye ambulanseflytjenester:

1. Avtaleperioden skal være på inntil 11 år (seks år med opsjon på ytterligere to perioder på henholdsvis to og tre år).
2. Ambulanseflyberedskapen for Svalbard anbefales styrket. Det ble foreslått å etablere døgnberedskap med et langdistansefly i Tromsø og tilvarende fly stasjonert på Gardermoen, som vil fungere som back-up løsning.
3. Risiko og sårbarhet i tjenesten skal reduseres gjennom følgende delmål:
   a. Det skal stilles høye krav til kvalitet (basert på erfaringer fra inneværende avtaleperiode, og identifiserte forbedringsområder).
   b. Differensiere i to ulike kategorier fly med størst mulig operasjonell fleksibilitet.
   c. Styrke gjennomsnittlig tilgjengelighet gjennom tiltak som reduserer sårbarheten for utmeldinger som skyldes besetningsmangel og arbeids- og hviletidsbestemmelser.
   d. Optimalisere tidspunktene for vaktbytte ved basene.
   e. Sikre reservekapasitet på fly.
   f. Gjennomføre et forbedrings- og effektiviseringsprogram for ambulanseflytjenestene med involverte parter.
4. Den medisinske kapasiteten skal tilpasses behovene som følger av den medisinske utviklingen mv., både med hensyn til økt antall overføringer mellom sykehus og mulighet for at stadig mer avanserte og kompliserte transporter gjennomføres. God beredskap for primæroppdrag fra kortbaneflyplasser skal videreføres.
5. Den operative kapasiteten vil bli styrket dersom det innføres flytype med lengre rekkevidde, høyere marsjfart, romsligere kabin og større nyttelast enn flyene i eksisterende kontrakt. Hovedtyngden av flyflåten bør bestå av fly med tilnærmet samme operative kapasitet som i dagens tjeneste (kortbanefly). Standard besetning videreføres med to flygere og en flysykepleier.
6. Det differensieres i to ulike kapasiteter vedrørende flytyper:
   Kategori 1: Flytype med tilnærmet lik operativ kapasitet som i dagens kontrakt med ytelse som gjør at de kan operere på kortbaneflyplassene (rullebanelengde ned til 799 meter). Flyene må også kunne fly med begrenset nyttelast til Svalbard (fra Tromsø og Alta) og til Jan Mayen (fra Bodø) med alternativkrav og drivstoffreserve i henhold til gjeldende luftfartsregelverk.
   Kategori 2: Flytype med lengre rekkevidde, høyere marsjfart, større nyttelast, større dør og romsligere kabin enn ambulanseflyene i eksisterende kontrakt. Bør ha ytelse som kan takle operasjoner på mellomlange rullebaner (rullebanelengde ned til 1199 meter). Må ha rekkevidde som gjør det mulig å fly med funksjonell nyttelast direkte fra Gardermoen til Svalbard med alternativkrav og drivstoffreserve i henhold til gjeldende luftfartsregelverk.
7. Dagens basestruktur opprettholdes. Lokalisering av flyene justeres for optimal utnyttelse av den totale flykapasiteten i tjenesten.
8. Flykoordineringssentralen skal videreutvikles slik at den i kommende kontraktsperiode kan håndtere koordinering av en differensiert flyflåte.
9. Det stilles krav til miljø- og kvalitetssystem i den nye avtaleperioden.
10. Det forventes kostnadsøkning i tjenesten.
11. Sikkerhetsnivået i tjenesten skal videreføres og videreutvikles på anbefalte områder. Dette innebærer at det på enkelte felt vil kunne stilles strengere krav i kontrakten enn det luftfartsmyndighetene krever for aktuell flykategori. Kjente endringer i myndighetskrav vil bli hensyntatt.

Følgende ambulanseflystruktur ble vedtatt (revidert strategi nov. 2016):

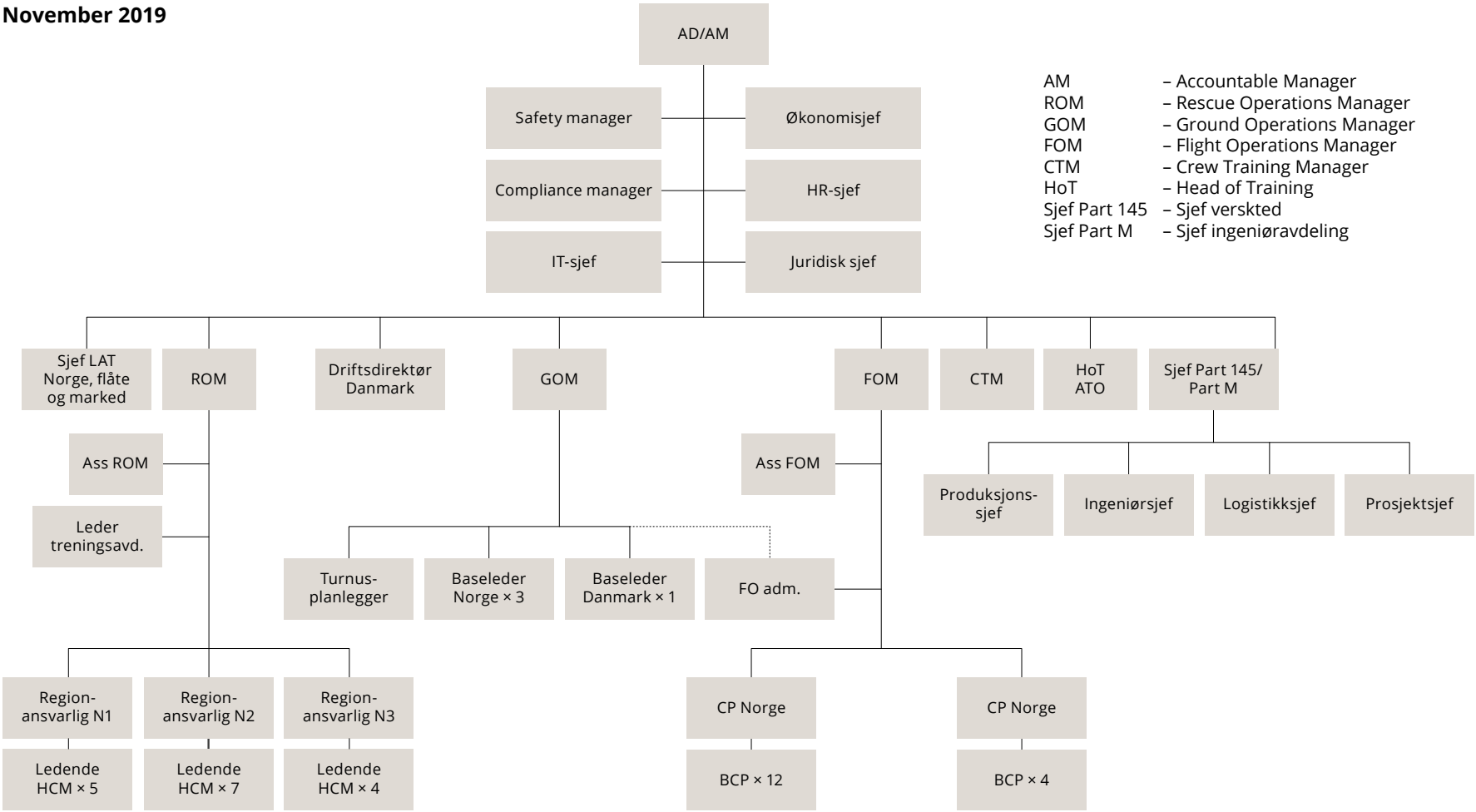
Kirkenes:	1 kortbanefly (døgn)
Alta:	1 kortbane (døgn) og 1 kortbanefly (dag, alle dager)
Tromsø:	1 kortbanefly (døgn)
Bodø:	1 kortbanefly (døgn)
Brønnøysund:	1 kortbanefly (døgn)
Ålesund:	1 kortbanefly (døgn)
Gardermoen:	1 kortbanefly (dag, alle hverdager) og 1 jetfly (døgn)

Kortbaneflyene skulle kunne operere på alle landets kortbaner, noe som er særlig viktig for Nord-Norge. Langdistanseflyet (jet) skulle, i tillegg til å fly fortere og lengre, ha bedre plass til pasientbehandling.

Organisasjonskart NLA AS og BSAA AS

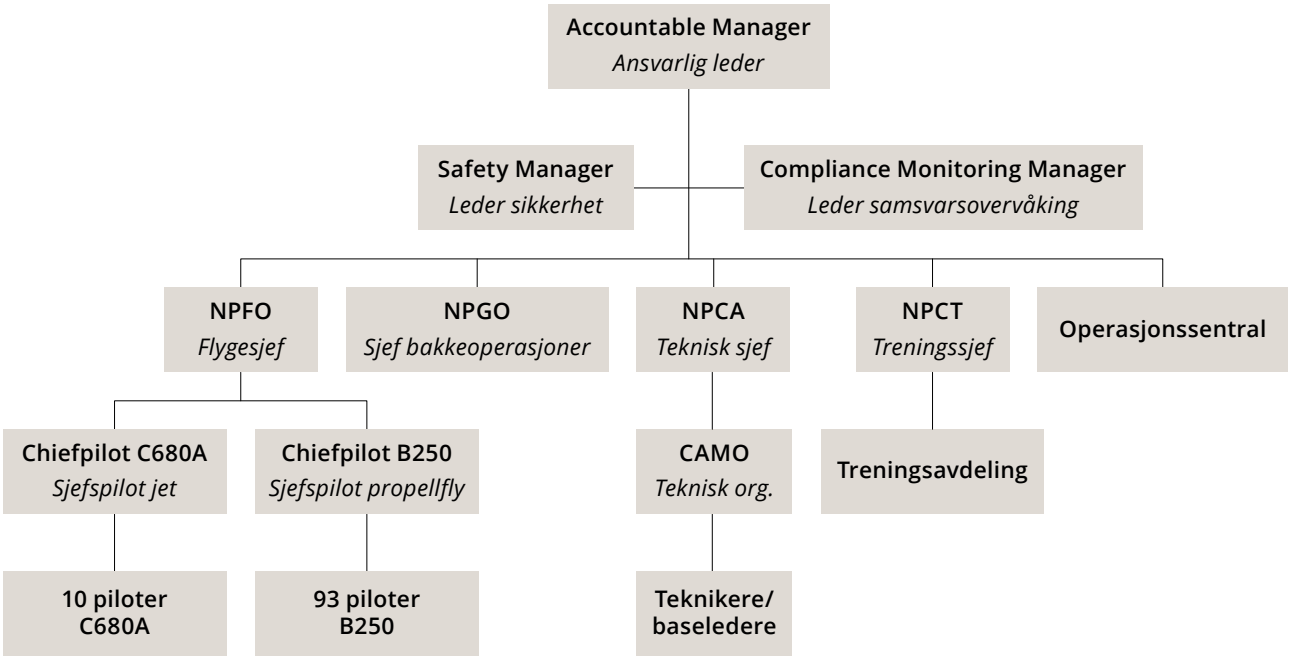
Organisasjonskart NLA AS

November 2019



AM	– Accountable Manager
ROM	– Rescue Operations Manager
GOM	– Ground Operations Manager
FOM	– Flight Operations Manager
CTM	– Crew Training Manager
HoT	– Head of Training
Sjef Part 145	– Sjef verskted
Sjef Part M	– Sjef ingeniøravdeling

Organisasjonskart BSAA AS



Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
www.publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00
Publikasjoner er også tilgjengelige på:
www.regjeringen.no

Foto i omslagsillustrasjon:
Fly: Luftambulansetjenesten HF, John Tollefsen
Helikopter: Luftambulansetjenesten HF

Publikasjonskode: I-1208 B