

## Prosjekt

# Organisering av prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst

## Sluttrappport

## Innhold

1.	Sammendrag.....	4
2.	Bakgrunn, mandat og organisering.....	8
2.1.	Bakgrunn.....	8
2.2.	Mandat og gjennomføring.....	9
2.2.1.	Organisering og gjennomføring.....	9
2.3.	Arbeidsform.....	10
2.4.	Medvirkning.....	10
3.	Aktørene i spesialisthelsetjenestens prehospitaltjenester.....	11
3.1.	Ambulansetjenesten.....	11
3.2.	Pasientreiser.....	12
3.3.	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK).....	12
3.4.	Luftambulanse.....	12
4.	Premisser for utredning av organisering av prehospitaltjenester.....	13
4.1.	Nasjonale og regionale føringer.....	13
4.2.	Demografi og aktivitetsøkning.....	14
4.3.	Forventet aktivitetsutvikling.....	15
4.4.	Bemanning og kompetanse – utfordringer for de prehospitaltjenester.....	16
4.5.	Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi.....	16
4.6.	Samhandling med aktører i den akuttmedisinske kjede og andre nødetater.....	17
5.	Delprosjekt – Fremtidens AMK-sentraler i Helse Sør-Øst.....	19
5.1.	Formål med delprosjektet.....	19
5.2.	Organisering og gjennomføring av delprosjektet.....	19
5.3.	AMK-sentraler i Helse Sør-Øst.....	20
5.3.1.	Aktivitetsutvikling i AMK-sentraler i Helse Sør-Øst.....	21
5.3.2.	Oppgaver i AMK-sentralene.....	21
5.4.	Utfordringer med dagens AMK-struktur i Helse Sør-Øst.....	22
5.5.	Parallelle prosjekter.....	25
5.5.1.	Teknologisk utvikling – Ny AMK IKT- og kommunikasjonsløsning.....	25
5.5.2.	Ny kommunikasjonsløsning og nytt Nødnett.....	25
5.5.3.	Innføringen av de nye løsningene i AMK vil gjennomføres trinnvis:.....	26
5.5.4.	Forventede gevinster av nye IKT- og kommunikasjonsløsninger.....	26
5.5.5.	Hvordan ta ut gevinstene fra ny teknologi i AMK-sentralene?.....	27
5.6.	Hvordan vil vi at tjenestene skal være i 2030 i Helse Sør-Øst?.....	27
5.6.1.	Felles regional utvikling - Prehospital Fellestjeneste.....	27
5.6.2.	Fremtidig organisering – mulige løsninger.....	27
5.6.3.	Samlokalisering av nødetatene.....	28
5.6.4.	Erfaringer fra København – AMK + legevakt.....	28
5.6.5.	Helse Vest virtuell AMK.....	29
5.7.	Anbefaling – trinnvis endring av AMK struktur i Helse Sør-Øst.....	29

6.	Delprosjekt - Felles faglig utvikling for regionens prehospitaltjenester .....	32
6.1.	Bakgrunn .....	32
6.1.1.	Erfaringer fra prehospital fellestjeneste i Helse Midt-Norge (fjerne?).....	33
6.2.	Prehospital Fellestjeneste Helse Sør-Øst – mål og oppgaver.....	33
6.3.	Innføringsprosjekt Prehospital fellestjeneste.....	34
6.3.1.	Organisering av innføringsprosjektet .....	35
6.4.	Risiko og suksessfaktorer.....	36
6.5.	Kort oppsummering av PFT aktivitet etter 8 måneders drift.....	36
7.	Delprosjekt - Integrering av prehospitaltjenester og pasientreiser .....	37
7.1.	Mandat.....	37
7.2.	Organisering og gjennomføring .....	37
7.3.	Rett transport til rett pasient.....	38
7.4.	Tidligere utredninger – best mulig utnyttelse av transportressursene i Helse Sør-Øst 39	
7.5.	Dagens system for bestilling av pasient/-syketransport .....	39
7.6.	Utfordringer med dagens løsninger .....	40
7.7.	Regionale og nasjonale prosjekter.....	41
7.8.	Gevinster ved å optimalisere syketransport i Helse Sør-Øst.....	42
7.9.	Anbefalt fremtidig løsning.....	43
8.	Delprosjekt – kryssende prehospitaltjenesteansvarsgrenser .....	45
8.1.	Mandat.....	45
8.2.	Gjennomføring og organisering .....	45
8.3.	De tre områdene som er vurdert.....	45
9.	Prehospitaltjenester i Asker og Bærum.....	47
9.1.	Premisser for utredningen.....	47
9.2.	Akuttmedisinsk beredskap i et av Norges mest tettbefolkede område .....	47
9.3.	Deltakere i arbeidsgruppen.....	48
9.4.	Fire ulike alternativ er vurdert.....	48
9.5.	Data- og vurderingsgrunnlag .....	49
9.5.1.	Kartlegging av risiko-/konsekvensområder.....	50
9.6.	Risiko- og sårbarhetsanalyse .....	50
9.6.1.	Følgende konsekvensområder er definert:.....	51
9.6.2.	Liste over hendelser per konsekvensområde .....	51
9.6.3.	Analyse av hver hendelse .....	52
9.6.4.	Resultat av analysene .....	53
9.6.5.	Analysegruppens vurdering .....	55
9.7.	Oppsummering og vurdering.....	55
10.	Vedlegg .....	57

# 1. Sammendrag

Prosjektet «Organisering av prehospitale tjenester» har utredet løsninger som utnytter helseregionens samlede ressurser av prehospitale tjenester på best mulig måte, og har spesielt vurdert:

- En organisering som gir AMK-sentraler som ivaretar befolkningens behov. Organiseringen må bidra til tilstrekkelig reservekapasitet/redundans, best mulig kvalitet og god ressursutnyttelse.
- En organisering eller plattform som understøtter felles faglig utvikling i alle deler av de prehospitale tjenestene i regionen.
- En effektiv integrering av prehospitale tjenester og pasientreiser for å sikre best mulig ressursutnyttelse.
- En organisering som gir bedre samsvar mellom geografiske ansvarsområder for de ulike aktørene i det prehospitale pasientforløpet; kommuner, helseforetak, nødetaer og andre samhandlende aktører, og som samtidig ivaretar myndighetenes krav om responstider.

Tre av utredningens deloppgaver har vært utredet tidligere, og anbefalingene fra den gang er fortsatt relevante. Samtidig har det vært flere nasjonale teknologiske prosjekter som vil gjøre det lettere for tjenestene å utføre oppgavene sine mer effektivt og bærekraftig. Dette vil også forbedre samarbeidet både internt i de prehospitale tjenestene og med andre samarbeidspartnere.

Prosjektet har utredet løsninger som legger til rette for at organisasjonen klarer å hente ut forventede gevinster av nye teknologiske løsninger, i tillegg til å sørge for at fagpersonalet har kompetanse og ressurser til å møte fremtidens utfordringer. Det har vært mange fagpersoner involvert. I tillegg er det blitt arrangert to dialogkonferanser med over 100 deltakere hver gang, og møter med aktuelle samarbeidspartnere og interessenter. Utredningen om ansvaret for prehospitale tjenester for Asker og Bærum har vært sendt på høring for innspill før sluttbehandling.

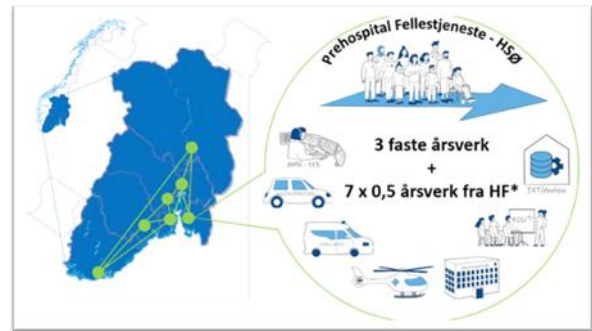
Prosjektet har vært organisert som et regionalt prosjekt med styringsgruppe (fagdirektørene, brukere og tillitsvalgte), prosjektgruppe (klinikklederne, KTV og bruker) og fire arbeidsgrupper med medlemmer fra de prehospitale fagnettverkene. Det har pågått over nærmere tre år. I denne tiden har det kommet flere stortingsmeldinger og andre utredninger. Disse er vurdert fortløpende og er tatt med i sluttrapporten. Ingen av rapportene har endret prosjektets premisser, men heller forsterket dem.

Prosjektet har foreslått fire hovedgrep:

## 1. *Opprette prehospital fellestjeneste for Helse Sør-Øst*

Det er samarbeid innen prehospitale fagområder på tvers av helseforetakene i dag, men det er fortsatt stort potensiale for å gjøre det bedre og sørge for en standardisert og ensartet utvikling av tjenestene i Helse Sør-Øst.

Prehospital fellestjeneste starter med en 3-årig innføringsperiode som finansieres av Helse Sør-Øst RHF, og evalueres etter tre år. Fellestjenesten har tre heltidsstillinger. Disse frikjøpes fra helseforetakene, og har sitt ansettelsesforhold hos eget foretak i innføringsperioden. I tillegg frigir hvert helseforetak et halvt årsverk som for oppgavebaserte oppdrag inn i nettverket. Disse skal bidra til utredninger og legge til rette for at vedtatte endringer blir gjennomført i eget foretak. Fellestjenesten rapporterer faglig til en styringsgruppe som ledes av direktør for somatikk og rehabilitering i det regionale helseforetaket.



Figur 1 Illustrasjon av Prehospital Fellestjeneste, ill HSØ

Prehospital fellestjeneste vil bidra til en mer kostnadseffektiv drift av helseregionens prehospitaltjenester – den vil spare både tid og ressurser i de enkelte helseforetak ved at kvalitetsforberedende utviklingstiltak kan gjøres en gang på vegne av alle helseforetak.

Dette vil bidra til bedre kvalitet i tjenestene og åpner for økt satsing på forskning og innovasjon og mer evidensbasert utvikling. Analyser og benchmarking vil redusere uønsket variasjon, og oppdaterte felles faglige prosedyrer og retningslinjer vil være tilgjengelige for alle i tjenestene.

Fellestjenesten vil sørge for at helseregionens samlede kompetanse blir bedre utnyttet gjennom økt kunnskaps- og erfaringsdeling.

Gitt prosjektets lange varighet og behovet for styrket faglig samarbeid ble fellestjenesten etablert i januar 2025. Så langt er erfaringene positive og vil bli vurdert årlig i innføringsperioden.

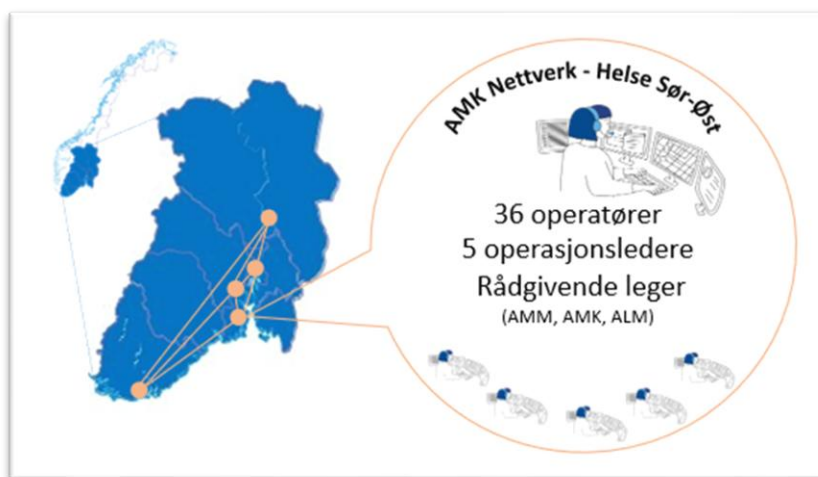
## 2. Samordne dagens AMK-sentraler i nettverk

Fra 2026 vil AMK-sentralene ta i bruk nye teknologiske løsninger som vil gjøre både kommunikasjon og oppdragshåndteringen lettere for operatørene. Dette gir en medisinsk nødmeldetjeneste som er bedre rustet til å håndtere større hendelser. I tillegg gir det muligheter til å få tilgang til flere faglige spesialressurser når en kan samarbeide på tvers av sentralene.

Prosjektet har vurdert om antallet AMK sentraler bør reduseres. To forhold gjør at vi ikke anbefaler dette nå; ny teknologi legger til rette for at alle sentralene vil kunne jobbe sammen og i prinsippet stedsuavhengig samt at AMK sentralene trolig vil bli sentrale i et framtidig tettere samarbeid med kommunenes akuttmedisinske tjenester. Da vil geografisk nærhet være en styrke. Denne vurderingen bør gjentas når en har erfaring fra bruken av de nye IKT- og kommunikasjonsløsningene, og har evaluert resultatene av arbeidet til Prehospital Fellestjeneste.

De nye løsningene innføres i flere faser:

- Fase 1 innfører samme teknologi og standardiserte arbeidsformer i alle AMK-sentralene.
- Fase 2 vil sentralene kobles sammen i nettverk som gjør det mulig å fungere som en enhet.



Figur 2 AMK i nettverk, ill HSØ

I fase 3 vil det etableres løsninger som gir muligheter for å få til nye og bedre samhandlingsløsninger med legevaktene og de andre aktørene i den akuttmedisinske kjede.

### 3. Samordne planlagt syketransport og forenkle bestilling for helsepersonell

Det er behov for å samordne ressursene fra pasientreiser og AMK-sentralene bedre, og forenkle bestilling av ulike typer syketransport.

Flere verktøy er i dag i bruk for å bestille og håndtere ulike typer syketransport. Bestillingene skjer enten telefonisk eller elektronisk til pasientreisekontoret eller til AMK. Det er to ulike telefonnumre og to ulike datasystem.

Verktøyene er utviklet for mange år siden og er ikke integrert med hverandre eller andre systemer, og har et lite hensiktsmessig brukersnitt.

Det er bestiller som velger mellom ambulanse og annen transport ved planlagte reiser.



Figur 3 Illustrasjon om hvordan man tenker seg fremtidig løsning for å bestille syketransport, ill HSØ

Bestiller omfatter i prinsippet det fleste helsepersonell, typisk på poliklinikker eller avdelinger, og det er dermed ikke mulig å forvente at bestiller har oversikt over alternative reiseformer. Per i dag er det i tillegg lettere å bestille ambulanse, og om lag en tredjedel av henvendelsene til AMK er fra helsepersonell som bestiller transport som ikke haster.

Pasientreiser HF og prehospital fellestjeneste bør utvikle et system som er enklere for bestiller ved at de kun beskriver brukers behov og at vurderingen av hva som er hensiktsmessig transport flyttes rett til de som koordinerer. Det foregår i dag både i AMK og hos Pasientreiser og dette kan samordnes bedre.

#### **4. *Det prehospitaltjenestene anbefales å forbli uendret i Holmestrand, Nissedal og Fyresdal, Asker og Bærum.***

I kommunene nye Holmestrand, Nissedal og Fyresdal videreføres dagens modell med delt ansvar for de prehospitaltjenestene. Dette samsvarer med ønskene fra både kommunene og de involverte helseforetakene.

Organiseringen av prehospitaltjenester i Asker og Bærum videreføres, men vil heretter omfatte hele nye Asker kommune. Denne løsningen vurderes som bærekraftig på lang sikt, og er i tråd med prosjektets overordnede premisser. Den viderefører en drift av prehospitaltjenester som er effektivt organisert og koordinert, som ikke krever økt personellbehov, som opprettholder et godt beredskapssamarbeid med andre nødetater og som gir god utnyttelse av helseregionens og samfunnets samlede ressurser.

Helsetjenesten utgjør en sentral del av landets totalberedskap og samfunnssikkerhet. Det er derfor avgjørende at tjenesten organiseres slik at den kan stå imot sammensatte trusler – både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Fire ulike alternativ er vurdert. Helseforetakene har bidratt med faglige innspill til metodikk, innretning og konsekvensvurderinger, både av faglig og økonomisk karakter.

En høringsrunde har gitt alle relevante aktører anledning til å utale seg om vurderingsgrunnlag og de foreslåtte alternativene. Ulikheter i høringsvarene knytter seg hovedsakelig til om perspektivet er lokalt eller regionalt. Høringen har ikke avdekket nye momenter som tilsier endringer i denne utredningen.

Det er gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyse med bistand fra et eksternt analysefirma og med eksterne fagpersoner. De vurderte at å videreføre dagens situasjon er lite risikofyllt, mens å overføre ansvaret for de prehospitaltjenestene i Asker og Bærum er forbundet med betydelig større risiko.

## 2. Bakgrunn, mandat og organisering

Det nasjonale målet for prehospitale tjenester er at befolkningen skal føle seg trygge på at de får rask og kompetent hjelp ved akutt sykdom eller skade.<sup>1,2</sup>

Det er stor faglig og politisk interesse for de prehospitale tjenestene. Tidlig diagnostikk og behandling blir stadig viktigere, og med økt befolkning vil oppgavene både endres og øke.

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at tjenestene følger myndighetskrav, at de er samordnet og klare for nye arbeidsformer og ny teknologi. Helse Sør-Øst RHF har også ansvar for at tjenestene er organisert slik at de samlede ressursene i helseregionen brukes mest effektivt.

### 2.1. Bakgrunn

Prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst er i dag organisert i fem AMK sentraler, seks pasientreiseområder og syv ambulansedområder.

Siden 2012 har Helse Sør-Øst gjennomført et utviklingsprogram for å forbedre de prehospitale tjenestene. Målet er å skape en helhetlig tjeneste for hele regionen. Det er viktig å vurdere om tjenestene er riktig organisert for fremtidens behov og utfordringer samt krav til effektiv ressursbruk.

De siste tiårene har aktiviteten i prehospitale tjenester økt mer enn befolkningsøkningen skulle tilsi. Flere ressurser alene løser ikke utfordringen. Tjenesten må drives mer effektivt, og faglig og organisatorisk utvikling er en forutsetning. Aktørene må samarbeide bedre om ressursbruk, og kompetanseutvikling. Perspektivmeldingen fra 2021 der finansdepartementet ser 40 år frem i tid beskriver hvordan befolkningens aldring vil påvirke offentlige finanser, den viser til at dersom vi ikke gjør endringer vil offentlige utgifter øke mer enn inntektene.<sup>3</sup>

Perspektivmeldingen viser også til Statistisk sentralbyrås framskrivninger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning tilsier blant annet at etterspørselen etter fagarbeidere og helsepersonell vil vokse klart mer enn yrkesaktive med denne kompetansen frem mot 2040. Dette gjentas i Helsepersonellkomisjonens rapport "*Tid for handling*" som sier at vi må tenke nytt rundt organisering og oppgavedeling i helse og omsorgssektoren for å møte nye behov. Bemanningsbehovet må reduseres. Innovasjon, digitalisering og teknologi er viktige for å møte utfordringene.<sup>4</sup> Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 understreker også behovet for omprioritering og bedre ressursbruk i helsetjenesten. Det pekes på at digitalisering, forebygging og samhandling er veien til mer effektiv bruk av helsemidler.<sup>5</sup>

---

1 Nasjonal helse- og sykdomsplan 2020-2023

2 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, NOU 2015:17

3 Meld St. 31 (2023-2924)

4 NOU 2023:4 Tid for handling – personellet i bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

5 Meld. St 9 (2023-2024)

## 2.2. Mandat og gjennomføring

Prosjektet «Organisering av prehospitale tjenester» fikk 2022 i oppgave å legge grunnlaget for at Helse Sør-Øst kan etablere tjenester som gir befolkningen i helseregionen trygghet for at de får kompetent og rask hjelp når de trenger det ved akutt skade og sykdom. Dette gjelder også ved psykisk sykdom. Helse Sør-Øst skal ha tilstrekkelig beredskap for alle deler av tjenesten.

### Prosjektet fikk i oppgave å utrede følgende:

- En organisering som gir AMK-sentraler som ivaretar befolkningens behov. Organiseringen må bidra til tilstrekkelig reservekapasitet/redundans, best mulig kvalitet og god ressursutnyttelse.
- En organisering eller plattform som understøtter felles faglig utvikling i alle deler av de prehospitale tjenestene i regionen
- En effektiv integrering av prehospitale tjenester og pasientreiser for å sikre best mulig ressursutnyttelse.
- En organisering som gir bedre samsvar mellom geografiske ansvarsområder for de ulike aktørene i det prehospitale pasientforløpet; kommuner, helseforetak, nødetater og andre samhandlende aktører, og som samtidig ivaretar myndighetenes krav om responstider.

I denne utredningen defineres prehospitale tjenester som de tjenester som spesialist-helsetjenesten har ansvaret for; AMK-sentralene, ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten og pasientreiser.

### 2.2.1. Organisering og gjennomføring

Arbeidet har vært organisert som et regionalt prosjekt i tråd med gjeldende prosedyrer for regionale prosjekter.

**Prosjekteier** er administrerende direktør i Helse Sør-Øst.

**Styringsgruppen** har vært ledet av direktør medisin og helsefag i Helse Sør-Øst med fagdirektørene fra helseforetakene og representanter for tillitsvalgte og brukere som medlemmer.

**Prosjektgruppen** har bestått av medlemmer fra hvert av helseforetakene/sykehusene som håndterer øyeblikk hjelp-pasienter, samt tillitsvalgte.

**Prosjektleder** Andreas Moan; Helse Sør-Øst RHF.

**Prosjektsekretariat** Jostein Svendsen, Christel Meyer, Helse Sør-Øst RHF og Knut Inge Skoland, avdelingsleder prehospital Sykehuset Telemark HF.

Prosjektgruppen	
Geir Kristoffersen	Sykehuset Innlandet
Stephen Sollid/ Steinar Olsen	Oslo Universitetssykehus
Inger Lise Hallgren/ Snorre Birk Gundersen	Vestre Viken HF
Erik Nordberg	Sykehuset i Vestfold
Espen Jarle Hansen	Sykehuset Sørlandet
Frank Olav Hvaal/ Robin Kåss	Sykehuset Telemark
Liv Marit Sundstøl/ Asbjørn Sorteberg	Sykehuset Østfold
Bjørn Magne Eggen	Lovisenberg Diak Sykehus
Anne Merete Nitter-Hauge	Diakonhjemmet sykehus
Thomas Rajka	Akershus universitetssykehus
Eivind Tyrum Engstad	tillitsvalgt HTV Delta OUS
Lars Helge Vereide	tillitsvalgt Fagforbundet SS

Helseforetakene har i tillegg vært representert i alle arbeidsgrupper som har vært etablert i løpet av prosjektperioden.

Fagråd for prehospitaltjenester og akuttmottak har fungert som referansegruppe for arbeidet.

### **2.3. Arbeidsform**

Prosjektgruppen har hatt hovedansvaret for utredningsarbeidet, som ble delt opp i fire delprosjekter. Hver av dem har hatt sin egen arbeidsgruppe. Tre av disse har pågått parallelt.

Det har vært regelmessige møter i prosjektgruppen for å oppdatere status og forankre arbeidet i arbeidsgruppene.

Arbeidet med de geografiske områdene har blitt gjort av en mindre arbeidsgruppe med representanter fra Vestre Viken og Oslo universitetssykehus.

### **2.4. Medvirkning**

Før arbeidet startet inviterte prosjektgruppen fagpersoner fra alle prehospitaltjenester, akuttmottak, kommunale legevakter, andre samarbeidspartnere til en oppstartkonferanse (31.10.22). Her diskuterte de forventninger til tjenesten, utfordringer og muligheter, og om tjenesten er rustet for fremtiden. Over 120 personer deltok og ga prosjektgruppen et godt grunnlag for det videre arbeidet.<sup>6</sup>

Et halvt år senere (23.04.23) inviterte prosjektet til en oppfølgingskonferanse for å diskutere forslag til løsning for tre av delprosjektene. Over 100 personer fra helseforetak, kommunale legevakter og politi deltok.<sup>7</sup>

For å få innspill har prosjektet også hatt møter med personer, organisasjoner og kommuner som er interessenter. Representanter fra ulike norske og utenlandske fagmiljøer har vært invitert til arbeidsmøter.

Før utredningen om ansvar for prehospitaltjenester til Asker og Bærum ble slutført, fikk de andre nødetatene, og de tre involverte kommunene anledning til å gi sine innspill på de ulike løsningsforslagene. Prosjektgruppens og arbeidsgruppens medlemmer har alle hatt ansvar for å sørge for den interne brukermedvirkningen i helseforetakene. Prosjektsekretariatet har involvert det regionale brukerutvalget og konserntillitsvalgte.

---

<sup>6</sup> Oppsummering av Dialogkonferanse 1, 31.10.2022

<sup>7</sup> Presentasjon og oppsummering fra Dialogkonferanse 2, 23.04.2023

### 3. Aktørene i spesialisthelsetjenestens prehospitaltjenester

Driften av prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst er fordelt på syv helseforetak og består av:

Syv ambulansesområder

- 103 ambulansestasjoner
- 220 bilambulanser (SSB 2024)

Seks pasientreisekontor

Fem AMK-sentraler

- Koordinerende AMK (K-AMK Oslo)
- AMK-sentral med spesialansvar for koordinering av luftambulansoppdrag (LA-AMK)
- Medisinsk koordinerende ansvarlig (MKA) for ambulansfly

Fem luftambulansebaser

- Fem ambulanshelikoptre (Rotor Wing)
- To ambulansfly (Fix Wing)

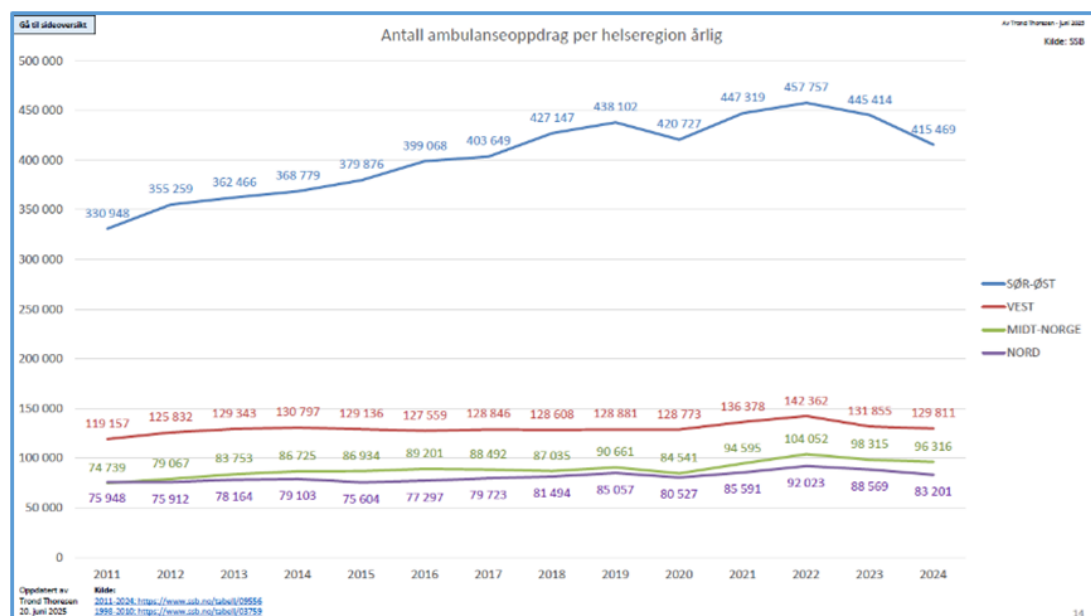


Figur 4 ill. Helse Sør-Øst

#### 3.1. Ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten rykker ut til pasienter som har behov for akutt medisinsk behandling utenfor sykehus og til pasienter som trenger transport på bære til undersøkelse eller behandling. Vanlige transportmidlet er bil, helikopter og fly.

Bilambulansene i helseregionen utførte ca. 420 000 oppdrag i 2024.



Figur 5 Antall ambulansoppdrag per helseregion siden 2011 Kilde: SSB

Ambulanseressurser som brukes varierer avhengig av oppdraget og behov for hjelp.

- **Vanlig ambulanser**, er utstyrt for å håndtere de fleste nødsituasjoner.
- **Spesialambulanser** – er utstyrt med mer avansert medisinsk utstyr og bemannet med personell med spesialkompetanse, eks intensivambulanser, CRBNE-ambulanser.
- **Luftambulanser**, helikoptre og fly brukes for å transportere pasienter over lange avstander eller fra steder som er vanskelig tilgjengelige med bil. Luftambulanser er utstyrt med avansert medisinsk utstyr og bemannet med spesialtrent personell.
- **Motorsykkellambulanser** – brukes i områder med høy trafikk eller der det er vanskelig for vanlige ambulanser å komme raskt frem.
- **Hvite biler** – brukes til transport av pasienter som ikke trenger akutt medisinsk behandling, men som må transporteres på bære til undersøkelse eller behandling. De kjører ikke utrykningsoppdrag.

### 3.2. Pasientreiser

Pasientreisekontorene i helseforetakene planlegger og bestiller reiser til og fra medisinsk behandling for pasienter som trenger tilrettelagt transport. De tilrettelegger årlig transport for over 4 millioner pasienter. Transportmidler som brukes inkluderer taxi, helseekspress/-busser, minibusser og sk hvite biler (ambulanser uten utrykning).

Pasientreiser HF er et nasjonalt helseforetak eid av de fire helseforetakene. De administrerer reiser uten rekvisisjon, gir juridisk bistand og opplæring, gjennomfører nasjonale prosjekter og harmoniserer regelverk og praksis.

### 3.3. Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

AMK sentralene har en sentral rolle i den akuttmedisinske kjeden. De mottar nødmeldinger, gir veiledning og iverksetter tiltak basert på Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. AMK koordinerer ambulanseressursene og samarbeider med andre aktører i akuttmedisinsk kjede. AMK-sentraler i Helse Sør-Øst mottar ca. 500 000 anrop årlig. Halvparten av 113-samtalene resulterer i akutte ambulanseoppdrag. Oslo AMK har i tillegg ansvar for å koordinere luftambulanseoppdragene i helseregionen.

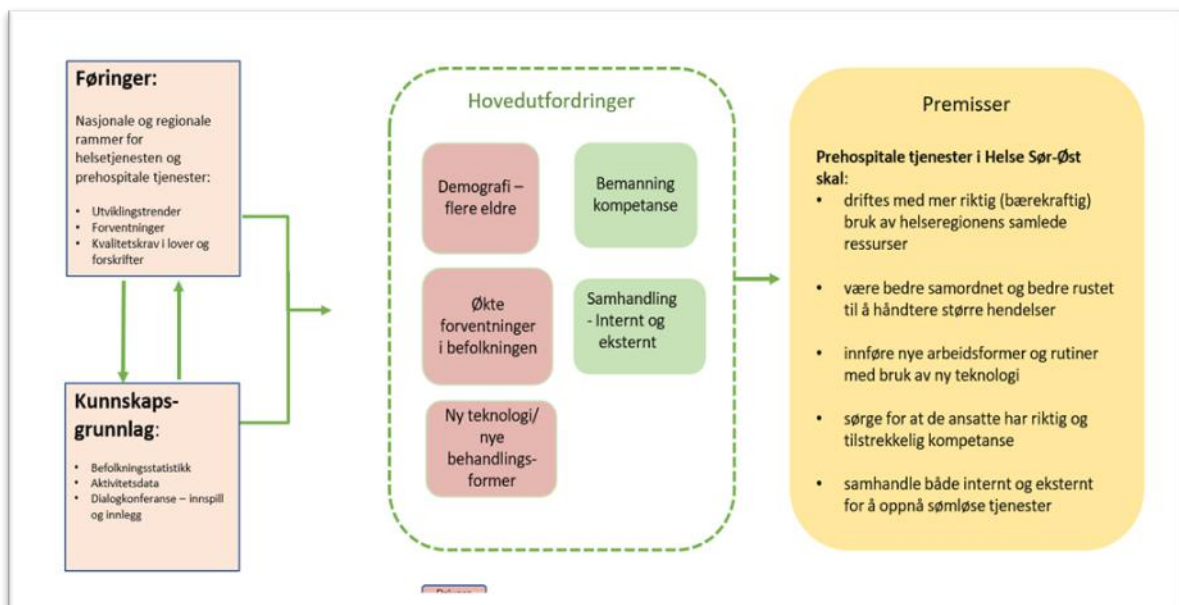
### 3.4. Luftambulanse

Luftambulansetjenesten er et supplement til den øvrige akuttmedisinske beredskapen, og brukes der hvor det er lange avstander og hvor det er vanskelig å komme fram med bil.

Luftambulansetjenesten HF er eid av de fire helseregionene, og har det operative ansvaret for luftambulansetjenesten i Norge, mens helseforetakene har det medisinske ansvaret for tjenesten.

## 4. Premisser for utredning av organisering av prehospitaltjenester

Prosjektgruppen utarbeidet et premissdokument for arbeidet.<sup>8</sup> Dokumentet baserer seg på nasjonale- og regionale føringer for spesialhelsetjenesten, og på spesifikke utviklingstrender for de prehospitaltjenester. Innspill fra Dialogkonferansene har også vært en del av kunnskapsgrunnlaget.



Figur 6 Fra premissdokumentet

I tillegg har prosjektet spesielt vektlagt at prehospitaltjenester skal være en god og attraktiv arbeidsplass for de som jobber der.

Utredningen har strukket ut i tid, og flere relevante utredninger har blitt publisert siden prosjektstart. Bl.a. stortingsmeldingen om fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.<sup>9</sup> Det er tatt hensyn til de nye faglige anbefalingene i sluttarbeidet av prosjektet.

### 4.1. Nasjonale og regionale føringer

Det er stor nasjonalpolitisk interesse for utviklingen av prehospitaltjenester, og de er omtalt i mange nasjonale helseplaner. Befolkningen skal være trygge på at de får rask og kompetent hjelp ved akutt sykdom og skade. Tjenestene må være organisert slik at de kan håndtere både daglige oppgaver og store hendelser.

<sup>8</sup> Prosjektgruppen Premissdokument, vedtatt av styringsgruppen 23.04.2022

<sup>9</sup> Meld.St.23 (2024-2025)= Fornye, forsterke og forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Mange aktører gir akuttmedisinsk hjelp utenfor sykehus, og det forventes at disse tjenestene samarbeider godt.<sup>10</sup> Samhandling og samarbeid i og mellom kommuner og sykehus og tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å gi gode og helhetlige pasientforløp til pasientene som vil ha behov for tilbud fra flere tjenester. Helseforetak og kommuner oppfordres til å prøve nye arbeidsformer og ta i bruk ny teknologi for å styrke tilbudet.<sup>11, 12</sup>

Helse Sør-Øst sin regionale utviklingsplan 2035 har prioritert seks satsingsområder, som også er førende for utvikling for de prehospitale tjenester. For eksempel å flytte akuttfunksjoner fra sykehus til ambulanse, spesielt i områder med store avstander og spredt befolkning.<sup>13</sup> Teknologi og digitalisering skal brukes som verktøy for å forbedre tjenestene.

Siden 2012 har det vært gjennomført mange prosjekter for å standardisere og utvikle prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst, bl.a. Regional utviklingsplan for prehospitale tjenester 2018-2025.<sup>14</sup> Både metodikk og anbefalinger fra disse ligger til grunn også for dette organisasjonsprosjektet.

#### 4.2. Demografi og aktivitetsøkning

82% av befolkningen i Helse Sør-Øst bor i byer eller tettsteder.<sup>15</sup> Det er særlig de unge som flytter, mens de eldre blir igjen i distriktene. Veksten i befolkningen fram mot 2024 vil være forskjellig for de enkelte AMK sentraler, og vil variere fra 5 % vekst i Innlandet til 13 % i Oslo.

Befolkningsutvikling fordelt på dagens AMK-områder						
AMK	2023	2040	Andel av befolkning		Endring i	
			2023	2040	perioden	Endring i %
AMK Oslo	1 759 566	1 991 630	56 %	58 %	232 064	13 %
AMK- Vestfold-Telemark	426 435	459 244	14 %	13 %	32 809	8 %
AMK- Vestre Viken	274 050	302 462	9 %	9 %	28 412	10 %
AMK - Innlandet	341 290	358 860	11 %	10 %	17 570	5 %
AMK- Sørlandet	318 717	350 990	10 %	10 %	32 273	10 %
<b>Totalsum</b>	<b>3 120 058</b>	<b>3 463 186</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>343 128</b>	<b>11 %</b>

Figur 7 Befolkningsutvikling fordelt på AMK sentralene Kilde: SSB

Befolkningen blir eldre, spesielt gruppen over 70 år vil øke frem mot 2024.<sup>16</sup> Denne gruppen bruker helsetjenester omtrent fem ganger mer enn yngre generasjoner.

10 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 -2023

11 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027

12 Meld. St.23 (2024-2025)

13 Regional utviklingsplan 2035, Helse Sør-Øst

14 Regional utviklingsplan for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst 2018 - 2025

15 [www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-Norge](http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-Norge)

16 Hovedalternativet MMM forutsetter at levealderen fortsetter å øke og at fruktbarheten fortsatt går ned ([ssb.no/befolkning](http://ssb.no/befolkning))

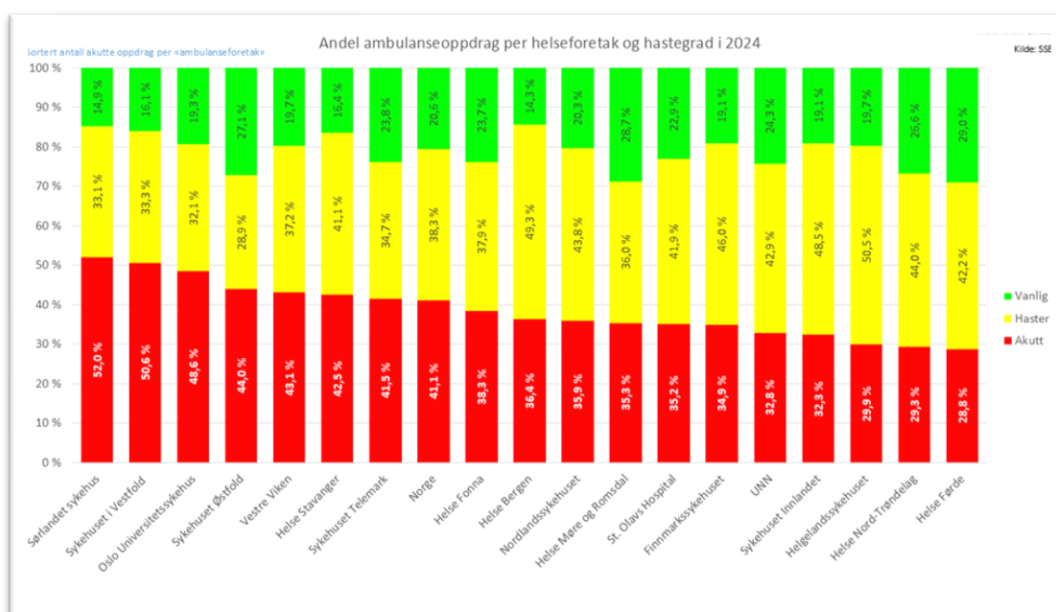
Mange av de eldre pasientene vil ha flere sykdommer, og håndtering av denne gruppen pasienter vil være en faglig utfordring også for de prehospitaltjenester. Stedlig ambulansesberedskap i distrikt med få innbyggere og få oppdrag krever at personellet gis mulighet til faglig utvikling og vedlikehold av kompetanse.

### 4.3. Forventet aktivitetsutvikling

Aktiviteten innen de prehospitaltjenester har økt med 3-4 % hvert år de siste 20 årene.

Det har vært en markert nedgang i antall ambulansoppdrag de siste to årene og er nå på samme nivå som før pandemien, samtidig har andelen akutte oppdrag økt. I Helse Sør-Øst var ca. halvparten av alle ambulansoppdrag akutte i 2024 (SSB), men ifølge NPR var det kun ved 61 % av gangene som ambulansen var på hendelsesstedet innen 12 min. Utviklingen i Helse Sør-Øst har vært negativ de seneste årene.

Prosjektet har ikke utredet dette nærmere, men det er en oppgave for Prehospital Fellestjeneste.



Figur 8 Andel ambulansoppdrag per helseforetak og hastegrad i 2024 Kilde SSB

Kommunene og de regionale helseforetakene er pålagt å samarbeide om å sørge for en hensiktsmessig og koordinert innsats i den akuttmedisinske kjeden. (Meld. St. 23 (2024-2025)).

#### **4.4. Bemanning og kompetanse – utfordringer for de prehospitaltjenester**

Arbeidskraft blir en knapp ressurs, og det er ikke bærekraftig å løse bemanningsbehovet med økte ressurser alene.<sup>17</sup> Tilstrekkelig antall ansatte med riktig kompetanse er en av helse- og omsorgssektorens største utfordringer fremover. Ikke bare i Norge, men i hele Europa.<sup>18</sup>

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 slås det fast at Norge ikke kan bemanne seg ut av utfordringene ved å øke tilgangen på personell. Det betyr at personellressursene må brukes mest mulig effektivt, at det er behov for god arbeids- og oppgavedeling, og at personellressurser må prioriteres i tråd med prioriteringsprinsippene.

Medisinsk utvikling, avansert utstyr og økende krav til pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten krever spesialisering. Helseforetakene melder om vanskeligheter med å rekruttere ansatte, og høy turn-over også innen de prehospitaltjenester.

#### **4.5. Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi**

Ny teknologi gir nye måter å arbeide og utvikle de prehospitaltjenester. Ansatte er vant til å håndtere akutte situasjoner og er raske til å ta i bruk nye teknologi. Video brukes både i amk-sentralene og i ambulansetjenesten for å bedre pasientbehandlingen. Eks. innringers mobiltelefon kan deles med operatøren på 113-sentralen. Dette hjelper operatøren med å vurdere situasjonen og gi bedre veiledning. Ambulansepersonell har både en videoplattform og hodekamera som kan styres med talekommandoer. Disse gir dem mulighet til å konferere med leger eller andre støttepersoner.

#### **Det pågår flere teknologi prosjekter for de prehospitaltjenester:**

- nytt dataverktøy for AMK-sentralene<sup>19</sup>
- elektronisk journal med tilgang til pasientens journal for ambulansetjenesten
- bedre systemer for å rapportere aktivitet i tjenestene.
- AMK-sentralene vil få ny kommunikasjonsløsning som innføres parallelt med AMK-IKT prosjektet.
- nytt kommunikasjonsnett for nød- og beredskapssetater basert på 5G.

Det utvikles også diagnostiske hjelpemidler som hurtigtester, ultralyd, videoassisterte teknikker og mobile røntgen/CT-løsninger, som kan bruke ved akutt tilstander utenfor sykehus. Ett eksempel er behandling av akutt hjerteinfarkt, hvor ambulanspersonell tar EKG på stedet, kommuniserer med spesialist på sykehuset og gir blodproppløsende medisiner intravenøst når det er nødvendig.

---

<sup>17</sup> Meld. St 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 Vår felles helsetjeneste

<sup>18</sup> WHO « The Health and Care Workforce in Europe: -Time to Act»

<sup>19</sup> Nasjonalt prosjekt AMK-IKT

Droner med hjertestarter er allerede i bruk i Danmark, og i Stavanger utforskes bruken av droner i by- og bynære strøk.<sup>20</sup> Dette er en ønsket utvikling, men bidrar til økt aktivitet og behov for ny kompetanse for de ansatte i prehospitaler tjenester.

#### **4.6. Samhandling med aktører i den akuttmedisinske kjede og andre nødetater**

*Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjenesten og medisinsk nødmeldetjeneste mv «Akuttmedisinforordningen»* skal sikre til at befolkningen mottar forsvarlige og koordinerte tjenester utenfor sykehus ved behov for rask hjelp. Tjenestene må være tilgjengelige og i rimelig nærhet til hendelsesstedet.

Akuttmedisinske tjenester er organisert på to nivåer: primær- og spesialisthelsetjenesten. Begge nivåer har ansvar for å sørge for tjenester, som krever god samordning og felles planlegging av ressursbruk og dimensjonering. Det er pålagt i lov at kommuner og helseforetak skal inngå avtaler om samhandling og samarbeid.<sup>21</sup>

I akuttkjedeprosjektet i Telemark defineres en akuttkjede fra det akutte symptomet oppstår til pasienten er på rett behandlingssted.<sup>22</sup> I løpet av den tiden gjøres det en rekke vurderinger og handlinger av mange aktører; kommunal hjemmetjeneste, legevakt, AMK-sentral, ambulansetjenesten og akuttmottak. Det er viktig for kvaliteten i tjenesten at samhandlingen fungerer godt.

Helse Sør-Øst har mange prosjekter for å styrke samhandlingen mellom ulike aktører i helse- og omsorgssektoren, for å sørge for riktig og rask hjelp i akutte situasjoner og helhetlige tjenester for barn, eldre og sårbare pasienter.<sup>23</sup> Samhandling mellom legevakt, ambulansetjenesten og AMK er viktig. Allerede i 2017 ble det foreslått å etablere felles prehospital struktur for å sørge for bedre samordning av tjenesten.<sup>24</sup>

Prehospitaler tjenester må samarbeide godt med politi og brann- og redningstjenester, som alle har en sentral rolle for å sørge for befolkningens trygghet i akutte situasjoner.

I tillegg til større ulykker blir flom, skogbranner og naturkatastrofer, stadig mer vanlig. Det er hendelser som involverer alle nødetatene. Godt samarbeid mellom nødetatene er viktig for krisehåndtering og samfunnssikkerhet. Dette samarbeidet inkluderer også kommunene.

For at samarbeidet skal fungere når en hendelse skjer, må aktørene være forberedt og samtrente. Alle i helse- og omsorgssektoren har ansvar for å koordinere forberedelsene med sine samarbeidspartnere, slik at alle kan ivareta sin rolle og sitt ansvar.<sup>25,26</sup>

Det kreves godt samarbeid på strategisk, taktisk og operativt nivå mellom nødetatene.

---

<sup>20</sup> AiRmour EU – Shaping the future of Urban Air Mobility Home - AiRMOUR

<sup>21</sup> Akuttmedisinforordningen

<sup>22</sup> Akuttkjedeprosjektet

<sup>23</sup> Regional utviklingsplan 1935, Helse Sør-Øst

<sup>24</sup> NOU 2015: 17 Først og fremst Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

<sup>25</sup> Nasjonal beredskapsplan: Å verne om liv og helse, 01.01.2018

<sup>26</sup> Prehospital beredskapsplan, Helse Sør-Øst

Prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst har erfaring fra større alvorlige hendelser, og har kompetent og erfarent personell.

Et godt fungerende beredskapssamarbeid er spesielt viktig i områder med mange innbyggere og korte avstander. Nødetatene i Oslo, Asker og Bærum har ansvaret for nesten 1 million innbyggere og har et tett beredskapssamarbeid for å håndtere tidskrisiske situasjoner raskt. De har felles 110- og 112-sentral som samarbeider med AMK Oslo. Alle tre nødetatene har egne innsatsledere på vakt hele døgnet. Disse deltar i Operativt lederforum for Oslo, Asker og Bærum, som møtes jevnlig for felles planlegging, kursing og debrifing.

## 5. Delprosjekt – Fremtidens AMK-sentraler i Helse Sør-Øst

Norge har en desentralisert organisasjonsmodell for medisinsk nødmeldetjeneste, i motsetning til resten av Europa som har både færre og felles sentraler for alle nødetater. Nasjonalt finnes det 16 sentraler som håndterer medisinske nødannonser, fem av dem ligger i Helse Sør-Øst. AMK Oslo er den eneste sentralene som har en internasjonal størrelse.

AMK-sentralene har gamle IKT- og kommunikasjonsløsninger, men et nasjonalt prosjekt er snart klar for utprøving.

### 5.1. Formål med delprosjektet

Delprosjektet fikk i oppgave å utrede løsninger for organisering av fremtidens AMK - sentraler i Helse Sør-Øst. Tjenesten skal ivareta det overordnede prosjektmålet, samt de muligheter som de nye IKT- og kommunikasjonsløsningene for sentralene vil gi.

### 5.2. Organisering og gjennomføring av delprosjektet

Deltakerne i arbeidsgruppen er oppnevnt av helseforetakene og har rapportert til prosjektgruppen.

AMK- arbeidsgruppe	Helseforetak/sykehus
Hanne Farstad	Akershus universitetssykehus
Katharina Lande	Oslo universitetssykehus
Helge Sandstå	Sykehuset i Vestfold
Arne Stokke	Sykehuset Innlandet
Knut Inge Brekke Skoland	Sykehuset Telemark
Merete Storli Tveit	Sykehuset Østfold
Ole Kristian Skomedal	Sørlandet sykehus
Lise-Mette Lindland	Vestre Viken
Kristin Berge Staalesen	Tillitsvalgt 1, Sørlandet sykehus
Morten Skålerud	Tillitsvalgt 2, Oslo universitetssykehus

Arbeidsgruppen har hatt både fysiske og Teams-møter, hvor man har vurdert styrker og svakheter med dagens løsning, og drøftet hva er fremtidens AMK-sentral; hvilke oppgaver, hvordan samhandle, hvordan sørge for kvalitet på tjenesten, utdanning av operatører, beslutningsstøtte osv. I tillegg har arbeidsgruppen innhentet erfaringer fra ulike miljøer om samhandlings- og organisasjonsformer.

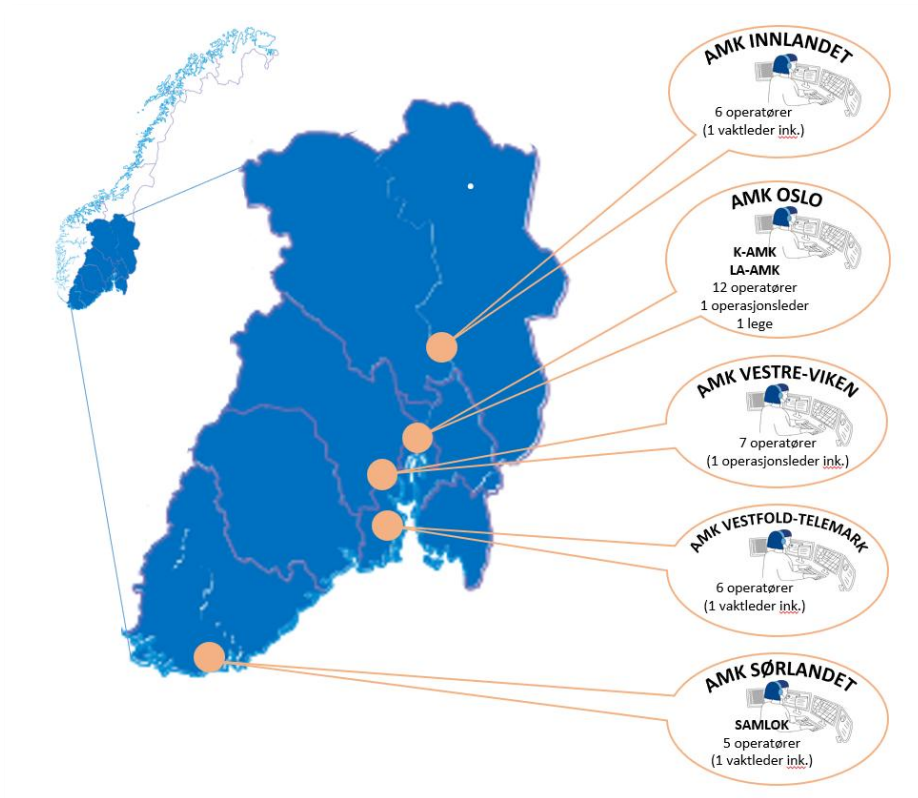
Representanter fra andre prehospitale organisasjoner har vært invitert for å gi inspirasjon til å tenke nytt. Arbeidsgruppen har hørt om fellestjenesten i Midt Norge, pasientreiser, luftambulansetjenesten, og om AMK-tjenesten i København.

### 5.3. AMK-sentraler i Helse Sør-Øst

AMK-sentralene betjener nødnummeret 113 og håndterer nødmelde- og kommunikasjonstjeneste for sitt operasjonsområde.

Alle sentralene har:

- en operasjonsleder som koordinerer virksomheten og er leder for mannskapet på vakt.
- medisinske operatører som mottar 113-samtaler, vurderer meldingen, veileder innringer og beslutter tiltak. Medisinsk operatør er sykepleier eller ambulansesarbeider som har fått særskilt opplæring og godkjenning. Samlet har regionen 36 operatørplasser.
- ressurskoordinator som håndterer operative oppgaver, dvs. prioriterer oppdrag og fordeler til operative enheter.
- AMK Oslo har i tillegg en person dedikert for å koordinere og følge opp oppdrag med ambulanshelikoptre



Figur 9 AMK-sentraler i Helse Sør-Øst. ill HSØ 2024

#### AMK-Oslo

Sentralen er den største i Norge og betjener nødnummeret 113 og håndterer nødmelde- og kommunikasjonstjeneste for Oslo, Akershus og Østfold, samt Kongsvinger regionen. Til sammen utgjør det 1,8 millioner innbyggere. Sentralen håndterer også luftambulanseoperasjoner, samt er koordinerende AMK-sentral ved ekstraordinære hendelser og situasjoner i Helse Sør-Øst.

Sentralen har 12 operatørplasser, og mottok 255 880 anrop til 113 i 2024.

## AMK Innlandet

Sentralen er lokalisert på Gjøvik og dekker hele Sykehus Innlandet sitt sykehusområde. Sentralen betjener ca. 338 000 innbyggere, hvor 21 % er over 67 år.

Sentralen har 6 operatørplasser, og i 2024 mottok de 48 568 anrop til 113.

## AMK Vestre Viken

Sentralen er lokalisert i Drammen og dekker gamle Buskerud fylke samt Jevnaker (Akershus). Sentralen betjener ca. 280 000 innbyggere, har 7 operatørplasser, og mottok 41 504 113-anrop i 2024.

## AMK Vestfold -Telemark

Sentralen er lokalisert i Tønsberg og dekker sykehusområdene til Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark. Sentralen betjener 417 000 innbygger, har 6 operatørplasser, og mottok 62 553 nødanrop i 2024.

## AMK Sørlandet

Sentralen er lokalisert i Kristiansand, og samlokalisert med de andre nødetatene. Sentralen har 5 operatørplasser, koordinerer 31 ambulanser og mottok 49 235 anrop i 2024

### 5.3.1. Aktivitetsutvikling i AMK-sentraler i Helse Sør-Øst

I 2024 var det ca. 460.000 anrop til 113 i Helse Sør-Øst, en økning på 25 % siden 2018. Oslo AMK håndtere over halvparten (256 000) av alle anropene.

Utvikling i antall 113-samtaler til AMK i Helse Sør-Øst									
AMK	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Endring i perioden	Pr år
AMK Oslo	200 485	224 987	226 440	234 260	254 400	260 169	255 880	28 %	5 %
AMK Vestfold-Telemark	44 322	46 938	47 765	52 114	60 117	64 010	62 553	41 %	7 %
AMK Sørlandet	44 379	42 238	41 664	46 927	59 712	55 336	49 235	11 %	2 %
AMK Innlandet	43 912	40 960	40 318	41 958	48 276	50 663	48 568	11 %	2 %
AMK Buskerud	33 515	36 500	32 500	36 054	40 540	44 625	41 504	24 %	4 %
<b>Totalsum</b>	<b>366 613</b>	<b>391 623</b>	<b>388 687</b>	<b>411 313</b>	<b>463 045</b>	<b>474 803</b>	<b>457 740</b>	<b>25 %</b>	<b>4 %</b>

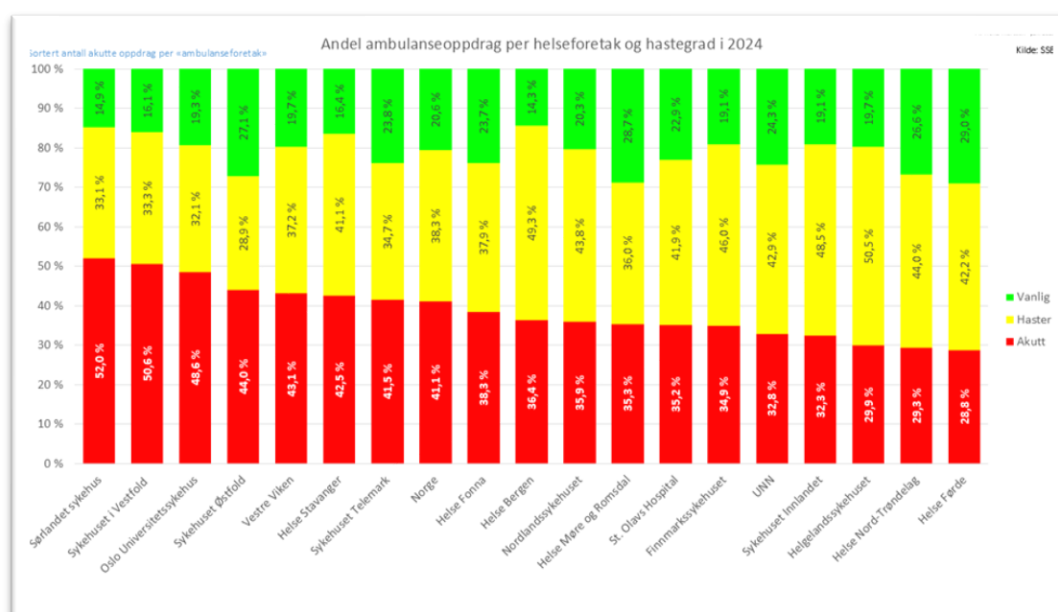
(Kilde: Hdir)

Sammenlignet med andre land har helseregionen mange sentraler med relativt få anrop per dag. Dette gir begrenset kapasitet til å håndtere større hendelser. Det gir høyere kostnader og behov av flere personell per hendelse og per innbygger.

### 5.3.2. Oppgaver i AMK-sentralene

AMK-sentralene har flere viktige oppgaver enn å besvare nødanrop på 113. De koordinerer ambulanseressursene, bestemmer hvilke ressurser som skal sendes til ulike situasjoner, vurderer hastegrad for hver henvendelse, og sørger for at riktig hjelp blir sendt ut så raskt som mulig. De gir råd og veiledning til innringer om hva de skal mens de venter på hjelp. AMK-sentralene samarbeider med legevaktsentraler for å sørge for at pasienter får nødvendig oppfølging, og varsler de andre nødetatene ved behov.

Norsk medisinsk indeks (NMI) er et verktøy som AMK-sentralene bruker for å håndtere medisinske nødoprop systematisk og effektivt. Indeksen gir retningslinjer for vurdering, prioritering og håndtering av ulike medisinske nødsituasjoner.



Figur 10 andel ambulanseoppdrag per helseforetak og hastegrad i 2024 Kilde SSB

AMK koordinerer også ordinære ambulanseoppdrag hvor pasienten trenger å transporteres liggende. I gjennomsnitt er 20 % av anropene til AMK sentralene bestilling av transportoppdrag som ikke haster. Mange av disse oppdragene kan gjennomføres med ikke spesialiserte ambulanser eller andre tilgjengelige transportmiddel som koordineres av pasientreiser.

Bestilling av transportoppdrag via AMK og pasientreiser gjøres i dag via to ulike systemer og er hjemlet i to ulike lovverk. Det brukes årlig ca. 4 milliarder kroner til 4 millioner pasienttransporter i Helse Sør-Øst. Delprosjekt 3 utreder hvordan ressurser brukt til koordinering og bestilling av pasienttransport kan effektiviseres.

#### 5.4. Utfordringer med dagens AMK-struktur i Helse Sør-Øst

Utfordringene i dagens AMK-tjeneste som arbeidsgruppen meddeler, har lenge vært kjent. I utredningen «*Sentrale elementer vedrørende organisering av AMK-sentralene*», utført av Helse- og omsorgsdepartementet i 2016, ble mange av de samme utfordringene omtalt og over 100 forbedringstiltak ble anbefalt. Blant de viktigste er:

Det bør:

- etableres en nasjonal struktur for samhandling og koordinering mellom aktørene i de akuttmedisinske tjenestene for å sørge for lik praksis, bedre ressursutnyttelse utnyttelse og økt kvalitet.
- planlegges for færre antall AMK-sentraler
- etableres en AMK-LA i hver helseregion (gjennomført)

- etableres kvalitetsindikatorer for medisinsk nødmeldetjeneste
- etableres nasjonale flerårige programmer for forskning og fagutvikling
- etableres høyskolebasert videreutdanning for medisinsk nødmeldetjeneste

Samarbeidet mellom AMK-sentralene fungerer til daglig, til tross for utdaterte IKT-systemer. Selv om det har blitt utarbeidet felles rutiner og prosedyrer over flere år, er det fortsatt mangel på et felles beslutningsorgan.

AMK-sentralene registrerer ulike virksomhetsdata, noe som gjør det krevende å utarbeide regionale statistikker. Helseforetakene bruker ressurser på å utvikle kompetanseplaner for sine ansatte, mens forskningsaktivitet blir nedprioritert.

Erfaring fra flere større hendelser i regionen har vist at det er behov for et bedre system for å avlaste hverandre fordi antallet henvendelser til 113 gjør at sentralene kan overbelastes.

Svakheter med dagens struktur		Tiltak
Utdatert IT-løsninger	AMK-sentralene har som oppgave å ta imot nødansrop som ringes inn på 113 og koordinere ambulanseoppdrag. De ansatte har i lengre tid slitt med utdaterte IT-systemer som svikter. Utdaterte digitale verktøy for beslutningsstøtte fører til mye manuelt arbeid og legger et stort ansvar på den enkelte operatør ved oppfølging av en hendelse. Det er også en utfordring at ikke AMK-sentralene kan avlaste hverandre. Dette var tema etter terroraksjonen i 2011, og det er fortsatt ikke mulig 13 år etter.	Nye teknologiske løsninger både for oppdragshåndtering, beslutningsstøtte og kommunikasjon er forutsatt gi AMK-sentralene utstyr som både underletter arbeidet, øker kvaliteten og tillater avlastning/samarbeid om oppdrag.
Ulik bemanning og støttefunksjoner i AMK – sentralene	AMK –sentralene har ulik bemanning og faglige støttefunksjoner. Oslo AMK har som den største sentralen tilgang til flere ressurser med erfaring og kompetanse. Det gjør at de er bedre i stand til å håndtere større hendelser. Dagens fragmenterte modell gjør at det er vanskelig å benytte seg av hverandres fagkompetanse på tvers av sentraler.	Etablering av Prehospital Fellestjeneste i Helse Sør-Øst vil bidra til standardisering i hele prehospital tjeneste (delprosjekt 4)
Vanskelig å benytte felles ressurser	Det er vanskelig å benytte de samlede transportressursene i regionen fordi man ikke har mulighet for oversikt over de samlede oppdragene og eventuelle ledige biler.	De nye teknologiske løsningene vil gjøre at AMK-sentralene kan virke i et nettverk og samarbeide ved behov.
Variasjon i arbeidsprosesser, rutiner og triagering	Det er mange ulike arbeidsprosesser og prosedyrer. Det eksisterer et faglig nettverk som bl.a. arbeider for felles arbeidsprosesser. Men nettverket er uformelt og mangler beslutningsmyndighet. Det er stor variasjon hastegradstrigering mellom AMK-sentralene.	Etablering av Prehospital Fellestjeneste i Helse Sør-Øst vil bidra til standardisering i hele prehospital tjeneste

Svakheter med dagens struktur		Tiltak
Det brukes mange ressurser på fagutvikling og kompetanseheving	Hvert enkelt helseforetak bruker mye tid og ressurser på fagutvikling og kompetanseheving for ansatte i AMK-sentralene. Opplæringen av AMK-operatører skjer lokalt med kursing, samt opplæring skulder til skulder med erfaren operatør. Felles opplegg for opplæring i regionen er ønsket. Tid og ressurser til forskning og innovasjon blir heller ikke tilstrekkelig prioritert.	Etablering av Prehospital Fellestjeneste i Helse Sør-Øst vil bidra til standardisering samt felles kompetanse og fagutvikling. (se delprosjekt 4)
Manglende virksomhetsdata	AMK- sentralene har ulike registreringspraksis for virksomhetsdata, som bearbeides lokalt. Dette begrenser i stor grad kvalitetskontroll, fagutvikling og forskning, samt gjør det vanskelig å få til en felles utvikling av tjenesten i regionen.	Etablering felles datagrunnlag og fremstilling av disse vil være en viktig oppgave for Prehospital Fellestjeneste sammen med Sykehuspartner
Mangler robuste reserveløsninger	4 av AMK-sentralene har etablert reserveløsninger for sine AMK-sentraler i tråd med tidligere utviklingsprosjekt i Helse Sør-Øst. AMK Oslo kan ved behov ta over drift for en annen sentral, men ingen av de andre er store nok til å overta for Oslo.	Ny teknologi gir AMK i nettverk. Det gjør at de kan både bistå hverandre ved større hendelser og ta over driften.
Ulike løsninger for bestilling av pasienttransport	Det er i dag enklere å bestille en ambulanse enn annen og ofte mer hensiktsmessig pasienttransport. Det gir dårlig utnyttelse av samlet transportkapasitet.	Delprosjekt 3 er etablert for å finne bedre og mer hensiktsmessige bestillingsløsninger
113 blir brukt til mer enn akutt og øyeblikkelig hjelp	Omtrent 30% av alle henvendelser til 113 kommer fra helsepersonell som bestiller planlagt pasienttransport. Det er ønskelig å bruke AMK-sentralene mer som en «fagsentral» for de andre aktørene i den akuttmedisinske tjeneste.	Delprosjekt 3 skal finne løsninger slik at AMK- sentralene bruker mindre ressurser på rene transportbestillinger
Det mangler en regional enhet utenom akutte hendelser	Oslo AMK har rolle som koordinerende AMK- sentral (K-AMK). K- AMK-sentral skal yte bistand ved større hendelser og beredskapssituasjoner, og har et operativt koordineringsansvar innen regionen og på tvers av regionsgrenser. Det mangler en koordinerende enhet utenom de akutte hendelsene.	I forbindelse med AMK i nettverk bør det etableres en formell ansvarsstruktur.
Fragmentert	Dagens nødmeldetjeneste i Helse Sør-Øst er preget av fragmentering, med betydelig variasjon i organisering, arbeidsmetodikk og størrelse på AMK-sentralene. Til tross for godt samarbeid mellom fagmiljøene, er koordinering og samordning fortsatt utfordrende. Den sikkerhetspolitiske og beredskapsmessige situasjonen med bl.a. endringer i klima, teknologi-utvikling og behov for mindre	Dette bør løses i to trinn: først innføre nye teknologiske løsningene, ta i bruk Prehospital Fellestjeneste og ny bestillingsløsning. Deretter kan behovet for antall AMK-sentraler eventuelt vurderes.

Svakheter med dagens struktur		Tiltak
	ressursinnsats pr innbygger forsterker utfordringen.	

## 5.5. Parallele prosjekter

Samtidig med den regionale utredningen om organisering har det pågått et nasjonalt prosjekt for innføring av nye IKT- og kommunikasjonsløsninger i AMK-sentralene.

I tillegg har anbefalinger fra to tidligere utredninger blitt løftet frem, dvs. etablering av en Prehospital fellestjeneste (delprosjekt 4) og utvikling av en ny bestillingsløsning for pasienttransport (delprosjekt 3).

### 5.5.1. Teknologisk utvikling – Ny AMK IKT- og kommunikasjonsløsning

Allerede i 2015 fikk den regionale helseforetakene i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å anskaffe en felles AMK IKT-løsning for å gi sentralene bedre funksjonalitet, en sikrere plattform og økt fleksibilitet sammenlignet med i dag. Av ulike grunner har prosjektet blitt forsinket, men skal etter planen starte en pilot i AMK Oslo i februar 2026, og utrulling i de andre sentralene i vår region i løpet av 2026.<sup>27</sup>

Fullt innført vil det gi ansatte på AMK-sentralene bedre beslutningstøtte, større muligheter for kommunikasjon og operativt samarbeid mellom AMK-sentralene. Det vil gi mer effektiv informasjonsdeling, koordinering og respons ved nødsituasjoner og større hendelser. Flere operatører, også fra ulike AMK, kan jobbe sammen om samme oppdrag, noe som bidrar til en betydelig økning av fleksibilitet og redundans.

### 5.5.2. Ny kommunikasjonsløsning og nytt Nødnett

Parallelt med AMK-prosjektet anskaffer Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF (HDO) ny kommunikasjonsløsning (LifeX 3020) som innlemmes med den nye AMK-programvaren.<sup>28</sup> Dagens kommunikasjonsløsninger i nødnett brukes av landets AMK-sentraler, legevaktsentraler og akuttmottak. Selve utskiftingen av dagens løsning med LifeX ute på hver AMK sentral, legevaktsentral og akuttmottak vil gjennomføres i 2025/2026.

Nytt nødnett er det tredje store nasjonale prosjektet. Dagens nødnett vil etter hvert bli utdatert, og nød og beredskapsstatene samarbeider om å etablere en ny og fremtidsrettet plattform for kommunikasjon.

Når det nye nødnettet er på plass, vil det gi mulighet for nye tjenester. Det er blant annet et behov for å dele data og video på en rask og sikker måte, og utveksling og tilgang til informasjon for bedre situasjonsforståelse. Deling av data og video støttes ikke i

dagens nødnett, og skjer derfor i dag kun innenfor hver organisasjon via tjenester i offentlig mobilnett. Etter planen skal det nye nødnettet tas i bruk i 2028-2031.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> AMK-IKT

<sup>28</sup> KAK

<sup>29</sup> Nødnett, Helsedirektoratet [Nødnett - Helsedirektoratet](#)

### 5.5.3. Innføringen av de nye løsningene i AMK vil gjennomføres trinnvis:

- **Trinn 1**, ny teknisk plattform: Erstatte dagens AMK-løsning med ny AMK-løsning med kraftig teknisk plattform + ny kommunikasjonsløsning. Løsningen skal tilby funksjonaliteten i dagens løsning med noen tillegg.
- **Trinn 2**, ny funksjonalitet og gevinstrealisering: Innføre ny funksjonalitet for å støtte samordnet respons i spesialisthelsetjenesten, sammenhengende akutte pasientforløp og sømløs håndtering av pasientforløp.
- **Trinn 3**, innovativ funksjonalitet: Ta i bruk innovativ funksjonalitet for ytterligere å øke kvaliteten og understøtte oppgavene til AMK. Mye av denne teknologien er fortsatt under utvikling.

### 5.5.4. Forventede gevinster av nye IKT- og kommunikasjonsløsninger

Bedre systemer for informasjonsdeling og samhandling,

beslutningsstøtte og en mer brukervennlig arbeidsflate vil ha positive effekter for både AMK sentralene og de øvrige delene av beredskapskjeden. Det blir en driftsorganisasjon for løsningene. De kvantitative gevinstene vil være økt fleksibilitet og effektivere drift av selve løsningene, men også gi muligheter for organisatorisk fleksibilitet ved at sentraler kan samarbeide og dele anropstrafikken. I praksis kunne Norge ha en AMK-sentral med en eller flere lokasjoner.

De kvalitative gevinstene vil være at innringer får riktigere og raskere respons ved at helsepersonellet får bedre arbeidsverktøy og beslutningsstøtte.



- informasjon vil kunne deles mellom AMK-sentralene, og andre sentraler vil kunne bistå ved ekstra stor pågang eller redusert kapasitet ved en eller flere av sentralene. Det gir økt redundans.
- økt organisatorisk fleksibilitet ved at spesialistkompetanse kan lokaliseres på færre steder og dekke flere/alle sentraler.
- enklere håndtering av innkomne henvendelser når medisinsk og operativ beslutningsstøtte er integrert – vil gi bedre og riktigere triage og respons.
- muligheter for å ta imot nye internettbaserte kommunikasjonskanaler (SMS, video, talegjenkjenning osv.).
- effektiv samhandling og meldingsutveksling med andre nødetater i ekstraordinære situasjoner ved koordinering og samhandling mellom AMK-sentraler, med andre nødetater og relevante aktører. Dette vil oppfylle sentrale deler av de forbedringspunktene som beskrevet i etterkant av 22. juli 2011.<sup>30</sup>

### **5.5.5. Hvordan ta ut gevinstene fra ny teknologi i AMK-sentralene?**

Det er ikke identifisert noen finansielle gevinster på regionalt nivå ved innføring av ny teknologi i AMK-sentralene. Prosjektet er begrunnet i kvalitative gevinster.

Arbeidsgruppen mener at bedre systemer for bl.a. oppdragshåndtering, informasjonsdeling og samhandling vil ha positive effekter for både AMK-sentralene og resten av den akuttmedisinske kjeden.

Målet med den nye løsningen er at de ulike AMK-sentralene kan oppfattes som en enhet. Dette gir muligheter, men krever økt samarbeid og standardisering, inkludert felles prosedyrer, faglig utvikling og kodesett/virksomhetsdata, samt avklart ansvarsforhold mellom de ulike sentralene.

Dette standardiseringsarbeidet krever en formell overbygging, og bør samkjøres med innføringen av de nye teknologiske løsningene. Prehospital Fellestjeneste er etablert for å bidra til at dette kommer på plass.

### **5.6. Hvordan vil vi at tjenestene skal være i 2030 i Helse Sør-Øst?**

Ny teknologi vil gjøre det mulig å kommunisere og samarbeide mellom AMK-sentraler over hele landet. Hvordan kan vi best mulig utnytte at de teknisk blir koblet sammen i et nettverk?

Arbeidsgruppen ønsker at AMK-sentralene i fremtiden i større grad kan fungere som en «fagsentral» for prehospitaltjenester, og i mindre grad som logistikkentral for ordinær pasienttransport. De skal være beslutningsstøtte for ambulanse, legevakt, fastleger, hjemmetjenesten, samt de andre nødetatene.

Fremtidens oppgaver i AMK-sentralene vil kreve god faglig utdanning av AMK-operatørene. Det finnes ingen standardisert rekruttering, utdanning eller etterutdanning for AMK-operatører hverken på tekniske ferdigheter eller på kommunikasjon. I dag skjer det lokalt med kursing, og arbeidsplassopplæring med en erfaren operatør. Oslo Met har et års videreutdanning (30 studiepoeng) i medisinsk nødmeldetjeneste for helsepersonell som ønsker å jobbe i legevakt- eller AMK-sentraler. Ved Helse Stavanger (Helse Vest) tester man ut en simulator til bruk for opplæring av AMK-operatører.

#### **5.6.1. Felles regional utvikling - Prehospital Fellestjeneste**

Det er behov for en koordinator og pådriver for en regional samordnet utvikling av den medisinske nødmeldetjenesten. Prehospital Fellestjeneste (se delprosjekt 4) er tiltenkt å inneha den funksjonen. Ved å samordne ressursene i de ulike helseforetakene vil en få til systematisk forskning og fagutvikling, felles prosedyrer og arbeidsprosesser, og legge til rette for at man får den kvalitetsøkning som er målet for innføring av de nye IKT-løsningene.

#### **5.6.2. Fremtidig organisering – mulige løsninger**

Internasjonalt har utviklingen de seneste tiårene gått i retning av færre og større prehospitaltjenesteforetak og nødmeldesentraler. Denne trenden gjenspeiles også i Helse Sør-Øst, hvor AMK Østfold er slått sammen med AMK Oslo, og Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold har etablert en felles AMK-sentral i Tønsberg.

Flere land har valgt å regionalisere sitt helsevesen, inkludert ambulanse- og nødmeldetjenesten. Et eksempel er Danmark, som har tre alarmsentraler (112) for alvorlige livstruende hendelser, og fem regioner med hver sin akuttentral (1813) for alle andre medisinske tilstander. De regionale sentralene har et tett teknologisk samarbeid, og kan håndtere anrop fra alle deler av landet.

Danmark har dobbelt så mange innbyggere som Helse Sør-Øst, men et areal som er mindre enn halvparten.

AMK Oslo er den eneste sentralen som har en internasjonal størrelse. Ut ifra erfaringene fra AMK Oslo vill større sentraler ha mulighet til å ha flere ressurser med ulik erfaring og kompetanse. De vil derved kunne håndtere et større volum av nødanrop og med mer spesialisert personell. Større sentraler kan også tilby et mer fleksibelt arbeidsmiljø med flere utviklingsmuligheter. Bruker vi dansk logikk, vil 2-3 AMK-sentraler være tilstrekkelig for å håndtere innkomne nødanrop i Helse Sør-Øst.

Prosjektet har i denne omgang ikke utredet hvor mange AMK-sentraler som er hensiktsmessig i Helse Sør-Øst, men anbefaler å vente til det foreligger erfaringer fra bruken av de nye IKT- og kommunikasjonsløsningene, og evaluering av resultatene av arbeidet til Prehospital Fellestjeneste. Trolig vil AMK kunne ha en stadig viktigere funksjon som «fagsentral» for hele den akuttmedisinske kjeden, og da er det ikke gitt at fysisk sentralisering bedrer samarbeid med kommunene. I en fagsentral tankegang er det lett å tenke seg at både allmenmedisinere, akuttmedisinere og psykologer kan inngå med beslutningsstøtte for større deler av regionen uavhengig av hvor de sitter fysisk.

### **5.6.3. Samlokalisering av nødetatene**

I Drammen har man gjennomført et pilotprosjekt (SAMLOK) hvor man samlokaliserte de tre nødetatene. Etter å ha evaluert pilotprosjektet ble det i forbindelse med Nærpolitireformen i 2015 anbefalt å samlokalisere politi- og brann, og samtidig legge til rette for at også AMK-sentralene kan samlokaliseres.<sup>31,32</sup> SAMLOK i Drammen ble lagt ned da operasjonssentralene for politi- og brann ble vedtatt flyttet til Tønsberg.

Ansvar for å etablere og drifte AMK-sentraler er en del av de regionale helseforetakenes sørge- for- ansvar, og de må vurdere hva som er hensiktsmessig organisering av AMK-sentralene i sine helseforetak. I Helse Sør-Øst er det kun Sørlandet sykehus som har flyttet sin AMK-sentral sammen med de andre nødetatene. Samlokalisering har ikke vært tema i denne utredning.

### **5.6.4. Erfaringer fra København – AMK + legevakt**

Hovedstadsregionen har om lag 1,8 mill innbyggere. Hovedstadens Akutberedskab driver ambulansetjenesten, akuttelefonen 1813 og AMK-sentralen 112.

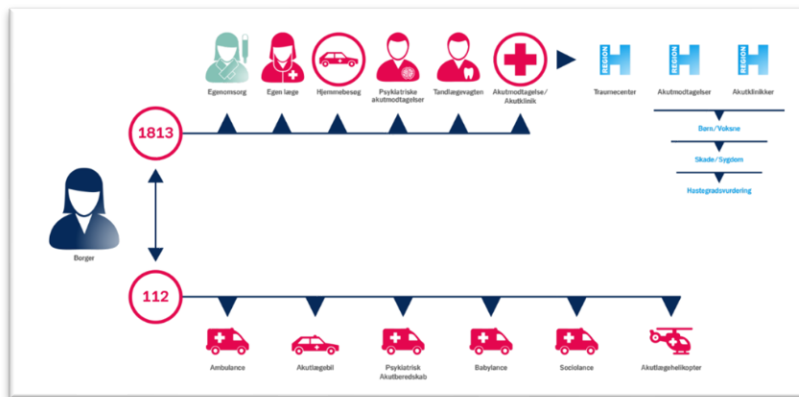
Arbeidsgruppen har hørt om erfaringer fra København-sentralen, hvor operatørene har opplæring og kan betjene henvendelser til begge numrene. Sentralen har oversikt over ventetider ved alle akuttklinikker og akuttmottak i regionen, samt til mange andre

---

<sup>31</sup> Prop. 61 LS (2014-2015)

<sup>32</sup> Sluttevaluering av SAMLOK, Kokom, Rapport ISBN:978-82-8210-022-9

offentlige helsetjenester. De kan derved styre pasientstrømmer mot akuttmottak med kort ventetid, eller gi time til behandler dersom det ikke haster.



Figur 11 Freddy Lippert, 31.05.2023

Sentralen i København dekker en befolkning på 1,8 millioner, og mottar litt over 1 million henvendelser årlig. Responstiden for 112 samtal er 5 sek og for andre henvendelser under 5 minutter. Sentralen har oversikt over ledig behandlingsskapitet i hele regionen, noe som gir større fleksibilitet. Andelen innleggelser er uendret, men ventetid på akuttmottak har blitt kortere. Driftskostnadene er redusert. Sentralen har tilgang til mye mer data, som gir større muligheter til forskning og innovasjon.

De største utfordringene var motstand til endring, og den tradisjonelle tenkingen om drift og organisering av helsetjenesten. Det var mange interessemotsetninger mellom fagmiljøer og organisasjoner. Kamper om «hvem eier pasienten», som egentlig handler om ressurser og hvem som har beslutningsmakt.

I Helse Sør-Øst er det så langt ingen erfaringer fra integrert legevakt- og AMK-sentral. Men med nye IKT- og kommunikasjonsløsninger for både AMK- og legevaktsentraler ligger det teknisk til rette for slike løsninger i framtiden.

### 5.6.5. Helse Vest virtuell AMK

I Helse Vest har man planer om å innføre virtuell AMK, når de nye tekniske løsningene er på plass i AMK-sentralene. Virtuell AMK er en felles AMK-sentrale der personalet befinner seg fysisk på fire ulike lokasjoner, men arbeider i et felles virtuelt kontrollrom, og med en ledelse. Formålet er å øke totalkapasiteten og kvaliteten på den medisinske nødmeldetjenesten i helseregionen. Prosjektet er foreløpig satt på pause på grunn av forsinkelsene i AMK-IKT prosjektet (*personlig meddelelse (klinikkleder Hanne Klausen, Helse Bergen 04.03.25)*).

Løsningen tilsvarer vårt «AMK i nettverk» men vi har ikke foreslått felles ledelse.

### 5.7. Anbefaling – trinnvis endring av AMK struktur i Helse Sør-Øst

Fra 2026 vil AMK-sentralene ta i bruk nye teknologiske løsninger, og i stedet for å vurdere hvor mange AMK-sentraler Helse Sør-Øst skal ha, prioriterer man i første

omgang å hente ut potensialet av de nye teknologiske løsningene ved å organisere den medisinske nødmeldetjenesten i nettverk.

De nye løsningene innføres i flere faser, og det gjør det mulig å gjøre endringer underveis.

### Fase 1 – ny teknisk plattform

Dagens AMK-løsning erstattes med ny teknisk plattform og ny kommunikasjonsløsning. Da innføres en ny teknisk plattform med samme teknologi og standardiserte arbeidsformer i alle AMK-sentraler.

Funksjonaliteten blir omtrent som dagens, men med noen tillegg. Personalansvar for operatørene forblir i helseforetaket hvor de er lokalisert i dag.

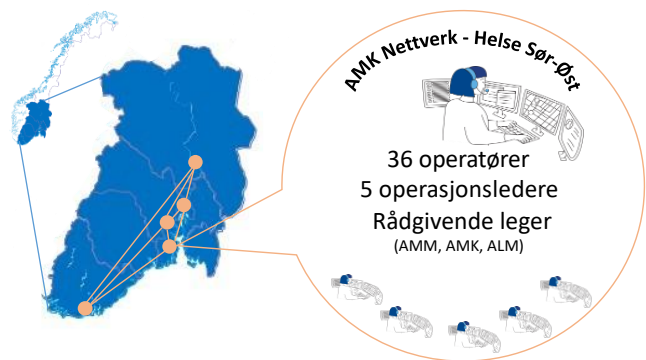
Pilot vil, etter plan, starte i Helse Vest med Oslo universitetssykehus som nummer to våren 2026.

I fase 1 innføres samme teknologi og ensartet arbeidsmåte. Prehospital Fellestjeneste vil ha en nøkkelrolle i standardiseringsarbeidet.

### Fase 2 – AMK i nettverk

Sentralene vil få nye funksjonaliteter for å støtte samordnet respons i spesialisthelsetjenesten, sammenhengende akutte pasientforløp og sømløs håndtering av pasientforløp.

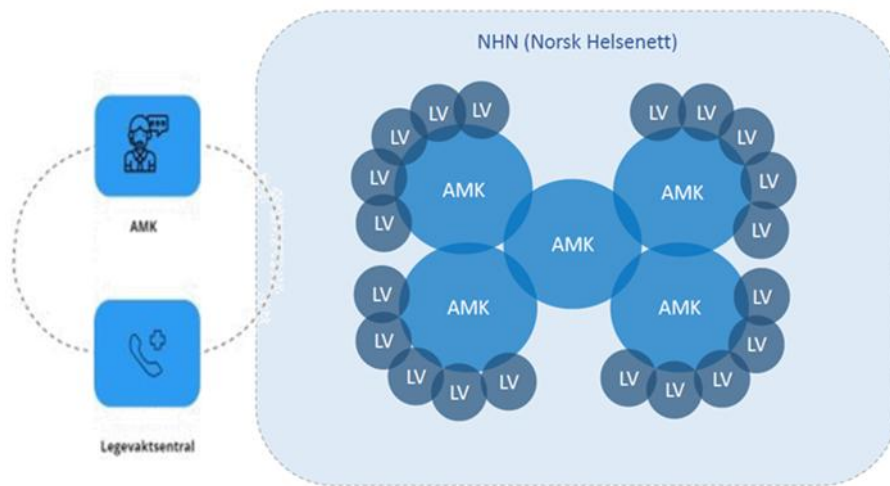
Sentralene kobles sammen i nettverk som gjør det mulig å fungere som en enhet. Det betyr enkel overføring av oppdrag mellom ulike AMK, operatører som kan jobbe sammen i samme oppdrag fra ulike lokalisasjoner. Det ligger først og fremst til rette for bedre redundans, men også nye samarbeidsformer.



Figur 13 AMK nettverk, Helse Sør-Øst

### Fase 3 – nye muligheter

Mye av teknologien er fortsatt under utvikling. Det vil bli mulig for ytterligere å øke kvaliteten og understøtte oppgavene til AMK. Men det vil også åpne for muligheter man ikke ser i dag. Legevaktene får samme tekniske løsninger som AMK-sentralene. Det gir muligheter for bedre operativ samhandling både med legevaktsentralene, men også med de kommunale aktørene i den akuttmedisinske kjeden.



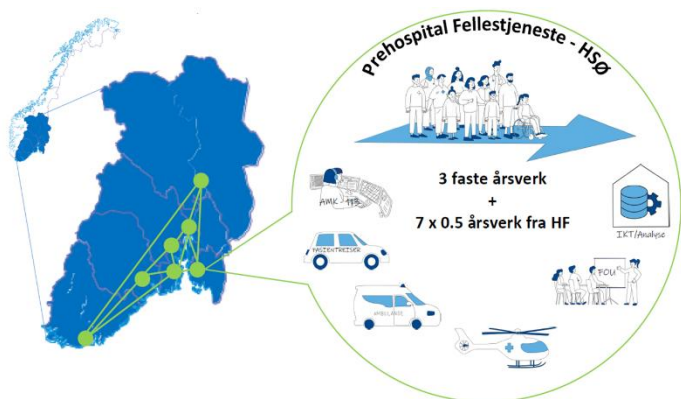
Figur 14 illustrasjon Helse Sør-Øst

## 6. Delprosjekt - Felles faglig utvikling for regionens prehospitaler tjenester

Akuttmedisinske tjenester er viktig både faglig og politisk, med målet om at befolkningen skal få rask og kompetent hjelp ved akutt sykdom eller skade. Med økende befolkning og medisinsk utvikling, blir prehospitaler tjenester mer krevende. Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at tjenestene er i tråd med myndighetskrav og godt samordnet.

Fordi hovedprosjektet har vart i tre år og dette delprosjektet ble ferdig mye tydeligere har denne delen faktisk blitt gjennomført. Det presenteres likevel her fordi etableringen av en prehospital fellestjeneste adresserer så mange av problemstillingene også i de andre delprosjektene.

Direktørmøtet i Helse Sør-Øst ga 11.04.24 sin tilslutning til etablering av et 3-årig innføringsprosjekt for Prehospital Fellestjeneste. Årlig driftsbudsjett er 5,5 MNOK.



Figur 15 Prehospital Fellestjeneste ill HSØ 2024

Prehospital Fellestjeneste bemannes med 3x 100% ressurser som er kjernen i tjenesten. I tillegg bidrar helseforetakene med hver sin 0,5 ressurs slik at fellestjenesten disponerer om lag 6.5 årsverk.

Før innføringsperioden er avsluttet, skal det gjennomføres en evaluering med en anbefaling for videre drift.

### 6.1. Bakgrunn

Det har lenger vært et ønske fra fagmiljøene i de prehospitaler tjenester om en fellestjeneste som sørger for en ensartet faglig utvikling i Helse Sør-Øst. En slik tjeneste har vært utredet og foreslått tidligere i en egen utredning<sup>33</sup>. Saken strandet den gang på grunn av uenighet om finansiering. Forslaget ble videreført i Regional utviklingsplan for prehospitaler tjenester i Helse Sør-Øst 2018-2025.<sup>34</sup>

Figur 4 Illustrasjon av PFT, Helse Sør-Øst



Figur 15  
Illustrasjon av tidligere utredninger

33 «Utredning av fellesfunksjon for å sikre standardisering og ensartet utvikling av prehospitaler tjenester», 2015, Helse Sør-Øst

34 «Regional utviklingsplan for prehospitaler tjenester i Helse Sør-Øst 2018-2025»

Erfaringer fra alle standardiserings og utviklingsprosjekter som siden 2012 har blitt gjennomført innen prehospitaler tjenester i Helse Sør-Øst, har vist at det er både evne og vilje til å arbeide sammen for felles utvikling av tjenestene.

I helseregionen er det mange med fagutviklingskompetanse. Ved å samhandle om felles utvikling, vil regionen og det enkelte helseforetak få mer ut av tilgjengelige ressurser.

Fellestjeneste vil bidra til en mer kostnadseffektiv drift av helseregionens prehospitaler tjenester – den vil spare både tid og ressurser i de enkelte helseforetak ved at kvalitetsforberedende utviklingstiltak gjøres en gang på vegne av alle helseforetak. Kvaliteten i tjenestene blir bedre og åpner for økt satsing på forskning og innovasjon og dermed til mer evidens basert utvikling. Analyser og benchmarking vil redusere uønsket variasjon, og oppdaterte felles faglige prosedyrer og retningslinjer vil være tilgjengelige for alle i tjenestene.

### 6.1.1. Erfaringer fra prehospital fellestjeneste i Helse Midt-Norge (fjerne?)

Helse Midt-Norge har hatt en fellestjeneste for ambulansetjenesten siden 2017.

Den bærende tanken i Fellesfunksjonen er deling mellom de tre foretakene som driver ambulansetjenesten i Midt-Norge; med dem og mellom dem, med fagmiljøene i sykehusene i regionen, og med det nasjonale ambulansemiljøet.

De mener at de får til mye ved å dele - erfaringer, retningslinjer og annen faglig innsikt, struktur for materiell, IKT-systemer og teknologi, organisering og kompetansebygging.

Felles virksomhets- og aktivitetsdata gir grunnlag for styring, kvalitetsarbeid og forskning.

I tillegg deler de villig av sine erfaringer og inviterer med fagmiljøene fra andre helseregioner. De har bl.a. etablert et system for felles faglige retningslinjer for ambulansetjenesten (FRAM). Flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst har blitt med i dette samarbeidet. Vår fellestjeneste vil understøtte dette videre.



Figur 16 Illustrasjon Helse Midt Norge

## 6.2. Prehospital Fellestjeneste Helse Sør-Øst – mål og oppgaver

Målet med Prehospital Fellestjeneste er å bidra til en mer standardisert, sammenhengende og velfungerende akuttmedisinsk kjede i tråd med føringer gitt i Regional prehospital utviklingsplan i Helse Sør Øst for 2018-2025: *Det er hensiktsmessig at en del av disse aktivitetene gjennomføres i regionale prosjekter, styrt og drevet av en fellesfunksjon (punkt 5.4).*

- Likeverdige helsetjenester til innbyggerne.
- God samhandling med andre aktører i den akuttmedisinske kjede og felles utvikling av standardiserte prosedyrer og opplæringsverktøy bidrar til effektive prosesser og reduserer variasjon i tjenestetilbudet til befolkningen.

- Helse Sør-Øst har i dag en struktur med et fagråd og undergrupper. Oppgaven til fagråd er å gi råd til fagdirektør. Fagråd for prehospitaler tjenester og akuttmottak samordner også en del faglige aktiviteter. I de faglige undergruppene utarbeides felles prosedyrer og rutiner, men det er opp til hvert helseforetak om de ønsker å forholde seg til det som utarbeides.
- Gjennom en styrings- og vedtaksstruktur for felles oppgaver vil Prehospital Fellestjeneste bidra til likeverdige helsetjenester til innbyggerne.
- Bedre kvalitet og mer forskning.
- Det mangler en regional organisasjon som sørger for drift og bearbeidelse av felles styrings- og kvalitetsdata for prehospitaler tjenester i Helse Sør-Øst. Prehospital Fellestjeneste vil bidra til å styrke både forskning og kvalitetsarbeidet i de prehospitaler tjenester.
- En viktig oppgave for Fellestjenesten vil være innsamling og bearbeidelse av driftsdata, dette vil gi et godt sammenligningsgrunnlag i hele regionen og gi tilgang på en stor mengde data til eksempelvis forskning. For å legge til rette for dette er det etablert et tett samarbeid med Sykehuspartner, der fellestjenesten blant annet tidvis deler kontor med dem som arbeider med prehospital data og analyse i Sykehuspartner.

### **6.3. Innføringsprosjekt Prehospital fellestjeneste**

Fellestjenesten skal være en pådriver for utviklingen i prehospital gjennom blant annet:

- å legge til rette for at helseforetakene kan utøve god samhandling i den akuttmedisinske kjeden og med fagmiljøer og enheter i både kommune og spesialisthelsetjenesten.
- bidra til et godt datagrunnlag for virksomhetsstyring og analyser.
- bidra til og i felles satsninger innen teknologi, IKT-løsninger.
- legge til rette for standardisering av prosedyrer, retningslinjer og arbeidsprosesser i de prehospitaler tjenester
- å understøtte FRAM samarbeidet og andre velfungerende arenaer.
- bidra til å spre informasjon om lokale initiativer som har overføringsverdi til andre og frigjøre kapasitet for helseforetakene.
- formidle gode lokale prosjekter og tiltak, og legge til rette for erfaringsoverføring etter uønskede hendelser.

Fellestjenesten skal drives innenfor de økonomiske og ressursmessige rammer som er satt. Fellestjenestens ressurser skal jobbe med oppgaver der det er hensiktsmessig å ha felles regional utvikling i stedet for at hvert HF arbeider med dette individuelt.

Fellestjenesten skal arbeide innenfor tjenestene for luftambulans, AMK, ambulans og pasientreiser. Arbeidet skal i størst mulig bygge på gode analyser og beste praksis der det finnes.

Fellestjenesten skal ikke arbeide med aktiviteter og delprosjekter som kun berører enkeltforetak. Arbeidet omfatter ikke de akuttmedisinske tjenestene i kommunene eller

akuttmottak/intrahospitalt, men samhandling og grensesnitt opp mot disse er viktige og naturlige fokusområder i alle saker.

Innføringsprosjektet skal ha en dynamisk arbeidsmetodikk for å finne de beste måter å drive fellestjenesten på i prosjektperioden.

### 6.3.1. Organisering av innføringsprosjektet

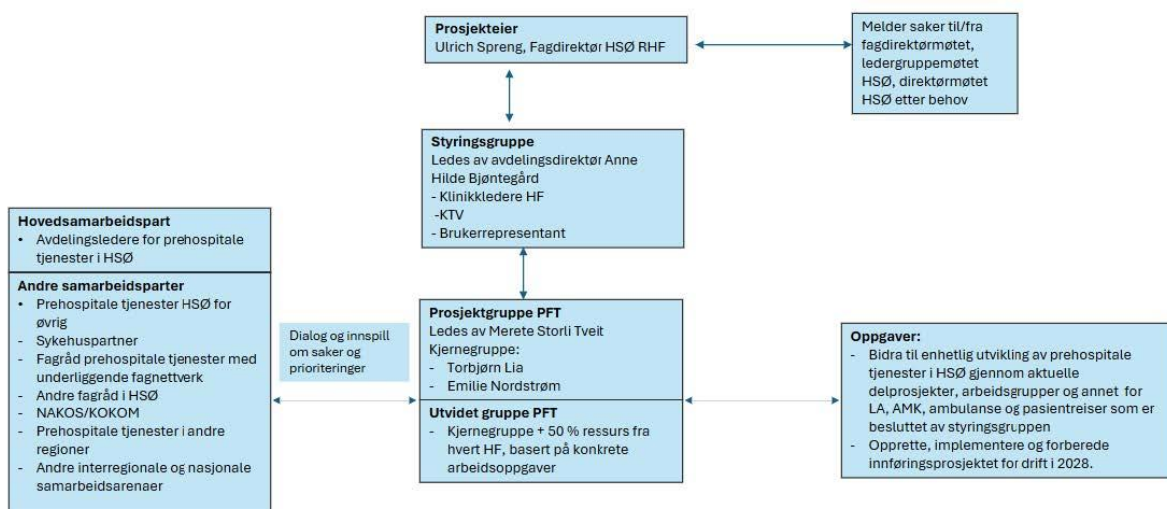
Implementeringsprosjektet er organisert som et regionalt prosjekt. Direktør for medisin og helsefag Ulrich Spreng er prosjekteier, styringsgruppe er ledere for klinikker i de helseforetakene som organiserer prehospitale tjenester, en representant for AHUS HF, konserntillitsvalgte (KTV), konsernverneombud (KVO) og representant fra regionalt brukerutvalg (RBU). Styringsgruppemøter avholdes månedlig.

Styringsgruppen har beslutningsmyndigheten for delprosjektene, inkludert beslutninger om oppstart og ressursbruk innenfor rammen av prosjektet.

Implementeringsprosjektet ledes av en kjernegruppe som blir utvidet, etter behov ved konkrete arbeidsoppgaver, med ressurs fra hvert helseforetak tilsvarende 50% stilling.

#### Samarbeidspartnere

- Prehospitale tjenester Helse Sør-Øst
- Sykehuspartner
- Fagråd prehospitale tjenester med underliggende fagnettverk i andre fagråd i Helse Sør-Øst
- NAKOS/KOKOM/andre aktuelle kompetansesentre
- Prehospitale tjenester i andre regioner
- Andre interregionale og nasjonale samarbeidsarenaer
- Andre avdelinger/enheter i Helse Sør-Øst RHF involveres ved behov



## **6.4. Risiko og suksessfaktorer**

### **Suksessfaktorer**

- Medvirkning og tillit fra HF og andre ressurspersoner  
Delprosjekter som gir gevinster for de ulike HF og tjenestene
- Delprosjekter er godt dimensjonert
- Riktig bruk av kompetanse hos delprosjektdeltakere og medarbeidere i innføringsprosjektet
- Transparens og god kommunikasjon mellom prosjektet og samarbeidspartnere, sluttbrukere og andre interessenter

### **Risikofaktorer**

- Feil eller for lav kompetanse hos ressurser som stilles til rådighet for prosjektet fra de enkelte HF
- Arbeidsoppgavenes omfang og/eller delprosjektenes oppdragstype/størrelse påvirker måloppnåelse negativt
- Medarbeidere i innføringsprosjektet slutter i prosjektperioden
- Nødvendig tillit mellom samarbeidspartnere og prosjektet ikke oppnås
- Uklare grensesnitt opp mot fagnettverk/fagråd og ulike styringsgrupper

## **6.5. Kort oppsummering av PFT aktivitet etter 8 måneders drift**

Prehospital Fellestjenester har kommet godt i gang med arbeidet. De har etablert et bredt kontaktnett innen ulike fagområder og hos samarbeidspartnere, og har utviklet struktur for det videre arbeidet. Blant aktivitetene som er igangsatt kan nevnes:

- Utvikling av regionalt datavarehus for prehospitale tjenester
- Bistand til AMK med regionale retningslinjer og juridiske avklaringer
- Sammenstilling og orientering av klinikklederne om nye stortingsmeldinger.

I løpet av høsten 2025 skal de kartlegge opplæring i AMK og ambulanse, medisinske prosedyrer i luftambulansen, og transportutfordringer for pasientreiser, AMK og ambulanser. De skal utarbeide regional fagplan og bidra i arbeid med regional forvaltningsmodell for IKT.

## 7. Delprosjekt - Integrering av prehospitale tjenester og pasientreiser

I 2023 ble det gjennomført 4,3 millioner prehospitale transportoppdrag i Helse Sør-Øst.

- 9 % (372 000) av syketransportene er akutte oppdrag.
- 58 % (2,5 mill) planlegges og koordineres av helseforetakene.
- 33 % (1,4 mill) av reisene ordner pasienten selv og søker refusjon etterpå.

Pasienttransport er hjemlet i to ulike lover, og bestilling gjøres via to forskjellige systemer og fagenheter.

2023	antall oppdrag
Ambulansefly	413
Ambulansehelikopter	5529
Ambulanser, akutt	366343
Ambulanser, planlagt	98393
Reiser m/rekvisisjon	2355856
Reiser u/rekvisisjon	1434700
<b>Total</b>	<b>4261234</b>

Figur 18 transportoppdrag i 2023, Helse Sør-Øst

Pasienter som har vært til behandling kan søke om reisestøtte<sup>35 36</sup> Pasienter som har behov for å få en tilrettelagt transport, har rett til at helseforetakenes pasientreisekontor organiserer den for dem.

### 7.1. Mandat

Oppdraget til prosjektet er å sørge for en organisering som gir: «en effektiv integrering av prehospitale tjenester og pasientreiser for å sikre best mulig ressursutnyttelse».

Dette er en oppfølging av en interregional utredning om organisering av pasientreiseområdet i 2020. Rapporten ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF i 2020 (20.08.2020) hvor de vedtok følgende: «Styret slutter seg til rapportens valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet, hvor pasientreisekontorene fortsatt er organisert i helseforetakene. Samtidig skal tjenesteområdet i større grad organiseres sammen med prehospitale tjenester»<sup>37</sup>

Dette oppdraget ble videreført i foretaksmøtet 15. juni 2021<sup>38</sup>

### 7.2. Organisering og gjennomføring

Arbeidsgruppen har bestått av representanter for ambulansetjenesten og pasientreisekontorene i helseforetakene, og har hatt både fysiske og digitale møter.

Tema har vært dagens utfordringer med bestilling av syketransport med dagens organisering, hva kan gjøres bedre, hva skal til for å møte fremtidens økende behov og hvordan ivareta prosjektets overordnede premisser.

<sup>35</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6

<sup>36</sup> Forskrift om pasienters, ledsagers og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester (pasientreiseforskriften)

<sup>37</sup> Interregional utredning av organisering av pasientreiseområdet, 2020

<sup>38</sup> Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 15. juni, Helse- og omsorgsdepartementet [protokoll-foretaksmote-15.-juni-2021-helse-sor-ost-rhf.pdf](#)

## Arbeidsgruppen:

Martin Hauge	Sørlandet sykehus
Merete Tveit	Sykehuset Østfold
Bjørn-Arild Lundqvist	Sykehuset Østfold
Kristian Halseth	Sykehuset Innlandet
Ingvild Grønnerud	Sykehuset Innlandet
Knut Inge Brekka Skoland	Sykehuset Telemark
Geir Inge Hol	Sykehuset Telemark
Egil Johannessen	Oslo universitetssykehus
Karianne Holm Aune	Oslo universitetssykehus
Eirin Nyhus-Jenssen	Vestre Viken
Jørn Flaatten	Sykehuset i Vestfold
Pål Dølbakken	Tillitsvalgt

### 7.3. Rett transport til rett pasient

Det er et regionalt mål å redusere bruken av spesialiserte akuttambulanser til rene transportoppdrag, og så langt som mulig bruke alternativ som både er rimeligere og mer tilpasset pasientens behov.<sup>39</sup>

Helseforetakene må sørge for riktig og forsvarlig transport av pasienter i sitt område slik at pasienten mottar transport tilpasset dens behov på beste effektive nivå, og i henhold til gjeldende forskrifter.

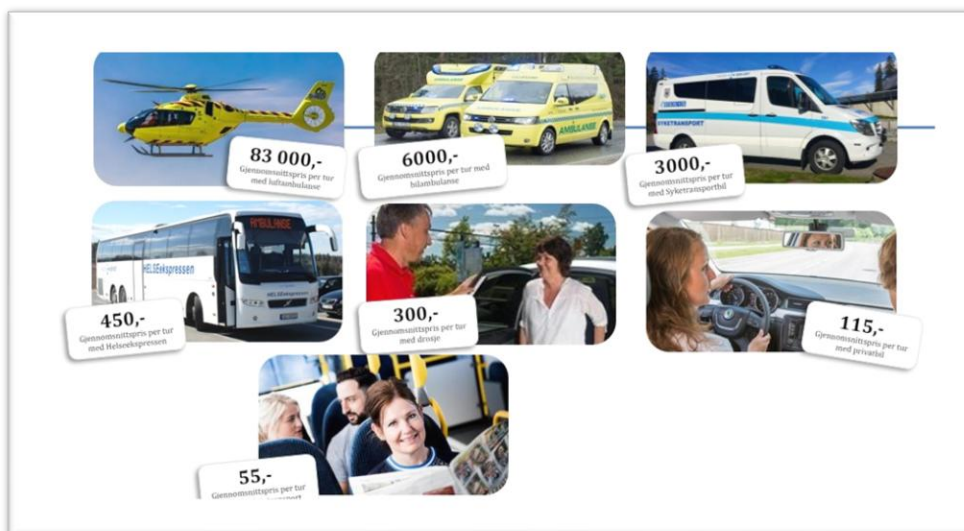
Med de demografiske endringene med flere eldre i årene fremover forventes en videre økning i antall som trenger tilrettelagt reise.

Det er derfor behov for å utrede hvordan tjenestene kan organiseres slik at de legger til rette for en best mulig samordning og integrering av tilgjengelige ressurser for å håndtere fremtidig veksten.

Helseforetakene har organisert tjenestene ulikt, men alle har tilgjengelig mange ulike alternativer for pasienttransport; fra spesialambulanser, sk hvite biler til helseekspresser, helsebusser og avtaler med taxiselskaper. Det er ulikt bemanningsnivå på de ulike transportalternativene og derved også ulike kostnader. Sykehuset Telemark gjorde en analyse av kostnad for de ulike transportalternativene i 2023. Se fig.18.

---

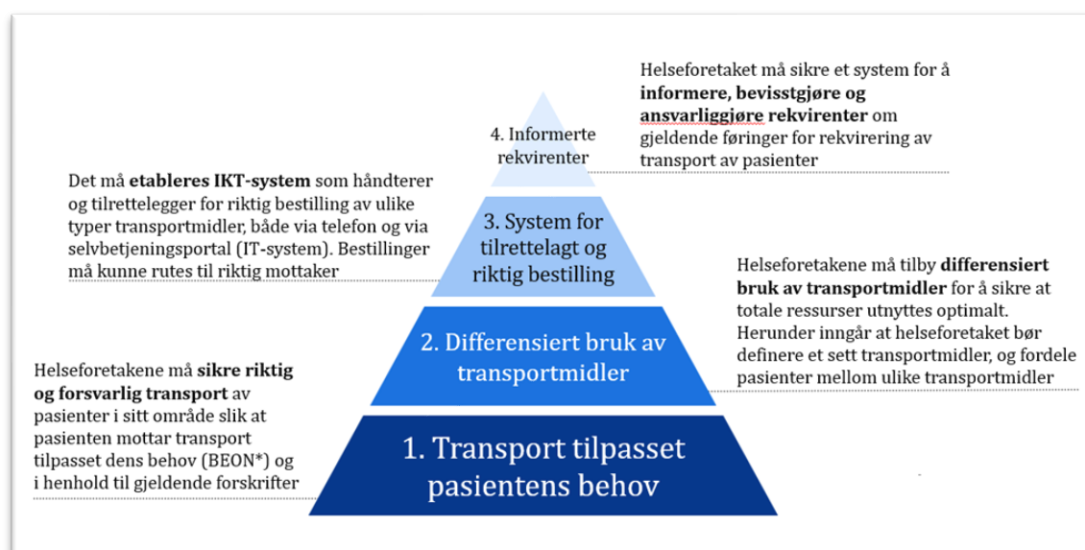
<sup>39</sup> Helse Sør-Øst-utredning «best Mulig ressursutnyttelse av transportressurser», 2017



Figur 18 gj. snittpris per tur med de ulike transportalternativ. Data fra Sykehuset Telemark

#### 7.4. Tidligere utredninger – best mulig utnyttelse av transportressursene i Helse Sør-Øst

Riktig bruk av transportressursene ble i 2017 utredet i Helse Sør-Øst. Følgende målbilde og foreslåtte forbedringspunkter og oppfølgingspunkter ble den gang vedtatt:



Figur 19 Målbilde - best mulig transport i Helse Sør-Øst, 2017

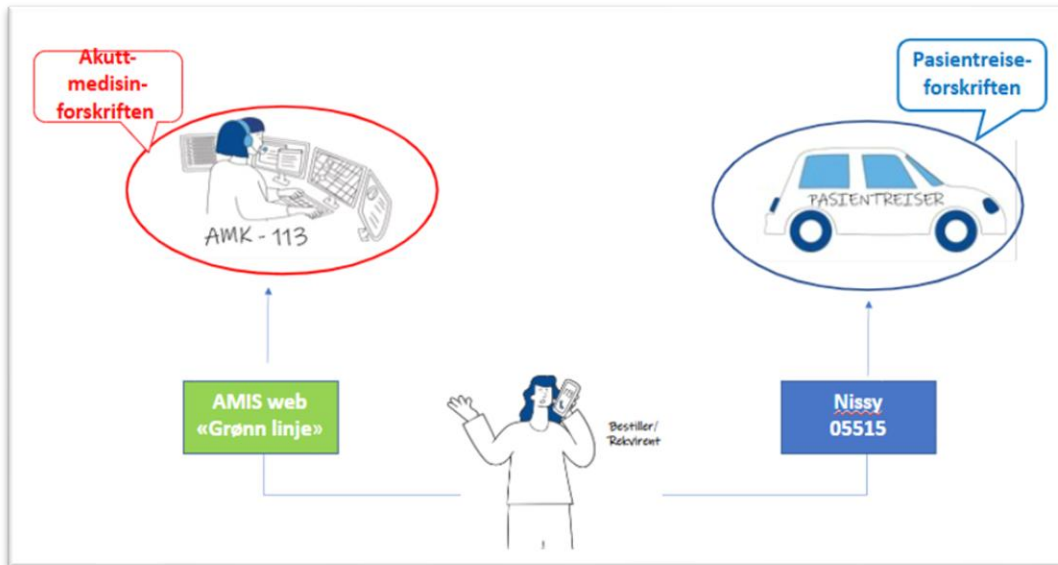
Det er behov for mer effektive bestillingsløsninger som gjør det mulig for helseforetakene å legge til rette for rett transport til rett pasient.

#### 7.5. Dagens system for bestilling av pasient/-syketransport

Det er forskjellige lovverk og bestillingssystem for de ulike syketransportalternativene. Ambulansetransport, er hjemlet i Akuttmedisinforskriften, og bestilles via AMK-

sentralene. Pasientreiser, er hjemlet i Pasientreiseforskriften, og bestilles via en egen løsning (Nissy).

Ambulansetransport bestilles enten via telefon eller via en web-løsning. 30% av alle henvendelser til AMK er bestilling av transport som ikke haster.



Figur 20 ill HSØ, 2024

I dag er det bestillerne som bestemmer transportressurs, og de har ikke alltid kjennskap til de ulike transportalternativene som er tilgjengelige. I arbeidsgruppen har det kommet frem at det hender at samme bestilling legges inn via begge systemene slik at det bestilles dobbelt. Dessuten har det kommet innspill på at det er lettere å bestille ambulans enn pasientreiser, og dette kan føre til at spesialambulans brukes til transportoppdrag som kunne vært annen type transportressurs.

## 7.6. Utfordringer med dagens løsninger

Arbeidsgruppen har kartlagt utfordringene med dagens løsninger som både er utdaterte og ikke dimensjonert for fremtidens behov for differensierte transportmuligheter

Gamle og lite brukervennlige bestillingsløsninger	Bestilling av transport gjøres i dag enten via telefon eller direkte i Nissy (pasientreiser) og AMIS og/el Livedisp (ambulans). For å kunne utnytte transportkapasiteten best mulig å få tilgang til presis informasjon uten overlevering i flere etapper, er det nødvendig at digitale løsninger overtar. Dagens bestillingssystemer er ikke integrert
Opplæring og veiledning når ikke frem	Det er i dag svært mange rekvirenter i Nissy og bestillere i AMIS. Samtidig er det utfordringer med gamle løsninger som er lite brukervennlige og som ikke fullt ut dekker informasjonsbehovet. Noen bruker systemene sjelden. Andre bruker dem ofte, men har

	andre oppgaver som er høyere prioritert. Det er en utfordring å nå ut med tilstrekkelig opplæring til alle.
Lite tilgjengelige retningslinjer, prosedyrer og verktøy	Helseforetakene har retningslinjer og prosedyrer som beskriver ansvar og oppgaver ved transportbestilling, og mottak og håndtering av bestillinger. Pasientreiser har også en omfattende retningslinje for helsepersonell om bestilling av transport. men ansatte opplever det som lite tilgjengelige.
Operatørene bruker mye tid på å få tilstrekkelige opplysninger	Det mangler gode verktøy og støtte for å kunne bestille, prioritere og tildele ambulansetransport. Det kreves ofte mange tastetrykk og mye tid for å nå frem for de som bestiller. Ofte mangler det viktig informasjon om pasienten for å kunne håndtere bestillingen
Mye manuell håndtering	Selv om mye informasjon kommer opp på skjermene til operatør og koordinator, er det mye som må huskes på å håndteres manuelt. Bestillingen grupperes etter hastegrad, og planlagte overføringer vil ofte kunne måtte vente. Det finnes ingen varselfunksjon som viser at fristen for ønsket hentetidspunkt nærmer seg.
Forsinket transport - ulike årsake	Ofte er informasjonen i AMIS for upresis til at ambulansarbeiderne finner frem til rett hente/leveringssted. Et relativt stort omfang av forsinkelser ved henting av pasienter henger sammen med kapasitet på transport. Dette påvirker effektiviteten, men kan også få konsekvenser for kvaliteten i behandlingen. Usikkerheten om når transporten kommer gjør at helsepersonell venter lengst mulig med å ferdigstille dokumentasjon for å få så oppdatert informasjon som mulig. På andre siden opplever ambulansarbeiderne at de må vente på at dokumentasjon skrives ut. Det finnes ikke løsninger som gir helsepersonellet informasjon om forsinket transport. Oppfølging må skje via telefon til AMK
Ulike system for oppfølging av uønskede hendelse	Det er ikke etablert felles løsninger eller systemer for å melde og håndtere avvik og uønskede hendelser på tvers av helseforetakene i regionen. Bortsett for pasientreiser, som har et felles nasjonalt system i Bliksund. Det er høy terskel for å melde avvik på tvers av helseforetak og håndtering av avvikssaker er tidkrevende på grunn av flere systemer og regimer.

## 7.7. Regionale og nasjonale prosjekter

To helseforetak i Helse Sør-Øst har de siste årene startet opp pilotprosjekter i Helse Sør-Øst for å optimalisere pasienttransportressursene.

### Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus startet i 2014 et samarbeidsprosjekt mellom AMK-sentralen og pasientreisekontoret for å avlaste AMK-sentralene med de sk «mørkegrønne turer». Det er transportoppdrag for pasienter som ikke hadde behov for hverken medisinsk overvåking eller behandling under transporten. Prosjektet ble i 2022 utvidet til å omfatte alle ikke akutte ambulansebestillinger, både på web og telefon.

Det er etablert en egen enhet for koordinering av planlagt syke transport. De ansatte kalles ambulansebestillingsoperatører. Pasientreisekontoret har ansvaret for personalet og den daglige driften. Opplæring gjøres felles med AMK. De ansatte har derved kunnskap både som AMK-operatør og pasientreiseplanlegger. Bestillingene følger et fast mønster via et ambulansebestillingsskjema og alle pasienter blir vurdert og prioritert. Erfaringene så langt positive. Klinikken er i gang med å utvikle løsning for automatisk planlegging av sk grønne turer, hvor man har oversikt over all ledig transportkapasitet. <sup>40</sup>

I 2022 avlastet de AMK-sentralen med ca. 62 000 telefoner i tillegg til web-bestillinger. I 2023 var tallet litt over 48 000 telefoner mindre til AMK, mens web-bestillingene økte.

En annen positiv effekt er at det gir personalpolitiske muligheter; jobbglidning, IA og seniortiltak. Det gir også mulig for å styrke rekrutteringen ved at flere lærlinger kan få plass.

### **Sykehuset Innlandet HF**

En ny «Enhet for tilrettelagt, planlagt pasientreise» har vært i bruk siden 1. januar 2024. Enheten har ansvaret for å tilrettelegge transport ikke bare for sittende, men også liggende/båretrengende pasienter som kan transporteres i biler som er enklere utstyrt og som ikke brukes til uttrykning. Enheten har et tette samarbeid med ambulanseavdelingen.

Enheten er etablert som en seksjon i Pasientreiseavdelingen og har egen leder, som forvalter både bilpark og personell.

### **Pasientreiser HF**

Det overordnede målet er at flere reiser skjer uten rekvisisjon. Pasientreiser HF som er systemeier og ansvarlige for teknologiutviklingen i de nasjonale systemene som benyttes innen pasientreiseområdet. Det legges til rette for økt digital samhandling mellom pasient og de involverte i pasientreisen. Det frigjør tid for helsepersonell.

Pasientreiser HF har etablert en teknologisk løsning hvor det er lagt til rette for at pasienter nå kan bestille reisene sine selv på Helsenorge, basert på attester fra behandler. Pasientreiser i helseforetakene håndterer bestillingen med transportørene. Den nye ordningen ble innført 1. april 2025.

Pasientreiser HF arbeider også med en kartlegging som vil legge grunnlag for anskaffelse av et nytt planleggings- og optimaliseringsverktøy.

Det er viktig at utvikling av planleggings og koordineringsverktøy for helseforetakenes syke transport samordnes.

## **7.8. Gevinster ved å optimalisere syke transport i Helse Sør-Øst**

Arbeidsgruppen har oppsummert sannsynlige gevinster ved å optimalisere syke transporten i Helse Sør-Øst. I tillegg til økonomiske gevinster vil det gi bedre tjenester og større forutsigbarhet til pasientene.

---

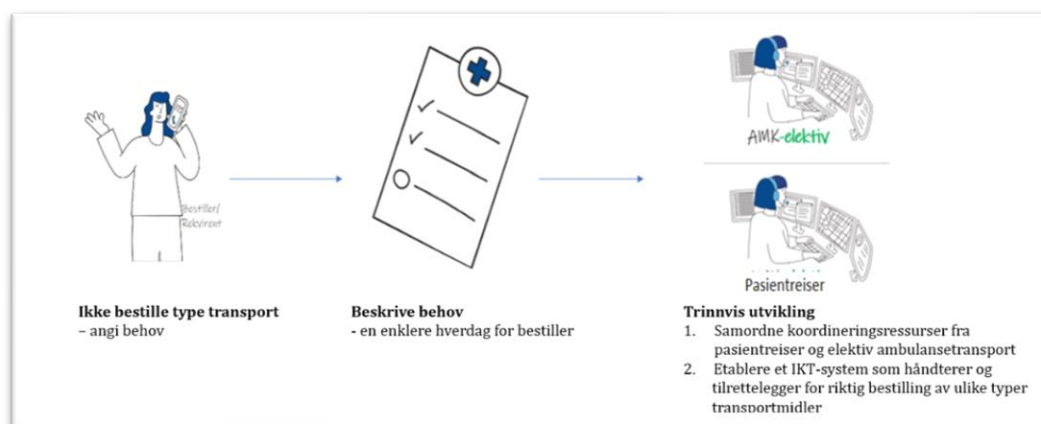
<sup>40</sup> Personlig meddelelse av Egil Johannessen, avdelingsleder pasientreiser OUS, 08.05.2025

Gevinst	Fordi
Helhetlig pasientforløp/ sømløse tjenester	pasientene får tilpasset transport til og fra behandling når vedkommende trenger det.
Samhandling for effektiv tjeneste	sparer tid hos bestiller syke transport - forholder seg kun til behovet ikke løsningen gir både bestiller og pasient større forutsigbarhet for når transporten kommer felles kompetanse for ressurskoordinatorer i AMK og pasientreiser felles informasjon til interne og eksterne rekvirenter
Bedre kvalitet i tjenesten	bedre tid til håndtering av nødsamtaler i AMK når de ikke trenger å håndtere akuttoppdrag pasientene får mer hensiktsmessig transport, tilpasset sitt behov
Kostnadseffektiv drift	lavere transportkostnader ved at pasientene transporteres på riktig omsorgsnivå mer effektiv bruk av begrensede ressurser muligheter for omplassering av arbeidstakere; IA, seniortiltak, jobbgledning
Bedre tjeneste gjennom fagutvikling og forskning	gir mulighet for utprøving av ulike transportløsninger
Håndtering av større hendelser	gir helseforetakene større mulighet til å håndtere transportbehovet ved større hendelser

## 7.9. Anbefalt fremtidig løsning

Det er ønskelig å gi pasienter og bestillere mer forutsigbarhet, og helseforetaket mulighet til å bruke tilgjengelige transportalternativer på en effektiv måte. Målet er å gjøre det lett å bestille syke transport, at transporten kommer til avtalt tid, at den er hensiktsmessig og dekker pasientens transportbehov.

Erfaringene med en egen koordinerende enhet på helseforetaket har vært positive. Det anbefales at man drar veksler på disse og at man utvikler et konsept for bestilling av syke transport som dekker behov for pasient, bestiller og helseforetak.



Figur 71 Illustrasjon av skisse for fremtidig bestillingsløsning

Også Pasientreiser HF har planer om å utvikle en slik planleggingsløsning for pasientreiser. Løsningen er tenkt som en webløsning der bestiller ikke velger ambulanse eller annen transportform, men angir noen enkle parametere for transportbehov (ligge/sitte, pågående behandling etc.). Valg av transport gjøres av en enhet for planlagt transport for eksempel etter mønster fra OUS.

Løsningen som Pasientreiser HF planlegger er helt i tråd med det som helseforetakene ønsker, bortsett fra at de ikke har inkludert ambulansetransport.

Det vill være hensiktsmessig at disse to utviklingsprosjektene sees i sammenheng.

## 8. Delprosjekt – kryssende prehospitale ansvarsgrenser

Et av målene med å opprette regionale helseforetak var å koordinere helsetjenestene i hver helseregion og bruke ressursene mer effektivt.<sup>41</sup> Helse Sør-Øst har en desentralisert organisering av de prehospitale tjenester, hvor driften er delegert til de lokale helseforetakene, men har samtidig ansvar for å vurdere om det bør gjøres justeringer i helseforetakenes opptaksområder.

Etableringen av sykehusområder og senere kommunesammenslåinger har ført til kryssende ansvarsgrenser og i noen tilfeller delt ansvar for prehospitale tjenester. Andre steder er det geografiske forhold som gjør det naturlig at et helseforetak har ansvar for å yte tjenester til pasienter i enkelte områder som hører til et annet sykehusområde.

### 8.1. Mandat

Prosjektet «Organisering av prehospitale tjenester» skal vurdere om ansvarsgrensene for de nye kommunene bør endres for å forbedre kvaliteten, ressursutnyttelsen og samarbeidet mellom aktørene i de akuttmedisinske tjenestene.

### 8.2. Gjennomføring og organisering

Tre områder skal vurderes; nye Holmestrand, nye Asker, samt kommunene Nissedal og Fyresdal.

Vestre Viken ønsker å overta ansvaret for prehospitale tjenester i nye Asker og Bærum. En egen utredning om konsekvensene av en slik endring er gjennomført. Se utredningen «Prehospitale tjenester for Asker og Bærum».

Sekretariatet har fulgt opp de to førstnevnte. En arbeidsgruppe med representanter fra Vestre Viken og Oslo universitetssykehus har deltatt i utredningen av prehospitale tjenester for nye Asker og Bærum.

### 8.3. De tre områdene som er vurdert

Nye Holmestrand kommune og Sande

Som følge av kommune- og regionreformen ble Sande og Holmestrand kommuner slått sammen til nye Holmestrand kommune fra 01.01.20. Befolkningen i Sande kommune var del av opptaksområde til Vestre Viken HF, mens befolkningen i Holmestrand kommune har vært en del av opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF. AMK Vestfold /Telemark håndterer nødmelde- og kommunikasjonstjeneste samlet for Holmestrand kommune.

Etter sammenslåingen ble det besluttet at man fortsetter med delt løsning for de prehospitale tjenestene i den nye kommunen. Det må regnes med visse ulikheter når det



<sup>41</sup> Ot.prp. nr. 66, 2000-2001

gjelder rutiner og praksis mellom ulike helseforetaksområder, men det forventes at partnerne tilstreber felles og omforente løsninger i samarbeidet der hvor det er hensiktsmessig, og at pasientene i kommunen tilbys likeverdige helsetjenester.

Dagens ordning har noen praktiske ulemper, men vurderes av helseforetak og kommuner å fungere så godt at det ikke foreslås endringer.

### **Nissedal og Fyresdal**

I Fyresdal og Nissedal er det delt prehospitalt ansvar. Sykehuset Sørlandet har ansvar for AMK- og ambulansetjenesten, mens Telemark har ansvar for pasientreiser. Ansvarsfordelingen var resultat av prosesser i forbindelse med Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst i 2008, og fungerer godt.

Helseforetakene melder at det ikke er behov for ytterligere formalisering av ansvaret.



### **Asker, Røyken og Hurum, samt Bærum**

Akershus fylkeskommune overtok ansvaret for de prehospitaltjenester fra Bærum sykehus i 1993. I 2003 ble tjenestene slått sammen med Oslo og driftsansvaret lagt til Oslo universitetssykehus. Oslo har siden hatt det prehospitaltjenester for Asker og Bærum kommuner.

Etter kommune- og regionreformen i 2020 ble Røyken og Hurum en del av nye Asker kommune. Ansvaret for de prehospitaltjenestene i det nye Asker kommune er delt mellom Oslo universitetssykehus og Vestre Viken. Oslo har ansvar for den medisinske nødmeldetjenesten, ambulansetjenesten og pasientreiser i Asker, mens Vestre Viken har ansvar for ambulansetjenesten og pasientreiser i Røyken og Hurum.



Prosjektet har vurdert hensiktsmessigheten av en slikt delt løsning. Vestre Viken HF har ved flere anledninger gjennom årene meldt inn ønske om å overta hele det prehospitaltjenester for hele Asker og Bærum. Dette er naturlig fordi prehospitaltjenesteransvarsområde dermed ville sammenfalle med befolkningen som sokner til helseforetaket. Samtidig innebærer det en del utfordringer rundt håndteringen av beredskap i et tettbygd område med mange mennesker som strekker seg over grensen mellom foretakene. Det ble derfor gjennomført en egen utredning som er vedlagt, men oppsummeres her.

## 9. Prehospitale tjenester i Asker og Bærum

Vestre Viken ønsker å overta ansvaret for prehospitale tjenester i Asker og Bærum, sekundært kun Asker. Oslo universitetssykehus ønsker å videreføre dagens organisering fordi det gir flere ressurs- og beredskapsmessige gevinster

Utredningen skal gi Helse Sør-Øst RHF et grunnlag for å beslutte hvilken driftsorganisering av de prehospitale tjenester i Asker og Bærum som vil gi den beste og mest effektive tjenesten for innbyggerne i området.

Det foreligger en egen delrapport t samt en risiko- og sårbarhetsanalyse som er vedlagt. Her oppsummeres alternativene kort og presenteres sammen med hovedpunktene fra risiko- og sårbarhetsanalysen og forslag til konklusjon

### 9.1. Premisser for utredningen

Det legges til grunn at befolkningen i Asker og Bærum skal ha minst like god eller bedre tilgang til akutt hjelp som i dag.

Akuttmedisinforskriften ligger til grunn, slik at kompetansekrav og bemanningsnorm ikke behandles i denne utredningen.

I tillegg til å være forsvarlige skal helsetjenesten driftes effektivt. De samlede ressursene innen helseregionens prehospitale tjenester skal brukes mest mulig effektivt. Selv om behovet for prehospitale tjenester vil være økende i befolkningen, er det et mål å ikke bruke flere helsepersonell enn nødvendig.

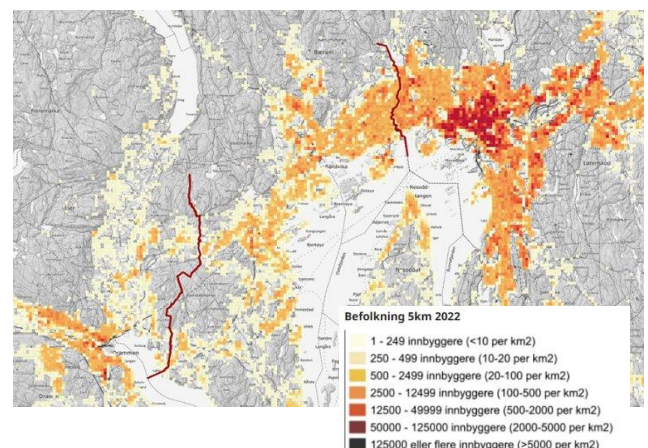
De prehospitale tjenestene i helseregionen skal samhandle både internt og eksternt for å oppnå sømløse tjenester uansett tilhørighet. I tillegg bør tjenesten organiseres slik at den er best mulig samordnet med andre nødetater for å k mot sammensatte trusler – både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Finansiering av prehospitale tjenester skjer etter egne komponenter i helseforetakenes inntektsmodell. Eventuelle finansielle effekter av organiseringen av prehospitale tjenester vil behandles i den regionale budsjettarbeid.

### 9.2. Akuttmedisinsk beredskap i et av Norges mest tettbefolkede område

Asker og Bærum utgjør sammen med bydelene Ullern og Vestre Aker et av Norges mest tettbefolkede område, hvor det bor 230 000 innbyggere. Lysakerelven er kommunegrense mellom Bærum og Oslo.

Lysaker er i tillegg et trafikalt knutepunkt der det passerer 750 busser, 4 000 togpassasjerer og opptil 90 000 biler per dag. Ny Fornebu-bane er beregnet å legge til ytterligere 24 000 reisende per dag.



Ambulansene i dette området håndterer daglig oppdrag på tvers av kommunegrensene. I et så tettbefolket område er det ofte at akutte hendelser skjer samtidig. Dette håndteres i dag sømløst på kryss og tvers over kommunegrensene fordi Oslo AMK koordinerer ambulansene fra ambulansestasjonene i Sætre, Asker, Bærum og stasjonene i Oslo.

De tre nødetatene, AMK, Brann og redning og politi, har alle ansvar for nesten en million innbyggere innenfor samme geografiske område. De tre kommunene har felles 110- og 112-sentral som samarbeider tett med AMK på oppdrag.

Det er kort utrykningstid i hele distriktet, og derved kort tid til koordinering. Det stiller ekstra krav til rask koordinering for best mulig samhandling, og de tre nødetatene har over lang tid bygget opp et tett samarbeid for å kunne løse tidskritiske og livstruende situasjoner raskt.

### 9.3. Deltakere i arbeidsgruppen

Helseforetakene har vært representert med ledere fra prehospitale tjenester, og tillitsvalgte.

<b>Fra Vestre Viken</b>	
Anders Debes	fagdirektør
Snorre Birk Gundersen	klinikkdirektør
Lillian Karin Kesanen Solbakken	avd. sjef ambulanse
Martine Mathisen	Tillitsvalgt, NSF
<b>Fra Oslo universitetssykehus</b>	
Ola Borstad	avd. sjef ambulanse (også vik klinikk sjef)
Steinar Olsen	klinikk sjef
Tanja Hande	avd. sjef AMK
Silje Ringlund	tillitsvalgt, Delta
<b>Sekretariat</b>	
Andreas Moan	Prosjektleder, Helse Sør-Øst RHF
Jostein Svendsen	Helse Sør-Øst RHF
Knut Inge Brekka Skoland	Sykehuset Telemark
Christel Meyer	Helse Sør-Øst RHF

### 9.4. Fire ulike alternativ er vurdert

#### Alternativ 0(+):

*Oslo universitetssykehus beholder det prehospitale ansvaret for kommunene Asker og Bærum*

Dette viderefører dagens organisering, men med anbefaling om å gjennomføre forbedringstiltak for å redusere noen av dagens samhandlings- og logistikkulempere.

Delt løsning for tidligere Røyken og Hurum opprettholdes.

**Alternativ 1:**

*Oslo universitetssykehus beholder det prehospitalt ansvar for Asker kommune og Bærum kommune og får i tillegg ansvar for gamle Hurum og Røyken.*

Dette viderefører dagens organisering, med anbefaling om å gjennomføre forbedringstiltak for å redusere samhandlings- og logistikkulempen. Oslo universitetssykehus overtar ambulansestasjonen i Sætre og ansvar for pasientreiser slik at Asker får et samlet prehospitalt tilbud.

**Alternativ 2:**

*Vestre Viken overtar ansvaret for prehospitalt tjenester i Asker og Bærum kommuner*

Dette vil øke Vestre Viken sitt prehospitalt ansvarsområde med 64 %, og redusere Oslo universitetssykehus sitt med 13 %. For å opprettholde eller bedre dagens akutttilbud opprettes det en ny ambulansestasjon i Bærum øst, antall ambulanser økes med to og bemanningen på AMK og pasientreiser økes i Vestre Viken.

**Alternativ 3:**

*Vestre Viken overtar ansvaret for prehospitalt tjenester i Asker kommune mens Oslo universitetssykehus beholder ansvar for prehospitalt tjenester i Bærum kommune.*

Dette vil medføre behov for mer personale og en ekstra ambulansetilbud i Vestre Viken. Det løser utfordringen med delt ansvarsgrense for prehospitalt tjenester internt i Asker, men Bærum sykehus vil få prehospitalt tjenester både fra Oslo universitetssykehus og Vestre Viken.

**9.5. Data- og vurderingsgrunnlag**

Data som er brukt er tilgjengelige fra AMIS, NPR, SSB og Helse Sør-Øst sin inntektsmodell for prehospitalt tjenester. Der det mangler data er vurderingene basert på den samlede kompetansen i arbeidsgruppen og øvrige deler av prehospitalt miljø.

Fra Sintef er det innhentet en ambulansanalyse som estimerer konsekvensene ved en eventuell overføring av ambulansedrift i Asker og Bærum fra Oslo universitetssykehus til Vestre Viken.

I tillegg til spørsmål om lokalisering har de gjort en separat analyse av samtidighet og utveksling av ambulanser på tvers av de to helseforetakene. Sintef har brukt samme modell som ble brukt i oppdraget fra Helsedirektoratet om «Økonomiske konsekvenser av innføring av responstidskrav i ambulansetjenesten». (Godøy, Rømo og Anthun 2022, SINTEF rapport 2022:00596).

I arbeidet med å vurdere de ulike løsningsalternativene ble innspillene fra Vestre Viken og Oslo universitetssykehus gjennomgått i fellesskap for å identifisere situasjoner som kan påvirke tjenestene negativt. Mange innspill har ikke vært mulig å tallfeste eller verifisere, men har blitt vurdert av faggruppen i forbindelse med risiko- og sårbarhetsanalysen.

### 9.5.1. Kartlegging av risiko-/konsekvensområder

I prosessen med å kartlegge risikoområder har Vestre Viken og Oslo universitetssykehus begge gitt innspill om utfordringer og styrker med dagens organisering. Disse er gjennomgått i fellesskap for å identifisere situasjoner som kan påvirke tjenestene negativt.

Prosjektsekretariatet har i tillegg kartlagt risikoområder i møter med representanter fra kommunene Asker, Bærum og Oslo, med Brann og redningstjenesten i Asker –Bærum og Oslo, samt med Oslo politidistrikt.

Dessuten er det gjennomført ROS-analyser ved hjelp av et eksternt analysemiljø.

Et utkast av utredningen vært ute på høring for å få innspill før sluttbehandling.

### 9.6. Risiko- og sårbarhetsanalyse

Det har blitt gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser i tre omganger. Først basert på et internt forslag fra sekretariatet og deretter som en eksternt ledet prosess med deltagelse fra de involverte helseforetakene.

Som følge av uenigheter i risikovurderingene mellom Oslo universitetssykehus og Vestre Viken i analysen, ble det anbefalt at en tredjepart skulle gjøre en ny vurdering av risikoene. Dette for å sikre større objektivitet i vurderingene, herunder å sikre at vurderingene i større grad baserer seg på et Helse Sør- Øst- og samfunnsperspektiv, og ikke kun det enkelte helseforetaks perspektiv.

Faglig kvalifiserte tredjeparter fra tre ulike helseforetak ble invitert til en ny vurdering av de identifiserte risikoene. De inviterte kom fra Helse Midt-Norge RHF, Sykehuset Telemark og Akershus universitetssykehus. I tillegg deltok representanter fra Helse Sør-Øst.

---

#### Fra Metiers rapport

*«Gruppesamlingen startet med en gjennomgang av metodikk og formål med analysen, samt en gjennomgang av de identifiserte risikoene fra forrige ROS-analyse. Deretter ble det gjort vurderinger av sannsynlighet og konsekvens ved hver av de identifiserte risikoene. Analysen ble gjort for hvert av løsningsalternativene, med unntak av nullalternativet (dagens situasjon) og alternativ 3 som innebærer at VV overtar ansvaret for Asker kommune, og at OUS beholder ansvaret for Bærum kommune som i dag. Begrunnelsen for å ekskludere disse alternativene fra analysen, er at utredningen ikke ønsker å gå videre med alternativene da de er ansett som svakere enn øvrige alternativer.*

---

Metiers vurdering er at “analysen ble gjennomført på en tilfredsstillende måte, og at de inviterte deltakerne ga analysen en styrket robusthet gjennom deres faglige integritet og objektivitet til utredning og løsningsalternativer. Konsekvens og sannsynlighet ved de identifiserte risikoene ble nøye diskutert og vurdert av analysegruppen. Ved de

risikoene hvor det ikke foreligger data en kan vurdere ut ifra, la deltakerne til grunn sine erfaringer og kompetanse innen PHT i vurderingssituasjon.»

### 9.6.1. Følgende konsekvensområder er definert:

- **Pasientsikkerhet**

Omfatter evnen til å levere rask akuttmedisinsk hjelp som ivaretar et forsvarlig nivå på pasientsikkerhet, jf. akuttmedisinforskriften §10

- **Beredskap og samfunnssikkerhet**

Handler om den samlede beredskapstjenestens kapasitet til å levere samfunnskritiske tjenester, spesielt evnen til å samarbeide på tvers av etater ved større hendelser, men også dag til dag samarbeid og trening jf. akuttmedisin forskriften § 4.

- **Enhetlig prehospital tjeneste i helseregionen**

Omfatter i hvilken grad organisering av prehospitaler tjenester legger til rette for utvikling av en enhetlig tjeneste, jf. mål for det overordnede prosjektet.

- **Arbeidsmiljø og ansatte**

Omfatter risikoer som berører arbeidshverdag, arbeidsvilkår og trivsel ved dagens løsning og ved omorganisering jf. bl.a. arbeidsmiljøloven.

- **Økonomi og ressursbruk / samlet ressursbruk**

Omfatter evnen til å bruke de samlede ressursene i Helse Sør-Øst på en effektiv og hensiktsmessig måte

### 9.6.2. Liste over hendelser per konsekvensområde

ID	Hendelse
<b>Konsekvensområde 1: Pasientsikkerhet</b>	
1	Responstiden øker som medfører manglende evne til å bringe personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til skadested.
2	Svekket evne til å kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser.
3	Samhandling mellom AMK og ambulansetjenesten blir svekket.
4	Nødanrop rutes feil.
14	Manglende harmonisering av innføring av nytt utstyr mellom Bærum sykehus og PHT OUS.
17	Operative grenser i tett befolkede områder vil by på utfordrende grensesnitt operativt.
20	Redusert redundans ved nødmeldinger.
<b>Konsekvensområde 2: Beredskapssamarbeid med andre nødetater</b>	

5	Svekket samarbeid og koordinering med politiet fører til redusert samfunnssikkerhet.
6	Svekket samarbeid og koordinering med brannvesenet fører til redusert samfunnssikkerhet.
16	Ulik bruk av helsesim mellom VV og OUS.
19	Ulik beredskapskultur mellom Bærum sykehus og OUS.
	<b>Konsekvensområde 3: Enhetlig PHT</b>
7	Helseforetakene (OUS og VV) har ulikheter i sine kontroll- og styringssystemer som følge av ulik organisering. Bidrar til ineffektiv styring og kontroll som påvirker pasienter, ansatte og øvrige (som f.eks. kommunene).
9	Pasientreiser evner ikke å gi et godt nok tilbud for nødvendig transport.
15	Manglende kapasitetsutnyttelse i VV siden PHT ikke er en del av foretakets ledelse.
18	Fravær av felles rutiner for OUS og Bærum sykehus.
	<b>Konsekvensområde 4: Arbeidsmiljø og ansatte</b>
8	De prehospitaltjenestene oppleves ikke som enkle og forutsigbare for ansatte.
10	Mistrivsel blant ansatte pga. arbeidsforhold.
	<b>Konsekvensområde 5: Økonomi og ressursbruk</b>
11	Økte driftskostnader for prehospitaltjenester totalt sett gir ineffektiv bruk av HSØs ressurser for PHT.
12	Det blir økt behov for PHT personell sammenliknet med dagens situasjon.
13	Større kostnader knyttet til evt. omorganisering enn antatt gir dårligere økonomi for HSØ.
21	Utilstrekkelig utnyttelse av intensivkapasitet i VV.
22	VV er ikke i stand til å innfri bærekraftsplan på 500 MNOK som følge av dagens organisering. <b>Ikke videre vurdert i denne analysen.</b>
23	Negativ økonomisk konsekvens for OUS ved omorganisering. <b>Ikke videre vurdert i denne analysen.</b>

### 9.6.3. Analyse av hver hendelse

Steg 3 omfatter en kvalitativ begrunnelse for valgt sannsynlighet og konsekvens, og en kvantitativ score for tilsvarende. Kombinasjonen av sannsynlighet og konsekvens gir en grønn, gul eller rød markering i matrisen vises i figurene.

21 konsekvensområder med sannsynlighet og konsekvens er beskrevet. Disse er nærmere beskrevet i vedlegg 3 (*Rapport fra ROS analyse av prehospitaltjenester i Asker og Bærum, januar 2025*).

Vurderingen av sannsynlighet og konsekvens er basert på kriteriene som har vært utarbeidet sammen med arbeidsgruppen. I analysen er grad av konsekvens for hver av hendelsene lik for alle løsningsalternativer, mens grad av sannsynlighet vil være ulik.

Sannsynlighet			
1-lav	2-moderat	3-høy	4 svært høy
Sannsynligheten for at hendelsen inntreffer er svært liten. Det er ingen kjente tilfeller av hendelsen i dag / det vurderes at hendelsen med overveiende sannsynlighet ikke vil forekomme for gitt alternativ.	Det er moderat sannsynlighet for at hendelsen vil inntreffe. Det finnes enkelttilfeller i dag / det vurderes at det vil forekomme enkelttilfeller for gitt alternativ.	Sannsynligheten for at hendelsen inntreffer er svært liten. Det er ingen kjente tilfeller av hendelsen i dag / det vurderes at hendelsen med overveiende sannsynlighet ikke vil forekomme for gitt alternativ.	Det er svært stor sannsynlighet for at hendelsen inntreffer. Hendelsen oppstår regelmessig i dag / det vurderes at hendelsen vil inntreffe systematisk for gitt alternativ.

Konsekvens			
1-lav	2-moderat	3-høy	4 svært høy
Liten eller ingen negativ innvirkning på PHT i VV og/eller OUS.	Konsekvensene er merkbare og vil føre til enkelte ulemper, men vil i mindre grad påvirke PHT i VV og/eller OUS og deres evne til å levere deres tjenester.	Konsekvensene vil ha en betydelig innvirkning på PHT i VV og/eller OUS og deres evne til å levere deres tjenester.	Konsekvensene er kritiske, og kan forhindre PHT i VV og/eller OUS i å kunne levere rask og akuttmedisinsk hjelp. Hendelsen kan i ytterste konsekvens medføre tap av liv.

#### 9.6.4. Resultat av analysene

21 konsekvensområder med sannsynlighet og konsekvens er beskrevet. Disse er nærmere beskrevet i vedlegg 3.

#### Alternativ 0+ dagens organisering

**Høy risiko (rød farge): 0**

**Moderat risiko (gul farge): 1**

- Risiko 4 – nødnummer rutes feil, siden dette forekommer i dag og ikke vil endres.

		Risiko			
Sannsynlighet	Svært høy - 4				
	Høy - 3				
	Moderat - 2			4	
	Lav - 1	2, 3, 8, 9, 14, 15, 16, 18, 19	7, 10, 11, 13	1, 5, 6, 12, 17, 20, 21	
		Lav - 1	Moderat - 2	Høy - 3	Svært høy - 4
		Konsekvens			

**Alternativ 1** – dagens organisering videreføres, men OUS får i tillegg ansvar for tidligere Røyken og Hurum

**Høy risiko (rød farge): 0**

**Moderat risiko (gul farge): 3**

- Risiko 4 –Nødanrop rutes feil
- Risiko 10 - Mistrivsel blant ansatte pga. arbeidsforhold.
- Risiko 13 - Større kostnader knyttet til evt. omorganisering enn antatt gir dårligere økonomi for Helse Sør-Øst

		Risiko			
		Lav - 1	Moderat - 2	Høy - 3	Svært høy - 4
Sannsynlighet	Svært høy - 4				
	Høy - 3		10, 13		
	Moderat - 2			4	
	Lav - 1	2, 3, 8, 9, 14, 15, 16, 18, 19	7, 11	1, 5, 6, 12, 17, 20, 21	
		Lav - 1	Moderat - 2	Høy - 3	Svært høy - 4
		Konsekvens			

## Alternativ 2

Vestre Viken overtar ansvar for prehospitaltjenester i Asker og Bærum

### Høy risiko (rød farge): 6

- Risiko 4 – Nødanrop rutes feil
- Risiko 5 – svekket samarbeid og koordinering med politiet fører til redusert samfunnsikkerhet
- Risiko 6 – svekket samarbeid og koordinering med brannvesenet fører til redusert samfunnsikkerhet
- Risiko 11 – økte driftskostnader for prehospitaltjenester totalt gir ineffektiv bruk av Helse Sør-Øst sine ressurser for pht.
- Risiko 12 – økt behov for pht personell sammenlignet med dagens situasjon
- mistrivsel blant ansatte pga. arbeidsforhold
- Risiko 17 – grenser i tett befolket område vil gi operative utfordringer

		Risiko			
		Lav - 1	Moderat - 2	Hey - 3	Svært høy - 4
Sannsynlighet	Svært høy - 4		11	12	
	Hey - 3		10, 13	4, 5, 6, 17	
	Moderat - 2	9		1	
	Lav - 1	2, 3, 8, 14, 15, 16, 18, 19	7	20, 21	
		Lav - 1	Moderat - 2	Hey - 3	Svært høy - 4
		Konsekvens			

### Moderat risiko (gul farge): 3

- Risiko 1 – responstiden øker som medfører manglende evne til å bringe personell og akuttmedisinsk utstyr rast til skadestedet
- Risiko 10 – mistrivsel blant ansatte pga arbeidsforhold
- Risiko 13 – større kostnader enn antatt til omorganisering – gir dårligere økonomi for HSØ

#### 9.6.5. Analysegruppens vurdering

Analysegruppen vurderte alternativ 2 som det mest risikable alternativet blant de tre alternativene som er vurdert, og alternativ 0+ ble vurdert å være det minst risikable alternativet

Analysegruppens begrunnelse for risikovurderingene kan leses f.o.m. kapittel 4.2. i rapporten fra ROS-analysen, vedlegg 5.

#### 9.7 Oppsummering og vurdering

Vestre Viken leverer prehospitaltjenester av høy kvalitet, og tjenestens faglige nivå har ikke blitt diskutert. Helseforetaket fremmer et legitimt og godt begrunnet ønske om å overta det prehospitaltjenestansvaret for hele sitt sykehusområde, inkludert Asker og Bærum. En slik organisering er i tråd med normen i norsk helsetjeneste, og det kreves gode grunner for å fravike dette.

Sekretariat anbefaler likevel at Oslo universitetssykehus beholder ansvaret for de prehospitaltjenestene i Asker og Bærum. Denne anbefalingen bygger på vurderinger

knyttet til beredskap og operativ evne ved akutte hendelser i et stort og tett befolket område.

#### **Hovedargumentene er:**

- Uheldige konsekvenser av å innføre en operativ ansvarsgrense i et av landets mest tettbefolkede område.
- En endring i det operative ansvarsforholdet vil medføre økt samlet bruk av prehospitale ressurser – både personell og materiell - uten at det kan dokumenteres at beredskap og akutfunksjoner blir bedre.

Det kan argumenteres med at ulempene ved delt ansvar i tettbygd strøk nødvendigvis ikke er så store isolert sett, men applisert på så store volumer som det er i dette området, får det betydelige konsekvenser. Koordinering mellom to helseforetak krever tid og ressurser, og prehospitale tjenester må også samordnes med politi og brannvesen.

Samtidighet i oppdrag er en kjent utfordring for prehospitale tjenester. Når én ambulanse aktiveres i akuttoppdrag, må andre enheter flyttes for å opprettholde responstid. I Bærum, med høyt innbyggertall og mange akuttoppdrag, er det en stor fordel at etterfylling kan skje fra Oslo, som har betydelige ressurser og kort avstand. Dersom ansvaret overføres til Vestre Viken, vil etterfylling fra Asker og Drammen ikke være tilstrekkelig. Det vil kreve at det etableres en ny ambulansestasjon i Bærum øst, og flere ambulanser og ansatte.

Til slutt kan det nevnes at ingen av de ansatte i prehospitale tjenester i begge helseforetakene ønsker endring av dagens løsning.

Økonomiske forhold er i liten grad vektlagt, da disse håndteres gjennom helseforetakenes inntektsmodeller.. Sekretariatet har i stedet lagt vekt på om de ulike alternativene medfører økt eller redusert bruk av personell og materiell.

#### Røyken og Hurum

Problemstillingen til Røyken og Hurum er mer avgrenset. Vestre Viken driver ambulansetjenesten på Sætre som betjener dette området, mens Oslo universitetssykehus (OUS) har hatt ansvaret for å etterfylle ambulanser for å opprettholde responstider. OUS har fått en økonomisk kompensasjon på fire millioner kroner for dette, som nå bortfaller.

Faglig og praktisk vil alternativ 1 - der OUS overtar også denne stasjonen - gi et koordinert og mer helhetlig tilbud, med harmonisering av ansvarsområder med de andre nødetatene. Det er imidlertid noe risiko knyttet til omstilling, og løsningen er ikke ønsket av de ansatte ved stasjonen.

## **10. Vedlegg**

1. Premissdokument utarbeidet av prosjektgruppen og vedtatt av styringsgruppen mars 2023
2. Prosjektrapport Prehospitale tjenester i Asker og Bærum
3. Oppsummering av høringsinnspill
4. Rapport fra Ros-analyser av prehospitale tjenester i Asker og Bærum, jan 2025