

Prosjektrapport: Saksutgreiing av dei prehospitala tenestene med sikte på å redusere talet på ambulansestasjonar i Helse Førde

NOVEMBER 2025

Samandrag.....	3
1. Innleiing og bakgrunn for prosjektet.....	5
1.1 Mandat med mål og organisering.....	5
1.2 Prosjektgruppe.....	7
1.3 Arbeidsform og gjennomføring.....	8
1.4 Interessentar og kommunikasjon.....	8
1.5 Leveransen sine hovudaktivetar.....	8
1.6 Avgrensingar for prosjektet.....	9
2. Vurdering av alternative modellar	11
2.1 Skildring av modellane.....	11
2.2 Null-alternativet.....	12
2.3 Alternativ 1 – døgnbil i Lavik vert lagt ned	12
2.4 Alternativ 2 – to døgnbilar i Fjaler	13
2.5 Alternativ 3 - omstrukturering med to døgnbilar i Fjaler og dagbil Lavik	13
2.6 Samla vurdering av alternative modellar	14
3. Tilbakeblikk på endringar i det prehospitala tenestetilbod.....	14
4. Vurderingar om rask og god helsehjelp.....	16
4.1 Nasjonale føringar kring framtidens akuttmedisinske tilbod	16
4.2 Faglege trendar og utviklingstrekk i akuttilbodet.....	16
4.3 Framskrivingar av folketal	18
4.4 Bruk av luftambulans / redningshelikopter	19
5. Ambulanseaktivitet i opptaksområdet.....	20
5.1 Aktivitet og kapasitet.....	20
5.2 Oppdrag per stasjon og oppdragstype	21
6. Samla vurdering: Kvalitet, økonomi og risiko.....	22
6.1 Overordna føringar.....	22
6.2 Forsvarlegheitsnorm i prehospitala tenester	22
6.3 Kvalitet og tenesteutvikling	23
6.4 Økonomi og ressursar	24
6.5 Kost nytte vurdering.....	25
6.6 Kompetanse og personell.....	27
6.7 Risiko og konsekvensar	28
6.8 Samfunnsmessige konsekvensar	29

7. Oppsummering og vidare vegval.....	30
7.1 Sentrale utfordringar og risikoreducerande tiltak.....	30
7.2 Aktivitetsutvikling.....	32
7.3 Døgnbelastning.....	33
7.4 Flåtestyring.....	34
7.5 Responstid.....	35
7.6 Høyanger sørside.....	38
7.7 Beredskapspunkt Skei.....	38
7.8 Tidsforbruk – til levering på sjukehus.....	40
Vedlegg.....	41

Samandrag

(utarbeidd av Copilot, og kvalitetssikra av prosjektleiar)

Bakgrunn og mandat:

Helse Førde står overfor strammare økonomiske rammer og har sett i gang eit prosjekt for å vurdere dei prehospitale tenestene, med mål om å redusere talet på ambulansestasjonar samstundes å oppretthalde eit forsvarleg tilbod. Prosjektet byggjer på eksisterande kunnskapsgrunnlag frå prehospital plan vedteken i 2021, og har avgrensa arbeidet sitt til primært ambulanseseksjon 1 (Fjaler, Høyanger og Lavik).

Prosjektgruppe og arbeidsform:

Prosjektet har vore leia av avdelingssjef Stian Sægvog, med støtte frå ei brei prosjektgruppe. Arbeidet har vore gjennomført på om lag ein måned, med fem møter og aktiv deltaking. Mindre arbeidsgrupper har bidrege med fakta- og talgrunnlag, ROS-analyse og utkast til sluttrapport.

Vurdering av alternative modellar:

Tre hovudalternativ for organisering er vurderte:

Alternativ

- Kva som skjer med ressursane
- Kroner og personale
- Konsekvensar

Alternativ 1 – døgnbil i Lavik vert lagt ned

- Lavik mister døgnbil, Fjaler og Høyanger opprettheld dagens ressursar, men får større primærområde.
- Innsparing omlag 8 millionar kroner, reduserer tal årsverk med åtte.
- Konsekvens: Redusert kapasitet og beredskap, lengre responstid for Hyllestad og delar av Høyanger kommune, høgare sårbarheit og auka arbeidsbelastning på andre ambulanseressursar. Meir flåtestyring.

Alternativ 2 – to døgnbilar i Fjaler

- Lavik mister døgnbil, og vert beredskapspunkt. Fjaler får to døgnbilar. Høyanger som i dag.
- Innsparing på omlag 5,6 millionar kroner, reduserer tal årsverk med om lag fem.
- Konsekvens: Samlar beredskap i Fjaler/Askvoll, men belastar dagressursar, redusert kapasitet for overflyttingar og auke i samstundeskonflikter. Auka responstid for Hyllestad og delar av Høyanger kommune.

Alternativ 3 – to døgnbilar i Fjaler og dagbil i Lavik

- Lavik mister døgnbil, men får dagbil på beredskapspunkt. Fjaler får to døgnbilar. Høyanger som i dag.
- Innsparing på ca. 0,9 millionar kroner. Held seg innan dagens ressursramme.
- Konsekvens: Styrkar beredskap i Fjaler/Askvoll, men forlenga responstid til Hyllestad og delar av Høyanger kommune på kveld/natt.

Konsekvensar og vurderingar:

Alle alternativa inneber ulike balansepunkt mellom ressursbruk, geografisk dekning og pasienttryggleik. Nullalternativet gir stabil lokal tilgjengelegheit, medan alternativ 2 og 3 prøver å optimalisere ressursbruk med fleksibel dekning. Alternativ 1 gir størst innsparing, men størst risiko for svekka beredskap og akutt-tilbod.

Økonomi:

Reduksjon i tal stasjonar og ressursar gir potensiale for innsparing, særleg på personalkostnader og leigekostnader. Det er vanskeleg å estimere innsparingar på driftskostnader, då oppdrag uansett må utførast av andre ressursar. Innsparingane varierer frå omlag 8 til 0,9 millionar kroner, avhengig av modell.

Kvalitet og tenesteutvikling:

Nasjonale føringar og stortingsmeldingar understrekar behovet for samanhengande pasientforløp, harmoniserte måleparameter og tett samarbeid mellom kommunar og helseføretak. Teknologi og digitale løysingar kan bidra til desentralisering og rask helsehjelp, men sentralisering kan svekke tilgangen for enkelte grupper.

Aktivitetsutvikling og belastning:

Aktiviteten i ambulansetenesta er aukande, særleg på dagtid. Reduksjon i ressursar vil utfordre kapasitet og beredskap, og kan føre til større belastning på attverande personell. Grafar og tabellar viser at dagtid er mest sårbar for ressursreduksjon, og at nabostasjonar ofte må bistå ved høg aktivitet. Tenesta er og sårbar på helg, med færre ressursar i drift.

Responstid:

Responstida har hatt negativ utvikling dei siste åra, og ligg no på om lag 37 minutt (90-percentil) i gravgrendte strøk på Helse Førde nivå. Endringar i stasjonsstruktur kan gi ytterlegare auke i responstid, særleg for Lavik, Hyllestad og Høyanger sørside. Kapasitetsutfordringar vil og kunne auke responstider i meir sentrale område, sjølv om simuleringar viser intern sentralisering i kommunar.

Samfunnsmessige konsekvensar:

Endringar i ambulansestructuren vil påverke tilgang og nærleik til tenester for

innbyggjarane, og kan opplevast som svekka akuttmedisinsk tilbod. Samarbeidspartar som legekontor, kommunale institusjonar og sjukehus kan oppleve mindre føreseieleg og tilgjengeleg kapasitet, særleg på kveld og natt.

Vidare vegval:

Prosjektgruppa peikar på behovet for å styrke samhandling mellom Helse Førde og kommunane, og å utvikle meir konkrete samarbeidsavtalar og beredskapsplanar. Det er viktig å planlegge og utvikle tilbodet med utgangspunkt i lokale forhold og framtidige behov.

Oppsummering:

Rapporten gir eit grundig faktagrunnlag for styret i Helse Førde til å vurdere ulike modellar for omorganisering av dei prehospitale tenestene. Hovudutfordringa er å balansere økonomiske innsparingstiltak opp mot krav til forsvarleg kapasitet og beredskap, responstid og pasienttryggleik. Prosjektgruppa tilrår tett dialog med kommunane og vidare arbeid med å utvikle fleksible og robuste løysingar for framtidens akuttmedisinske tenester.

1. Innleiing og bakgrunn for prosjektet

1.1 Mandat med mål og organisering

Helse Førde står overfor krav om å tilpasse drifta til strammare økonomiske rammer. Dette inneber at også dei prehospitale tenestene må vurderast, med særleg fokus på å redusere ambulansestasjonar, utan at det går ut over eit forsvarleg tilbod til innbyggjarane.

Prosjektet er igangsett på bakgrunn av styresaka 60/2025, økonomi – oppfølging av tiltak 2025.

Oppdraget til prosjektgruppa er skildra i mandatet; «Omorganisering av dei prehospitale tenestene med sikte på å redusere talet på ambulansestasjonar i Helse Førde», vedlegg 1.

1.2 Bakgrunn

Prosjektet har sin bakgrunn i Helse Førde sin vanskelege økonomiske situasjon, jfr Styresak 60/2025 Økonomi - oppfølging tiltak 2025.

Utdrag av vedtaket:

- Styret ber administrerende direktør fortsette arbeidet med å følge opp økonomien i føretaket, og ber difor administrerende direktør utgreie følgjande tiltak:
 - a. *Vurdere dei prehospitale tenestene i ambulanseområda med mål om å redusere tal ambulansestasjonar i Helse Førde, samstundes oppretthalde eit forsvarleg tilbod.*
- Styret ber administrerende direktør om ei brei analyse av alle føreslegne tiltak, både faglege, økonomiske, personale/HMS, dei samfunnmessige konsekvensane, særleg for pasientane, og med vekt på sårbare pasientgrupper. Utgreiinga må syne konsekvensane ved Førde sentralsjukehus, dersom sentralsjukehuset skal overta pasientar frå lokalsjukehusa.

Hovudmål og ev. delmål

Prosjektet skal kartlegge dagens aktivitet og organisering, analysere verksemdsdata og vurdere dei prehospitale tenestene i ambulanseområde med mål om å redusere tal ambulansestasjonar i Helse Førde. Ein skal samstundes kunne oppretthalde eit forsvarleg tilbod, her under beredskap. Tiltaka skal konsekvensvurderast.

Utgreiinga inneber å kartlegge og skildre aktiviteten og organiseringa i dag ved m.a. å analysere verksemdsdata. Vidare synleggjere konsekvensar for økonomi, fag, pasientar og medarbeidarar, areal/drift, logistikk og samhandling.

Prosjektet si utgreiing vil bli nytta som grunnlag for administrerende direktør si vurdering og tilråding til styret. Prosjektet skal få fram faktagrunnlag som gir grunnlag for rett avgjerd.

Kommentar til mandat for delprosjektet

Mandatet viser til fylgjande: *Vurderingane tek utgangspunkt i den prehospitale planen som vart vedteken av Helse Førde sitt styre i november i 2021, etter grundige faglege og organisatoriske utgreiingar. Det er ikkje lagt opp til ein ny planprosess, men til å nytte kunnskapsgrunnlaget vi allereie har.*

På same tid viser mandatet til: *vedlegg 1, prosjektet skal svare ut fylgjande punkt. Punkta reflekterer overordna krav og føringar som vi er pålagt, dei seks dimensjonane i Helsedirektoratet sin definisjon av kvalitet, samt nasjonale føringar for prioritering frå siste prioriteringsmelding.*

Det eksisterande kunnskapsgrunnlaget i prehospital plan er omfattande og byggjer på ei heilskapleg vurdering og tilråding for få år tilbake, som omfattar forventa utviklingstrekk i tenestetilbod og framskrivingar. Prosjektgruppa har prøvd å avgrense nytt

kunnskapsgrunnlag, og vore varsame med utdrag av tidlegare saksgrunnlag, med fare for å forenkle eit komplekst og heilskapleg bilde. Prosjektet har difor hatt eit godt utgangspunkt for arbeidet og vore opptatt av å finne og eventuelt endre føresetnader i forhold til prehospital plan. Graden av detaljnivå er ein balansegang knytt til i kva grad ein set seg inn i saksfeltet frå prehospital plan 2021.

1.2 Prosjektgruppe

Prosjektet har vore leia av avdelingssjef Stian Sægrov (prosjektleder), med støtte frå prosjektgruppe, analyseteam og referansepersonar frå ulike avdelingar. Prosjektleder har vore klinikkdirektør kirurgisk klinikk, og styringsgruppe har inkludert føretaksleiinga, tillitsvalde og vernetenesta.

Prosjektgruppe, prehospitala tenester

Rolle	Namn	Tilhøyrighet	Rolle/tittel
Prosjektleder	Stian Sægrov	Prehospital avdeling	Avdelingssjef
Deltakar	Leif Otto Halland	Prehospital avdeling	Ass. ambulansesjef
Deltakar	Merete Kirketeig	Prehospital avdeling	Seksjonsleder
Deltakar	Helene Sæterdal	AMK Førde	Seksjonsleder
Deltakar	Rune Larsen	Prehospital avdeling	Medisinsk fagleg rådgjevar
Deltakar	Inger Johanne Sætenes	HR	Seniorrådgjevar
Deltakar	Gunnbjørg R. Friis	TV	
Deltakar	Andrè Vindedal	TV	
Deltakar	Geir Tennebø	VO	
Deltakar	Magne Sellevold	Brukarrepresentant	
Prosjektstøtte	Kjersti Engvik Nygaard	Fag- og utviklingsavdeling	Seniorrådgjevar
Prosjektstøtte	Marit Kleiven	Fag- og utviklingsavdeling	Seniorrådgjevar

1.3 Arbeidsform og gjennomføring

Prosjektgruppa har på om lag ein måned forankra arbeidet, framdriftsplan og gjennomført prosjektet med ROS-analyse og slutført sakgrunnlag. Det er gjennomført til saman fem møter, med godt frammøte, aktiv deltaking og konstruktiv tilnærming til ei vanskeleg og krevjande sak, med stor allmenn interesse.

For å sikre framdrift mellom møta og korte fristar, har det vore avklart i prosjektet, og nødvendig innanfor ramma, at mindre arbeidsgrupper har skaffa fram fakta- og talgrunnlag, utforma utkast til ROS-analyser og skrive fram sluttrapportutkast.

Fleire av stabs-ressursane i Helse Førde har og vore bunde til fleire av dei parallell-gåande prosjekta, som tidvis har utfordra tid og kapasitetar. Prosjektleiari vil takke deltakarane for omfattande innsats innanfor ei svært avgrensa tidsramme.

1.4 Interessentar og kommunikasjon

Det har vore utarbeidd ei enklare interessentkartlegging og -analyse basert på tidlegare arbeid i prehospital plan.

Kommunikasjonsavdeling har hatt eit overordna ansvar for koordinering av kommunikasjonsaktivitetar knytt til dei økonomiske tiltaka. Prosjektleiari har formidla aktivitetar og behov.

Det har vore gjennomført informasjonsmøte for tilsette i ambulanseseksjon 1, som blir sterkast berørt av eventuelle endringar. Internt har status i prosjektet blitt informert i både i leiardialogar, avdelingssjefsmøter og KAMU. Øvrige tilsette har vore invitert til direktørens time og orienteringar på intranett. Tilsette er og blitt oppmoda om å sende synspunkt til utgreiinga, på eigen portal på intranett.

1.5 Leveransen sine hovudaktivetar

- Kartlegge og skildre noverande tilbod (0-alternativet) og alternative modellar for organisering med mål om færre ambulansestasjonar. Den overordna målsettinga har vore økonomisk innsparing. Dette er i realiteten ei bestilling på færre ressursar, innsparing i årsverk og lågare beredskap/kapasitet.
- Synleggjere og kvalitetssikre aktivitet, kapasitet på tenestene, behov/framskrivingar, driftsmodell og organisering, arbeidsmåtar, arealbehov, samarbeidsformer.
- Illustrere fagleg utvikling og trendar i tenestetilbodet
- Økonomi: Berekne bemanning, kostnadene med å halde fram som no opp mot ei endring
- Kartlegge behov for utstyr og investeringar
- Kost/nytte vurdering
- ROS-analyse av løysingar
- Utforme saksunderlag



Kart: Helse Førde sitt opptaksområde, per lokalsjukehusområde og folketal per kommune

1.6 Avgrensingar for prosjektet

I styremøte 25.09.2025, sak 60/2025, økonomi - oppfølging tiltak 2025, var det gjort greie for punkt 3.2.3. Vurdere dei prehospitale tenestene. Utdraget var for prosjektgruppa oppklarande for mandatet og avgrensing for arbeidet:

Tiltaket gjeld omorganisering av dei prehospitale tenestene med sikte på å redusere talet på ambulansestasjonar i Helse Førde. Bakgrunnen er behovet for å tilpasse drifta til økonomiske rammer, samstundes som ein opprettheld forsvarleg beredskap og responstid. Vurderingane tek utgangspunkt i den prehospitale planen som vart vedteken av Helse Førde sitt styre i november i 2021, etter grundige faglege og organisatoriske utgreiingar. Det er ikkje lagt opp til ein ny planprosess, men til å nytte eksisterande kunnskapsgrunnlag.

Fagleg sett er hovudmålet å sikre robuste tenester med rett kompetanse og kapasitet. Ein reduksjon i tal stasjonar vil påverke responstid og opplevd tryggleik i enkelte område, særleg der avstandane er store. Risikoen for samtidighetskonfliktar og auka belastning på nabostasjonar må vurderast nøye. Tiltaket kan også få konsekvensar for

overflyttingar mellom sjukehus og for utskrivningar til kommunane. For å redusere negative effektar må ein vurdere alternative beredskapsløysingar, til dømes fleksibel ressursdisponering, styrka bruk av beredskapspunkt, einreddar-ambulanse, og tett samarbeid med legevakt og kommunale tenester. Einreddar ambulanse, gjerne i samarbeid med kommunal legevakt, kan vere eit kompensierende tiltak ein kan vurdere ved strukturendring i ambulansetenesta.

Det mest aktuelle tiltaket er å avvikle døgnambulansen i Lavik, som i dag er organisert som satellittstasjon til Fjaler. Dette vil kunne gje ei innsparing på opp mot 10 millionar kroner, hovudsakleg knytt til lønskostnader, driftsutgifter og arealkostnader. Storleiken på gevinsten er usikker, og avheng i val av modell og eventuelle kompensierende tiltak. Dersom Lavik ambulansestasjon vert lagt ned må ein også vurdere å flytte ambulansen som i dag står på beredskapspunktet på Skei, til Førde ambulansestasjon slik at den kan dekke eit større geografisk område.

Rekrutteringsmessig er det venta liten direkte effekt, men tiltaket kan påverke attraktiviteten ved enkelte stasjonar, og arbeidsmiljøet i regionen. Omstillinga krev god planlegging og open dialog med dei tilsette, og med kommunane som vert påverka.

Administrerende direktør tilrår å gå vidare med nærare utgreiing av tiltaket, med særleg vekt på å vere fagleg forsvarleg og beredskap, samt rekruttering, arbeidsmiljø og økonomisk gevinst.

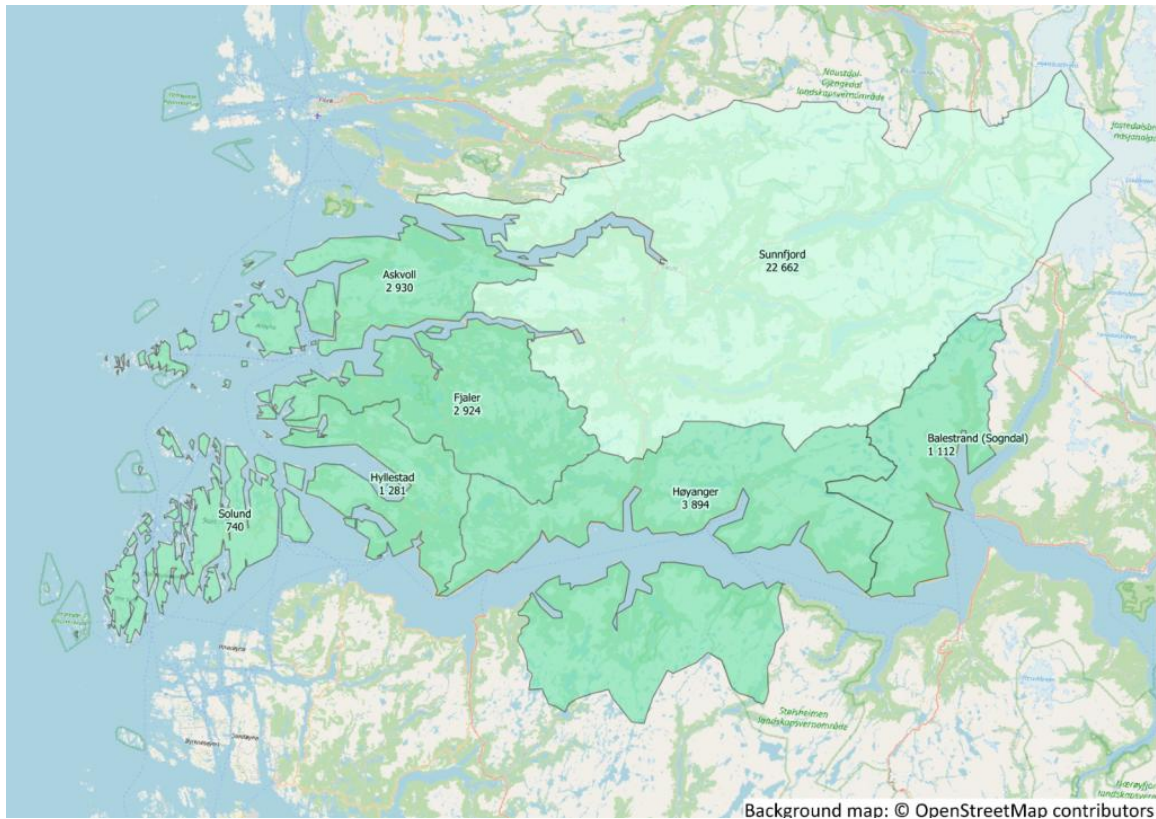
- Basert på føringane i mandat og forarbeid, 60/2025 over, har prosjektgruppa avgrensa sitt arbeid til ambulanseseksjon 1, som omfattar Fjaler og Høyanger ambulansestasjon, der Lavik er døgnambulanse og satellittstasjon til Fjaler.

Vidare har gruppa vurdert konsekvensar for aktiviteten ved Førde ambulansestasjon, inkludert beredskapspunktet på Skei.

- Prosjektgruppa har ikkje hatt dialog med involverte kommunar om avklaring om gjeldande tenestetilbod ut over legekontora sine opningstider. Prosjektgruppa er elles kjent med at SYS IKL i 2025 i vekedagar har redusert beredskapen til ein lege i vakt på natt.
- Av omsyn til manglande fullverdige stasjonslokale i Lavik, har Fjaler ambulansestasjon frå mai 2025 hatt to døgnbilar i Dale og Lavik dagbil på beredskapspunkt i Lavik. Der ikkje anna er presisert, er talgrunnlag frå 2024 nytta for å sikre eit best mogleg grunnlag basert på vedteken struktur.

Kartet under viser det geografiske nedslagsfeltet for kommunane. Talgrunnlag for Solund er ikkje medrekna, men båtambulanse i Solund, leverer pasientar til fastlandet primært i Askvoll for vidare transport til sjukehus. Høyanger ambulansestasjon dekkjer og

befolkninga i gamle Balestrand kommune, om lag 1100 innbyggjarar som soknar til Sogndal kommune.



Kart: Kartutsnitt - Høyanger, Hyllestad, Fjaler, Askvoll og Sunnfjord.

2. Vurdering av alternative modellar

2.1 Skildring av modellane

Prosjektgruppa har skissert alternative modellar, og såg tidleg i arbeidet at det ville vere vanskeleg å levere berre ein alternativ modell i saksutgreiinga. I alle alternativ er dimensjoneringa ved Høyanger ambulansetasjon uendra, men to av alternativa legg opp til utvida bruk av dagbil frå Høyanger for å dekkje beredskapspunktet i Lavik.

I modellane, 1, 2 og 3, vert Lavik utgreia for tilpassa lokale for beredskapspunkt, og ikkje lenger som fullverdig ambulansetasjon med døgn drift. Ut frå pågåande aktivitet ligg det til AMK-sentralen å vurdere kapasitet for å sende ledig ressurs til beredskapspunkt.

Alternativ 1 reduserer ein stasjon ved å legge ned døgnbil i Lavik, og Fjaler beheld døgn- og dagbil. Alternativ 2 samlar to døgnbilar i Fjaler, men mister dagbil alle dagar. Alternativ 3 vidarefører ressursane i dagens 0-alternativ, reduserer ein stasjon (Lavik), og samlar to døgnbilar i Fjaler med dagbil på beredskapspunkt i Lavik.

Alternativ	Fjaler		Lavik		Høyanger		Ressursar		Stasjon	Bered.pkt	Innsparing*
	Døgn	Dag	Døgn	Dag	Døgn	Dag	Døgn	Dag			
0-alt	1	1	1	0	1	1	3	2	3		0
1	1	1	0	0	1	1	2	2	2	1	8
2	2	0	0	0	1	1	3	1	2	1	5
3	2	0	0	1	1	1	3	2	2	1	0

Tabell: Oversikt over dei utgreidde alternative modellane

I ressuroversikt er: døgnbil $24/7=1$ ressurs, dagbil $12/7=0,5$ ressurs. *Innsparing i tal årsverk.

2.2 Null-alternativet

I dagens modell utgjer stasjonane Fjaler (med satellittstasjon i Lavik) og Høyanger ambulanseseksjon 1. Lavik er organisatorisk knytt til Fjaler, der alle oppmøte skjer, og personalgruppa roterer mellom stasjonane. Nullalternativet representerer dagens ressursbruk og struktur på gjeldande styrevedtak.

- Høyanger ambulansestasjon har døgnbil og dagbil mån-fredag kl.08.00-18.00.
- Fjaler har døgn og dagbil alle dagar kl.08.00-20.00.
- Lavik har døgnbil, som ein satellitt-stasjon til Fjaler.

2.3 Alternativ 1 – døgnbil i Lavik vert lagt ned

- Døgnbil i Lavik vert lagt ned. Fjaler beheld døgn- og dagbil som i dag som primærressurs for Fjaler, Askvoll og Hyllestad.
- Innsparing på om lag 8 millionar kroner, reduserer om lag 8 årsverk.
- Høyanger opprettheld døgnbil og dagbil (mån-fre).
- Lavik beheld lokale som beredskapspunkt, men ikkje lenger fast dekk.

Konsekvensar:

- Høgare aktivitet på ressursar i vakt. Auka risiko for at bilar blir utkøyrd på tid og aktiverer kvile/vernereglar.
- Auka press på omkringliggende stasjonar som får utvida primærområde.
- Redusert samla kapasitet og beredskap, særleg i helg utan dagbil i Høyanger og Førde.
- Lengre responstid til Lavik og omkringliggende område. Auka risiko for samstundeskonfliktar.

- Områda Høyanger sørside, Lavik, Leirvik og Hyllestad blir mest direkte berørt av endringane, som særleg påverkar beredskapen på kveld og natt.
- Kapasitet for overflyttingar mellom FSS og Haukeland vert redusert.
- To bilar på kveld og natt (Høyanger og Fjaler), gir høg sårbarheit i dekningsområde så snart ein av ressursane vert sendt ut i oppdrag. Auka omfang av flåtestyring som tek opp aktiv tid utan å levere pasientretta tenester.

2.4 Alternativ 2 – to døgnbilar i Fjaler

- Lavik mister døgnbil og vert beredskapspunkt. Fjaler får to døgnbilar.
- Høyanger opprettheld døgnbil og dagbil (mån-fre).
- Innsparing på om lag 5,6 millionar kroner, reduserer tal årsverk med om lag fem.
- Beredskapspunkt i Lavik på dagtid fortrinnsvis med dagbil frå Høyanger, om døgnbil er ledig, ev. frå anna stasjon ut frå ressursdisponering frå AMK Førde.

Konsekvensar:

- Samlar beredskap i Fjaler/Askvoll, men belastar dagressursar, redusert kapasitet for overflyttingar og risiko for auka samstundeskonflikter. Auka responstid for Hyllestad og delar av Høyanger kommune.
- To døgnbilar i Fjaler samlar beredskapen i dei mest folketette områda Fjaler og Askvoll på kveld og natt, og aukar kapasiteten for oppdrag frå Solund.
- Områda Høyanger sørside, Lavik, Leirvik og Hyllestad blir mest direkte berørt av endringar særleg på kveld, natt og helg.
- Auka omfang av flåtestyring på dagtid.
- Kapasiteten for overflyttingar mellom FSS og Haukeland vert redusert.

2.5 Alternativ 3 - omstrukturering med to døgnbilar i Fjaler og dagbil Lavik

- Lavik mister døgnbil, men får dagbil på beredskapspunkt alle dagar..
- Fjaler får to døgnbilar
- Høyanger opprettheld døgn- og dagbil (mån-fredag).
- Dagbil frå Fjaler og Høyanger deler på å dekkje beredskapspunkt i Lavik på dagtid ut frå ressursdisponering frå AMK Førde.

Konsekvensar:

- To døgnbilar i Fjaler, styrkar beredskapen i dei mest folketette områda Fjaler og Askvoll på kveld og natt, samt kapasiteten for oppdrag frå Solund.
- Fjernar beredskap i Lavik på kveld og natt, med forlenga responstid og tid til sjukehus for områda ressursen primært dekkjer, som Lavik, Leirvik, Hyllestad og Høyanger sørside.

- Innsparing på ca. 0,9 millionar kroner. Held seg innan dagens ressursramme.
- Reduksjon frå tre til to stasjonar (Lavik ikkje lenger status som døgndrift).

2.6 Samla vurdering av alternative modellar

Dei ulike alternativa representerer ulike balansepunkt mellom ressursbruk, nærleik/geografisk dekning og pasienttryggleik. Nullalternativet gir stabil lokal tilgjengelegheit, medan alternativ 2 og 3 prøvar å optimalisere ressursbruk med fleksibel dekning. Alternativ 1 gir størst innsparing, men størst risiko for svekka beredskap, manglande kapasitet og svekka akutt-tilbod.

Val av modell bør ta omsyn til:

- Oppdragsmengd og responstid i dei ulike områda
- Behovet for lokal tilgjengelegheit, særleg i Lavik og Hyllestad
- Samspel med fagleg utvikling og prioriterte pasientgrupper
- Risiko for samtidige oppdrag og arbeidsbelastning på personell
- Kapasiteten for sekundæroppdrag mellom FSS og Haukeland.

3. Tilbakeblikk på endringar i det prehospitale tenestetilbod

Strukturarbeid for prehospitale tenester har vore eit pågåande arbeid gjennom fleire ulike fasar. Styresak 065/16 i 2016, var starten for arbeidet med ein samla prehospital plan.

Helse Førde vedtok å samle Askvoll og Fjaler ambulansestasjon til ein stasjon i Fjaler ettersom Dalsfjordbrua har betra kommunikasjonane mellom dei to kommunane. I same sak vedtok styret å samle ambulansetilbodet i område Sør, til ein båt i Solund for øybefolkninga i Solund, Askvoll, Gulen (HBE) og veglause grender langs Sognefjorden. Styret bestilte i same vedtak ein samla gjennomgang av dei prehospitale tenestene.

[Prosjektet prehospital plan i Helse Førde](#) gjekk over fire år, i tre fasar. Arbeidet fekk eit mandat med ei økonomisk ramme for framtidig drift og årleg kostnad for ambulansetenesta (2018-ramme). Innanfor ramma fann ikkje prosjektgruppa midlar til å vidareføre døgnambulanse i Lavik. Prosjektgruppa la fram «opsjonar» med «knepp opp- eller ned» om den økonomiske ramma skulle krympast eller aukast. Prosjektgruppa peika på at ved eventuell auka ramme (opsjon), som omfatta ei vurdering av heile nedslagsfeltet til Helse Førde, burde ressursane løyvast til å oppretthalde Lavik.

I sak 007/2020, 24.januar 2020 vedtok styret: *Endringane som gjeld døgnbilen i Lavik skal utgreiast vidare og det skal vurderast alternative modellar.*

Etter ei ny vurdering frå arbeidsgruppe «Dalsfjorden og Ytre Sogn i fase 3 av prehospital plan, fatta styret i sak 07/2021 slik vedtak 25.11.2021: Ambulansestasjonen i Lavik blir oppretthalden. Den eine døgnbilen i Fjaler vert gjort om til dagbil. Endringa skal gjennomførast i dialog med kommunane. Dette er no-situasjonen i 2025.

Endringane i Lavik, og kalla «utviklinga av dei prehospitala tenestene i Dalsfjorden og Ytre Sogn», vart dei to første åra halvårleg evaluert saman med kommunane Høyanger, Hyllestad, Solund, Fjaler og Askvoll.

Administrerande direktør skal dei første to åra etter endring i tenestene gjennomføre halvårleg evaluering av utviklinga av tenestetilbodet, i dialog med kommunane. Evalueringa skal gjerast med utgangspunkt i risikovurderingane for Bremanger og Dalsfjorden/Ytre Sogn, med særleg vekt på responstid og tilpassingar i uvêr, og administrerande direktør sine vurderingar i denne saksutgreiinga. Evalueringane skal leggjast fram for styret.

Etter halvårlege løypemeldingar frå administrerande direktør i perioden 2022-2024 vedtok styret i sak 71/2024, 24.10.2024 fylgjande:

Styret konstaterer at Helse Førde leverer gode og forsvarlege prehospitala tenester i samsvar med prehospital plan. Dei halvårlege evalueringane over to år er gjennomført i tråd med punkt 5 i vedtaket.

Punktvisе endringar i prehospitala tenester for området:

- 2009-2010: Ambulansebåt og ambulansobil på Høyanger Sørside lagt ned.
- 2013: Døgnambulansе i Balestrand lagt ned. Tilbodet i Høyanger vart justert opp til døgn- og dagambulansе (mån-fredag).
- I 2016 tok Helse Bergen over drift av ambulansestasjon på Dalsøyra i Gulen kommune, som før låg til Helse Førde. Gulen kommune får sine spesialisthelsetenester frå Helse Bergen. Same år reduserte Helse Bergen frå døgn- og dagbil, til døgnbil, med ein negativ beredskapskonsekvens for m.a. Høyanger sørside. Før 2016 utførte Gulen ambulansestasjon mykje av overflyttingane mellom Haukeland og FSS.
- 2021: Nedlegging av døgnbil i Ytre Bremanger, saman med etablering av ny båtambulansedrift i Florø som skulle handtere oppdrag i Flora-bassenget, Bremanger og samstundeskonflikter i båtområde Sør.
- 2024: Oppseiing av beredskapsavtale med Redningsselskapet
- 2025: Oppseiing av beredskapsferje Askvoll-Gjervik
- For å sikre større fagmiljø og betre rekruttering, har ein innført omgrepet hovudstasjon- og satellitt stasjonar i desse områda: Måløy-Selje, Florø-Svelgen, Fjaler-Lavik, Sogndal-Vik, Lærdal-Årdal, Førde-Solund.

4. Vurderingar om rask og god helsehjelp

4.1 Nasjonale føringar kring framtidens akuttmedisinske tilbod

Eit godt akuttmedisinsk tilbod er avgjerande for tryggleiken til innbyggjarane, og sikrar at dei får rask og forsvarleg helsehjelp ved akutt sjukdom eller skade. For dei som bur langt frå sjukehus og legevakt, kan avstanden skape uro for om hjelpa kjem tidsnok. Dette er særleg relevant for den aukande gruppa pasientar med kroniske, samansette og til tider kompliserte tilstandar, som krev god koordinering mellom ulike nivå i helsetenesta, her under og dei prioriterte pasientgruppene.

Helseføretak og kommunar har eit felles ansvar for å sikre akuttmedisinsk beredskap og helsehjelp. [Stortingsmeldinga om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus \(2024-2025\)](#) peikar på behovet for å styrke den lokale akuttberedskapen gjennom betre prioritering og ressursstyring, meir effektiv samhandling mellom tenestenivå, og ved å ta i bruk nye organisasjonsformer, teknologi og personell på innovative måtar.

Eit godt samarbeid mellom kommunar og helseføretak bidreg til meir treffsikre tenester, og gjer det mogleg å gi pasientar helsehjelp på rett nivå. Dette kan førebygge unødvendige forflyttingar og akuttinnleggingar, noko som både er betre for pasienten og gir meir effektiv ressursbruk. Akuttmedisinforskrifta set krav til samhandling og koordinert innsats for å sikre formålstenlege tenester.

Det følger av [akuttmedisinforskriften § 15](#) at AMK-sentralane skal ta imot og handtere førespurnader om akuttmedisinsk bistand, samt iverksette, koordinere og følge opp akuttmedisinske oppdrag med ambulanse og andre ressursar frå spesialisthelsetenesta. AMK-sentralen sitt ansvar inneberer bl.a. ansvar for å styre, koordinere og prioritere eigne ressursar, her under ambulanseressursar. Helsedirektoratet har seinare presisert i rundskriv at det må sjåast som eit overordna mål for AMK-sentralen si verksemd at ein utøvar sin aktivitet på ein slik måte at ein både sikrar at den enkelte pasient får nødvendig helsehjelp, og at ein opprettheld nødvendig beredskap i AMK-sentralen sitt ansvarsområde.

Heilskapsperspektivet i Stortingsmeldinga og behovet for samhandling og nye organisasjonsformer gjer at det ikkje vert tilrådd å innføre maksimal reisetid til legevakt for kommunane, eller forskriftsfesting av responstid for ambulanse for helseføretaka.

4.2 Faglege trendar og utviklingstrekk i akutttilbodet

Det har over fleire år vore stort fokus på fagleg utvikling innan både kompetansenivå og behandlingstilbodet i ambulansetenesta. Det skjer ei stor utvikling og samordning nasjonalt på retningslinjer og standardisering. Utvikling av digitale løysingar som elektronisk

ambulansjournal og bruk av videotenester er kome til i tenestene etter at prehospital plan vart behandla i 2021.

Målet om å styrke det akuttmedisinske tilbodet og sikre rask og effektiv behandling har særleg vore knytt til dei alvorleg sjuke pasientane. Denne utviklinga har vore særleg tydeleg innan behandling av hjarteinfarkt, lungesjukdomar og smertebehandling.

Behandling av alvorlege hjarteinfarkt (STEMI)

I 2017 viste årsrapporten frå Hjarteinfarktregisteret at Helse Førde ikkje nådde dei nasjonale føringane for behandling av ST-elevasjonsmyokardinfarkt (STEMI). Som eit tiltak vart det frå 1. oktober 2018 innført trombolysbehandling i alle ambulansar, som det første helseføretaket i Helse Vest. Ambulansetilsette fekk opplæring og tilgang til medikament, og har sidan oppstart gjeve denne potensielt livreddande behandlinga til om lag 100 pasientar. Ambulansane utfører no den første vurderinga ved brystmerter, inkludert EKG-diagnostikk. Ved mistanke om STEMI vert pasienten anten sendt direkte med helikopter til Haukeland universitetssjukehus for akutt PCI om flyoperative forhold opnar for dette, eller trombolysbehandling ute hjå pasient eller i ambulansen. Dette har gitt ambulansetenesta ei sentral rolle i pasientforløpet i tråd med nasjonale ambisjonar og lokale styringsdokument. Område som Sunnfjord og Ytre Sogn, der ein ved gode flyoperative forhold kan nå Haukeland innan 90 minutt frå diagnose, viser at «tid til diagnostikk» er viktig. Dette kan opne for det beste behandlingstilbodet som er direkte blokkering utan trombolys. Her kan ei ytterlegare svekking av ambulanseberedskapen ha negative konsekvensar.

Pustehjelp ved lungesjukdomar

Ambulansetenesta har teke i bruk CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) som pustehjelp for pasientar med kroniske lungesjukdomar. Dette er eit viktig tilbod, særleg for eldre pasientar, og kan bidra til å redusere behovet for intensiv sjukehusbehandling ved rask oppstart av behandling.

Avansert smertebehandling

Sortimentet for smertelindring er utvida til å omfatte medikament som før berre vart brukt på sjukehus. Dette gjer det mogleg å utføre tiltak som å få trekt på plass bein som står skeivt, som og forkortar opptrening og lindrar smerter. Særleg har barn med brotskadar fått betre smertelindring som følge av dette.

Vurderingskompetanse

Auka kompetanse og også bruk av teknologi gjer at ambulansetenesta kan bruke video opp mot legevakt eller legar i sjukehus som beslutningstøtte. Slik støtte kan avgjere om pasienten treng vidare til legevakt eller sjukehus, eller om situasjon kan avklarast og bli att

heime eller på institusjon for å sjå an utvikling og behandlingstiltak. I andre tilfelle kan video medverke til eit meir tidseffektivt pasientforløp.

FRAM - samarbeid

Helse Førde og føretaka i Helse Vest gjekk i 2024 inn i det nasjonale samarbeidet om nasjonale faglege retningslinjer for ambulansetenesta, gjennom FRAM-samarbeidet, felles retningslinjer for ambulansetenesta. Eit av måla er betre samhandling, auka likskap og standardisering, og meir bruk av kunnskapsbasert praksis. Det er ein ambisjon om at dette kan bli nasjonalfaglege retningslinjer på fagområdet.

Oppsummering:

Den faglege utviklinga i ambulansetenesta i Helse Førde har styrkt det akuttmedisinske tilbodet vesentleg. Når ambulanse kjem fram får ein i dag ein tidlegare undersøking og prioritering av pasientane. Dette har ført til betre pasienttryggleik, tidlegare igangsett behandling og meir effektive pasientforløp for enkelte tilstandar.

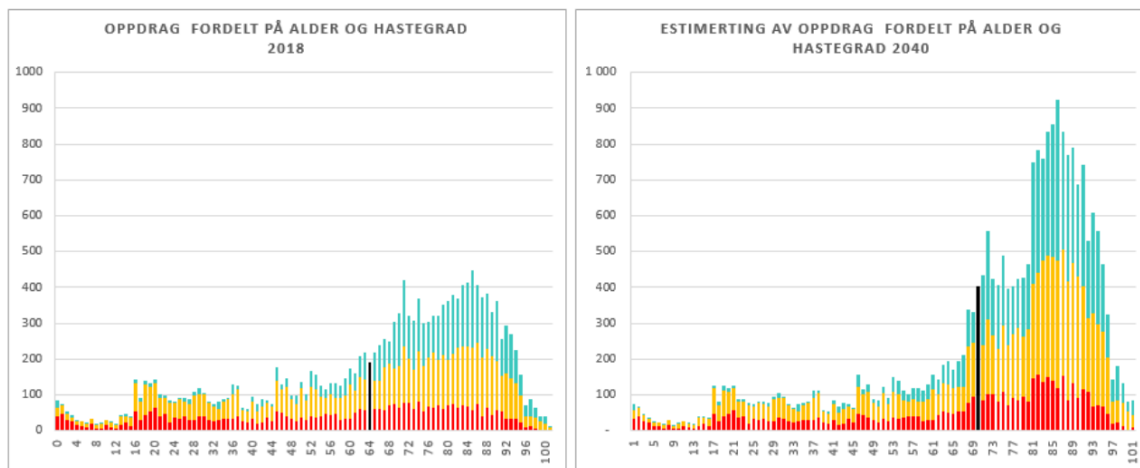
4.3 Framskrivingar av folketal

Prehospital plan gjorde grundige analysar og framskriving av opptaksområde for perioden 2018-2040.

Det var og estimert:

- Auke i oppdrag på om lag 6 500 oppdrag årleg (42 prosent)
- Belasta tid i den prehospitala tenesta, om lag 15.000 timar årleg (34 prosent)
- Samstundeskonfliktar; om lag 70 årleg (Samla)

Simuleringane viste at mykje av folkeveksten vil komme i meir «urbane strøk» fram til 2040 og gi seg utslag i kortare responstid og belasta tid for tenesta.



Figur: Aldersforskjell til pasientar i ambulanse i Helse Førde (2018) og estimert aldersfordeling i 2040.

Mellom anna kartla ein at gjennomsnittleg alder på pasientar i ambulansen ville auka frå 64 år (2018) til 69 år (2040) basert nullalternativet i scenario 1 i fase 2 av prehospita plan, ut frå SSB si framskriving av folkemengd og alderssamansetning.

Atløysambandet

Atløysambandet vil gje eit ferjefritt samband mellom Askvoll og Atløya, den mest folkerike øya i Askvoll kommune med om lag 500 innbyggjarar.

Atløysambandet er forventet ferdigbygd i 2030 og vil knyte Atløy til fastlandet. Bruk av ambulansebåt vil bli erstatta med ambulanse og lette logistikken for både ambulansenesta og pasientreiser, men også for befolkninga som skal til og frå legevakt og sjukehus, særleg på kveld og natt.

Frå 2030 vil bilambulanseoppdrag frå Fjaler ambulansestasjon betene Atløy som ein del av fastlandssambandet.

4.4 Bruk av luftambulanse / redningshelikopter

I arbeidet har ein ikkje utgreidd bruk av luftambulanse og redningshelikopter ut over det som vart gjort i prehospita plan, (kap.6.3.). Nasjonale rekvisisjonsreglar vart revidert og har vore på høyring i 2025. Det er vaktavande LA-lege som har medisinsk beslutningsmynde for iverksetting av oppdrag. Aktivitetsnivået er venta å ligge på om lag same nivå som i dag.

Luftambulanse vert nytta når kritisk dårlege pasientar har behov for tiltak både før og under transport til FSS, eller oppdrag og overflyttingar til Haukeland. Ein nyttar og helikopter når ein treng rask transport til sjukehus, og avstanden er lang.

I prehospita plan gjekk det fram at avviste oppdrag var fordelt slik: ikkje behov (62 prosent), værtilhøve (15 prosent), samtidskonflikt (12 prosent). I same rapport gjekk det og fram høg grad av tilgjengelegheit.

I 2028 får luftambulansen i Førde eit større helikopter, med m.a. større plass og rekkevidde. I utgangspunktet gir dette ingen endring i operative flyforhold, anna enn at auka rekkevidde vektast positivt for instrumentflyging.

Hausten 2024 var Forsvaret tilbake i Florø med nye AW 101 redningshelikopter. Basen har to helikopter, der eitt til ei kvar tid er i operativ beredskap.

5. Ambulanseaktivitet i opptaksområdet

5.1 Aktivitet og kapasitet

Stasjon	Akutt			Haster			Vanlig			Totalt		
	Tal	Tid	KM	Tal	Tid	KM	Tal	Tid	KM	Tal	Tid	KM
Førde ambulansestasjon	910	1 361	33 905	1 228	2 235	67 690	969	3 820	123 430	3 107	7 416	225 025
Florø ambulansestasjon	741	1 493	48 338	978	2 309	70 574	444	1 040	36 374	2 163	4 843	155 286
Sogndal ambulansestasjon	463	1 254	46 584	741	2 260	84 725	540	1 910	75 645	1 744	5 424	206 954
Eid ambulansestasjon	382	820	19 781	654	1 745	49 980	604	1 924	58 835	1 640	4 489	128 596
Fjaler ambulansestasjon	322	788	26 774	370	1 082	34 216	451	1 940	68 396	1 143	3 809	129 386
Måløy ambulansestasjon	319	805	27 496	495	1 296	41 828	267	736	25 662	1 081	2 838	94 986
Stryn Ambulansestasjon	302	729	25 823	488	1 454	51 324	235	730	27 581	1 025	2 912	104 728
Lærdal ambulansestasjon	258	645	24 751	292	758	26 368	306	1 333	57 775	856	2 736	108 894
Gloppen ambulansestasjon	233	616	21 806	365	1 088	40 218	139	442	15 302	737	2 146	77 326
Årdal ambulansestasjon	209	571	19 850	300	988	26 410	209	669	22 612	718	2 229	68 872
Høyanger ambulansestasjon	171	414	16 052	312	787	28 408	225	808	31 536	708	2 008	75 996
Lavik ambulansestasjon	160	451	16 151	263	879	30 974	177	680	22 715	600	2 010	69 840
Seilje ambulansestasjon	159	454	15 600	275	839	25 984	121	291	9 655	555	1 584	51 239
Luster ambulansestasjon	152	516	19 832	227	719	27 401	99	257	10 150	478	1 492	57 383
Vik ambulansestasjon	79	204	6 743	120	347	11 094	93	271	8 586	292	822	26 423
Solund ambulansestasjon	60	154	3 763	97	275	5 432	58	137	3 112	215	566	12 307
Totalt	4 920	11 276	373 249	7 205	19 058	622 626	4 937	16 989	597 366	17 062	47 324	1 593 241

Tabell: Oppdrag per stasjon og sortert per hastegrad og samla (2024).

Analysane viser at aktiviteten er aukande i tråd med forventingar om ei eldre befolkning. Det er og klart at avstandane er store, med krevjande geografi og lange avstandar på varierende vegstandard. Færre stasjonar, er i modellane synleggjort, og vil føre til at nokre område får auka responstid. Omsyn til skjerpa beredskap, og aukande samtdiskonfliktar vil måtte gå ut over planlagde oppdrag, t.d. utkøyring frå sjukehusa, eller overflyttingar mellom sjukehusa.

Prosjektgruppa har sett til tidlegare utgreiingar og aktivitetstal i arbeidet med prehospital plan. Ambulansetenesta utfører oppdrag på tvers av kommunegrensar og utfyller behov og samla kapasitet. Tenestetilbodet må sjåast i heilskap, og faktagrunnlaget er meint å synleggjere dette.

For øyeblikkeleg-hjelp (ØH-opppdrag) ser vi dette særleg samla for seksjon 1, stasjonane Høyanger og Fjaler, med Lavik som satellitt-stasjon under Fjaler. For å synleggjere konsekvensane av oppdrag a) ut frå sjukehus og b) mellom sjukehus, viser nokre av rapportane også aktivitet i Sunnfjord.

Aktiviteten viser at stasjonar rundt sjukehusa inngår i samla kapasitet for overføringar til og frå Haukeland.

Etableringa av kvit bil i 2020 viser og at ressursen avlastar oppdrag som før var utført av akuttambulansar. Ressursen utfører om lag 440 oppdrag og køyrer om lag 40.000 km årleg.

5.2 Oppdrag per stasjon og oppdragstype

Kommune	Beredskap forflytning	Hjemkjøring/utkj./innkj.	Ingen pasient/avbrutt	Ordinært amb. oppdrag	Pas. tilsett u/beh. for transp.	Totalt
ASKVOLL		21	16	264	42	343
Fjaler ambulansstasjon		19	11	214	36	280
Førde ambulansstasjon			2	36	3	41
Høyanger ambulansstasjon				3		3
Lavik ambulansstasjon		2	3	11	3	19
BERGEN		171	14	235	4	424
Fjaler ambulansstasjon		50	5	38	3	96
Førde ambulansstasjon		102	6	171	1	280
Høyanger ambulansstasjon		10		14		24
Lavik ambulansstasjon		9	3	12		24
FJALER	45	19	21	246	45	376
Fjaler ambulansstasjon	1	15	12	203	43	274
Førde ambulansstasjon	3	1	3	18	2	27
Høyanger ambulansstasjon	3	1		4		8
Lavik ambulansstasjon	38	2	6	21		67
HYLLESTAD	4	4	7	157	29	201
Fjaler ambulansstasjon		2	4	36	6	48
Førde ambulansstasjon				12		12
Høyanger ambulansstasjon				5	2	7
Lavik ambulansstasjon	4	2	3	104	21	134
HØYANGER	108	27	31	416	115	697
Fjaler ambulansstasjon	17		3	13	1	34
Førde ambulansstasjon	16	4	6	38	4	68
Høyanger ambulansstasjon	8	20	15	262	80	385
Lavik ambulansstasjon	67	3	7	103	30	210
SUNNFJORD	40	686	123	1682	172	2703
Fjaler ambulansstasjon	6	186	42	112	14	360
Førde ambulansstasjon	28	352	70	1489	151	2090
Høyanger ambulansstasjon	4	111	7	35	4	161
Lavik ambulansstasjon	2	37	4	46	3	92
Totalt	197	928	212	3000	407	4744

Tabell: Viser oppdrag per kommune sortert på oppdragskategori (2024).

Tabellen illustrerer i kva grad ambulansane utfører oppdrag i respektive primærområde og omfanget av aktivitet på tvers av t.d. kommunegrenser fordelt på oppdragstype. Flåtestyring som tiltak og omfang illustrerer ein allereie sårbar beredskap og manglande grunnberedskap. Tala i tabellen illustrerer at ressursar rundt Sunnfjord utfører mange oppdrag i Sunnfjord. Dette er oppdrag ut frå FSS og mellom FSS og Haukeland. Dette er oppdrag med lang tidsvarigheit og som utfordrar beredskapsaspektet. Til dømes utførte Fjaler 360 oppdrag, Lavik 92 og Høyanger 161 oppdrag i Sunnfjord kommune i 2024. I vedlegg viser oversikt over oppdragsvolum per stasjon fordelt på kommunar. Det illustrerer problemstillinga på eit meir overordna nivå. Prosjektgruppa har lagt til grunn at oppdrag som er utført har medisinsk indikasjon, og at det noverande aktivitetsgrunnlaget må påreknast i framskrivingar. Reduserte ressursar vil utfordre kapasitet og beredskap i områda, særleg på dagtid.

6. Samla vurdering: Kvalitet, økonomi og risiko

6.1 Overordna føringar

Tiltaka er vurderte opp mot nasjonale og lokale krav, styringsdokument og prioriteringsretteiarar. Prosjektet Prehospital plan var knytt til programmet [pasientens helseteneste](#) Helse Førde 2030.

For nasjonale krav og lokale krav er desse godt omtalt tidlegare i prehospital plan, både reglar og krav til den prehospitala tenesta (kap. 4) og krav til bemanning, arbeidstidsordningar, stasjonstilhøve og kompetanse (kap.5).

Særleg aktuell er akuttmedisinforskriftera for ambulansetenesta, som omtalar kompetansekrav og krav til samhandling med kommunehelsetenesta.

Ambulansetenesta har arbeidstidsordningar som opnar for langvakter og døgnvakter. Dette skjer etter unntak frå Arbeidsmiljølova §10.12 fjerde ledd, og krev årleg revisjon og protokollar med arbeidstakarorganisasjonane.

For [Styringsdokumentet](#) 2025 er særleg to av dei overordna måla vurderte å vere relevante for dei prehospitala tenestene:

Helseføretaka skal innrette verksemda si med sikte på å nå desse overordna hovudmåla:

- 1. Rask tilgang til trygge helsetenester av høg kvalitet med samanhengande pasientforløp.*
- 5. Spesialisthelsetenesta bidreg til samfunnssikkerheit og er budd på kriser.*

6.2 Forsvarlegheitsnorm i prehospitala tenester

Forsvarlegheitsnormen er ein grunnleggjande rettsleg standard i norsk helselovgivning, forankra i spesialisthelsetenestelova § 2-2 som slår fast at helsetenester skal vere fagleg forsvarlege. Dette kravet omfattar både kvaliteten på tenesta, organiseringa og tilgjenge for pasientane. For ambulansetenesta betyr det at ein må sikre rask og kompetent hjelp også i område med spreidd busetnad. Spørsmålet om nærleik til befolkninga vil inngå i vurderinga av forsvarlegheit.

Forsvarlegheitsnormen er ein dynamisk standard som utviklar seg i takt med medisinsk kunnskap, teknologi og samfunnet sine forventningar, om slike krav til helsetenester:

- har tilstrekkeleg kompetanse og bemanning
- er organisert slik at pasientar får koordinert og trygg hjelp
- er tilgjengelege innan rimeleg tid
- legg til rette for at helsepersonell kan utføre arbeidet forsvarleg

Dette gjeld både for den daglege drifta og for beredskap ved akutte og ekstraordinære situasjonar.

Geografisk nærleik til befolkninga er ikkje eksplisitt definert i lova, men er ein naturleg del av vurderingane om forsvarlegheit. Norsk helseteneste byggjer på prinsippet om likeverdige tenester, uavhengig av bustad. Dette inneber at også innbyggjarar i spreiddbygde område skal ha tilgang til akuttmedisinsk hjelp innan forsvarleg tid.

I praksis betyr dette at:

- Responstid blir ein indikator for forsvarlegheit.
- Plassering av ambulansar må ta omsyn til både befolkningstettleik og geografisk spreiding.
- Matematiske modellar kan nyttast for å optimalisere plassering, men må supplerast med faglege og etiske vurderingar av tryggleik og rettferd.

Det ligg ei spenning mellom effektivitet og likeverd. Effektivitet tilseier at ambulansar blir plasserte der flest mogleg kan nåast raskt, ofte i tettbygde område. Likeverd tilseier at også mindre befolka område må ha tilgang til tenester innan forsvarleg tid. Ei teneste som berre prioriterer effektivitet, kan risikere å bryte med kravet om likeverdig og forsvarleg helsehjelp.

Helse Førde må balansere desse omsyna i planlegging og dimensjonering av tenestetilbodet. Prosjektgruppa har hatt desse vurderingane i diskusjonane om forsvarlegheit knytt til arbeidet.

6.3 Kvalitet og tenesteutvikling

[Stortingsmeldinga om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus](#) understrekar at eit samanhengande pasientforløp er avgjerande. Dette føreset harmoniserte måleparametrar for tryggleik og effektivitet. Regjeringa ønskjer å vidareutvikle akuttberedskapen gjennom felles planverk og ein generisk modell for akuttkjeda, noko som krev nasjonale kvalitetsindikatorar. Kommunar og helseføretak som ikkje oppfyller desse tilrådingane, må saman utforme risikovurderingar og sjå på løysingar som tar ned risikoar. Det er å vente at det kan kome tydlegare oppdrag knytt til felles planverk.

Dagens todelte forvaltningsstruktur skaper utfordringar for å utvikle ei samanhengande akuttmedisinsk kjede. Innbyggjarane bør møtast av eit koordinert og heilskapleg tenestetilbod, der ressursane vert planlagde og styrte i fellesskap, og der personell inngår i ein felles struktur. Demografiske endringar, med fleire eldre og personar med samansette helseutfordringar som bur heime, aukar behovet for tilgjengelege og tilpassa akuttmedisinske tenester. Samstundes utfordrar store geografiske avstandar prinsippet om likeverdige tenester, og sentralisering av funksjonar kan svekke tilgangen for enkelte grupper.

Kommunar og helseføretak må difor balansere behovet for større og meir robuste einingar med kravet om nærleik til tenestene. Ny teknologi, som videoløysingar og digitale verktøy,

opnar for desentralisering av tenester og kan bidra til rask og god helsehjelp – uavhengig av geografisk plassering.

Eit tett samarbeid mellom kommunar og helseføretak legg til rette for meir treffsikre tenester, og gjer det mogleg å tilby helsehjelp på rett nivå. Dette kan førebyggje unødvendige forflyttingar og akuttinnleggingar, noko som både er betre for pasienten og meir effektiv ressursbruk. Akuttmedisinforskrifta stiller krav til samhandling og koordinert innsats for å sikre formålstenlege tenester.

Regjeringa har etablert eit rekrutterings- og samhandlingstilskot for å stimulere kommunar og helseføretak til å utvikle gode, lokale tenester for prioriterte pasientgrupper, inkludert akuttmedisinske tenester. For å møte framtidige behov må ein tenkje nytt om korleis det akuttmedisinske tilbodet kan oppretthaldast og vidareutviklast. Dette inneber å prøve ut nye tenestemodellar og å ta i bruk teknologi, personell og kompetanse på nye og meir fleksible måtar. Utfordringar i dette område, kan vere aktuelle å sjå på vidareutvikling av tenestetilbod saman.

Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag å lage et nytt kvalitetsindikatorsett for heile den akuttmedisinske kjeda utanfor sjukehus. Det er nedsett ei arbeidsgruppe som skal gjennomgå [eksisterende NKI-er for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus](#), og vurdere om desse bør vidareførast. Det skal også vurderast å utvikle ein eller fleire nye NKI-ar for akuttmedisinske tenester.

6.4 Økonomi og ressursar

Reduksjon i tal stasjonar, ressursar og beredskap gir potensiale for økonomiske innsparing i tal årsverk. Det er gjort berekningar hovudsakleg på personalkostnadar, og leigekostnadar på stasjonsfasilitetar og beredskapspunkt.

Det er vanskeleg å estimere innsparingar på driftskostnader, då oppdrag uansett må utførast av andre ressursar. Utskiftingstakt på bil-investeringar vil følge samla kilometerproduksjon og aktivitet. Auka bruk av flåtestyring kan gi auka transportkostnader, og prosjektgruppa meiner driftskostnadane i dette bilde har ein avgrensa innsparing. Bilhald og driftskostnader er i rekneskapen halde utanfor stasjonane sine budsjett på eige overordna ansvar/koststad. Prosjektet har såleis ikkje kalkulert innsparingar på driftsutgifter (bilpark) eller at endringar vil påverke på investeringsbudsjett for ambulansetenesta. Investeringar har eit akkumulert etterslep på utskiftingsbehovet som vil ta fleire år før bilparken samla kjem ned på rett nivå.

Kostnader	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Leige ambulansestasjon Lavik	1 000			
Leige beredskapspunkt		100	100	100
Døgnbil Fjaler 1	7 050	7 050	7 050	7 050

Døgnbil Fjaler 2			7 050	7 050
Dagbil Fjaler	4 730	4 730		
Døgnbil Lavik	7 050			
Dagbil Lavik				4 730
Sum	19 830	11 880	14 200	18 930
Differanse frå alternativ 0	0	-7 950	-5 630	-900

Tabell: Økonomiske innsparingar for dei utgreidde alternativa.

Kommentar:

Drift og eigedomsavdelinga i Helse Førde har estimert leigekostnadane ved nedlegging av Lavik ambulansestasjon. Helse Førde må rekne om lag 1 MNOK i husleige for ein fullverdig stasjon etter dagens standard og krav frå Arbeidstilsynet. Eit leigetilhøve for beredskapspunkt er estimert til årleg leige på kr 100.000.

Berekningane syner korleis endringar i beredskap og arbeidstid vil påverke faste lønnskostnader. I arbeidsplanane er arbeidstid knytt til å dekke fråvær i samband med planlagde kurs, fagdagar og ferieavvikling innarbeida.

Ambulansetenesta har og kostnader knytt til variabel løn som overtid i samband med ekstraarbeid og sjukefråvær, uttrykking på vakt og liknande. Dette vil variere forskjellig mellom år og stasjonar og er difor ikkje med i berekningane. Vidare kan til dømes reduksjon i ein døgnbil føre til meir utrykking på vakt på andre døgnbilar i området.

Sjølv om variabel løn kan være noko ulik i alternativa vil berekningane gi eit tilnærma riktig bilete på forskjellen i økonomien mellom dei ulike alternativa.

Til samanlikning har ein rekna gjennomsnitt av drifta ved to ambulansestasjonar med døgnambulanse (Luster og Gloppen). Lønnskostnadane låg her på 8,3 MNOK årleg. Ei realistisk innsparing vil ligge mellom 8-8,3 MNOK for ein døgnambulanse.

Høyanger ambulansestasjon er halde utanfor i oppsettet då lønnskostnadar og leigekostnadar her er uendra i alle alternativa.

6.5 Kost nytte vurdering

Dag versus døgnberedskap

Vaktordninga i ambulanse er grundig omtalt i kap. 5 i fase 1 av prehospital plan. Dagambulanse har typisk 12 timar aktiv vakt med 1:1 løn i tidsrommet kl.08.00-20.00.

Døgnambulanse har vakt gjennom heile døgnet. Eit typisk vakt døgn for 24 timar beredskap er 17 omrekna lønstimar. Vakta er delt i aktiv tid, kl.08.00-21.00, og ein passiv del kl.21.00-

08.00. Passiv vakt på natt avspeglar ei forventning om kvile. Oppdrag i passiv del lønast som variable lønskostnader tilsvarande 50 prosent overtid. Likevel tel ikkje utrykkingstid som overtid etter overtidsreglane og ein unngår AML-brot. Ordninga er ein «bransjestandard», som er ønska av tilsette med konsentrert skiftarbeid. For arbeidsgjevar er døgnvakt på vakt på vaktrom langt rimelegare enn å betale aktiv tid (1:1) for 24 timar, ev to 12 timars skift med overlapp. Endringar som skapar høgare aktivitet på allereie pressa ressursar, kan føre til behov for overgang til aktiv vakt.

Differanse i beredskapstimar på dag og døgnbil er 12 timar, men utgjer årsbasis 2,3 MNOK i differanse. Differanse for omrekna lønstimar utgjer 5 timar per tilsett per døgn. Kort forklart får ein 12 timars beredskap på kveld og natt for to personar til nær same kostnaden som ei nattevakt (10 timar) i institusjon på 1:1 beredskap.

Det er prosjektgruppa si vurdering at dette er ein låg kostnad som vil ta ned mykje av risikoane i modell 1, ikkje minst den økonomiske uvissa på alternativ kostnad. Vår vurdering er at reduksjon av døgnambulanse, fort vil utløyse behov for å flåtestyring av ressursar på natt, om ein av bilane i område får oppdrag. Tiltaket si reelle innsparing kan bli avgrensa.

Døme: Ambulansen i Fjaler får oppdrag frå Askvoll kai til FSS etter klokka 20.00 eller i helg. Einaste ressurs att i seksjon 1 er døgnambulanse i Høyanger, som blir flåtestyrt i retning Vadheim og Lavik. Konsekvensen kan vere at arbeidsgjevar betalar fire personar løn tilsvarande 50 prosent overtid i tidsperioden ressursane er aktive.

Inntektsfordelingsmodell

Inntektsfordelingsmodellen i Helse Vest har som mål å sikre likeverdige helsetenester i regionen ved å fordele basisinntektene mellom helseføretaka etter objektive kriterium etter desse hovudprinsippa:

- **Befolkning:** Fordeling skjer primært etter innbyggartal i føretaka sitt opptaksområde.
- **Behovskomponent:** Justering for demografi (alder), sjukdomsprofil og sosioøkonomiske forhold, fordi desse påverkar behovet for helsetenester.
- **Kostnadskomponent:** Tek omsyn til kostnader ved å levere tenester, inkludert geografi (avstand, spreidd busetnad) og storbyutfordringar (kapasitet og samtidighetskonflikt).

Modellen skal utjamne forskjellar slik at føretaka kan tilby forsvarlege tenester innanfor sine opptaksområde. Prehospitale tenester har eigne justeringar fordi kostnadsdrivarane varierer mellom by og distrikt, som sist vart gjennomgått i 2022.

Prehospitale tenester vektlegg desse parametrane for prehospital drift

- **Reisetid og geografi:** Helse Førde får høg skår fordi lange avstandar og spreidd busetnad gir høge kostnader for beredskap og transport.

- **Historisk kostnadsnivå:** Modellen inkluderer tidlegare kostnader for å sikre stabilitet.
- **Beredskapstimar per innbyggjar:** Distrikt har høgare krav til beredskap per innbyggjar enn byføretak.
- **Transportform:** Bil-, båt- og luftambulansse gir ekstra kostnadsvekting for Helse Førde.

På kostnadsindeksen får Helse Førde ein større del av denne potten fordi interne fordelingar vektlegg reisetid og beredskap.

Distriktsprofilen gir Helse Førde økte økonomiske rammer samanlikna med Helse Bergen og Helse Stavanger, grunna lengre reisetider til sjukehus og spreidd geografi. Tilsvarande mange stasjonar med lågare oppdragsmengd, men krav om døgkontinuerleg drift.

Det er ukjent for prosjektgruppa i kva grad redusert beredskap og tenestetilbod vil føre til reduserte basisinntekter frå Helse Vest til Helse Førde på kortare og lengre sikt.

6.6 Kompetanse og personell

Kompetansenivået i personalgruppa er vurdert å ligge på same nivå som tenesta generelt. Det er tidlegare omtalt kva utvikling som har vore på det faglege nivået i tenesta. Uavhengig av modellane vurderer vi at aktiviteten på stasjonane vil ta i vare aktivitet og oppdragsmengd for å oppretthalde kompetansenivå, saman med fagutvikling, fagdagar, samtrening og internundervisning.

Aktiviteten ved Høyanger ambulansstasjon er samla sett lågare enn andre stasjonar med tilsvarande døgn og dagbil. Ei justering av Høyanger dagbil mot beredskapspunkt i Lavik kan gi auka aktivitet og oppdragsvolum. Tynn og sårbar beredskap, kan heve terskelen for bruk av ambulansse og at volum av oppdrag per stasjon og oppdrag for den enkelte går tilbake.

Tilsette i seksjon 1, og særleg tilsette i Lavik og Fjaler har over tid stått i uvisse og omstilling. Nokre tilsette har søkt seg bort frå stasjonane, og langvarig uvisse om framtida og turnusordningar påverkar personalgruppa. Dette har kome klart fram i tidlegare personalmøte og seinast på informasjonsmøte til personellet i seksjon 1 i november 2025.

Innspel frå tilsette

- Ein modell med reduksjon av døgnbil i Lavik, kor ein sit att med døgn- og dagbil i Fjaler, vil dette gi høg grad av dagbil-belastning som mange vil vekte negativt og ugunstig, kanskje særleg for pendlarar. Ei slik ordning kan føre til at tilsette søker seg til andre stasjonar med betre turnusordningar.
- Tilsette tok og opp at høg aktivitet, kan bli oppfatta som stressande og belastande, kor ein kan risikere å måtte melde seg av vakt. Når ein veit det kan ta tid (timar) å få bemanna med anna personell, kan tilsette oppleve eit press om stå i vakt, sjølv om

kroppen treng kvile. Tilsette stilte spørsmål om arbeidstidsordninga til særleg modell 1. Dette går på om tilsette ikkje lenger fekk gå fleire samanhengande vakter med omsyn til forsvarlegheit, og om det kunne føre til langt fleire jobboppmøte enn i dag.

- Tilsette tok og opp at høg aktivitet kan føre til at ein må bruke meir av fritida for å kome til hektene etter lange vakter.
- Personellet har og eit ønske om å ha eit større fag og arbeidsmiljø, enn å sitje på ein-bil stasjonar. Det var ein av grunnane til at ein samla Fjaler og Askvoll i si tid. Personellet såg dette som positivt, men seinare har dette blitt endra ved å byggje ned Fjaler-stasjonen. Det er fleire ønska effektar ved å samle personell på to døgnbilar eller døgn og dag i same fagmiljø, enn å fragmentere dette. Tilsvarande kan det frå Høyanger opplevast negativt om dagbil i aukande blir brukt mot beredskapspunkt i Lavik og det i realiteten blir «en-bil» stasjoner i drift.

Dette var nokre av innspela som har kome fram frå tilsettperspektivet.

6.7 Risiko og konsekvensar

Det er gjennomført ei grundig risikovurdering basert på fem overordna hovudkategoriar som er gjennomgåande for prosjekta i Helse Førde:

- Kvalitet og pasienttryggleik
- Samfunn og helsetenesteperspektiv
- Drift/ressursar
- Kompetanse/personell
- Økonomi

Evalueringskriteria byggjer på mal frå Helse Vest, som har definert fastsetting av vekting på sannsynlegheit og konsekvens:

- Pasient – liv og helse
- Medarbeidar – liv og helse
- Drift
- Økonomiske materielle verdiar
- Klima, miljø og natur

Risikofaktorar byggjer òg på tidlegare gjennomførte ROS-analyser frå prehospitalet plan, og seinare vurderingar. Då ambulansestructur og dynamiske situasjonsbilde gjeld heile nedslagsfeltet i Helse Førde og meir geografisk samla område, har risikovurderingane prøvd å balansere omsynet til at det er pårekeleg at det ikkje til ei kvar tid er ledig ressursar ved den enkelte stasjon, og at beredskap versus aktivitet inngår i vurdering av ein meir samla dimensjonering.

Ein må ha med seg at dagens situasjon og drift ikkje er utan risiko og sannsynlegheit. Dagens tenestetilbod og 0-alternativ, er ikkje risikovurdert. Likevel er den samla

kapasiteten i dagens 0-alternativ mykje lik alternativ 3, sjølv om beredskapen på natt i Fjaler er samla i to døgnbilar, og ikkje ein i Fjaler og ein i Lavik.

ROS-analysen peikar på risikoar knytt til responstid, kapasitet, pasienttryggleik opp mot tidsaspekt og faktorar knytt til arbeidsmiljø og belastning for ambulansetilsette, AMK-operatørar og auka belastning på andre samarbeidsaktørar. Dei risikoane som prosjektgruppa har peika ut som mest kritiske er:

RISIKOOMRÅDE Prehospitale tenester

Kvalitet og pasienttryggleik	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Tid til ankomst spesialisert behandling på sjukehus	16	12	8
Manglande tilgang på ambulanse	20	16	12
Tid til oppstart spesialisert behandling prehospitalt	20	16	16
Ulik tilgang til helsetenester i delar av opptaksområdet	15	9	9
Kompetanse og personell			
Belastning for ambulansepersonell	16	16	12
Belastning for AMK personell	6	6	4
Fagmiljø	6	4	4
Økonomi			
Tiltaka ikkje når venta innsparing	9	6	4
Auka flåtestyring	15	15	9
Drift og ressursar			
Svekka kapasitet for sekundæroppdrag	15	15	9
Samfunn og helsetenesteperspektiv			
Belastning på samarbeidsaktørar	12	9	9

Tabell: Samleoversikt over ROS-analysen og score for ulike alternativ

Lenke til [ROS-analysen](#) i Synergi ligg her.

Prosjektgruppa har brukt fleire møter på drøfte og score risiko og sannsyn. Slik samleoversikten viser, vil risikoen gå noko tilbake i dei ulike alternativ 2 og 3, samanlikna med modell 1 som er nærast opp til oppdraget i mandatet.

6.8 Samfunnsmessige konsekvensar

Endringar i ambulansestructuren vil påverke tilgang og nærleik til pasientar, og publikum og innbyggjarar vil kunne oppleve det akuttmedisinske tilbodet som svekka.

Samarbeidspartar som legekantor, legevakter og sjukehus kan oppleve nærleik og kapasitet som svekka, og mindre føreseieleg og tilgjengeleg.

Kommunar som har akutthjelparordningar og legevaktsatelitt kan oppleve å bli ståande lenger åleine før ambulanse og legevakt kjem. Særleg på kveld og natt, men og på dagtid dersom kapasitet er «opptatt» og det tar tid å få fram andre akutt-ressursar.

Den samla kapasiteten vil gå ned. For å bøte på dette kan AMK sende ressursar i flåtestyring. Slik flåtestyring vil likevel svekkje beredskap i eit område, til fordel for å prøve å jamne ut beredskap. Flåtestyring medfører auka tidsforbruk og arbeidsbelastning for ambulansetilsette.

7. Oppsummering og vidare vegval

7.1 Sentrale utfordringar og risikoreduserande tiltak

Prosjektgruppa har valt å løfte fram enkelte sentrale utfordringar som er identifisert i rapporten, og meiner desse bør kome tydeleg fram i saksgrunnlaget. Desse utfordringane er forsøkt grundig belyst gjennom det samla faktagrunnlaget i rapporten.

Kapasitet på kveld og natt: Modell 1 medfører ein svært sårbar kapasitet gjennom heile døgnet, men særleg på kveld og natt med berre to bilar i beredskap over eit stort geografisk område. Når ein ressurs på kveld og natt får oppdrag, vil dette kunne medføre aktivering av anna ressurs på flåtestyring for å kompensere beredskap. Risiko for at ressursar blir utkøyrte på tid er høg, og den forventa innsparinga kan bli avgrensa.

Kapasitet på dagtid: Modell 2 med ein dagbil mindre (alle dagar), gir svekka kapasitet på dagtid, særleg i helg når dagbil i Førde og Høyanger allereie er parkert.

Responstid: Utvikling i Helse Førde har vore negativ for enkelte kommunar og for Helse Førde på overordna nivå. Det kan illustrere eit samla kapasitetsproblem og venta endringar ved gjennomførte strukturendringar i prehospitalet. Nærleik til akutte helsetenester, og auka behandling og diagnostikk i ambulansetenesta har vore viktige satsingar og i tidlegare drøftingar om innhald i sjukehusa.

Høgare arbeidsbelastning kan utfordre dagens vaktordningar: Om ressursane i vakt får vesentleg høgare belastning på færre ressursar, kan dagens unntak med kombinasjonsvakter med aktiv vakt og vakt på vaktrom, bli kravd endra til toskiftordningar. Det kan redusere forventa innsparing med tiltaka.

Samhandlingprosjekt mellom Helse Førde og kommunane. Regjeringa har etablert rekrutterings- og samhandlingstilskot for å stimulere kommunar og helseføretak til å utvikle gode, lokale tenester for prioriterte pasientgrupper, inkludert akuttmedisinske tenester. For å møte framtidige behov må det tenkast nytt om korleis det akuttmedisinske tilbodet kan oppretthaldast og utviklast. Dette inneber å prøve ut nye tenestemodellar og å bruke teknologi, personell og kompetanse på nye og meir fleksible måtar. Prosjektgruppa meiner Helse Førde bør sitje i førarsetet og involvere og invitere kommunane med i eit eller

fleire prosjekt på korleis ein i fellesskap må tenkje nytt om organisering og framtidige behov.

Samarbeidsavtalene og beredskapsplanar for dei akuttmedisinske tenestene bør vere meir konkrete enn det som har vore til no. Avtalane bør omfatte informasjon om dei ressursar som eksisterer og kor tilgjengelege dei er. Det omfattar og øyeblikkeleg hjelp-tilbod i kommunen og responstider og kapasitet for ambulansetenesta. Avtalane bør og omfatte avtalte samhandlingstiltak, bruk av akutthjelparar, rutinar og samarbeid om felles fagutvikling og trening, samt korleis definerte kvalitetsindikatorar skal følgast opp.

Det er lange reisetider til legevakt og ulikt tilbod om legevaktsatelitt i kommunane. Det er opplevd som eit velfungerande tilbod for befolkninga i Balestrand som er unikt for dette område, men meir uklart kva gjeld status for andre kommunar. Utfordringane i dei akuttmedisinske tenestene treff ulikt. Den demografiske utviklinga vil forsterke utfordringane vi allereie har i dag, med tilgjengelegheit, tilgang til personell og kompetanse. Planlegging og utvikling av tilbodet må skje med utgangspunkt i lokale forhold og moglegheiter.

Intern samhandling og overgang mellom prehospitall og hospitall forløp

Ventetid i sjukehus bind opp ambulansepersonell utan å få levere pasient til legevakt eller akuttmottak. I mange tilfelle tar det timar   få avklart vidare forløp i sjukehusa til både røntgen og polikliniske konsultasjonar. Referansegruppa til prehospital plan fase 1 var klar på at dette innebar eit forbettringspotensiale, der tid til levering og klargjering av ressurs ikkje burde overstige maksimalt 10 til 20 minutt samanlikna med praksis i andre føretak. I prehospital plan var eit av tiltaka   overføre ansvar for oppfølging av dette til arbeidsgruppe akuttmottak i sjø på løysing på desse punkta:

- Prehospitale tenester har behov for eit definert avleveringspunkt i sjukehusa som tar ansvar for alle pasientar som ikkje er avklart til spesifikk mottakar.
- Pasientar i ulike triagekategoriar og fagområde må ivareta kast medan forløp vert avklara.
- Uttransportar av pasientar som skal heim, treng ei sone der dei kan vente, med tilgang til assistanse for praktiske gjeremål og svar på spørsmål.

I kap. 6, i fase to av prehospital plan, var det i alt 11 tiltak som omhandla intern samhandling og overgang mellom prehospitall og hospitall forløp. Få av desse er realisert og bind framleis opp mykje kapasitet i ambulansetenesta.

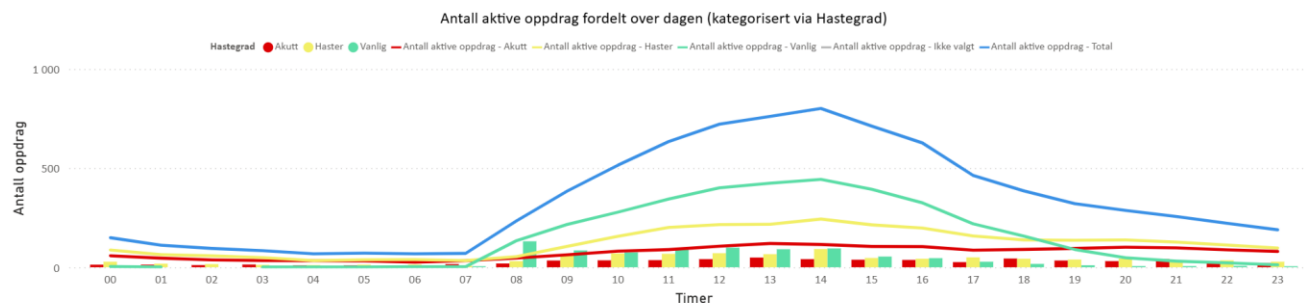
Slike prosjekt må realiserast for å kartlegge arbeids- og prosessflyt med mål om fristille prehospitale ressursar for kapasitet utanfor sjukehus.

7.2 Aktivitetsutvikling

Stasjon	2017	2024	Endring
Høyanger	775	708	-67
Lavik	457	600	+143
Fjaler	1250	1143	-107
Samla	2482	2451	-31

Tabell: Aktivitetsutvikling på stasjonane i perioden 2017-2024

Tal oppdrag fordelt per hastegrad og belastning Viser oppdrag fordelt og akkumulert per stasjon og hastegrad fordelt over døgnetstimer.



Graf: Oppdrag og belastningsoversikt fordelt over døgnet (2024)

Grafen viser samla aktivitet for stasjonane Høyanger, Lavik og Fjaler. Søylene viser oppdraga sine startstidspunkt. Grafane viser akkumulert tidsbruk, som tar med seg oppdrag som har fleire timars varigheit. Fargane illustrer aktivitet for dei ulike hastegradene, der den blå søyla all samla aktivitet. Den høge søyla for grønne oppdrag i tidsrommet kl.08.00, viser planlagte/vanlege oppdrag med låg hastigheit.

Denne grønne grafen viser at dette er oppdrag som har lang varigheit. Tala over akutte oppdrag er langt flatere gjennom døgnet, og samsvarar med resten av tenesta. Det viktigaste som grafen her viser er sårbarheit for å ta bort ressursar på dagtid, då aktiviteten er på det høgaste, og i liten grad kan flyttast til andre tider.

Alle oppdrag, per kommune

Stasjon	ASKVOILL	AURLAND	BERGEN	BREMANGER	FJALER	GLOPPEN	GULEN	HYLLESTAD	HØYANGER	KINN	LUSTER	LÆRDAL	SOGDAL	SOLUND	STAD	STRYN	SUNNFJORD	VIK	VOLDA	VOSS	ÅLESUND	ÅRDAL	Totalt	
Eid ambulansesstasjon			17	10		57		1		98		3			1 103	88	206		53					1 636
Fjaler ambulansesstasjon	280		96	4	275		3	48	34	4			3	22	9	1	360	1						1 140
Florø ambulansesstasjon	4		3	589		3			1	1 273					7		277							2 157
Førde ambulansesstasjon	41	4	280	42	27	82	2	12	68	142	16	29	58	8	127	39	2 104	3	1		1	10		3 096
Gloppen ambulansesstasjon			12		1	452				21	1			4	112	41	91		1		1			737
Høyanger ambulansesstasjon	3		24	1	8			7	387	1	1	1	107		1		161	6						708
Lavik ambulansesstasjon	19		24	1	70		7	134	211	2	2		13	6	15		92							596
Luster ambulansesstasjon		1	3								355	11	74				32	1						477
Lærdal ambulansesstasjon		177	54			1					5	431	26				67			3		84		848
Måløy ambulansesstasjon			2	8		5			1	775					229	4	56							1 080
Selje ambulansesstasjon			2			2				136					393	2	16		1					552
Sogndal ambulansesstasjon		10	11			2		1		3	113	194	1 096		3	2	254	24		6		23		1 742
Solund ambulansesstasjon	56						9		2	1				135			12							215
Stryn Ambulansesstasjon			2			14		1		5					143	741	90		27		1			1 024
Vik ambulansesstasjon			1									1	3				3	248		36				292
Årdal ambulansesstasjon		20	6			1					1	250	16				28			2		393		717
Totalt	403	212	537	655	381	619	21	204	704	2 461	494	920	1 400	171	2 142	918	3 849	283	83	47	3	510	17 017	

Tabell: Alle hastegrader, sortert per kommune for hendinga, 2024

Tabellen illustrerer i kva omfang ressursar utfører oppdrag på tvers av kommunegrenser, for heile tenesta, og inkludert dei mest vanlege hentestadane utanfor opptaksområde.

Her ser ein at for nokre kommunar er beredskapen sårbar og avhengig av «nabo-bistand» frå sekundærstasjonar. Særleg viser og tabellen omfanget av transportar i Sunnfjord knytt til aktiviteten ved FSS. I noko mindre målestokk er same trend ved Stad og Lærdal knytt til lokalsjukehus og utkøyringar og overflyttingar. Til diskusjonen om strukturendringar og spesialisering av funksjonar ved Førde sentralsjukehus, her under også HUS, vil det kunne ventast aukande volum av ambulansoppdrag.

7.3 Døgnbelastning

Saman med oppdragsaktivitet som viser aktivitet og produksjon, viser responstid kor hurtig ressursane når framme til pasient på akuttoppdrag. Døgnbelastning viser eit bilde over dimensjonering av beredskap og på dei ulike ambulanseressursar. Belastning og utnyttingsgrad kan og omtalast som effektivitet.

Høg belastning, aukar samstundes risikoen for samstundeskonflikt. Oversikten viser døgnbelastning i prosent per klokke, der ambulanse er ute i oppdrag. Aktiviteten er frå ambulanse blir varsla og til ambulanse har avslutta oppdrag.

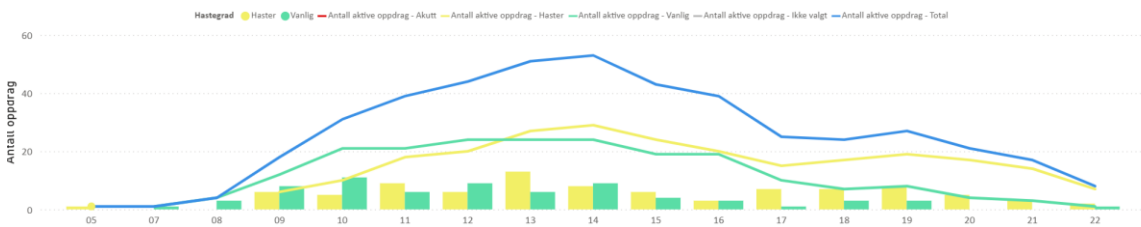
Vaktstasjon	Amb.	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Fjaler ambulansesstasjon	712 Fjaler	14%	11%	9%	8%	6%	7%	6%	7%	7%	7%	9%	13%	16%	19%	22%	24%	24%	21%	21%	22%	21%	23%	21%	18%
	713 Fjaler									22%	41%	54%	64%	70%	69%	68%	63%	55%	45%	33%	21%				
	Total	14%	11%	9%	8%	6%	7%	6%	7%	14%	24%	32%	38%	43%	44%	45%	44%	40%	33%	27%	21%	21%	23%	21%	18%
Førde ambulansesstasjon	741 Førde	20%	18%	18%	13%	9%	11%	12%	10%	11%	17%	23%	31%	34%	34%	39%	40%	41%	37%	37%	34%	32%	32%	29%	25%
	742 Førde	19%	15%	12%	11%	12%	12%	9%	9%	12%	17%	20%	26%	33%	36%	37%	43%	42%	40%	34%	32%	34%	32%	27%	23%
	743 Førde									52%	74%	85%	92%	92%	92%	92%	90%	83%	61%	40%	17%				
Total	20%	17%	15%	12%	10%	11%	11%	10%	22%	32%	38%	45%	49%	50%	52%	55%	52%	44%	36%	29%	33%	32%	28%	24%	
Høyanger ambulansesstasjon	715 Høyanger	13%	11%	8%	8%	6%	6%	5%	4%	4%	5%	9%	12%	13%	14%	17%	19%	19%	17%	16%	16%	16%	15%	15%	16%
	716 Høyanger									15%	27%	36%	45%	49%	51%	54%	48%	39%	23%						
	Total	13%	11%	8%	8%	6%	6%	5%	4%	8%	14%	20%	25%	28%	29%	32%	31%	27%	20%	16%	16%	16%	15%	15%	16%
Lavik ambulansesstasjon	714 Lavik	18%	13%	9%	6%	5%	6%	6%	7%	9%	13%	18%	27%	33%	38%	43%	43%	41%	38%	35%	33%	32%	31%	26%	21%
	Total	18%	13%	9%	6%	5%	6%	6%	7%	9%	13%	18%	27%	33%	38%	43%	43%	41%	38%	35%	33%	32%	31%	26%	21%
	Total	17%	14%	11%	9%	8%	8%	8%	8%	15%	23%	30%	36%	40%	42%	44%	45%	42%	35%	30%	25%	27%	27%	24%	21%

Tabell: Døgnbelastning alle vekedagar sortert per ambulanseressurs og samla. (2024)

Dagbil Høyanger var parkert 26 dagvakter i 2024, og dagbil Fjaler parkert 3 dagvakter. Rapporten justerer ikkje for dei enkeltstående parkeringane. Dette gir eit noko feilaktig bilde, gitt ressursane hadde utført oppdrag dei dagane dei normalt hadde vore i drift.

Belastningsrapporten kan vise belastning per vekedag, eller utdrag av ein bestemt periode. Aktiviteten er høgare på natt i helgar enn elles i vekedagar. Enkelte døgnambulansar har høgare belastning på helg, enn i vekedagar. Dette heng saman med at den samla beredskapen er redusert på helg.

Blir ressursane redusert, må dei ressursane som er att auke sin aktivitet. Prosjektgruppa har problematisert at vaktordninga med passiv vakt på vaktrom, på kveld og natt, er meint som ei beredskapsordning. Dersom aktivitet i tidsrommet blir for høg, t.d. at Fjaler 712 skal utføre også oppdrag som ligg til Lavik 714 i tabell over, kan dette utfordre dagens vaktordning, med eventuell overgang til aktiv teneste 1:1. Det vil ta ned gevinsten av innsparing. Også Førde ambulansestasjon er der at ein er nær ved å ha ein aktivitet som krev aktiv vakt, dersom meir av beredskapstimate på natt blir uttrykking i passiv vakt.



Figur: Flåtestyring i akkumulert tidsforbruk fordelt på kommunane Høyanger, Hyllestad, Fjaler, av utførande stasjon Høyanger, Hyllestad, Fjaler og Førde.

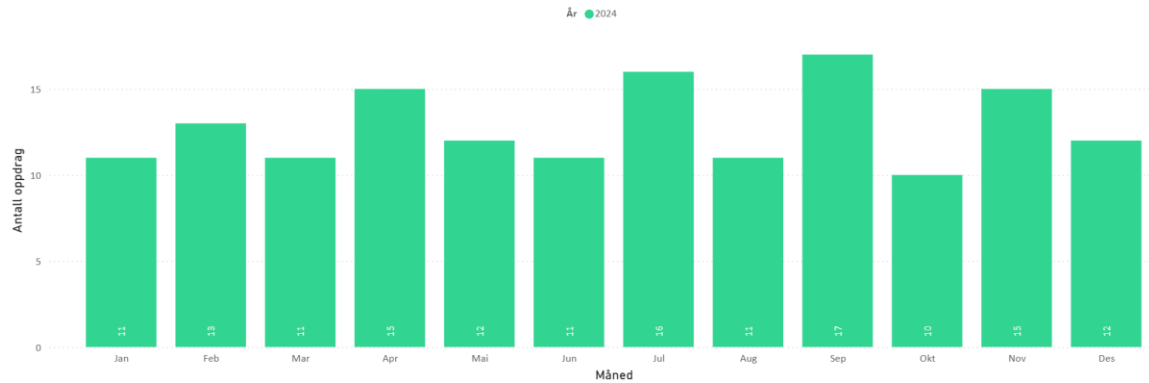
7.4 Flåtestyring

Intensjonen med flåtestyring er dynamisk flytting av ledige ambulanseressursar mellom ambulansestasjonar, i situasjonar der beredskapen er sårbar på grunn av høg aktivitet. Dette kan utjamne beredskap der AMK kan flytte ressursar for å dekke eit større omland på kortast mogleg tid. Tiltaket er meint for å redusere responstid ved samtidskonflikt, men kan og svekke beredskap i prioriterte område der tenesta er lokalisert med faste stasjonar.

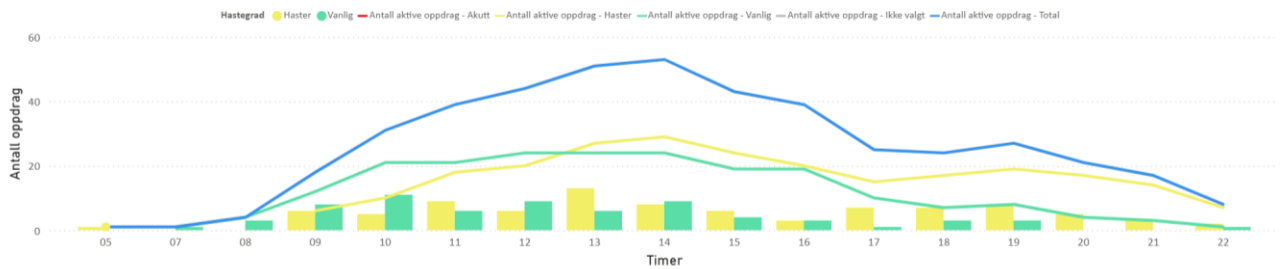
AMK Førde praktiserer vanlegvis beredskapsforflytting fram til ressursar går i passiv vakt klokka 21.00. Dette har samanheng med lågare oppdragsfrekvens, variable lønskostnader og mål om å unngå at samla belastning aktiverer vernereglar.

I tillegg til tal på beredskapsforflytting, kan ressursar som er ledig på retur i pågåande oppdrag bli bedne om å stå att i beredskap, utan at dette tel som eigne beredskapsforflyttingsoppdrag. Reelt er tal og tidsbruken høgare enn det som framgår her.

For 2024 er det utført 157 flåtestyringar fordelt slik for kommunane Høyanger (108), Hyllestad (4), Fjaler (45) og Askvoll (0).



Graf: Oversikt over flåtestyringsoppdrag per måned i kommunane Høyanger, Hyllestad, Fjaler og Askvoll (2023)



Figur: Belastningsrapport av flåtestyringsoppdrag fordelt på døgnet, for stasjonane Høyanger, Lavik, Fjaler og Førde. (2024)

I figuren viser søylene kor tid på dagen dei ulike flåtestyringsoppdraga startar, men og summen av tidsforbruk og belastning. Flåtestyringa illustrerer at kapasitet i dag er pressa på dagtid, og fell frå om lag klokka 15.00. Omfanget er delt mellom dei ulike vekedagane, med fredag som topp, etterfølgt av søndag og tysdag.

Denne oversikten må og sjåast i samanheng med døgnbelastningsoversikten som viser all aktivitet.

7.5 Responstid

Responstid er definert som tida frå eit anrop til medisinsk nødtelefon 113 byrjar å ringe i AMK-sentralen, til første ambulanse er framme på hendingsstaden.

Den nasjonale tilrådinga er:

- Grisgrendte strøk: Ambulanse framme i 90 prosent av akuttoppdrag innan 25 minutt (målt som 90-percentil på føretaksnivå).
- Tettbygde strøk: Ambulanse framme innan 12 minuttar.

På kommunenivå målar ein responstid i median-tid.

Responstider på føretaksnivå

Kapittel 8 i prehospital plan (2021) omtalar responstidsvurderingar grundig og viser til samanlikningar med andre føretak. I vedlegg ligg utdrag tabellar frå Helse-Norge som viser samanlikningar på RHF-nivå og mellom føretaka i Helse Vest. Samanlikning mellom fylka er i dag vanskelegare etter fleire fylkessamanslåingar.

På overordna nivå har Helse Førde hatt ei negativ utvikling (90-percentil):

- 2016: Responstid på 33,3 minutt
- I dag: Responstid på 37 minutt

Dagens responstider, ville plassert Helse Førde som føretaket med svakast responstid, berre framfor Helse Finnmark i 2016. Finnmark har seinare åra betra responstida med overgang til stasjonsvakt, noko som går fram av tal frå Helse Nord i vedlegg. Finnmark og Troms no er samla i eitt fylke. Samanlikning av responstidene i 2024–2025 med talgrunlaget for prehospital plan viser ei negativ utvikling for Helse Førde og fleire av kommunane i opptaksområdet.

Prosjektgruppa i prehospital plan (2018) drøfta om ein skulle endre stasjonsstrukturen for å oppnå best mogleg samla responstid. Konklusjonen var at ei slik omlegging ville auka responstida i dei mest folketette områda, og kunne plassert stasjonar i område med dårleg infrastruktur og lite kontakt med andre kommunale akutt-tenester. Dette illustrerer utfordringa å skulle demme opp for auka aktivitet og samtidig oppretthalde same responstider når beredskap og kapasitet vert redusert.

Stortingsmeldinga om prehospitale tenester understrekar at kommunar og helseføretak må balansere behovet for større og robuste einingar med kravet om nærleik til tenestene. Ny teknologi kan bidra til desentralisering og rask helsehjelp uavhengig av geografisk plassering.

Det er avklart at responstidsmålingar framover skal ekskludere tida AMK-sentralen brukar til å fastsette rett hastegrad. Dette skal sikre rett respons og bruk av ressursar. Det vil òg bli opna for at andre aktørar i akuttkjeden inngår i responstidskartlegginga og tek felles ansvar for befolkninga.

Responstid i kommunane

Med unntak av delar av Førde (Sunnfjord kommune), er heile Helse Førde sitt nedslagsfelt å sjå som grisgrendte strøk. Responstidene for 2024 og 2025 er overordna stabile, med noko variasjon mellom kommunane. Endringar i lokalisering av døgnressursar kan har påverka enkelte område:

- Lavik: Sidan mai 2025 har hatt dagbil på beredskapspunkt.
- Fjaler: To døgnbilar, noko som kan forklare endringar i responstid.

For Hyllestad er responstida likevel tilnærma uendra. Årsaka er truleg fordi fleirtalet av akuttoppdrag skjer på dagtid og handterast med ressurs på beredskapspunkt.

Simuleringar frå tidlegare utgreiingar om nedlegging av døgnbil i Lavik viser:

- Påslag i responstid for Hyllestad kommune: ca. 14 minutt for 41 akuttoppdrag. Her er det lagt til grunn 43 minutt frå stasjon i Dale, og 29 minutt frå Lavik.
- Påslag i responstid for Høyanger kommune: ca. 13,55 minutt for 55 akuttoppdrag. Konsekvensane var størst for område som låg til Lavik-stasjonen sitt nedslagsfelt.

Prehospital plan (2021) rekna og på flytting av beredskapspunkt på dagtid i Leirvik. Dette vart verken vurdert nærare av prosjektgruppa i fase 3 av prehospital plan, eller i dette arbeidet. Bakgrunn for dette var simuleringar som viste at lokalisering av ein dagressurs i Leirvik ville nå eit større befolkningsgrunnlag isolert sett. Likevel landa ein på Lavik ut frå heilskapsfaktorar som sekundærressurs inn mot Høyanger, omsynet til Høyanger sørside, trafikkvolum langs på E39. Desse vurderingane fekk og støtte både frå Høyanger og Hyllestad kommune.

Helse Førde			
Årstal	Snitt	Median	90-percentil
2018	16:16	12:00	33:00
2024	17:90	13:00	37:00
2025*	18:10	13:00	37:00
Høyanger kommune			
2018	14:40	10:00	29:36
2024	18:40	13:00	46:10
2025*	18:00	11:00	44:20
Hyllestad kommune			
2018	32:13	32:00	43:30
2024	35:10	35:50	47:50
2025*	35:40	35:00	50:10
Fjaler kommune			
2018	17:43	14:00	35:48
2024	17:90	14:00	41:40
2025*	15:30	10:00	32:60

Askvoll kommune			
2018	27:28	24:00	40:42
2024	28:70	24:00	49:80
2025*	30:50	24:00	50:40

Tabell: Responstider per kommune, Ambustat (2018), Bliksund EWA (2024-2025)

Vedlegg til høringsutkast prosjektrapport prehospital plan fase 2 – simulering, viser grundigare simuleringar som omfatta fleire av grendene i kommunane.

7.6 Høyanger sørside

Talgrunnlag frå AMIS (2024) viser 37 ambulanseoppdrag fordelt på hastegrad for ambulanseoppdrag på Høyanger sørside og postnummer 5962 i adresse/posisjon. Luftambulanse var varsla på 7 av desse oppdraga.

Oppdraga vart i all hovudsak av Lavik ambulanse, med få planlagde oppdrag utført av Høyanger ambulanse. Responstid ved akuttoppdrag i 2024 var omlag 60 minutt for Høyanger sørside utan at det er gjort manuelle tal og teljingar. Endringar i beredskap for Lavik, slik alternativa viser, kan i mange tilfelle auke responstid med ytterlegare 45 minutt av Helse Førde sine ressursar. Næraste ressurs kan i mange tilfelle vere Helse Bergen og ambulanseressurs på Dalsøyra i Gulen kommune.

7.7 Beredskapspunkt Skei

Ein av ambulansebilane i Førde, står vanlegvis måndag til fredag på beredskapspunkt på Skei mellom klokka 09.00 og 17.00. Ressursen er tiltenkt som ressurs for aktivitet i tidlegare Jølster kommune, men og like mykje som ein «buffer» for aktivitet og høg trafikk i kommunar i Nordfjord og Sogn. På ettermiddag leverer ein del ambulansar frå Sogn og Nordfjord til ambulansen på Skei, som uansett skal tilbake Førde. Dette sparer ressursane for samla tidsbruk.

Tilbake til 2021, vurderte prosjektgruppa at dersom Lavik vart lagt ned, vurderte ein ei rekke tiltak som skulle sjåast i heilskap, ref. kap. 8.3. Dagbil Luster er flytta til Sogndal. Dagbil Lærdal var tilrådd auka til sju dagars dagbil (ikkje gjennomført). Det skulle og vurderast å flytte dagbil Skei til Førde. Det vart gjort simuleringar med mål om vurdere om det var formålstenleg å flytte Skei-bilen til Førde, der resultat frå simuleringane viste at denne i åra framover ville ha ei større oppdragsauke enn i område Skei. I tillegg var det vurdert at mange ambulansar dagleg passerer Skei dagtid, anten med eller utan pasient. Det var simulert at 37 akuttoppdrag på Skei og 5 akuttoppdrag i Gloppen ville få auka uttrykkingstid om ein flytta bilen til Skei.

I oversikten under har ein basert på 2024 tal vurdert akutt og hasteoppdrag, som ressursar gjer på tvers av kommunegrenser. Til dømes har Førde utført 74 oppdrag i Gloppen og 49

oppdrag i Sogndal kommune. Høvesvis 35 og 10 av disse er akuttoppdrag, og illustrer ein knappheit av ressursar, som beredskapspunktet på Skei avhjelper som ein samla bufferkapasitet. Til samanlikning utfører Eid ambulansstasjon 57 haste- og akuttoppdrag i Gloppen. Dette illustrerer at ressursar bidrar som sekundærressurs i nabokommunar når ordinære ressurs er ute i oppdrag.

Både beredskapspunkt på Skei og Lavik ligg langs E 39 som er hovudtrafikk-åra i Helse Førde sitt nedslagsfelt med høg trafikk i vår målestokk. Dette er strategiske lokaliseringar både med omsyn til ferdsel langs veg og i ulike retningar.

Ei flytting av bil frå Skei til Førde, vil avhjelpe kapasitet og responstid i gamle Førde, Gaular og Naustdal kommune, men påføre auka responstid i Gloppen og store delar av gamle Jølster kommune. Samla sett var responstid rekna til ei auke på 0,8 minutt.

Denne utviklinga kan endre seg fram til 2040, då behovet veks seg større i Førde-området. Prosjektgruppa har ikkje kome til noko eintydig konklusjon og modell-val som involverer dagens beredskapspunkt på Skei. Ein konstaterer at AMK får ei større utfordring i å handtere aktivitet på dagtid, som kan utfordre korleis ein skal forvalte dei ressursane ein har tilgjengeleg til ei kvar tid. I kva grad flåtestyring og bruk av beredskapspunkt blir ei riktig ressursdisponering, blir først klart i ettertid.

Stasjon	ASKVOILL	AURLAND	BERGEN	BREMANGER	FJALER	GLOPPEN	GULEN	HYLLESTAD	HØYANGER	KINN	LUSTER	LÆRDAL	SOGDAL	SOLUND	STAD	STRYN	SUNNFJORD	VIK	VOLDA	VOSS	ÅRDAL	Totalt
Eid ambulansstasjon				6		47		1	73			2			777	73	21		32			1 032
Fjaler ambulansstasjon	243		2	1	246		2	40	25	3			2	17	3		105					689
Florø ambulansstasjon	4			534		3			1	1 130					4		38					1 714
Førde ambulansstasjon	37	4	3	37	22	74	2	9	61	117	12	15	49	7	70	38	1 560	3			9	2 129
Gloppen ambulansstasjon					1	421				19			4		82	39	32					598
Høyanger ambulansstasjon	1			1	4			5	339	1	1		94		1		33	3				483
Lavik ambulansstasjon	15		2		45		7	125	168		2		11	5	8		32					420
Luster ambulansstasjon		1									312	2	60				2	1				378
Lærdal ambulansstasjon		162	1			1					3	286	15				7			1	68	544
Måløy ambulansstasjon				2		4			1	680					121	2	3					813
Selje ambulansstasjon						2				107					320	2	1					432
Sogndal ambulansstasjon		9				2				2	86	87	953		2	2	27	17			16	1 203
Solund ambulansstasjon	49						9		2	1				95			1					157
Stryn Ambulansstasjon						10				4					64	681	10		21			790
Vik ambulansstasjon													3					192		4		199
Årdal ambulansstasjon		15				1					1	121	15							1	354	508
Totalt	349	191	8	581	318	565	20	180	597	2 137	417	513	1 206	124	1 452	837	1 872	216	53	6	447	12 089

Tabell: Akutt og hasteoppdrag, sortert per kommune for hendinga, 2024

I vedlegg under er denne tabellen vist i for ulike hastegrader: alle oppdrag, akuttoppdrag og haste- og akuttoppdrag. Akuttoppdrag kan gi ei bilde på kva som er samstundeskonflikter, eller hendingar med større ressursbehov.

7.8 Tidsforbruk – til levering på sjukehus

Ambulansepersonellet sin tidsbruk ute hos pasienten aukar noko i takt med avstand til legevakt og sjukehus. Det kan forklarast med at auka avstand og transporttid, gjer til at ein utfører fleire tiltak før transport, enn i situasjonar der reisetid til legevakt og sjukehus er kortare. Behov for tiltak kjem an på tilstand og behandlingsprotokoll. Det kan og forklarast med at ein i større grad vil forsikre seg om at vidare transport faktisk er nødvendig. Det er ikkje råd å hente ut oversikt over kva vurderingar og beslutningar som ligg til grunn for ulikskap i tidsbruk.

Tid frå AMK er varsla og til pasient er levert ved legevakt og sjukehus viser ei snitt-tid i Helse Førde på 100 minutt. Befolkning i Askvoll har 118 minutt og Hyllestad 157 minutt i tidsforbruk. For pasientar frå Hyllestad utgjør tidsbruken nær 60 minutt meir enn gjennomsnitt i dagens organisering. Ein endra og redusert beredskap og kapasitet i området vil auka tidsbruken ytterlegare.

Kommune	Tid på hendelsested, snitt	Frå AMK varsla til pas levert sjukehus, snitt
Høyanger	26 min	103 min
Hyllestad	24 min	157 min
Fjaler	22 min	100 min
Askvoll	21 min	118 min
Sunnfjord	18 min	55 min
Helse Førde	21 min	100 min

Tabell: Tidsforbruk per kommune og Helse Førde samla, haste og akuttoppdrag (2024)

Merk: For kommunane er Sunnfjord leveringsstad. For Helse Førde er leveringsstad avgrensa til Stad (NSH), Lærdal (LSH), Sunnfjord, samt sjukehusa Volda og Voss. Dette for å sikre tidsbruk til lokalsjukehus, og unngå leveringar til Haukeland og andre sjukehus.

Vedlegg

1. **Mandat for delprosjektet prehospitala tenester**
2. **Prehospital plan, fase 1 og fase 2.**
Tidlegare utgreiingar og vedtak som ligg til grunn for dagens struktur og vurderingar.
3. **Rapport Lavikmodellen**
Eige arbeid og vurderingar knytt til ambulansestasjonen i Lavik, inkludert alternative modellar og tilrådingar frå arbeidsgruppa.
4. **[Stortingsmelding. 23 \(2024-2025\)](#) Utviklingstrekk i nasjonale føringar**
Utdrag og hovudpunkt frå stortingsmeldinga om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.
5. **Bærekraftrapport Helse Vest**
Strategiske tiltak og famtidsscenario for ambulansetenesta i regionen.
6. **SINTEF – økonomiske konsekvensar av innføring av responstidskrav i ambulansetjenesten (2022)** [be49202a-6458-490e-b978-0372986da25c](#)
Analyse av økonomiske og driftsmessige konsekvensar ved ulike responstidskrav.
7. **ROS-analyse**
Fullstendig risiko- og sårbarhetsanalyse for dei ulike alternativa, inkludert vurdering av kvalitet, økonomi, drift, personell og samfunnsmessige konsekvensar.
8. **Oppdragsutvikling 2017 – 2024**
Tabellar og figurar som viser utvikling i oppdragsmengde, responstid og belastning per stasjon og kommune.
9. **Responstid og statistikk**
Detaljerte tabellar og grafar for responstid per kommune og for Helse Førde samla, for åra 2018, 2024 og 2025.
10. **Innspel frå tilsette og interessentar**
Utdrag frå informasjonsmøte og portal for tilbakemeldingar.
11. **Vedlegg til prosjektrapport – svar på krav og føringar**
Tabell som svarar ut krav og føringar i mandat

Vedlegg - Oppsummering av arbeidsgruppa Lavik i 2020-2021

Arbeidsgruppa vart oppretta etter styrevedtak i Helse Førde for å vurdere endringar ved ambulansestasjonen i Lavik. Mandatet inkluderte:

- Gjennomgang av prehospital plan (fase 2)
- Involvering av kommunar, tilsette og verneteneste
- Vurdering av alternative modellar

- Tilråding om framtidig modell innanfor prinsippa for ambulansetilbodet i Helse Førde

Funn:

- Lavik har relativt få akuttoppdrag, men lang responstid frå nabostasjonar.
- Lavik er strategisk plassert for å dekke Hyllestad, sørsida av Høyanger og E39.
- Det er totalt 4,5 ambulanseressursar i området (Dale 2, Lavik 1, Høyanger 1,5).
- 11 alternative modeller vart vurdert, med ulik ressursbruk og stasjonsstruktur.
- Tre alternativ vart utvalde for vidare analyse:
 - **Alternativ 1:** 3,5 døgnbilar – Lavik dekkast på natt frå Høyanger
 - **Alternativ 2:** 4 døgnbilar – døgnbil i Lavik, reduksjon i Dale
 - **Alternativ 3:** 4,5 døgnbilar – dagens struktur vidareført

Tilråding frå arbeidsgruppeleiar

Alternativ 2 vert tilrådd:

- Lavik får behalde døgnbil
- Dale reduserast frå to døgnbilar til ein døgnbil og ein dagbil
- Høyanger held på dagens struktur
- Gjev god beredskap og tryggleik i området
- Kostnadsauke på ca. 4 mill. kr frå prehospital plan, men 2 mill. kr lågare enn dagens drift
- Endringa bør ikkje gjennomførast før nye båtambulansar er på plass (mai 2022)
- Krev vidare dialog med Askvoll og Fjaler før endeleg vedtak

Oppsummert vurdering

- Alternativ 2 balanserer kvalitet, beredskap og økonomi best.
- Fleirtalet i arbeidsgruppa støttar Alternativ 3 (dagens struktur), men økonomiske omsyn talar for Alternativ 2.
- Tilrådinga inneber styrking av Lavik og omfordeling av ressursar i området.

Vedlegg: Utdrag av Meld. St. 23 Fornye, forsterke, forbetre,

Oppsummering av hovudpunkt i stortingsmeldinga 2025

1. Samhandling og planlegging

Helseføretak og kommunar skal planlegge akuttmedisinske tenester i fellesskap for å sikre god og føreseielege hjelp ved akutt sjukdom og skade.

2. Styrka lokal akuttberedskap

Innovasjon, teknologi og fleksibel bruk av personell skal styrke beredskapen lokalt, med tett samarbeid mellom nivåa.

3. Riktig ressursbruk og prioritering

Målet er å sikre behandling på rett nivå og unngå unødvendige innleggingar og transport.

4. Digitale løysingar for samhandling

Fastlegar skal få betre tilgang til journalar, prøvesvar og legemiddellister frå spesialisthelsetenesta for å sikre saumlaus informasjonsflyt.

5. Kompetanse og kvalitet

Kommunar og helseføretak skal samarbeide om kompetanseheving og kvalitetsutvikling i akuttmedisinske tenester.

6. Ny finansieringsmodell for legevakt

Kommunane får større ansvar og handlingsrom, med mål om betre integrasjon med øvrige kommunale tenester.

7. Fleksibel bruk av teknologi og personell

Sjukepleiarar og anna helsepersonell skal nyttast meir aktivt i akuttkjeda.

Om responstid og reisetid til legevakt:

Responstid:

- Regjeringa vel å ikkje forskriftsfeste responstid for ambulansetenesta.
- Fokus blir heller på styrking av heile akuttkjeda og betre faglege vurderingar i AMK.
- Legevaktpersonell kan inngå i måling av responstid dersom dei er først på staden.
- Betre transportløysingar skal frigjere ambulanseressursar til tidskritiske oppdrag.

Reisetid til lege:

- Meldinga understrekar at god tilgang til fastlege og legevakt er viktig for tryggleik.
- Det er ikkje sett konkrete krav til maksimal reisetid.
- Tverrfaglege fastlegekontor skal bidra til betre tilgjengelegheit og kortare ventetid.

Vedlegg: Utdrag av Helse Vest sin bærekraftsrapport for ambulansetenesta

Bærekraftsrapporten for ambulansetenestene i Helse Vest (2025) skisserer fleire strategiske tiltak og framtidsscenario for å sikre ei berekraftig utvikling. Rapporten peikar på fylgjande:

1. Betre utnytting av ressursar og oppgåvedeling

- Tett samarbeid mellom yrkesgrupper og akuttmedisinske nettverk.
- Rett kompetanse til rett oppgåve.
- Innføring av vurderingseiningar som kan betenast av éin person.
- Ambulansepersonell kan starte behandling heime hos pasienten i samråd med lege – dette kan redusere innleggelser med opptil 30 %.

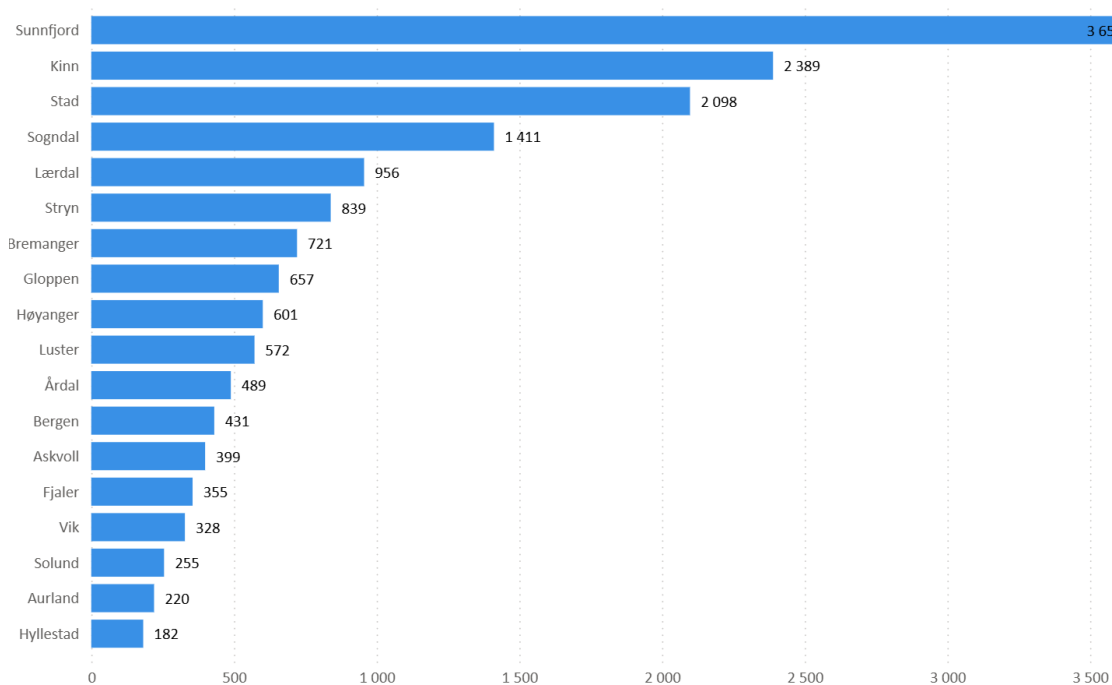
2. Digitalisering og teknologisk støtte

- Bruk av digitale verktøy og diagnostiske hjelpemiddel for å effektivisere arbeidsprosesser.
- Utvikling av prediksjonssystem for å forutse ambulanseoppdrag.
- Integreerte og brukarvenlege IKT-løysingar.
- Kunstig intelligens som gir beslutningsstøtte basert på pasientdata og oppdragsinformasjon.

3. Kompetanse og fagleg utvikling

- Føreseielege arbeidsplanar med tid til fagleg utvikling.
- Fagdagar, kurs, simulering og samtrening som del av ordinær arbeidstid.
- Gode introduksjonsprogram for nytilsette.
- Samarbeid med utdanningsinstitusjonar for å sikre relevant utdanning.

Oppdrag per kommune



Figur: Tal oppdrag per kommune, siste 12 månadar, til om med oktober 2025

Vedlegg: Responstider Helse Førde 2018 responstider

År	Måneder	Kommune								
2018	Ingen valgt	Ingen valgt								
			Oppdrag	Utvalg	>90 min.	Lik hendelse	n ^m	Snitt	Median	90-percentil
			Excel-uttrekk Utvid alle							
Askvoll			483	108	3	1	104	00:27:28	00:24:00	00:40:42
Aurland			212	76	0	5	71	00:32:40	00:27:00	00:51:00
Balestrand (-07.01.2020)			132	38	0	3	35	00:36:51	00:36:00	00:49:00
Bremanger			686	139	1	5	133	00:19:39	00:17:00	00:39:48
Eid (-07.01.2020)			1 256	209	1	10	198	00:12:14	00:08:30	00:23:00
Fjaler			303	73	0	1	72	00:17:43	00:14:00	00:35:48
Flora (-07.01.2020)			1 477	418	2	6	410	00:12:25	00:08:00	00:26:00
Førde (-07.01.2020)			2 813	844	2	13	329	00:10:27	00:08:00	00:17:12
Gauler (-07.01.2020)			366	77	1	2	74	00:25:50	00:24:30	00:37:42
Gloppen			781	163	2	8	153	00:17:43	00:13:00	00:34:36
Hyllestad			145	51	0	1	50	00:32:13	00:32:00	00:43:30
Heyanger			734	171	0	6	165	00:14:40	00:10:00	00:29:36
Jølster (-07.01.2020)			370	81	0	6	75	00:20:41	00:20:00	00:34:36
Leikanger (-07.01.2020)			192	47	0	2	45	00:20:28	00:20:00	00:24:36
Luster			446	136	2	5	129	00:18:54	00:17:00	00:32:00
Lærdal			919	143	5	1	137	00:12:04	00:08:00	00:25:00
Naustdal (-07.01.2020)			261	86	0	5	81	00:22:30	00:20:00	00:33:00
Selje (-07.01.2020)			371	96	3	1	92	00:18:51	00:16:00	00:36:54
Sogndal (-07.01.2020)			1 090	253	2	13	238	00:10:02	00:07:00	00:20:00
Solund			261	18	0	0	18	00:13:17	00:10:00	00:25:54
Stad			1	0	0	0	0	00:00:00	00:00:00	00:00:00
Stryn			712	204	1	16	187	00:18:26	00:15:00	00:34:00
Sunnfjord			2	2	0	0	2	00:08:00	00:08:00	00:08:48
Vik			254	61	0	1	60	00:13:19	00:09:00	00:29:12
Vågåøy (-07.01.2020)			883	235	0	9	226	00:13:54	00:10:00	00:28:00
Årdal			515	139	0	2	137	00:16:31	00:15:00	00:30:48
Totalsum			15 665	3 368	25	122	3 221	00:16:16	00:12:00	00:33:00

Tabell: Responstider Helse Førde (2018), Ambustat

Responstider 2024 Helse Førde

Kommune	Antall oppdrag	Antall oppdrag med responstid	Antall oppdrag over 90 minutter	Snitt minutter	Median minutter	90-persentil minutter
Årdal	510	187	5	19,1	17,0	35,6
Askvoll	403	124	7	28,7	24,0	49,8
Aurland	212	86	2	34,1	31,5	52,9
Bremanger	655	123	32	30,0	29,0	57,2
Fjaler	381	113	2	17,9	14,0	41,4
Gloppen	618	215	7	17,9	12,0	37,6
Høyanger	704	168	4	18,4	13,0	46,1
Hyllestad	204	86	2	35,1	35,5	47,5
Kinn	2 454	747	14	13,9	9,0	29,0
Lærdal	920	126	9	16,9	11,0	36,6
Luster	494	161	8	19,5	19,0	34,0
Sogndal	1 401	399	8	16,6	12,0	35,0
Solund	171	27	6	22,8	15,0	43,4
Stad	2 140	447	17	15,0	9,0	33,6
Stryn	918	284	5	17,2	14,5	34,0
Sunnfjord	3 852	781	5	16,4	12,0	32,0
Vik	283	72	1	17,1	9,0	40,6
Total	16 320	4146	134	17,9	13,0	37,0

Tabell: Responstid Helse Førde 2024, Bliksund EWA

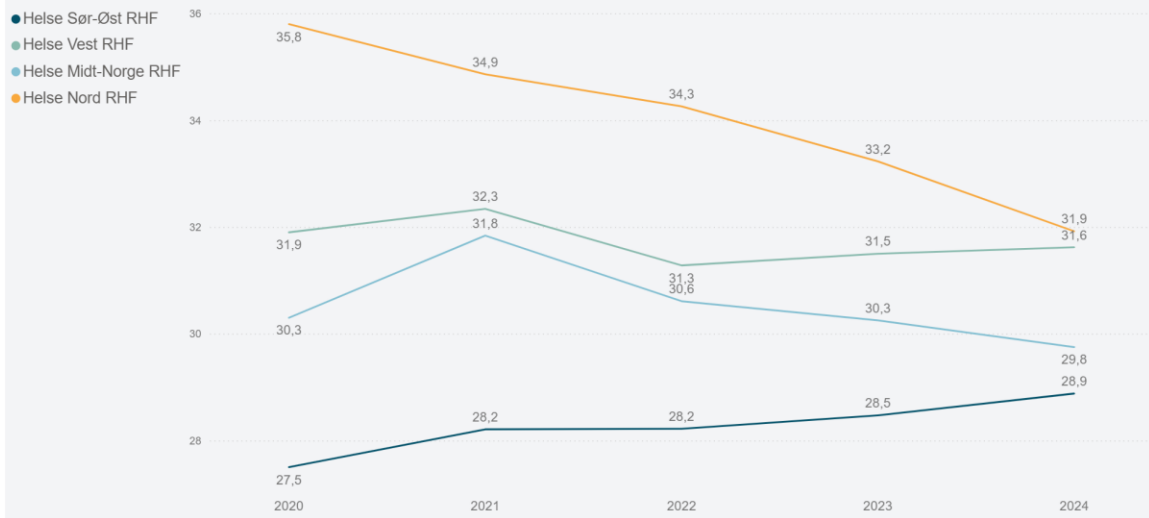
Vedlegg: Responstider 2025 Helse Førde

Kommune	Antall oppdrag	Antall oppdrag med responstid	Antall oppdrag over 90 minutter	Snitt minutter	Median minutter	90-persentil minutter
Årdal	418	133	1	19,6	17,0	35,0
Askvoll	338	96	7	30,5	24,0	50,4
Aurland	190	73	3	33,9	32,0	53,0
Bremanger	618	94	31	30,9	29,0	70,8
Fjaler	297	91	2	15,3	10,0	32,6
Gloppen	555	166	2	17,2	13,0	37,2
Høyanger	484	111	5	18,0	11,0	44,2
Hyllestad	152	49		35,4	35,0	50,1
Kinn	1 985	565	13	14,0	10,0	27,0
Lærdal	785	135	6	15,2	9,5	32,0
Luster	501	116	2	21,5	20,0	43,3
Sogndal	1 172	351	11	17,0	14,0	34,0
Solund	212	20	10	26,6	21,0	45,0
Stad	1 739	346	14	15,8	11,0	32,0
Stryn	712	227	6	18,4	15,0	35,0
Sunnfjord	3 026	514	5	16,3	13,0	31,0
Vik	268	83	8	16,9	10,0	39,5
Total	13 452	3170	126	18,1	13,0	37,0

Tabell: Responstid Helse Førde i perioden 01.01.2025-31.10.2025, Bliksund EWA

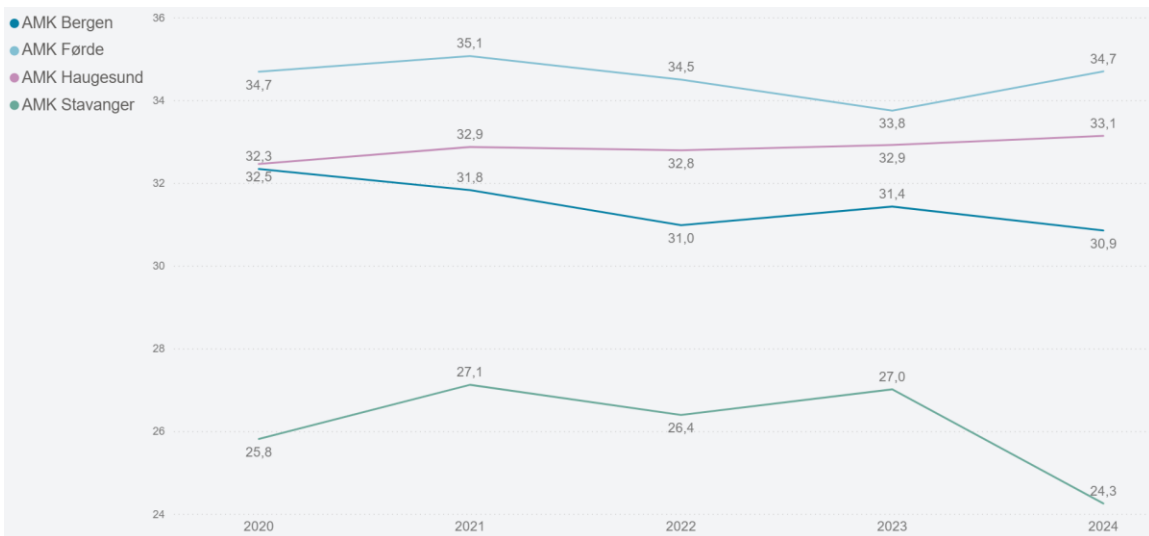
Vedlegg: Responstider samanlikning mellom dei regionale helseføretaka

Måltall som vises: 90-percentilet fra 113-oppringning til ambulansen er på hendelsesstedet i akutte hendelser i grisgrendt strøk (minutter)



Graf: 90 percentil frå 113 til ambulanse er på hendelsested i grisgrendte strøk i minutt, samanlikning på RHF-nivå, (2020-2024) Helsedirektoratet

Vedlegg: Responstider mellom føretaka i Helse Vest, grisgrendte strøk



Graf: 90 percentil frå 113 til ambulanse er ved hendinga i grisgrendte strøk (minutt) Helsedirektoratet

Vedlegg: Alle oppdrag, per kommune

Stasjon	ASKVOILL	AURLAND	BERGEN	BREMANGER	FJALER	GLOPPEN	GULEN	HYLLESTAD	HØYANGER	KINN	LUSTER	LÆRDAL	SOGDAL	SOLUND	STAD	STRYN	SUNNFJORD	VIK	VOLDA	VOSS	ÅLESUND	ÅRDAL	Totalt
Eid ambulansesstasjon			17	10		57		1		98		3			1 103	88	206		53				1 636
Fjaler ambulansesstasjon	280		96	4	275		3	48	34	4			3	22	9	1	360	1					1 140
Florø ambulansesstasjon	4		3	589		3			1	1 273					7		277						2 157
Førde ambulansesstasjon	41	4	280	42	27	82	2	12	68	142	16	29	58	8	127	39	2 104	3	1		1	10	3 096
Gloppen ambulansesstasjon			12		1	452				21	1		4		112	41	91		1		1		737
Høyanger ambulansesstasjon	3		24	1	8			7	387	1	1	1	107		1		161	6					708
Lavik ambulansesstasjon	19		24	1	70		7	134	211	2	2		13	6	15		92						596
Luster ambulansesstasjon		1	3								355	11	74				32	1					477
Lærdal ambulansesstasjon		177	54			1					5	431	26				67			3		84	848
Måløy ambulansesstasjon			2	8		5			1	775					229	4	56						1 080
Selje ambulansesstasjon			2			2				136					393	2	16		1				552
Sogndal ambulansesstasjon		10	11			2		1		3	113	194	1 096		3	2	254	24		6		23	1 742
Solund ambulansesstasjon	56						9		2	1				135			12						215
Stryn Ambulansesstasjon			2			14		1		5					143	741	90		27		1		1 024
Vik ambulansesstasjon			1									1	3				3	248		36			292
Årdal ambulansesstasjon		20	6			1					1	250	16				28			2		393	717
Totalt	403	212	537	655	381	619	21	204	704	2 461	494	920	1 400	171	2 142	918	3 849	283	83	47	3	510	17 017

Tabell: Alle hastegrader, sortert per kommune for hendinga, 2024

Vedlegg: Akutt og hasteoppdrag, per kommune

Stasjon	ASKVOILL	AURLAND	BERGEN	BREMANGER	FJALER	GLOPPEN	GULEN	HYLLESTAD	HØYANGER	KINN	LUSTER	LÆRDAL	SOGDAL	SOLUND	STAD	STRYN	SUNNFJORD	VIK	VOLDA	VOSS	ÅRDAL	Totalt	
Eid ambulansesstasjon				6		47		1		73		2			777	73	21		32				1 032
Fjaler ambulansesstasjon	243		2	1	246		2	40	25	3			2	17	3		105						689
Florø ambulansesstasjon	4			534		3			1	1 130					4		38						1 714
Førde ambulansesstasjon	37	4	3	37	22	74	2	9	61	117	12	15	49	7	70	38	1 560	3			9	2 129	
Gloppen ambulansesstasjon					1	421				19			4		82	39	32						598
Høyanger ambulansesstasjon	1			1	4			5	339	1	1	94			1		33	3					483
Lavik ambulansesstasjon	15		2		45		7	125	168		2	11	5	8			32						420
Luster ambulansesstasjon		1									312	2	60				2	1					378
Lærdal ambulansesstasjon		162	1			1					3	286	15				7			1	68		544
Måløy ambulansesstasjon				2		4			1	680					121	2	3						813
Selje ambulansesstasjon						2				107					320	2	1						432
Sogndal ambulansesstasjon			9			2			2	86	87	953			2	2	27	17				16	1 203
Solund ambulansesstasjon	49						9		2	1				95			1						157
Stryn Ambulansesstasjon						10				4					64	681	10		21				790
Vik ambulansesstasjon													3					192		4			199
Årdal ambulansesstasjon		15				1					1	121	15							1	354		508
Totalt	349	191	8	581	318	565	20	180	597	2 137	417	513	1 206	124	1 452	837	1 872	216	53	6	447	12 089	

Tabell: Hastegrad Akutt og hastar, per kommune

Vedlegg: Akuttoppdrag, per kommune

Stasjon	ASKVOLL	AURLAND	BERGEN	BREMANGER	FJALER	GLOPPEN	GULEN	HYLLESTAD	HØYANGER	KINN	LUSTER	LÆRDAL	SOGDAL	SOLUND	STAD	STRYN	SUNNFJORD	VIK	VOLDA	VOSS	ÅRDAL	Totalt	
Eid ambulansesasjon				3		22				26							293	28	7		2		381
Fjaler ambulansesasjon	114		2		117		2	22	7	1				5			49						319
Florø ambulansesasjon	1			206		2			1	510							19						739
Førde ambulansesasjon	10		3	11	8	35	2	4	21	41	2	4	10	2	9	8	733					3	906
Gloppen ambulansesasjon						184				5			2		11	15	16						233
Høyanger ambulansesasjon	1							1	117		1		35				15	1					171
Lavik ambulansesasjon	4		2		8		6	66	50		2	3	4	1			12						158
Luster ambulansesasjon											139		10				2						151
Lærdal ambulansesasjon		88	1								3	125	3				5				1	27	253
Måløy ambulansesasjon				1		2				265					49		1						318
Selje ambulansesasjon									19						135	2	1						157
Sogndal ambulansesasjon		1				1				1	41	10	384				16	5				3	462
Solund ambulansesasjon	21						6		2	1				29			1						60
Stryn Ambulansesasjon						5				1						13	271	7		5			302
Vik ambulansesasjon													3					72			4		79
Årdal ambulansesasjon			9			1						19	5									174	208
Totalt	151	98	8	221	133	252	16	93	198	870	188	158	455	40	511	324	884	78	7	5	207	4897	

Tabell: Akutt hastegrad, per kommune for hendinga, 2024

Vedlegg: Aktivitetsoversikt ambulansoppdrag Høyanger sørside

Mnd	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept	Okt	Nov	Des
Akutt	3		2	1	1	1		2	3	2		
Hastar	3		2		2	3	3	1	1	3		2
Vanleg		1					1					
Samla	6	1	4	1	3	4	4	3	4	5	0	2

Tabell: Oversikt over utførte oppdrag av Helse Førde på Høyanger sørside (2024)

Vedlegg: Aktivitetsoversikt kvit bil

Kommune	Hendelsekommune	Leveringskommune
Sunnfjord	384	235
Høyanger	9	22
Hyllestad	3	6
Fjaler	6	18
Askvoll	5	18
Samla	407	299

Tabell: Utval av oppdrag i aktuelle kommunar fordelt på hentestad og leveringstad (2024).

Ressursen har og utført oppdrag ut av fylkesgrensene. Respons frå sjukehusavdelingar er at tilbodet har større potensiale og kan i aukande omfang nyttast. Det er og kome innspel på at slikt tilbod er ønska i dei andre lokalsjukehusområda.

Utdrag av tal oppdrag over viser omfang av bruken i dei aktuelle kommunane, delt på kommunane der pasient var henta og levert. Ressursen har særleg avlasta oppdrag i Sunnfjord kommune.

Vedlegg til prosjektrapport – svar på krav og føringar

Føring/krav	Prosjektet sitt svar
Overordna føringar	
Skildre skilnaden mellom tilboda i dag og alternativ organisering av prehospitale tenester med omsyn til i kva grad dei: (Alternativ 2 er her nytta som utgangspunkt for svar)	
Er i tråd med krav og føringar (punkt 1.3 i mandatet).	<p>Prosjektet er ei bestilling om utgreiing på økonomisk innsparing med mål om forsvarlege tenester og beredskap, sett i lys av prehospital plan for Helse Førde vedtatt i 2021, med iverksettande fase i 2022, og evaluering i 2023/2024.</p> <p>Tenestene er drive i samsvar med nasjonale og regionale føringar med robuste fagmiljø, effektiv ressursutnytting, tilpassa Helse Førde sine økonomiske rammer.</p> <p>Modellen vil likevel i seksjon 1 (Høyanger, Lavik, Fjaler) bli utfordra på periodevis kapasitetsutfordringar særleg på dagtid, gitt dagens aktivitet og framskrivingar framover. Samla tilbod i regionen, og forventningar frå omgjevnadane kan utfordre omdøme og ei forsvarlegheitsvurdering.</p> <p>Nokre hovudpunkt som vert særleg utfordra:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4) Likeverdige helsetenester nær pasienten Områder med lang avstand til akutttenester i dag, vil få eit svekka tilbod i modell 2. 4) Responstidsanbefalingar Responstidene for enkeltkommunar og Helse Førde samla har svekka seg ytterlegare etter vedtak i prehospital plan. 4) Nasjonale kvalitetsindikatorer På fleire kvalitetsindikatorar som mellom anna omhandlar prehospitale tenester ligg Helse Førde lågt på indikatorar samanlikna med andre føretak. Sjølv med låge

	<p>volum tallgrunnlag som må brukast med varsemd,</p> <p>4) Totalberedskap. I ei sårbar tid og med krav i styringsdokument om å bu seg på kriser og krig, svekkar ein kapasitet og lokalberedskap.</p>
<p>Varetek eit likeverdig tilbod på tvers av helseføretak i regionen og nasjonalt, basert på data knytt til uønskt variasjon.</p>	<p>Hovudindikatorar for kvalitetsindikatorar for prehospitala tenester er under revisjon og utvikling, med mål om fleire og meir treffande indikatorar. Den mest sentrale indikatoren for kapasitet og dimensjonering er responstid.</p> <p>Tidlegare samanlikningar frå 2017 og før fylkessamanslåingane er ikkje lenger direkte samanliknbare med samanlikning mellom fylker.</p> <p>Oppdragsdokumentet sitt krav om likeverdige helsetenester vert utfordra av at Helse Førde skårar lågt på fleire nasjonale kvalitetsindikatorar for akutt-tilstandar som hjerneslag, hjarteinfarkt og overleving etter hjartestans. (Desse omhandlar ikkje berre prehospitala tenester)</p> <p>Å redusere slik uønskt variasjon gjer det krevjande å argumentere for at ei ytterlegare svekking av akuttberedskap er rett prioritering for å oppnå betring i Helse Førde.</p>
Kvalitet	
<p>Skildre skilnaden mellom dei to tilboda med omsyn til i kva grad dei ivaretek følgjande kvalitetsmessige punkt:</p>	
<p>Eit verknadsfullt tilbod i tråd med faglege og nasjonale retningslinjer og føringar.</p>	<p>Når helsehjelpa vert utøvd vil den vere uendra i modellane. Skilnaden er knytt til tilgangen på ressursar og nærleik/kapasitet for særleg seksjon 1 for kommunane Høyanger, Hyllestad, Fjaler og Askvoll. Tilgangen i modell 2 vil redusere kapasitet med ein dagbil, 7 dagar i veka.</p>
<p>Trygg pasientbehandling og låg risiko for pasientskade ved å minimere risikoen for feil og uønska hendingar.</p>	<p>Behandlinga vil vere av same kvalitet i modellane når helsehjelpa vert ytt. Tid til oppstart av pasientbehandling kan bli forlenga ved auka responstid. Tilsvarande</p>

	kan tid til definitiv behandling i sjukehus bli forlenga.
Aktiv involvering av pasienten som brukar av helsetenestetilbodet, og tilpassing av tilbodet til pasienten sine erfaringar og synspunkt når dette er mogleg.	Ingen skilnad
Eit heilskapleg og samanhengande pasientforløp internt i Helse Førde, samt i overgang til kommunane/primærhelsetenesta.	Ingen skilnad. Prosjektet har tilrådd prosjekt på intern samhandling for å korte tidsbruk for ambulanseressursar i sjukehus, samt samhandlingsprosjekt og risikovurderingar med kommunane for å sjå på samhandling og nye organisasjonsformer, ref. anbefalingar i Meld. St 23 (2024/2025)
Fleksibilitet og samarbeid mellom yrkesgrupper, både internt i Helse Førde og mellom føretak og kommunar.	Ingen skilnad. Prosjektet tilrår auka intern og ekstern samhandling.
Lik tilgang til helsetenestene etter behov innanfor opptaksområdet til Helse Førde, samt tilrettelegging for sårbare pasientgrupper (dei prioriterte pasientgruppene).	Behandlingstilbodet er likt og standardisert for alle ambulanseressursar i Helse Førde, sjølv om nærleik til ambulanseressursar og avstand til sjukehus er ulikt mellom kommunar. Behovet kan vere tidskritisk, og auka press på tenestene og risiko for auka samstundeskonfliktar og sårbarheit ved pressa kapasitet kan forlenge dagens responstider for berørte områder primært, og for omkringliggende områder. LA er ein kompensierende ressurs.
Økonomi/ressursar	
Skildre skilnaden mellom dei to tilboda med omsyn til i følgjande ressursmessige punkt:	
Økonomiske konsekvensar, inkludert inntekter, driftskostnader, transportkostnader for pasientar og personell, m.m.	Dette er vurdert at modell to, kan gi ei økonomisk innsparing på 5,6 MNOK årleg.
Behov for ulike helsepersonell, både med omsyn til type, utdanningsnivå og tal.	Redusert behov for om lag 5 årsverk. Ingen skilnad i kompetansebehov.
Behov for medisinteknisk utstyr og areal.	Modell 2 reduserer behovet for en-døgn stasjon i Lavik, som kan ha eit lågare krav til fasilitetar på beredskapspunkt. Uendra krav til medisin-teknisk utstyr.
Aktivitet	
Skildre skilnaden mellom dei to tilboda med omsyn til i kva grad	
Helse Førde sitt aktivitetsbehov innan prehospitale tenester blir vareteke	Aktiviteten er styrt av eksterne rekvirentar, i form av publikum, primærhelseteneste og avdelingar i sjukehusa.

Behovet for prehospitala tenester i framskrivingsmodellar blir vareteke	<p>Framskrivingsmodellane viser ei klar forventning opp aktivitetsvekst med fleire eldre, og fleire pasientar i dei sårbare pasientgruppene. Dette er grundig omtala i simuleringar i tidlegare utgreiingsarbeid.</p> <p>Fram mot 2040 er det forventa større gap mellom behov og kapasitet med reduksjon i kapasitet som modell 2 viser.</p>
Kompetanse/personell	
Skildre	
HMS/omstilling, kva tiltak vil det vere behov for ved flytting av aktivitet	Modell 2 vil krevje omplassering av om lag 5 årsverk. Det er venta at dette kan skje ved naturleg flytting og interne behov i avdelinga og mellom seksjonar.
Korleis vurderer prosjektet dei to alternativa opp mot å halde på kompetanse/rekruttering	Modellane er i liten grad vurdert å påverke kompetanse / rekruttering, når ei avgjerd blir vedtatt. Uvisse over fleire år for Lavik-ambulansen og endra vilkår for to-døgn stasjon har derimot ført til at fleire tilsette har søkt seg over til andre seksjonar og stasjonar. Avhengig av turnusmodell i alternativ to, kan påverke i kva grad tilsette opplever arbeidstidsordninga ved stasjonane som attraktive eller ei. Dette er omtalt i rapporten.
Risiko og forventa konsekvensar	
Gjennomføre ei ROS-analyse som omhandlar risikoar og forventa konsekvensar knytt til å gå frå noverande tilbod til samling av ortopedisk aktivitet ved Førde Sentralsjukehus	<p>Det er identifisert risikoar spesielt knytt til kapasitet, og forlengta tid til pasient (responstid) oppstart av avansert behandling med tid til sjukehus. Risikovurdering er delt i fleire punkt, men dei pasientrett er knytt til overståande.</p> <p>I tillegg er det ein risiko for samla belastning for personalressursane og arbeidsbelastning i dagens arbeidstidsordningar opp mot gjeldande arbeidstidsordning.</p> <p>Dagens modell er vurdert om lag som alternativ 3. Det leggst til at også dagens driftsmodell på fleire indikatorar scorar gult i dag, og at det vil vere pårekneleg med samstundeskonfliktar i dei fleste nærrområder i periodar.</p>
Utvida helsetenesteperspektiv	
Skildre skilnaden mellom dei to tilboda med omsyn til:	

<p>Konsekvensar for primærhelsetjenesta</p>	<p>Modellen vil auka belastning for primærhelsetenesta og legekantor på dagtid i områder med auka press på ambulansetenesta. Dette i form av å kunne måtte rykke ut i aukande grad åleine i akuttsituasjonar fram til næraste ambulanse kjem, ev at pasientar må vente lenger på legekantor for transport til sjukehus. Tilsvarande kan heimesjukepleie og personell i komm. institusjonar måtte stå lenger med pasientar i påvente av ambulansetenester.</p>
<p>Behov for uformell omsorg ytt av pårørande (omsorgsbyrde)</p>	<p>Redusert kapasitet i prehospitale tenester, kan auke tida pårørande blir åleine og må yte førstehjelp og omsorg. Terskel for ambulanse kan og auke, som gir auka transportbehov.</p>
<p>Tidsbruk knytt til deltaking i helsehjelpa (transporttid, utredning, behandling, oppfølging)</p>	<p>Tidsbruken vil her måtte sjåast i ulike dimensjonar:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4) AMK – tidsbruk vil vere uendra i desse modellane. 4) Lokalområde, her Høyanger, Hyllestad, Fjaler og Askvoll, vil få ei ytterlegare reduksjon ut over endringa som vart vedtatt i 2022. Konsekvensane er venta å gi lenger tidsbruk fram til pasient. 4) Heilskaplege tilbodet til Prehospitale tenester blir svekka, med færre ressursar i beredskap samla sett. Oversikt viser oppdrag på tvers av stasjonar og kommunar, som viser eit samla nettverk og allokering av ressursar. Modellen tar ned ein dagbil 12 timar for dagen, og andre ressursar må utføre dei same oppdraga. Sidan 2021 har responstida for Helse Førde samla svekka seg med 3 minutt på 90-percenti. Ytterlegare svekka beredskap vil venteleg auke responstid i distrikta ytterlegare. 4) Totalberedskapen – for Helse Førde og prehospitale tenester vert bygd ned i ei usikker tid, med auka fokus på å styrke beredskap, samvirke og øvingar, jf. eige mål i

	styringsdokumentet 2025, om å bu seg for kriser og krig.
Samfunnsmessige konsekvensar	
Skildre skilnaden i samfunnsmessige konsekvensar mellom dei to tilboda med omsyn til :	
Pasientar sin mulighet til å delta i arbeidslivet, utdanning og/eller anna samfunnsdeltaking, då spesielt med tanke på sårbare pasientgrupper (dei prioriterte pasientgruppene)	Ingen skilnad.
Konsekvensar for andre offentlege tjenester (som barnevern, familievernkontor, kriminalomsorg)	Av dei opplista tenestene er det venta ingen skilnad.
Konsekvensar for miljø og klima (som produksjon av avfall, klimagassar eller anna forureining)	Marginal skilnad. I nokre tilfelle vil oppdrag ha lenger reiseveg, men samla oppdragslengde ikkje nødvendigvis lengre. Auka bruk av flåtestyring vil gi noko auka utslepp, men likevel av avgrensa omfang. Mindre bruk av beredskapspunkt i Lavik vil og kunne redusere utslepp.
Konsekvensar for helseberedskap	<p>Den samla beredskapen i seksjon 1 og for avdelinga som heilskap vil bli redusert den tid på døgnet med høgast aktivitet. Det vil i «utkantar» vere krevjande å mobilisere ressursar i ein beredskapssituasjon. Mange tilsette er og pendlarar, men mindre lokal tilhøysle til arbeidsstaden enn tidlegare.</p> <p>Modellen vil svekke den opplevde nærleiken og kapasiteten som gradvis er bygd ned. Auka bruk av flåtestyring på dagtid, kan forbruke kapasitetar som er utkøyrd på tid, ved seinkveld og tidleg natt. Dette kan svekke kapasiteten ytterlegare, ev måtte ty til 1:1, versus 1:3 innleige.</p> <p>Overflyttingar og tilbakeføring mellom sjukehus må i aukande grad tilpassast tilgang og kapasitet i prehospitale tenester.</p>