

The illustration features several stylized human figures in shades of red and teal. At the top, two figures stand behind a large, dark teal banner. Below this, a group of five figures is shown from behind, holding up a larger banner that features a white cross on a dark teal background, resembling the Norwegian flag. The figures are walking towards the right.

# Tilsyn med ambulanseflytjenesten

Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester

De regionale helseforetakene

Saksnummer: 2020/545



**Helsetilsynet**

TILSYN MED BARNEVERN,  
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE



De regionale helseforetakene

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2020/545-314, 4 GFR

14. juni 2021

## Oversendelse av endelig rapport – tilsyn med ambulanseflytjenesten

Vi viser til varsel om tilsyn av 20. januar 2020 til Luftambulansetjenesten HF (LAT HF), med kopi til de regionale helseforetakene. Videre viser vi til etterfølgende tilsynsbesøk/samtaler med de regionale helseforetakene og helseforetakene i Helse Nord i 2020/2021. Vedlagt oversendes vår endelige rapport i saken.

Statens helsetilsyn har ført tilsyn med om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige og koordinerte ambulanseflytjenester i situasjoner med behov for øyeblikkelig hjelp. Vi har også sett på ambulanseflytjenesten i perioden rundt bytte av operatør for ambulansefly våren og sommeren 2019. Det overordnede ansvaret for ambulanseflytjenesten er lagt til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene eier og finansierer ambulanseflytjenesten, og eier sammen LAT HF. Vi har sett på transporter med ambulansefly fra behovet for transport meldes spesialisthelsetjenesten og til pasienten er transportert til forsvarlig behandlingssted.

Vi oversendte en sammenstilling av informasjon og funn i brev av 16. april 2021 og gjennomførte tilsynsmøter med utdypning av fakta fra tilsynet med de regionale helseforetakene og helseforetakene i Nord-Norge 26.- 29. april 2021. Vi mottok ved brev av 10. mai 2021 fra Helse Nord RHF en samlet tilbakemelding på vegne av de regionale helseforetakene med vedlegg av tilbakemeldinger og kommentarer fra helseforetakene i Nord-Norge og LAT HF. Tilbakemeldingene fra spesialisthelsetjenesten er vurdert og relevante presiseringer og endringer er innarbeidet i den endelige rapporten.

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp har fått forsinket transport til forsvarlig behandlingssted, og faktorer innenfor tjenestens kontroll har bidratt til forsinkelsene. De regionale helseforetakene har dermed ikke sørget for at pasienter i Nord-Norge



med behov for øyeblikkelig hjelp tilbys forsvarlige, koordinerte og helhetlige ambulanseflytjenester.

Tilsynet har videre avdekket at de regionale helseforetakene ikke har oppfylt sitt ansvar for tilrettelegging og styring av ambulanseflytjenestens aktiviteter. Svikten gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere ambulanseflytjenesten.

Det foreligger etter dette brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a, 2-1 e, 2-2, 3-1 og 3-4 a, jf. helseforetaksloven § 2a, akuttmedisinforskriften §§ 1, 4 og 10 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

De regionale helseforetakene har i fellesskap opprettet LAT HF for å ivareta sørge for-ansvaret for luftambulansetjenester i Norge, herunder også ambulanseflytjenester. De regionale helseforetakene har ansvar for at luftambulansetjenesten forvaltes som en nasjonal tjeneste og at ambulansetjenestene i nødvendig grad er samordnet nasjonalt. Lovbruddet omfatter derfor alle de regionale helseforetakene, selv om dette tilsynet spesifikt har undersøkt ambulanseflytjenestene som ytes i Nord Norge.

Statens helsetilsyn ber de regionale helseforetakene i første omgang om å gjøre en helhetlig vurdering av hvilke tiltak som planlegges for å kompensere for den avdekkede svikten i ambulanseflytjenesten. Vi viser også til våre forventninger tilknyttet videre tilsynsmessig oppfølging i kapittel 8 i rapporten.

I forbindelse med vår oppfølging av tilsynet, vil vi sammen med statsforvalterne i Troms og Finnmark og Nordland gjennomføre et samlet møte med de regionale helseforetakene, LAT HF og helseforetakene i Helse Nord. I møtet ber vi om at dere informerer oss om hvordan den påpekte svikten i ambulanseflytjenesten vil bli fulgt opp. Dere kan foreslå dato for møtet enten i løpet av juni eller siste halvdel av august, og dere inviterer selv med relevante deltakere fra deres virksomheter.

Som ledd i informasjonsinnhenting har vi hatt samtaler med relevante samhandlende aktører; utvalgte kommuner i Nordland og Finnmark, operatør for både ambulansefly og ambulanshelikopter, Hovedredningsentralen i Nord-Norge, Forsvarets 330 skvadron base Banak, politiet i Nordland og brukerrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Disse aktørene har også fått anledning til å komme med tilbakemeldinger til vår sammenstilling av informasjon og funn, og vi vil også orientere de samhandlende aktørene om vår endelige rapport i egne brev.

Som det fremkommer av den endelige rapporten, har vi kommet til at det foreligger uklarerheter i ambulanseflytjenesten knyttet til ansvarsfordeling og prioritering for pasienter med psykisk lidelse ved behov for ambulanseflytransport. Vi vil orientere Helsedirektoratet om dette i et eget brev.

Med hilsen

Jan Fredrik Andresen  
direktør

Gro Fredheim  
seniorrådgiver

*Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift*

Saksbehandler: seniorrådgiver Gro Fredheim, tlf. 21 52 99 79

Medlemmer i tilsynslaget:

prosjektleder Einar Hovlid (fra januar 2021)  
prosjektleder Jo Kittelsen (frem til desember 2020)  
seniorrådgiver/sykepleier Ståle Ackermann  
seniorrådgiver/jurist Gro Fredheim  
rådgiver/jurist Mathilde Frogner Rimestad  
seniorrådgiver/jurist Pål Børresen (fra januar 2021)  
seniorrådgiver/professor Geir Sverre Braut  
fylkeslege i Nordland Morten Juul Sundnes  
assisterende fylkeslege i Troms og Finnmark Marit Gansmo  
fagrevisor/professor og anestesilege Erik Solligård  
fagrevisor og anestesilege Per Christian Juvkam

Vedlegg: Endelig rapport i tilsynssak med vedlegg

Kopi:

Luftambulansetjenesten HF  
Nordlandssykehuset HF  
Finnmarksykehuset HF  
Helgelandssykehuset HF  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Babcock Scandinavian AirAmbulance  
Norsk Luftambulans AS  
Hovedredningssentralen i Nord-Norge  
Politiet i Nordland  
Luftforsvarets 330 skvadron, base Banak  
Brukerutvalget ved Universitetssykehuset i Nord-Norge  
Gamvik kommune  
Lebesby kommuner  
Nordkapp kommune  
Vadsø kommune  
Hadsel kommune  
Statsforvalteren i Troms og Finnmark  
Statsforvalteren i Nordland

1	Sammendrag	7
2	Tilsynets tema og omfang	13
3	Bakgrunnen for dagens luftambulansetjeneste	14
4	Dagens organisering og tilrettelegging av ambulanseflytjenesten	15
4.1	Aktørene i luftambulansetjenesten	16
4.2	Rekvirering, koordinering og gjennomføring av ambulanseflyoppdrag	21
5	Rettslig grunnlag	23
5.1	Tilsyn med helse- og omsorgstjenesten	24
5.2	Sørge for-ansvaret	24
5.3	Forsvarlighet	26
5.4	Akuttmedisinsk beredskap og ambulanseflytjeneste	26
5.5	Psykisk helsevern	32
6	Metode	33
7	Funn	33
7.1	Beskrivelse ambulanseflytransporter	34
7.2	Gjeldende praksis i tjenesten	44
7.3	Pasienter med behov for behandling i psykisk helsevern	48
7.4	Informasjon fra tilsynssaker behandlet av Statsforvalteren	51
7.5	Ledelse og kvalitetsforbedring i ambulanseflytjenesten	52
7.6	Særlige forhold knyttet til operatørskiftet	56
8	Statens helsetilsyns vurdering	58
8.1	Konklusjon	58
8.2	Forsvarlig gjennomføring av ambulanseflyoppdrag	59
8.3	Ledelse, styring og tilrettelegging for å sikre forsvarlige ambulanseflytjenester	63
9	Videre tilsynsmessig oppfølging	65
10	Vedlegg:	67
	Vedlegg 1. Datagrunnlag og metode for tilsyn med ambulanseflytjenesten og pasienttransporter som er gjennomgått	67
1	Datagrunnlaget	67
2	Metode for gjennomgang av ambulanseflytransporter	68
2.1	Metodeutfordringer	71
2.2	Identifisering av pasienter med tidskritiske tilstander og estimering av forventet transporttid	74
3	Metode for gjennomgang av transporter for pasienter med psykisk lidelse	75
4	Metode for intervju med personell og ledelse	76
5	Metode for gjennomgang av avviksmeldinger	76
	Vedlegg 2 Sentrale forkortelser	77
	Vedlegg 3 Terminologi og sentrale begrep	78
	Vedlegg 4 Oversikt over saksdokumenter	83

Vedlegg 5 Oversikt over personer vi har snakket med	92
Vedlegg 6 Saksbehandlingsprosessen	99
Vedlegg 7 Arbeidsflytskjema øyeblikkelig hjelp MKA, UNN HF	102

---

## 1 Sammendrag

Tiden det tar før en pasient får forsvarlig helsehjelp kan være avgjørende. Luftambulansetjenesten skal yte spesialisert akuttmedisin og være en integrert del av den akuttmedisinske beredskapen, og sørge for:

- å bringe kompetent personell og utstyr ut til pasienten ved behov
- rask transport av pasienten til forsvarlig behandlingssted

Mange pasienter, særlig i Finnmark og Nordland, er avhengig av transport med ambulansefly for å få forsvarlig behandling i spesialisthelsetjenesten.

Statens helsetilsyn har undersøkt om befolkningen i Nord-Norge får og har fått forsvarlige ambulanseflytjenester som del av den akuttmedisinske beredskapen. Det er øyeblikkelig hjelp-oppdrag med høy grad av hast hvor det er behov for transport med ambulansefly som er tema for tilsynet. Dette gjelder akutt oppstått eller forverring av sykdom eller skade, og under dette også akutte psykiske lidelser.

Vi har vurdert om de regionale helseforetakene har ivaretatt sitt ansvar for å sørge for at befolkningen får forsvarlig transport med ambulansefly ved behov for øyeblikkelig hjelp. Vi har sett på ambulanseflytjenesten fra behovet for transport med ambulansefly er meldt til spesialisthelsetjenesten og til pasienten er transportert til forsvarlig behandlingssted.

Tjenesten selv har ikke gjort noen helhetlig sammenstilling av pasientforløp i ambulanseflytjenesten, og det er i liten grad gjennomført analyser som undersøker alle ledd og aktører i en helhet, med tanke på å se på tidsbruk, avdekke årsaker til forsinkelser og vurdere om tjenestene som ytes er forsvarlige. Som ledd i undersøkelsene har vi derfor sammenstilt og analysert 43 tilfeldig utvalgte pasienttransporter med ambulansefly. Vi har innhentet relevant skriftlig dokumentasjon som beskriver gjeldende praksis og styring av ambulanseflytjenesten. Videre har vi intervjuet personell og ledelse i de fire helseforetakene i regionen, Luftambulansetjenesten HF (LAT HF) og ledelsen i de fire regionale helseforetakene. Vi har også innhentet informasjon fra relevante samhandlende aktører som; utvalgte kommuner i Nordland og Finnmark, operatørene av ambulansefly og ambulanshelikopter, politiet, hovedredningsentralen, Luftforsvaret og representant fra brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord Norge HF. I tillegg har vi snakket med Luftfartstilsynet og ekspertgruppen oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet for å se på framtidig drift og modell for organisering av luftambulansetjenesten.

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp har fått forsinket transport til forsvarlig behandlingssted, og faktorer innenfor tjenestens kontroll har bidratt til forsinkelsene. De regionale helseforetakene har dermed ikke sørget for at pasienter i Nord-Norge med behov for øyeblikkelig hjelp tilbys forsvarlige, koordinerte og helhetlige ambulanseflytjenester.

Tilsynet har videre avdekket at de regionale helseforetakene ikke har oppfylt sitt ansvar for tilrettelegging og styring av ambulanseflytjenestens aktiviteter. Svikten

gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere ambulanseflytjenesten.

Det foreligger etter dette brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a, 2-1 e, 2-2, 3-1 og 3-4 a, jf. helseforetaksloven § 2a, akuttmedisinforskriften §§ 1, 4 og 10 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

De regionale helseforetakene har i fellesskap opprettet LAT HF for å ivareta sørge for ansvaret for luftambulansetjenester i Norge, herunder også ambulanseflytjenester. De regionale helseforetakene har ansvar for at luftambulansetjenesten forvaltes som en nasjonal tjeneste og at ambulansetjenestene i nødvendig grad er samordnet nasjonalt. Lovbruddet omfatter derfor alle de regionale helseforetakene, selv om dette tilsynet spesifikt har undersøkt ambulanseflytjenestene som ytes i Nord Norge.

Vi vil i det følgende peke på noen av de hovedfunn og vurderinger som ligger til grunn for vår konklusjon.

### **De regionale helseforetakenes overordnede ansvar for ambulanseflytjenesten**

Det er de regionale helseforetakene som eier, organiserer og finansierer luftambulansetjenesten med både helikopter og fly i Norge. LAT HF har som sin primære og prioriterte oppgave å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet, jf. Vedtekter for luftambulansetjenesten HF vedlagt styresak 6-2017 Stiftelse av Luftambulansetjenesten, Helse Nord RHF<sup>1</sup>. Det medisinske ansvaret for tjenesten ivaretas av helseforetakene, herunder medisinsk bemanning, jf. Retningslinjer for bruk av luftambulanse gyldig fra 1. april 2009, LAT HF<sup>2</sup>.

Helsetjenestene som tilbys, skal være forsvarlige, koordinerte og helhetlige. I dette ligger det et ansvar for de regionale helseforetakene om å sørge for at pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp tilbys ambulanseflytjenester når de har behov for det. For pasienter som har tilstander der rask behandling kan være avgjørende for utfallet, er det avgjørende at transport gjennomføres raskt og uten forsinkelser.

De regionale helseforetakenes har et overordnet ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere ambulanseflytjenesten som en del av den akuttmedisinske kjeden. Selv om vi vurderer de regionale helseforetakenes ansvar, vil vi peke på at ansvaret for at virksomheten i det enkelte helseforetak er i samsvar med kravene i helselovgivningen tilligger helseforetaket som skal organisere og drifte forsvarlige helse- og omsorgstjenester. De regionale helseforetakene har imidlertid et særlig ansvar for ambulanseflytjenestene som nasjonal ressurs.

De regionale helseforetakene må på overordnet nivå sikre seg tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere om tjenesteytingen er forsvarlig, og må ved behov

---

<sup>1</sup> Vedtekter for Luftambulansetjenesten HF

<sup>2</sup> Retningslinje for bruk av luftambulanse



iverksette tiltak som kan korrigere tjenesteytingen dersom gjeldende organisering og praksis ikke gir forsvarlige ambulanseflytjenester til pasientene.

Helsetjenester tilknyttet konkrete ambulanseflyoppdrag gis i samhandling mellom personell ansatt i helseforetakene og personell ansatt hos eksterne samhandlende aktører, og de regionale helseforetakene har en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom aktørene.

### **Forsvarlige ambulanseflytransporter**

Statens helsetilsyn har kommet til at de regionale helseforetakene ikke har sørget for forsvarlige og koordinerte ambulanseflytjenester for pasienter i Nord-Norge med behov for øyeblikkelig hjelp.

I tilsynet fant vi at pasienter med tidskritiske tilstander med behov for rask transport har fått forsinket transport på grunn av forhold innenfor tjenestens kontroll, og helsetjenesten var derfor ikke forsvarlig.

Det er mange faktorer som påvirker transportoppdrag med ambulansefly, og noen av disse faktorene ligger utenfor tjenestens kontroll, som for eksempel værutfordringer eller uforutsett teknisk svikt. Tilsynet viser imidlertid at transportert med ambulansefly også blir påvirket og forsinket av en rekke andre faktorer som ligger innenfor spesialisthelsetjenestens kontroll og ansvar. Vi har gjennom tilsynet identifisert en rekke faktorer ved tilretteleggingen og gjennomføringen av ambulanseflyoppdrag som påvirker den samlede transporttiden og som bidrar til unødvendige forsinkelser for pasienten. Eksempler på slike faktorer er blant annet tidkrevende prosesser for rekvirering og bruk av ambulansefly, tidkrevende avklaring av forsvarlig behandlingssted før transport, mangel på medisinsk følgepersonell, vaktbytter, mangelfull beslutningsstøtte for sentrale vurderinger knyttet til iverksettelse av ambulanseflyoppdrag og koordinering av ambulansebil og ambulansefly.

Vår gjennomgang av informasjon fra 43 tilfeldig utvalgte øyeblikkelig hjelp-ambulanseflyoppdrag (akutt, haster og vanlig), hvor 20 av transportene var akuttoppdrag, viser at iverksettelse av oppdrag ikke alltid skjer i samsvar med den forventning tjenesten selv har satt til iverksettelse. Med iverksettes forstås tiden det tar fra varslingen av Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) Tromsø skjer og til ambulanseflyet er i lufta for å hente pasienten. Akuttoppdrag skal ifølge gjeldende retningslinje normalt iverksettes innen 60 minutter fra varsling av AMK Tromsø med anmodning om ambulansefly. Vår gjennomgang har avdekket at i 13 av de 20 akuttoppdragene tok det over 60 minutter fra varsling AMK Tromsø til flyet tok av.

For pasienter med tidskritiske tilstander er det avgjørende at tiden fra behovet oppstår til pasienten er fremme på bestemmelsesstedet er så kort som mulig, fordi utfallet for pasienten kan være avhengig av rask behandling gitt av spesialisthelsetjenesten. I denne sammenheng forstås tidskritiske tilstander som tilstander hos pasienten med umiddelbar fare for liv og helse, og/eller sviktende eller truede vitale funksjoner. Dette er en pasientgruppe der beslutninger om å iverksette

og gjennomføre oppdraget må skje raskt. For denne pasientgruppen, med høyeste prioritet, vil avveininger om å utsette transporten, eksempelvis for å opprettholde beredskap ikke være relevant som faktor for forsinkelse.

I vår gjennomgang av ambulanseflyoppdrag identifiserte vi 12 tidskritiske akuttoppdrag av de 20 oppdragene som i utgangspunktet var gitt hastegraden akutt. Tre av disse 12 tidskritiske oppdragene ble påvirket av forhold utenfor ambulanseflytjenestens kontroll. Vi holder derfor disse tre utenfor vår vurdering. For de resterende ni akuttoppdragene for pasienter med tidskriske tilstander fant vi at det for 6 av oppdragene tok over 60 minutter fra varsling AMK Tromsø til flyet tok av. Den totale transporttiden for 8 av pasientene var lengre enn det en kunne forvente, når vi sammenligner tiden det tok å gjennomføre oppdragene opp mot den tiden Flykoordineringssentralen (FKS) har angitt som estimert forventet tid for transporten. For 4 av pasientene med tidskriske tilstander var denne forsinkelsen på over 1 time. Dette vurderer vi som alvorlig med tanke på konsekvensene en slik forsinkelse kan få for pasienten.

Selv om rekvirering av ambulansefly involverer en rekke aktører og i tillegg kan bli påvirket av forhold utenfor tjenestens kontroll, viser vår gjennomgang av akuttoppdrag at det er det mulig å bruke kortere tid enn 60 minutter. For pasienter med tidskriske tilstander kan utfallet være avhengig av rask behandling. Det er derfor ikke tilstrekkelig å operere med en generell forventning om at akuttoppdrag skal iverksettes innen 60 minutter for å ivareta kravet om faglig forsvarlig transport med ambulansefly for pasienter med tidskriske tilstander.

Informasjon fra intervju med personell og ledelse har bekreftet at rekvirering av ambulansefly i mange tilfeller tar lengre tid enn det som er nødvendig. Det er to avgjørende forhold som må vurderes ved henvendelse om behov for ambulansefly. Det ene er å fastslå hastegrad og prioritering for det enkelte oppdraget. Det andre er å vurdere og prioritere hvilken ressurs som skal benyttes til oppdraget for å dekke pasientens behov, og samtidig i størst mulig grad opprettholde beredskap i tjenesten. Utfallet av disse to vurderingene er avgjørende for hvor raskt et transportoppdrag iverksettes.

Statens helsetilsyn vurderer at prosessen med å rekvirere og igangsette ambulanseflyoppdrag samlet sett er uhensiktsmessig tidkrevende og ikke i tilstrekkelig grad tilpasset og tilrettelagt for å ivareta behovene til pasienter på en forsvarlig måte. Det er i dag ikke en omforent felles praksis for fastsetting av hastegrad og prioriteringer ved valg av ressurs, og medarbeidere etterspør mer beslutningsstøtte når de skal gjøre disse vurderingene. Informasjon som er avgjørende for vurderinger knyttet til hastegrad og valg av ressurs, herunder medisinske forhold ved pasientens tilstand, er ikke felles tilgjengelig i sanntid for aktørene som samhandler om rekvirering av ambulansefly. Dette forholdet medfører dobbeltarbeid, som tar tid og påvirker fremdriften i transportoppdraget.

Informasjonsoverføringen skjer delvis manuelt, noe som både er tidkrevende og gir risiko for svikt ved at vesentlig informasjon ikke er tilgjengelig når beslutninger tas.

Slik spesialisthelsetjenesten i dag er organisert, vil mange pasienter med psykisk lidelse i Nord-Norge ha lang reisevei ved behov for øyeblikkelig hjelp og vurdering eller gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. På grunn av den lange reiseveien er ambulansefly i mange tilfeller eneste realistiske transportmiddel.

Spesialisthelsetjenestenes egne undersøkelser, kommunenes beskrivelser og Statens helsetilsyns gjennomgang av pasienttransporter viser gjennomgående lang ventetid på transport med ambulansefly for denne pasientgruppen. Dette er beskrevet og dokumentert som en stor og vedvarende utfordring i ambulanseflytjenesten over flere år.

Gjennomsnittlig transporttid for pasientgruppen i Helse Nord var for årene 2014-2018 på 10 og en halv time. Dette samsvarer med funn fra gjennomgang av pasienttransporter i tilsynet, som har vist flere ambulanseflytransporter med transporttid på over 12 timer og enkelte med transporttid på over 24 timer. Lang transporttid innebar i disse tilfellene lang ventetid før transport.

Situasjonen rundt ventetid før transport oppleves uverdigg for pasientene og utfordrende for involvert personell. Generelt omtales håndteringen av transport for pasientgruppen som ressurskrevende, og det er pekt på at pasientene får forsinket vurdering og behandling i spesialisthelsetjenesten. Lang ventetid øker risikoen for bruk av tvang og fysisk maktbruk i ventetiden. Ventingen på transport skjer til dels i lite egnede lokaler og det oppstår regelmessig situasjoner hvor alvorlig syke pasienter som er til fare for seg selv eller andre utagerer, utøver vold eller skadeverk og ikke får nødvendig skjerming. Dette medfører behov for politibistand og noen ganger bruk av nødrett i ventetiden, blant annet ved bruk av spyttmaske, stripsing, håndjern og tvangsmedisinering. Det er ikke en felles omforent praksis for hvordan denne pasientgruppen skal prioriteres, og det blir i begrenset grad gjort individuelle vurderinger av transportbehovet basert på pasientens kliniske tilstand og lidelsestrykk. Ambulanseflytjenestene for denne pasientgruppen er derfor ikke tilrettelagt på en måte som ivaretar kravene til forsvarlighet.

### ***Ledelse, styring og tilrettelegging for å sikre forsvarlige ambulanseflytjenester***

Tilsynet har avdekket at de regionale helseforetakene ikke har oppfylt sitt ansvar for tilrettelegging og styringen av ambulanseflytjenesten. Svikten gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere ambulanseflytjenesten.

For å kunne sørge for et tilrettelagt, koordinert og forsvarlig tjenestetilbud må de regionale helseforetakene sørge for at de har tilstrekkelig oversikt og kunnskap om behovet for ambulanseflytjenester og tilstrekkelig oversikt og kunnskap om tjenestene som ytes. I dette ligger det blant annet krav til at de regionale helseforetakene etterspør slik informasjon fra de underliggende helseforetakene, og evaluerer tjenestene som tilbys. Ved behov for korrigerende tiltak, må de regionale helseforetakene følge opp at tiltak gjennomføres og får tilsiktet effekt.

Det finnes ikke helhetlig oversikt og kunnskap som viser om pasienter får transport i samsvar med sine behov, og heller ikke oversikt over hvilke konsekvenser eventuelt forlenget prehospital tid får for pasientene. Videre er det ikke gjort analyser av de samlede risikoforhold eller sårbarhet i ambulanseflytjenesten som også synliggjør eventuelle konsekvenser for pasientene ved svikt i ulike ledd av den akuttmedisinske kjeden. Behovet for slik kunnskap er kjent i tjenesten, jf. rapport avgitt 3. september 2018<sup>s</sup> om «Forbedring og effektivisering av ambulanseflytjenesten».

Aktørene i ambulanseflytjenesten peker selv på at det er avgjørende at både flyoperative og medisinskfaglige forhold kontinuerlig følges opp på en integrert måte for at ambulanseflytjenesten skal fungere som en helhetlig og koordinert helsetjeneste. For aktørene er det uklart hvem som har et slikt ansvar. Vi legger til grunn at dette har medført at det ikke i tilstrekkelig grad har vært drevet et helhetlig og koordinert kvalitetsforbedringsarbeid som involverer alle de relevante aktørene i ambulanseflytjenesten.

Spesialisthelsetjenesten mangler oversikt over samlet transporttid med ambulansefly til behandlingssted for pasienter som trenger rask transport, herunder tiden det tar ved kritiske overganger i den akuttmedisinske kjeden. De mangler også oversikt over hvilke konsekvenser eventuelle forsinkelser får for pasientene. Vi har fått opplyst at det er uklart hvem som har ansvaret for at slik informasjon samles inn og aktivt brukes til å forbedre ambulanseflytjenestene. De regionale helseforetakene mangler ved dette kunnskap og relevante styringsdata for å kunne vurdere om tjenesten som ytes er forsvarlig, og de mangler tilstrekkelig grunnlag for å kunne planlegge, evaluere og om nødvendig korrigere tjenesten.

De regionale helseforetakene bruker meldinger om avvik i sin styring av tjenesten. De ulike aktørene i akuttkjeden, inkludert ambulanseflytjenesten, har etablert egne systemer der medarbeidere skal melde avvik. For mange medarbeidere er det likevel uklart hva som skal meldes som avvik og hvem avvik skal meldes til. Dette medfører at avvik som skulle vært meldt, ikke blir meldt. Videre behandles medisinske og flyoperative avvik hver for seg i ulike styringslinjer. Det er ikke etablert en omforent praksis for gjennomgang og oppfølging av avvik ved ambulanseflytransporter som vedrører flere samhandlende virksomheter. Avvikene som meldes gir derved ikke et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den samlede risikoen i tjenesten som helhet. De regionale helseforetakene har ved dette verken sikret nødvendig oversikt over områder i ambulanseflytjenesten med fare for svikt, eller i tilstrekkelig grad sørget for at opplysninger om risiko etterspørres og tas med i planleggingen og gjennomføringen av tjenesten.

De regionale helseforetakene må ta et særlig ansvar for at risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt vektlegges og forebygges. Vår gjennomgang viser at mange av de meldte avvikene adresserer svikt som oppstår i overgangene mellom ulike aktører i ambulanseflytjenesten og akuttkjeden. Ledelse på ulike nivå har gjennom en rekke år vært gjort kjent med flere forhold innenfor tjenestens kontroll som bidrar til at pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og transport med ambulansefly får unødvendige forsinkelser. Vi ser at meldinger om svikt og de

samme risikofaktorer har blitt påpekt en rekke ganger, og at de regionale helseforetakene har fått informasjon om forholdene i ambulanseflytjenesten. De tiltak som har vært satt i verk for å utbedre forholdene har ikke i tilstrekkelig grad bidratt til å redusere risikoen for unødige forsinkelser eller forhindre ny svikt i tilknytning til transporter som krever ambulansefly.

Et operatørbytte er en risikosituasjon som vil medføre ekstra sårbarhet og usikkerhet, ved at gjeldende system for gjennomføring av oppdrag blir utfordret. De regionale helseforetakene sikret ikke at risikosituasjonen knyttet til operatørbyttet i tilstrekkelig grad ble vurdert, og det ble ikke i tilstrekkelig grad vurdert eller satt inn kompensierende tiltak i forkant av operatørskiftet. Risikovurderingen som ble utarbeidet av LAT HF i forkant av operatørbyttet ga ikke nødvendig oversikt over og kunnskap om hvordan redusert tilgjengelighet av fly kan påvirke forsvarligheten i tilbudet til pasientene. Et operatørbytte i fremtiden representerer usikkerhet og risiko for tjenesten, og det må håndteres av de regionale helseforetakene.

## **2 Tilsynets tema og omfang**

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenestene, og er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Tilsyn skal bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, jf. lov av 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) §§ 1, 3 og 4.

Tiden det tar før en pasient får forsvarlig hjelp kan være avgjørende for det videre forløpet til pasienten. Luftambulansetjenesten skal yte spesialisert akuttmedisin og være en integrert del av den akuttmedisinske beredskapen. Ambulansefly, ambulanshelikoptre og redningshelikoptre inngår i luftambulansetjenesten, som skal sørge for:

- å bringe kompetent personell og utstyr ut til pasienten ved behov
- rask transport av pasienten til forsvarlig behandlingssted

Statens helsetilsyn har undersøkt om befolkningen i Nord-Norge får og har fått forsvarlige ambulanseflytjenester som del av den akuttmedisinske beredskapen. Det var oppdrag med behov for øyeblikkelig hjelp, inkludert oppdrag med høy grad av hast med behov for transport med ambulansefly, som var tema for våre undersøkelser. Dette gjelder akutt oppstått og forverring av sykdom eller skade, både somatiske og psykiske lidelser. Ambulansefly er en særlig viktig ressurs i Nord-Norge på grunn av lange reiseavstander til forsvarlig behandlingssted.

Vi har vurdert om de regionale helseforetakene har ivaretatt sitt ansvar for å sørge for at befolkningen får rask transport med ambulansefly ved behov for øyeblikkelig hjelp. Det er virksomheten selv som har ansvaret for at tjenestene som tilbys til enhver tid er forsvarlige, og at helsetjenestene som tilbys og gis, er i samsvar med de krav som er fastsatt i lov og forskrift.

En oversikt over saksbehandlingsprosessen ligger som vedlegg til rapporten. Vedlagt er også en oversikt over sentrale forkortelser og terminologi relevant for rapporten.

### **3 Bakgrunnen for dagens luftambulansetjeneste**

De første ambulanseflytransportene i Norge foregikk allerede i 1920-årene, i hovedsak på Vestlandet, i Midt-Norge og Nord-Norge. Ambulansefly, legehelikoptre og redningshelikoptre har overlappende funksjoner. Alle ressurstyper samarbeider med og supplerer og støtter den ordinære ambulansetjenesten. Viktige målsettinger for luftambulansetjenesten har fra starten av vært å sikre pasienter med alvorlige tilstander og behov for hurtigst mulig diagnostikk og behandling rask transport, observasjon og behandling på vei til definitiv behandling i egnet sykehus, og ved dette bidra til likeverdige helsetjenester i hele landet.

En arbeidsgruppe utarbeidet i 1986 en rapport på vegne av Sosialdepartementet, der de medisinskfaglige og administrative spørsmål i tilknytning til statens ansvar for luftambulansetjenesten ble vurdert, jf. NOU 1998:8 Luftambulansetjenesten i Norge som redegjør for dette.<sup>3</sup> Etter arbeidsgruppens vurdering måtte det aksepteres en større bruk av luftambulansetjeneste i strøk av landet med vanskelig personellsituasjon og spesielle geografiske og værmessige forhold. Luftambulansetjeneste ble pekt på som et viktig bidrag for å sikre befolkningen på landsbasis et mer likeverdig helsetjenestetilbud. Rapporten dannet grunnlag for departementets utforming av Nasjonal luftambulansetjenesteplan, og ble behandlet i statsbudsjettet for 1988 (St prp. Nr. 1 (1987-88)).

Som følge av denne planen ble det fra 1988 etablert baser med dedikerte luftfartøyer og personell. Formålet var tilbudslighet, bedre utnyttning av ressurser og kostnadskontroll gjennom langsiktige kontrakter med luftfartsoperatører. Egnede, lette helikoptre («legehelikoptre») og en tilnærmet standardisert flåte fly (modifiserte Beechcraft 200) («ambulansefly») inngikk. Den nasjonale luftambulansetjenesteplanen regulerer fortsatt hovedtrekkene i dagens luftambulansetjenestes virksomhet. Senere har det kommet til noen flere baser, men struktur og oppgaver er i hovedsak lite endret.

I NOU 1998:8 Luftambulansetjenesten i Norge diskuteres blant annet målsettinger og behov for morgendagens luftambulansetjeneste, og her slås det fast at «Luftambulansetjenestens primære målgruppe skal være alvorlig syke eller skadde pasienter som trenger akuttmedisinsk behandling.» og «... betraktes som et effektivt virkemiddel for å jevne ut forskjeller i tilgjengelighet til spesialiserte akuttmedisinske tilbud som følger av landets geografi og bosettingsmønster». Videre pekes det på at det overordnede målet for luftambulansetjenesten er å bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger «som en integrert del av den samlede ambulansetjeneste og den øvrige helsetjeneste».

Luftambulansetjenesten er også drøftet i NOU 2015:17 Først og fremst<sup>4</sup>, hvor luftambulansetjenestens sentrale betydning for en likeverdig akuttmedisinsk

---

<sup>3</sup> [NOU 1998:8 Luftambulansetjenesten i Norge](#)

<sup>4</sup> [NOU 2015:17 Først og fremst](#)

helsetjeneste i hele landet fremheves. Utvalget har pekt på at forhold som befolkningsutvikling, den medisinsk-faglige utviklingen og endringer i helsetjenestens struktur vil påvirke behovet for luftambulansetjenester i årene fremover. Utvalget peker på at de regionale helseforetakene må legge til grunn analyser av fremtidig beredskapsbehov, pasientstrømmer og kompetansebehov ved planleggingen av luftambulansetjenesten, og de nasjonale retningslinjene for bruk av luftambulansetjeneste må konkretiseres lokalt for å imøtekomme landets ulike geografiske forutsetninger.

#### **4 Dagens organisering og tilrettelegging av ambulanseflytjenesten**

Ambulanseflytjenesten er en kompleks tjeneste, der flere ulike aktører inngår. For pasienter som trenger transport med ambulansefly, er resultatet avhengig av at aktørene i den akuttmedisinske kjeden samhandler på en god måte. For å vurdere om ambulanseflytjenesten er forsvarlig og koordinert, har det vært nødvendig å vurdere ambulanseflytjenesten som en del av den akuttmedisinske beredskapen. Vi har sett på tjenesteytingen fra behovet for transport med ambulansefly meldes til spesialisthelsetjenesten og til pasienten er brakt til forsvarlig behandlingssted.

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og ambulanseflytransport med akuttmedisinsk behandling og overvåkning har ofte uavklarte tilstander. Helsepersonell arbeider under tidspress og må ta beslutninger om behandling og transport basert på pasientens tilstand der og da. De ulike ambulanseressursene har ulik operativ og faglig kapasitet. De har ulik bemanning, operativ og medisinsk faglig kompetanse, vaktordninger, tilgjengelighet og rutiner og mekanismer for rekvirering, aktiveringstid og responstid. Videre er det forskjellige bestemmelser og begrensninger for de ulike ressursene i luftambulansetjenesten. Standard helsebemanning i ambulansefly er flysykepleier (intensiv- eller anestesisykepleier), supplert med anestesilege i vakt etter behov ved noen baser (Bodø, Tromsø, og fra nylig Kirkenes i Helse Nord RHF). Ambulanseflyflåten brukes til å gjennomføre oppdrag ved behov for øyeblikkelig hjelp og planlagte oppdrag. De samme ambulanseflyene benyttes til alle typer oppdrag.

På bakgrunn av ulikheter i topografi, bosetting og helsetjenestens organisering, er det vesentlige regionale ulikheter i behov og bruksmønster for ambulanseflytjenester. I Helse Sør-Øst RHF utnyttes ambulansefly i hovedsak til sekundæroppdrag, der en stor del er bestilte oppdrag. I Helse Nord RHF, og spesielt i Finnmark og på Helgelandskysten, benyttes ambulansefly til primæroppdrag mellom kommunene og lokal- og regionsykehus, og til sekundæroppdrag, der mange oppdrag er øyeblikkelig hjelp, fra lokal- til regionsykehus. Ambulanseflytjenesten benyttes også for transporter til sykehus på lavere nivå. I mange tilfeller vil ambulansefly være eneste realistiske eller hensiktsmessige alternativ ved behov for øyeblikkelig hjelp og rask og kompetent transport til forsvarlig behandlingsnivå i Nord-Norge.

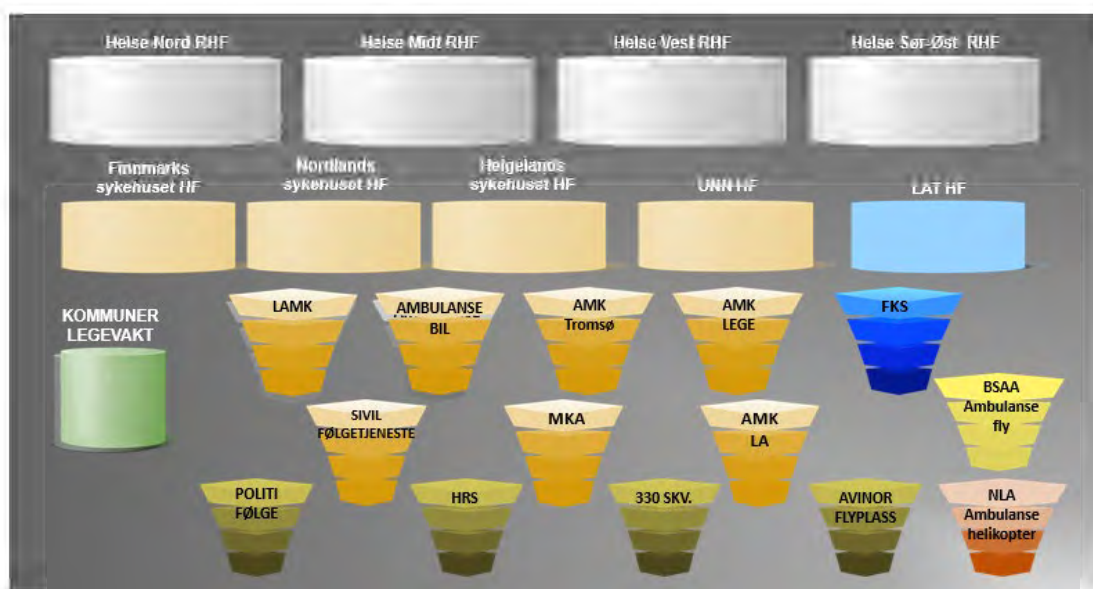
Når det gjelder valg av luftambulanseresurs i det enkelte oppdrag, er vesentlige momenter blant annet hvilke distanser og topografi oppdragene går over. I dette inngår vurderinger knyttet til flyhastighet, krav til landingsforhold, værmessige begrensninger og muligheter, krav til planlegging av flygning og

kommunikasjonsmessige forhold, for eksempel umiddelbar tilgang over nødnett. Ressursene i luftambulansetjenesten kan delvis erstatte eller utfylle hverandre, og er komplementære med ordinær bilambulansetjeneste. Terskelen for å bruke de ulike tjenestene tar utgangspunkt i pasientens behov, men prosedyren for å utløse bruk av ambulansefly er mer omstendelig enn for bruk av ambulanshelikopter.

Ambulansefly er raskere og har lengre rekkevidde enn eksempelvis ambulanshelikopter. Videre har ambulansefly trykkabin, er mindre utsatt for ising enn ambulanshelikopter og kan opereres uavhengig av sikt, ved at man eksempelvis kan fly «over været» ved bruk av «instrumentflyging». På den annen side vil bruk av ambulansefly som ressurs kreve mer planlegging, eksempelvis skal «flight plan» sendes «Eurocontrol». Det tar normalt noe lengre tid for iverksetting av oppdrag med ambulansefly enn ambulanshelikopter. Videre stiller bruk av ambulansefly krav til rullebane for avgang og landing, og har operative begrensninger, for eksempel knyttet til at de har redusert kapasitet ved sterk sidevind ved landing.

#### 4.1 Aktørene i luftambulansetjenesten

Figuren nedenfor (figur 1) gir en oversikt over de sentrale aktørene som er involvert i luftambulansetjenesten i Nord-Norge.



Figur 1: Sentrale aktører i luftambulansetjenesten.

Forkortelser: LAMK (Lokal akuttmedisinsk kommunikasjonssentral). MKA (Medisinsk koordinering ambulansfly). AMK LA (Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral ambulanshelikopter). FKS (Flykoordineringsentral). BSAA (Babcock Scandinavian AirAmbulance AS). HRS (Hovedredningssentral). 330 SKV (330 Skvadron Redningshelikopter). NLA (Norsk Luftambulans AS)

Enhver gjennomføring av ambulansflyoppdrag krever samhandling og involverer personell i flere ulike virksomheter, både innenfor og utenfor



spesialisthelsetjenesten. Vi vil i det følgende redegjøre for de sentrale aktørene som er involvert i gjennomføringen av et typisk ambulansflyoppdrag i Nord-Norge

#### 4.1.1 De regionale helseforetakene

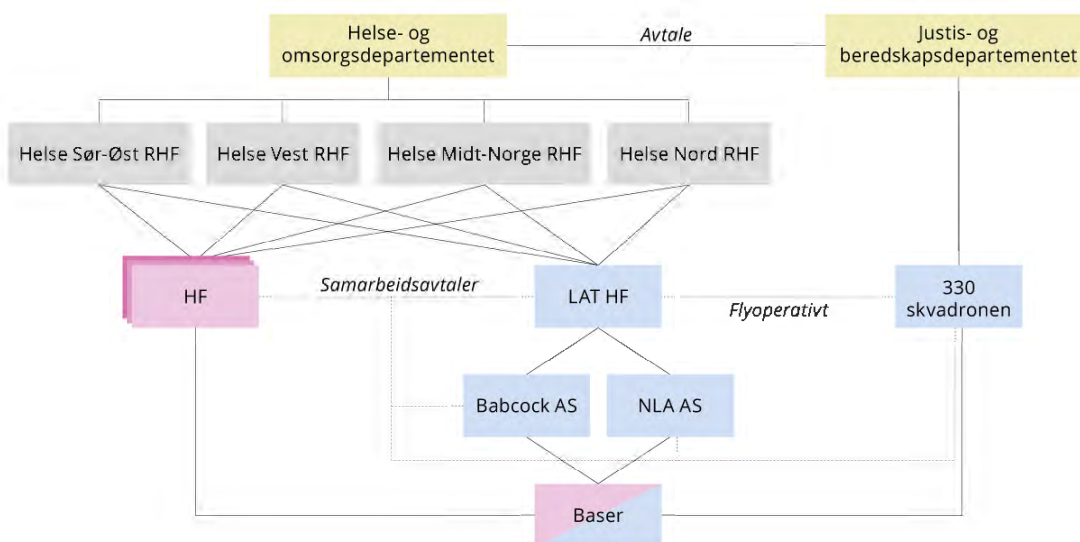
De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen blir tilbudt spesialisthelsetjeneste, herunder blant annet akuttmedisinsk beredskap, luftambulansetjeneste og sykehustjenester.

De regionale helseforetakene eier, organiserer og finansierer luftambulansetjenestene i Norge. De regionale helseforetakene eier Luftambulansetjenesten HF (LAT HF) sammen.

De regionale helseforetakene utarbeider oppdragsdokument for de underliggende helseforetakene. I tillegg avholdes foretaksmøter med helseforetakene hvor oppdragsdokumentet overleveres og eierstyringen utøves.

Helse Nord RHF eier seks helseforetak: Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF), Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF, Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF.

Figur 2 nedenfor viser den overordnede organiseringen av luftambulansetjenesten og gjeldende styringslinjer.



Figur 2: Oversikt over organiseringen av luftambulansetjenesten

Figuren er hentet fra Rapport fra ekspertgruppe. Mars 2021 - Organisering av luftambulansetjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet.

Forkortelser: HF (Lokale helseforetak), LAT HF (Luftambulansetjenesten helseforetak), Babcock AS (Babcock Scandinavian AirAmbulance AS), NLA AS (Norsk Luftambulanse AS), 330 skvadronen (Redningshelikopter) og Baser (Baser for ambulansfly og ambulanshelikopter). Rosa farge markerer lokale helseforetak og helsepersonell i ambulansfly og ambulanshelikopter

#### 4.1.2 Helseforetakene

Flere av helseforetakene i Nord-Norge er organisert med sykehus på flere steder. Sykehusene skal ivareta pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten og tilby øyeblikkelig hjelp. Helseforetakene (sykehusene) bemanner ambulanshelikoptre og ambulansfly med leger og sykepleiere.

Blant helseforetakene under Helse Nord RHF er UNN HF tillagt et særlig ansvar for funksjonen medisinsk koordinering ambulansfly (MKA), som gjør medisinsk prioritering av ambulansflyoppdrag. Dette arbeidet ledes av AMK-leger som er umiddelbart tilgjengelig for AMK ved behov for råd, veiledning, koordinering og prioritering i forbindelse med alle typer oppdrag (jf. prosedyre fra UNN HF, PR 15339).

Ved ambulansflyoppdrag med transport av pasienter med alvorlig psykisk sykdom, kan det være behov for bistand av politi eller sivil følgetjeneste for å sikre forsvarlig transport. Den sivile følgetjenesten er organisert av de ulike helseforetakene.

#### 4.1.3 Spesielt om LAT HF

LAT HF har det overordnede operative driftsansvaret for all luftambulans i Norge, både ambulansfly- og ambulanshelikoptertjenesten. LAT HF sine primære og prioriterte oppgaver er å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet, jf. foretakets vedtekter vedlagt styresak 6-2017 Stiftelse av Luftambulansetjenesten HF<sup>5</sup>.

Den operative delen av tjenesten settes ut på anbud, ved at LAT HF inngår avtaler med sivile flyselskap. Per i dag har LAT HF avtale med Babcock Scandinavian AirAmbulance AS (BSAA) som operatør på ambulansfly og Norsk Luftambulans AS som operatør på ambulanshelikopter.

LAT HF har hovedkontor i Bodø (administrasjonen), og har ansvar for syv ambulansflybaser, i Kirkenes, Alta, Tromsø, Bodø, Brønnøysund, Ålesund og på Gardermoen.

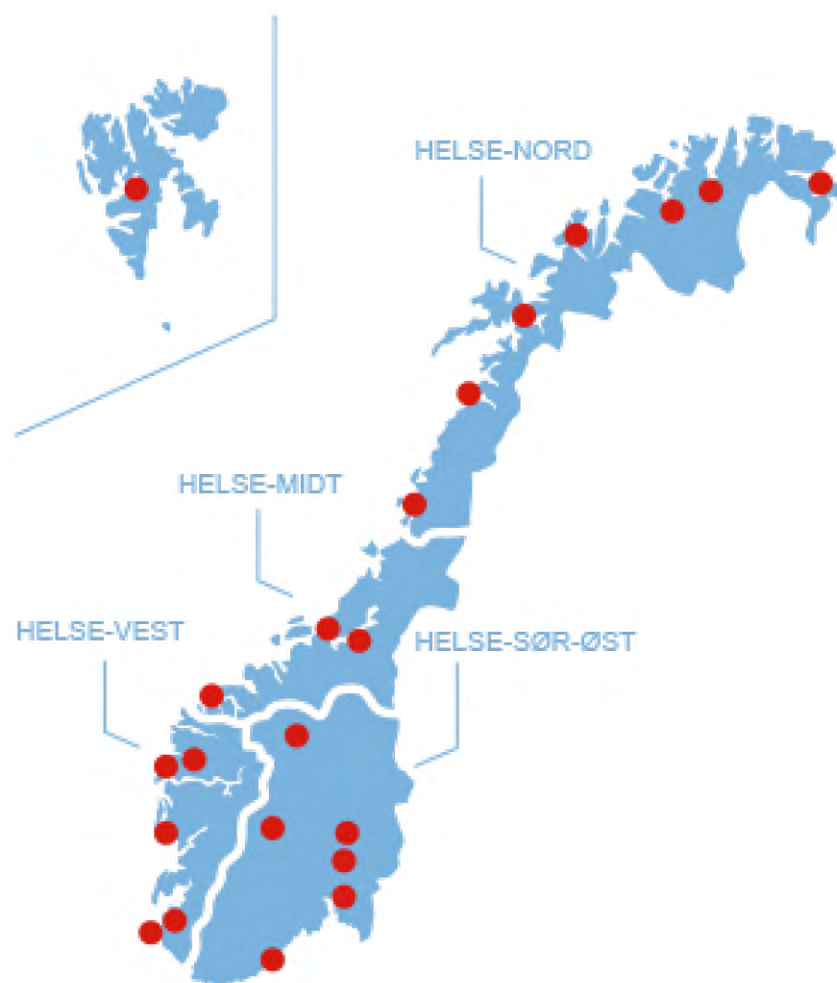
LAT HF har 14 ambulanshelikoptre plassert på 13 baser: Arendal, Lørenskog (2), Ål, Dombås, Stavanger, Bergen, Førde, Ålesund, Trondheim, Brønnøysund, Evenes, Tromsø og Kirkenes. LAT HF har ni ambulansfly plassert på syv baser: Gardermoen (2), Ålesund, Brønnøysund, Bodø, Tromsø, Alta (2) og Kirkenes.

Nedenfor i figur 3 presenteres de fire helseregionene med tilhørende antall baser (røde punkt) inn i kart over Norge. Svalbard hører inn under Helse-Nord HF. Oversikten er hentet fra LAT HF sine hjemmesider, Våre baser<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> [Vedtekter for Luftambulansetjenesten HF](#)

<sup>6</sup> [Ambulansflybaser](#)



Figur 3. Kart med oversikt over de ulike helseregionene i Norge, med tilhørende antall og plassering av luftambulansebasen (røde punkt).

#### Flykoordineringssentralen (FKS)

FKS er en del av LAT HF. FKS er samlokalisert med AMK Tromsø. Sentralen har døgkontinuerlig drift, og samarbeider med de tre medisinske koordinerende punkter for ambulansflytjenesten.

FKS utfører operativ kontroll for BSAAAs ambulansflyoperasjoner, koordinerer alle flyoppdrag- og bevegelser nasjonalt av ambulansflyene i henhold til inngåtte kontrakter om ambulansflytjenester. FKS kan også gis myndighet til å disponere flyene på nasjonalt nivå på vegne av overordnet helsemyndighet når særlige situasjoner krever det (katastrofesituasjoner), jf. Retningslinjer for bruk av luftambulanse (2009), LAT HF<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Retningslinje for bestilling av luftambulanse

#### 4.1.4 *Babcock Scandinavian AirAmbulance AS*

Babcock Scandinavian AirAmbulance AS (BSAA) er operatør på alle ambulansefly. Avtalen mellom LAT HF og BSAA om ambulanseflytjenester bygger på konkurransegrunnlag for kjøp av ambulanseflytjenester av 15. november 2016 med tilhørende avtale av 23. juni 2017 og underbilag. Bilag til avtale av 28. juni 2017 (kjøp av ambulanseflytjenester for perioden) beskriver blant annet forventninger til tilgjengelighet, herunder ønske om å optimalisere tidspunktene for vaktbytter ved ambulanseflybasene ved spredning av vaktbyttetidspunkt og krav til operativ kapasitet (herunder bemanning).

Kaptein og styrmann er ansatt i BSAA. Kapteinen skal vurdere oppdraget med bakgrunn i flysikkerhet, og kan overprøve beskjed om å gjennomføre flyoppdraget. Kapteinens beslutning er endelig, og overprøves ikke av noen andre av aktørene som er involvert. Luftfartstilsynet fører tilsyn med BSAA etter nasjonale og internasjonale krav til flysikkerhet.

BSAAs operasjonssentral (OCC) er lokalisert i Tromsø og sørger for at fly og flyoperativ besetning er tilgjengelige. Alle som arbeider på flybasene har tilgang til BSAA avviks-system, inkludert medisinsk personell ansatt i spesialisthelsetjenesten. BSAA har også ansvar for driften av flybasene, som eies av LAT HF.

#### 4.1.5 *Samhandling med redningstjenesten*

Hovedredningssentralen, HRS, er den sentrale offentlige virksomhet for ledelse og koordinering av redningsaksjoner i Norge. HRS er underlagt Justis- og beredskapsdepartementet. HRS består av to avdelinger, en avdeling for Sør-Norge, HRS SN, og en avdeling for Nord-Norge, HRS NN. Politimestrene i henholdsvis Nordland og Sør-Vest politidistrikt, har det overordnede ansvaret for de operative funksjonene ved HRS.

Redningshelikoptertjenesten er et sentralt operativt element i den norske statens redningstjeneste. Den har søk- og redningstjeneste som sin primæroppgave. Tjenesten omfatter de offentlige redningshelikoptrene som eies av Justis- og beredskapsdepartementet og opereres av Luftforsvaret gjennom 330-skvadronen. Dessuten omfatter tjenesten Sysselmannens helikoptre på Svalbard og andre helikoptre innleid for formålet fra private operatører. Disse redningshelikoptrene skal fungere innenfor et flerbrukskonsept og utfører blant annet luftambulansetjeneste, bistand til politiet i tidskritiske situasjoner for å redde liv og helse, og andre samfunnsnyttige oppdrag. Ressursene er primært disponert for SAR (Search And Rescue), men ved behov og når ressursen er tilgjengelige benyttes de også for gjennomføring av luftambulansetjenesteoppdrag. Det er HRS som i hvert enkelt tilfelle beslutter om redningshelikoptrene skal stilles til disposisjon for luftambulansetjenesteoppdrag.

330-skvadronen er operatør av redningshelikoptrene plassert i Banak, Bodø, Ørland, Sola og på Rygge. Den vanlige besetningen på dagens helikoptre i 330-skvadronen ved oppdrag, er to flygere, en navigatør, en heisoperatør, en redningsmann og en anestesilege. Besetningen er ansatt i Forsvaret, mens de regionale helseforetakene er ansvarlige for legebemanningen. I Bodø og Banak har Helse-Nord derfor ansvar for

legetjenesten. Private aktører drifter Sysselmannens helikoptre og redningshelikopteret i Florø og etter hvert i Tromsø.

#### **4.2 Rekvirering, koordinering og gjennomføring av ambulanseflyoppdrag**

De sentrale trinnene i prosessen med å rekvirere, koordinere og gjennomføre et typisk «øyeblikkelig hjelp ambulanseflyoppdrag» i Nord-Norge er beskrevet i et antall kvalitetsdokumenter mottatt fra AMK Tromsø, UNN HF. Vi oppfatter de mest sentrale dokumentene til å være følgende rutiner; PR 46075 «Innmeldingsprosedyre ved bestilling av øyeblikkelig hjelp ambulansefly Medisinsk koordinerende punkt (MKP) UNN Tromsø» (gyldig fra 12. februar 2018), PR 15278 «Samhandlingsprosedyre for AMK - Tromsø og FKS» (gyldig fra 5. desember 2017), PR 4753 «Ambulanseflyoppdrag - innhenting av pasientopplysninger» (gyldig fra 27. desember 2018), og PR 33126 «Akutt beredskap i ambulanseflytjenesten» (gyldig fra 10. oktober 2013).

Når det oppstår behov for transport, tar rekvirent kontakt med lokal AMK-sentral (LAMK). LAMK starter arbeidet med å innhente nødvendig informasjon for å klargjøre transportbehovet (jf. prosedyre ved UNN HF, PR 46075, punkt 5, til ledd 6). Når LAMK sammen med rekvirent har vurdert at det er behov for transport med ambulansefly, blir behovet, med hastegrad, meldt MKA. MKA innhenter supplerende informasjon fra rekvirent (jf. prosedyre ved UNN HF, PR 46075, punkt 5, fra ledd 7). På bakgrunn av disse opplysningene vurderer MKA medisinsk hastegrad og prioritet. Samtidig gjør MKA, under ledelse av vakthavende AMK-lege, sammen med FKS, en vurdering av ressurstilgjengelighet i regionen.

Medisinsk hastegrad er resultat av en vurdering av hendelse, situasjon, symptomer og/eller tilstand, og beskriver i hvilken grad det haster med respons på en hendelse. Hastegrad for øyeblikkelig hjelp deles inn i kategoriene akutt (rød), haster (gul) og vanlig (grønn), i henhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp<sup>8</sup>.

- Hastegrad rød – akutt: Dette er hastegrad for antatt kritisk tilstand der vitale funksjoner svikter eller er truet, og der ambulanseressurser skal rykke ut og lege alarmes.
- Hastegrad gul – haster: Dette er hastegrad for antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjonene kan bli truet og der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege og/eller transport til sykehus.
- Hastegrad grønn – vanlig: Dette er hastegrad for tilstander der det er behov for nærmere medisinsk vurdering og/eller behandling, men det antas at tidsmomentet medisinsk sett ikke er avgjørende..

Når MKA har funnet at all informasjon er mottatt, registrert og akseptert, blir oppdraget formidlet videre til FKS. FKS beslutter hvilken ambulanseflyressurs som skal benyttes, planlegger oppdraget, og varsler besetningen (piloter). MKA varsler helsepersonell, og formidler medisinske opplysninger om pasienten. Videre koordinerer AMK Tromsø samhandling med LAMK (for LAMK sin planlegging av

---

<sup>8</sup> Indeks for medisinsk nødhjelp

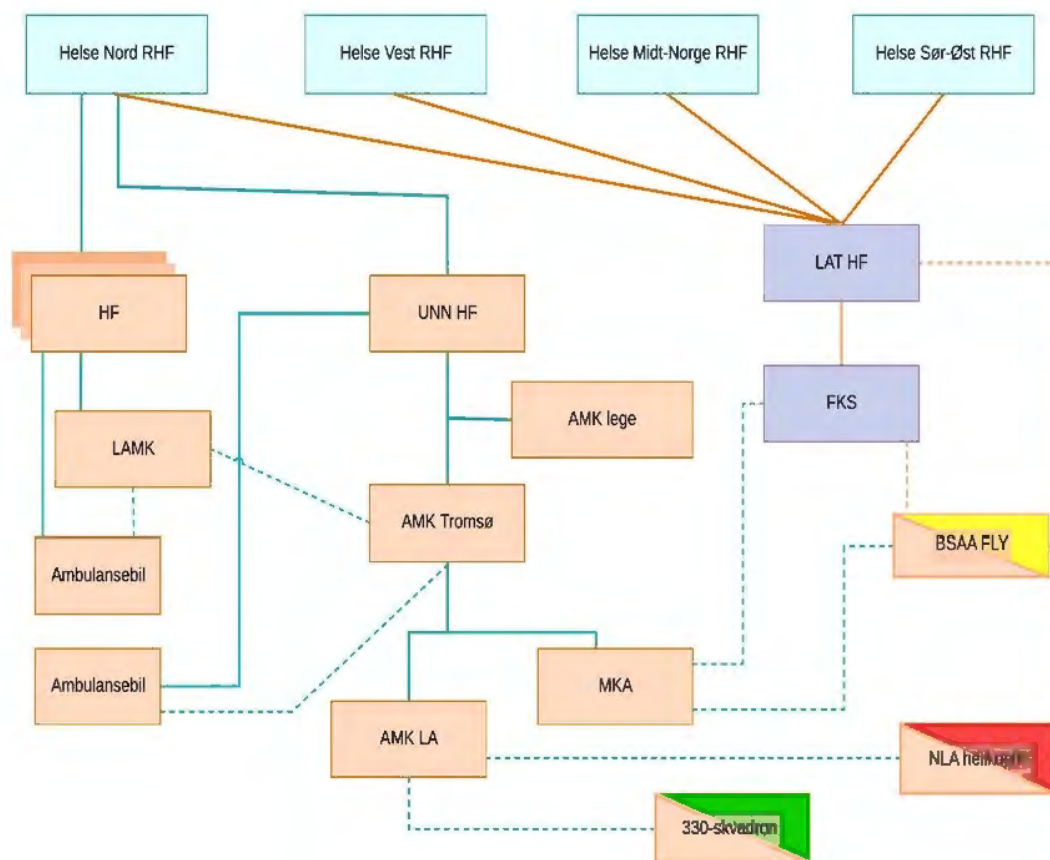
ambulansetransport til og fra ambulansefly, eksterne aktører som politiet eller sivil følgetjeneste).

Forventninger eller krav til tidsbruk i et ambulanseflyoppdrag er i liten grad konkretisert skriftlig. Noen føringer foreligger, eksempelvis forventninger i prosedyren "Akuttberedskap i ambulanseflytjenesten gyldig fra 10. oktober 2013, utarbeidet av UNN HF for AMK og Luftambulanseavdelingen. Her fremgår det at gjeldende føring er at akuttoppdrag normalt skal iverksettes innen 60 minutter. Oppdrag med hastegrad haster iverksettes innen 3-4 timer og vanlige oppdrag iverksettes innen 12-24 timer.

Forventninger knyttet til reaksjonstid (benevnt som aktiveringstid i gjeldende avtale mellom LAT HF og BSAA) er den tid fra FKS varsler flybesetning til flyet er i bevegelse (blocks off). Reaksjonstiden for fly ved alle basene er på 20 minutter, jf. punkt 2 i bilag A5: Beredsskapsstruktur. For basene Alta 2, Brønnøysund, Ålesund og Gardermoen 1 er det unntak for natt/lør/søn/helligdager da det er en reaksjonstid på 60 minutter (Alta 2 er ikke i beredskap på natt). Det er imidlertid lagt inn en forutsetning i avtalen om at reaksjonstiden alltid skal vike prioritet for sikkerhetsmessige forhold.

LAT HF peker i sin tilbakemelding til sammenstillingen av informasjon og funn på at det er FKS som vurderer konsekvenser av eventuell overtid for besetningen på ambulansefly for påfølgende vakt, og at det med bakgrunn i dette er AMK-legen som skal vurdere og godkjenne iverksettelse av øyeblikkelig-hjelp oppdrag som medfører overtid og påfølgende beredskapsavbrudd. FKS kan ikke varsle en påtroppende ambulanseflybesetning om oppdrag før de faktisk har startet på vakt. Vaktbyttetiden på de ulike basene er fastsatt i avtalen med BSAA. MKA har oversikt over tidspunktene for vaktbytter.

Figuren nedenfor (figur 4) gir en oversikt over aktørene som er involvert i transportoppdrag med ambulansefly og hvordan de samhandler.



Figur 4: Figuren gir en oversikt over aktørene som er involvert i øyeblikkelig-hjelp transportoppdrag med ambulansefly og hvordan de samhandler. Heltrukne linjer viser organisatorisk plassering. Stiplede linjer viser de mest benyttede kommunikasjonsveier. Fargemarkeringer:   - Spesialisthelsetjenesten med sykehusfunksjoner, bilambulanser og helsepersonell i ambulansefly, ambulanshelikopter og redningshelikopter.   - Luftambulansetjenesten LAT med underordnet FKS.   - BSAA ambulansefly.   - NLA ambulanshelikopter.   - 330-skvadron redningshelikopter.

## 5 Rettslig grunnlag

Tema for tilsynet er om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige og koordinerte ambulanseflytransport ved behov for øyeblikkelig hjelp.

Aktuelle lovbestemmelser og forskriftsbestemmelser som tjenesten vurderes etter er:

- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) av 15. desember 2017 nr. 107
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63 § 2-1 b
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr. 61 (§§ 2-1 a, 2-1 b, 2-1 c, 2-1 e, 2-2, 3-1 og 3-4a)
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64 § 7

- Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) av 15. juni 2001 nr. 93 §§ 2a og 9
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr. 30 §§ 6-1 og 6-2
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 28. oktober 2016 nr. 1250 §§ 6-9
- Forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) av 20. mars 2015 nr. 231 §§ 1, 3, 4 og 10
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. av 16. desember 2011 nr. 1258 (psykisk helsevernforskriften) §§ 1-4

### **5.1 Tilsyn med helse- og omsorgstjenesten**

Statens helsetilsyn er gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten, jf. §§ 3 og 4 i helsetilsynsloven.

Dette tilsynet er innrettet mot de regionale helseforetakenes overordnede «sørge for ansvar». Akuttkjeden består av mange virksomheter og enheter med ulike organisatoriske strukturer og styringsmodeller som krever overordnet organisering og styring fra de regionale helseforetakene for å sikre forsvarlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester fra virksomhetene. Samtidig vil det være helseforetakene som i praksis må tilrettelegge for at pasienten får ambulanseflytransport og et helhetlig og koordinert prehospitalt forløp.

### **5.2 Sørge for-ansvaret**

De regionale helseforetakene har sørge for-ansvaret for spesialisthelsetjenester. Ansvarer omfatter blant annet akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a 1. ledd nr. 3 og nr. 4 og akuttmedisinforskriften § 3 bokstav e. I spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd er det presisert at det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og akutte situasjoner i helseregionen.

Tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv eller ved at de inngår avtaler med andre tjenesteytere. Utøvende virksomhet, som ytes av de regionale helseforetakene skal organiseres som helseforetak, jf. helseforetaksloven § 9. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Ansvarer for at helsetjenestene som gis er i samsvar med kravene i helselovgivningen tilligger de enkelte helseforetak som skal organisere og drifte forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Det er nær sammenheng mellom sørge for-ansvaret, forsvarlighetskravet og kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.



Sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene innebærer overordnet ansvar for organisering og styring. De har ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd. De skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a 3. ledd og helseforetaksloven § 2a og brev av 28. januar 2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene med påminnelse om sørge for-ansvaret.

De regionale helseforetakene må utøve en overordnet organisering, ledelse, styring, samordning og tilrettelegging slik at helsetjenestene som tilbys og ytes av foretak som de eier eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene, er forsvarlige. Samhandling og tilrettelegging for samarbeid med andre virksomheter og tjenester er omfattet av sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

#### *5.2.1 Planlegge*

Ansvar for planlegging innebærer at de regionale helseforetakene må sikre seg tilstrekkelig oversikt og kunnskap om tjenestene for å vurdere, analysere og planlegge for hvordan befolkningen skal få tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester.

De regionale helseforetakene må ha oversikt over behovet for, og tilbudet av spesialisthelsetjenester, og ha oversikt over områder med svikt i tjenesteytingen eller fare for svikt. De regionale helseforetakene må planlegge for hvordan eventuell fare for svikt eller svikt ved gjennomføring av planer eller tiltak skal håndteres.

#### *5.2.2 Gjennomføre*

Sørge for-ansvaret omfatter å gjennomføre egne planer og tiltak som forutsatt, slik at helsetjenestene som tilbys og ytes er forsvarlige.

#### *5.2.3 Evaluere*

De regionale helseforetakene må evaluere gjennomføringen av planene og tiltakene. De må kontrollere om planer og tiltak gjennomføres som forutsatt og om de er egnet for å etterleve krav til forsvarlighet.

De regionale helseforetakene må på eget initiativ innhente tilstrekkelig styringsinformasjon for å analysere og vurdere om iverksatte planer og tiltak ivaretar kravene i helselovgivningen. De regionale helseforetakene må vurdere tjenestene på bakgrunn av relevante data fra tjenestene og virksomhetene.

#### *5.2.4 Korrigere*

Sørge for-ansvaret innebærer et ansvar for korrigerende tiltak dersom det ikke ytes forsvarlige og tilstrekkelige spesialisthelsetjenester, og at det følges opp at de korrigerende tiltakene er virksomme for å sikre tilstrekkelig etterlevelse. Som fremholdt av Helse- og omsorgsdepartementet i brevet av 28. januar 2010 til de

regionale helseforetakene med presisering av innholdet i sørge for-ansvaret, innebærer ansvaret at de regionale helseforetakene på eget initiativ må iverksette korrigerende tiltak dersom det i helseregionen ikke tilbys eller ytes tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester.

### **5.3 Forsvarlighet**

Helsetjenestene skal være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Tjenesten skal tilrettelegges slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Kravet til forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer at innholdet i forsvarlighetskravet må fylles ut med normer utenfor lovverket. Forsvarlighetskravet for helsetjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet er dynamisk og endrer seg derfor i takt med utviklingen av fagkunnskap, ny teknologi og endringer i samfunnets verdioppfatning.

Faglige nasjonale retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold, selv om disse ikke er rettslig bindende. Beskrivelsene i Helsedirektoratets publikasjoner gir uttrykk for nasjonale helsemyndigheters oppfatning av hva som er god praksis og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk for helsetjenestene. Også anbefalinger, retningslinjer og «guidelines» mv. fra nasjonale og internasjonale fagmiljøer som beskriver god praksis kan gi bidrag til innholdet av forsvarlighetskravet.

Ambulanseflytjenesten håndterer pasienter med tilstander der rask hjelp kan være avgjørende for utfallet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling ved hjerneslag<sup>9</sup>, ESC Guidelines on Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation<sup>10</sup> og Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016<sup>11</sup> synliggjør betydningen av å handle straks og unngå unødvendig tap av tid for forsvarlig behandling.

### **5.4 Akuttmedisinsk beredskap og ambulanseflytjeneste**

Akuttmedisinsk beredskap omfatter organiseringen av hele den akuttmedisinske kjeden som skal sikre befolkningen nødvendig helsehjelp i en akuttsituasjon. Kjeden omfatter tjenester både i og utenfor spesialisthelsetjenesten, og omfatter også den delen av helse- og omsorgstjenesten kommunene har ansvar for. Tjenester utenfor sykehus (prehospitale tjenester) er medisinsk nødmeldetjeneste, kommunenes legevaktjeneste og ambulansetjenesten, se Helsedirektoratets rundskriv IS-5/2013 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer til § 2-1 a nr. 3 (IS-5/2013)<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> [Nasjonal faglig retningslinje for behandling ved hjerneslag](#)

<sup>10</sup> [ESC Guidelines](#)

<sup>11</sup> [Nasjonal traumeplan](#)

<sup>12</sup> [Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#)

De regionale helseforetakene skal sammen med kommunene sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter, jf. akuttmedisinforskriften § 4 og dens formål angitt i § 1 om å bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

De regionale helseforetakene har ansvar for at luftambulansetjenesten forvaltes som en nasjonal tjeneste og at ambulansetjenestene i nødvendig grad er samordnet nasjonalt, jf. akuttmedisinforskriften § 10 siste ledd og IS-5/2013.

Ansvar for ambulansetjenester omfatter å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter, utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten, og bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder, jf. akuttmedisinforskriften § 10 bokstav a-c.

Retningslinjer for bruk av luftambulanse fra 1. april 2009 åpner for at også andre hensyn enn akuttmedisinske behov kan legges til grunn for bruk av luftambulanse, blant annet kan ambulansefly og unntaksvis ambulanshelikopter benyttes til overføring av pasienter mellom sykehus. Det fremholdes imidlertid at AMK-sentralene alltid skal prioritere den akuttmedisinske beredskapen, se også akuttmedisinforskriften § 10 bokstav d.

Tjenestene må organiseres med utstyr og kompetent personell som samhandler, kommuniserer, varsler, trener og gjennomfører forsvarlig undersøkelse, behandling og transport til forsvarlig behandlingssted i samsvar med felles mål, jf. akuttmedisinforskriften §§ 4 og 10 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6. Dette krever koordinert og tilrettelagt samarbeid mellom aktørene, med systematisk oppfølging av den samlede prehospitale tjenesten for å ivareta forsvarlig transport og tidlig diagnostikk og behandling ved behov for akutt hjelp.

For akutte tilstander må alle ledd i den akuttmedisinske kjeden samhandle slik at pasientene unngår unødvendige forsinkelser. Ambulanseflytjenesten må som vesentlig innsatsfaktor i akuttkjeden tilstrebe rask og koordinert transport av pasientene ut fra tilstand, logistiske forhold, funksjonsfordeling og kompetanse til forsvarlig behandlingssted innenfor kravene til forsvarlighet og flysikkerhet. Den akuttmedisinske beredskapen må sees sammen med plikten til å yte øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1. Denne bestemmelsen presiserer sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a nr. 3, som pålegger de regionale helseforetakene plikt til å organisere akuttmedisinsk beredskap for å dekke befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, se kommentar til spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 i IS-5/2013. Plikten til øyeblikkelig hjelp må også sees sammen med de regionale helseforetakenes ansvar for å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a femte ledd. De regionale helseforetakene har ansvar for å sikre nødvending

samordning med relevante parter for akuttmedisinsk beredskap, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e og akuttmedisinforskriften § 4.

Plikten til øyeblikkelig hjelp innebærer at pasienten straks skal få helsehjelp når dette etter de foreliggende opplysninger og forhold antas å være påtrengende nødvendig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 og helsepersonelloven § 7.

Det er ikke gitt rettslige konkrete krav til prehospital responstid fra meldt behov til AMK til første ambulanse er framme hos pasienten, men det er forutsatt at øyeblikkelig hjelp plikten blir overholdt.

Dette innebærer at ambulanseflytjenesten ved behov for øyeblikkelig hjelp straks må iverksette transport uten forsinkelser forårsaket av forhold som tjenesten kan gjøre noe med. Transportene må videre raskt gjennomføres uten unødvendige forsinkelser for de forholdene som tjenesten kan gjøre noe med slik at pasientene får forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester. Tjenestene må styres av medisinske forhold og pasientenes behov for øyeblikkelig hjelp ved akutte tilstander, jf. formålsbestemmelsen i akuttmedisinforskriften § 1.

Tiden kan være en kritisk faktor for overlevelse og begrenning av skader ved alvorlig akutt sykdom og potensielt alvorlig skade. Utrykningstidene i spredtbygde strøk med store avstander kan være lange. Dette krever at ambulanseflytjenesten og samvirkende tjenester må ha særskilt oppmerksomhet for å straks iverksette transport og unngå ytterligere tap av tid i slike situasjoner. Lang transporttid til forsvarlige behandlingssted innebærer at tidstap er mer kritisk i Nord-Norge enn i sentrale strøk, hvor pasienten kan nås i løpet av kort tid med bilambulanse og helikopter og transporteres til forsvarlige behandlingssted. Det er operative forhold, som nattestengte flyplasser, ugunstig vær, lysforhold og hensyn til flysikkerhet som tjenestene i begrenset grad kan gjøre noe med. Gitt forutsetningene med lange reiseavstander er det viktig at tjenestene er tilrettelagt for forsvarlig transport uten unødig tidstap.

Vurderingen av hva som er påtrengende nødvendig og en øyeblikkelig hjelp situasjon må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Dette omfatter situasjoner med et akutt behov for medisinsk undersøkelse og behandling for å redde liv og begrense skade som følge av skade eller sykdom. For psykisk helsevern gir psykisk helsevernforordningen § 1 nærmere beskrivelse av tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

Det er ikke utarbeidet konkrete spesifikasjoner til hvilke tilstander som er forbundet med høy grad av hast. I dialogen mellom publikum og AMK bruker AMK Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Denne har hastegradene akutt, haster og vanlig (rød respons, gul respons og grønn respons). I praksis brukes også disse hastegradene blant aktørene i akuttkjeden. Disse hastegradene gir innhold for det som omfattes av plikten til øyeblikkelig hjelp. Dette må imidlertid sees i sammenheng med kravet til forsvarlighet og den aktuelle kontekst, som for eksempel hendelse, avstand, geografi, funksjonsfordeling mv. Eksempler på akutte tilstander og situasjoner som faller inn under plikten til å yte øyeblikkelig hjelp, som samsvarer med pasienters rett på

øyeblikkelig hjelp, er akutt hjerteinfarkt med klare EKG-forandringer, hjertestans, hjerneslag, potensielt alvorlige traumer, sepsis og alvorlige respirasjonsproblemer.

I øyeblikkelig hjelp-situasjoner vil pasienten sin tilstand kunne være uavklart. Det er god dokumentasjon for at tidlig og god akuttmedisin kan redde liv og forebygge senskader. Behandling og tidsmål for akutte tilstander som eksempelvis tilstopping av blodomløp i hjerte og hjerne og traumer er beskrevet i offentlige utredninger og dokumenter, se for eksempel NOU 2015:17, Først og fremst, punkt 3.3<sup>13</sup>. Det sentrale er at pasienter tilbys rask medisinsk hjelp når de har behov for det.

Ved akutte behov må helsepersonell og virksomheter handle ut fra den informasjon og problemstilling som meldes og den informasjon som enkelt og raskt kan frembringes. Det vil ved akutte behov ikke kunne forsvares å bruke mye tid på å kvalitetssikre opplysninger. Tidsbruken må avveies mot varslet behov og hvor mye informasjon som trengs for å kunne iverksette oppdraget.

Det er nødvendig å handle ut fra det man har av informasjon og straks iverksette rask transport av personell, utstyr og aktuelle ambulanseressurser, varsle og koordinere tjenester og personell. Dette innebærer at en forsvarlig tjeneste straks iverksetter og gjennomfører rask transport til forsvarlig behandlingssted basert på kunnskap som kan være usikker og med bruk av ressurser som under transporten eller i ettertid ved verifisert diagnose viser seg å være unødvendig.

Den akuttmedisinske beredskapen og tilretteleggelsen av tjenestene skal sikre at pasientforløpet i kjeden går raskt og uten forsinkelser som ligger innenfor tjenestens kontroll når behovet oppstår, jf. spesialisthelsetjenesteloven. §§ 2-1 a nr. 3 og 2-1 e, se kommentarer til § 2-1 a nr. 3 i IS-5/2013.

Akuttkjeden, inkludert ambulanseflytjenesten må tilrettelegge og koordinere forsvarlig samhandling, kommunikasjon, informasjonsflyt og transport. Varsling av påfølgende samhandlende ledd må enten ivaretas eller koordineres slik at disse kan gjøre operative forberedelser som for eksempel ved tidlig varsling av bilambulanse for videretransport fra flyplass til sykehus. AMK, MKA og FKS må sørge for at relevante og nødvendige pasientopplysninger kommuniseres tidligst mulig med samhandlende aktører, slik at de kan være forberedt og klargjøre overføring til neste ledd i kjeden.

#### **5.4.1 Oppfølging**

Det er de enkelte helseforetak, inkludert LAT HF som har det operative ansvaret for å organisere og drifte spesialisthelsetjenesten, og som må sørge for tilstrekkelig informasjon til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig må de regionale helseforetakene på eget initiativ innhente tilstrekkelig styringsinformasjon fra helseforetakene, jf. helseforetaksloven. § 2a og spesialisthelsetjenesteloven. § 2-1 a.

---

<sup>13</sup> NOU 2015:17 Først og fremst

De regionale helseforetakene må sikre seg kunnskap og følge med på om pasientene med behov for øyeblikkelig hjelp får tidlig diagnostikk og behandling, og rask transport til forsvarlig behandlingsted i samsvar kravene til forsvarlighet. De regionale helseforetakene må følge med på årsaker og forhold om hvorfor dette eventuelt ikke skjer (som for eksempel vær, mangel på fly, stengt flyplass, manglende kommunikasjon, avvik og samtidighetskonflikter).

Det er ikke gitt rettslige krav til responstider, transporttider eller behandlingsfrister, men det må forventes at de regionale helseforetakene følger med på responstider, transporttider og eventuelle forsinkelser innenfor tjenestens kontroll for akutte tilstander som for eksempel hjerteinfarkt, hjerneslag, potensielt alvorlige traumer, mistanke om sepsis, alvorlige respirasjonsproblemer, for å kunne vurdere om tjenesten som ytes er forsvarlig. Det må forventes at de regionale helseforetakene følger opp unødig tidsbruk som ligger innenfor tjenestens kontroll.

Værsituasjon (kortvarig og over tid), teknisk svikt, stengt flyplass, mannskapsmangel eller flysikkerhet kan medføre at det ikke kan gjennomføres forsvarlige ambulanseflytransporter. Dette kan innebære behov for alternativ transport med svekket legetilgjengelighet og bilambulanseberedskap, alternativt behandlingsted, eller at andre valg av behandling enn primærbehandling må velges. Det er viktig at slike forhold som hindrer eller begrenser muligheten for bruk av ambulansefly monitorers og at konsekvenser for annen beredskap inngår i kunnskapsgrunnlaget for drift, planlegging og gjennomføring av ambulanseflytjenesten.

Kunnskap om hvordan slike forhold som værsituasjon (kortvarig og over tid), teknisk svikt, stengt flyplass, mannskapsmangel eller flysikkerhet påvirker andre deler av akuttkjeden og behandlingen og behandlingseffekten av pasienter med akutte tilstander i områder med store avstander og spredt bebyggelse, er viktig for dimensjonering og organisering av ambulanseflytjenesten, jf. §§ 6, 8 og 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

De regionale helseforetakene må sikre seg oversikt og kunnskap om tjenesten, og de må følge opp at transportene skjer uten unødig forsinkelser til forsvarlig behandlingsted. Med unødige forsinkelser mener vi forsinkelser som skyldes forhold innenfor tjenestens kontroll som for eksempel unødig tidkrevende prosesser for rekvirering og bruk av ambulansefly, tidkrevende avklaring av forsvarlig behandlingsted før transport, mangel på medisinsk følgepersonell og mangelfull koordinering av ambulansebil og ambulansefly.

Organiseringen av ambulanseflytjenesten, hvor de regionale helseforetakene har lagt ansvaret for tjenesten til et eget helseforetak LAT HF som igjen har inngått avtaler private operatører, krever at de regionale helseforetakene har en strukturert innhenting og rapportering av styringsinformasjon, kunnskap og fakta om ambulanseflytjenesten og tjenesteytelsen fra helseforetakene.

De regionale helseforetakene må bruke styringsinformasjon for å analysere, vurdere og kontrollere om iverksatte planer, tilrettelegging og tiltak ivaretar kravene i helselovgivningen og kravet til forsvarlighet. De må videre vurdere tjenestene på bakgrunn av helseforetakenes erfaringer fra pasienter, pårørende, avviksmeldinger, uønskede hendelser, analyser og statistikk basert på dokumentasjon i virksomhetene, tilbakemeldinger fra samarbeidende tjenester, og annen informasjon som sier noe om overholdelse av helse- og omsorgslovgivningen og kravet til forsvarlighet.

De regionale helseforetakene må identifisere risiko for svikt og følge opp svikt i den prehospitale kjeden ved for eksempel kjente risikoområder som overganger mellom aktørene i kjeden, varsel og samhandling, jf. akuttmedisinforskriften §§ 4 og 10, jf. § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

De regionale helseforetakene må følge opp at samhandlingen fungerer godt mellom alle ledd. De regionale helseforetakene må arbeide for at aktørene i kjeden har en felles forståelse av hva som gjelder ved akutte tilstander. De regionale helseforetakene må følge opp at kjeden er innforstått med hvordan disse transportene skal prioriteres og gjennomføres til forsvarlig behandlingssted innenfor kravet til forsvarlighet og flysikkerhet.

De regionale helseforetakene må involvere aktørene på tvers av organisatoriske nivåer og virksomheter. Den prehospitale kjeden må ha en felles forståelse og sammen sikre et helhetlig og koordinert tilbud ved akuttmedisinske tilstander. De må enes om ansvar og roller med søkelys på å straks iverksette rask transport og unngå unødig tidstap og forsinkelser ved behov for ambulanseflytransport innenfor kravene til forsvarlighet og flysikkerhet.

De regionale helseforetakene må følge opp og utvikle ambulanseflytjenesten basert på kunnskap om tjenesten og samhandlende tjenester. De regionale helseforetakene må systematisk ved oppdrag og rapportering følge opp at ambulanseflytjenesten utvikles i samvirke med og ved involvering av resten av aktørene i den akuttmedisinske kjeden.

Kjeden består av mange aktører med ulike organisatoriske strukturer og styringsmodeller og med en fordeling av oppgaver mellom ulike fag og enheter. Dette stiller betydelig krav til tilrettelegging, koordinering og oppfølging for undersøkelse, behandling, kommunikasjon og ambulanseflytransport slik at pasientene får et helhetlig og koordinert tilbud. Samhandlingen er betinget av en omforent forståelse mellom aktørene om hva som skal skje ved behov for øyeblikkelig hjelp, jf. akuttmedisinforskriften §§ 1, 4 og 10, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og retningslinjen for bruk av ambulanseflytjenesten som i punkt 4 fremholder prioritering av lokal akuttmedisinsk beredskap og at AMK sentralene kontinuerlig må samarbeide med primærhelsetjenesten og sykehusene for en riktig bruk av ambulanseflytjenesten.

## **5.5 Psykisk helsevern**

Forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp til pasienter med behov for øyeblikkelig psykiatrisk helsehjelp og etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten forutsetter avtale, retningslinje, omforent og etablert praksis mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for hvordan dette skal etableres, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e og helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og § 6-2 nr. 2 og nr. 3.

Akutte psykiske lidelser omfattes av akuttmedisinforskriftenes virkeområde, jf. forskriften §§ 2 og 3 bokstav a og f. For pasienter med behov for øyeblikkelig psykiatrisk helsehjelp og etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern må de regionale helseforetakene og kommunene sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og samordne med de andre nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter, jf. akuttmedisinforskriftene § 4.

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp fra psykisk helsevern er en uensartet gruppe. De trenger forutsetningsvis et høyere omsorgs- og behandlingsnivå enn det som kommunen kan tilby. Når psykisk helsevern har akseptert at det er behov for innleggelse betyr det at de er enige i at pasienten skal tas imot for videre undersøkelse og eventuelt behandling.

Det er ikke nedfelt konkrete krav til valg av transportmiddel og forsvarlig ventetid for gjennomføring av transport.

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp fra psykisk helsevern har krav på en individuell vurdering av sitt behov for helsehjelp og hvor raskt de må transporteres til forsvarlig behandlingssted. Noen av pasientene kan være i fare for å skade seg selv eller andre. Det er viktig med individuell vurdering av behovet for transport, type transportmiddel, ventetid og behov for helsehjelp. Vurderingene må omfatte risiko for bruk av tvang og nødrett i påvente av transport og mottak i psykisk helsevern.

Ventetid på transport for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp fra psykisk helsevern, innebærer en tidsperiode uten oppfølging i godkjente institusjoner med forsvarlige lokaler, trygge rammer og personale med tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen for undersøkelse, behandling og omsorg, se forutsetningsvis §§ 3 og 4 i forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern med materielle krav og krav til bemanning. Pasientene som venter på hjelp fra spesialisthelsetjenesten, har ofte alvorlig sykdom og et høyt lidelsestrykk preget av angst og uro. Lang ventetid kan innebære belastninger for pasientene.

Enkelte pasienter kan i denne venteperioden være i fare for å skade seg selv eller andre. Lang ventetid kan også innebære belastninger for kommunens helsetjeneste og arbeid med andre pasienter. Det vil kunne være behov for bistand fra politi over lengre tid. Det er bare institusjon i spesialisthelsetjenesten som er godkjent for tvang som har hjemmel til å anvende fysisk makt etter nærmere vilkår. Annen maktbruk må forankres i nødrett eller ved nødvendig bistand av politiet. Faren for at pasienten



kan skade seg selv eller andre kan også eskalere som følge av uhensiktsmessig lokaler, begrenset omfang av ressurser og kompetent og trent personale til å håndtere og nedskalere situasjonen på en god måte for pasienten.

De regionale helseforetakene, virksomhetene i den prehospitalt kjeden og psykisk helsevern må klargjøre og etablere et felles forståelse for hvordan pasientene skal prioriteres og transporteres til forsvarlig behandlingssted.

Ansvar og roller må klargjøres mellom aktørene. De regionale helseforetakene må involvere personell og virksomheter på tvers av tjenestegrensene for etablering av et felles kunnskapsgrunnlag om den samlede prehospitalt tjenesten frem til mottak i psykisk helsevern.

## **6 Metode**

Vi har innhentet relevant skriftlig dokumentasjon som beskriver gjeldende praksis og styring av ambulansflytjenesten i de ulike virksomhetene. Vi har sammenstilt og analysert 47 tilfeldig utvalgte pasienttransporter med ambulansfly, klassifisert som øyeblikkelig hjelp. Tre av de 47 oppdragene ble omgjort til transport med ambulanshelikopter, og en transport ble kansellert grunnet endring i pasientens tilstand. Disse 4 oppdragene er derfor ikke med i videre analyser. De 43 gjenstående transportene ble analysert nærmere.

Videre har vi analysert 13 ambulansflytransporter for pasienter som skulle innlegges for observasjon og behandling av alvorlig psykisk lidelse. Vi har også gjennomgått avviksmeldinger knyttet til ambulansflytjenesten som vi har mottatt fra virksomhetene, noen utvalgte kommuner og HRS. Gjennom intervjuer og samtaler med personell og ledelse i virksomhetene i spesialisthelsetjenesten og et utvalg av kommuner har vi fått utdypende beskrivelser av gjeldende praksis, tilretteleggingen og styringen av tjenesten. Totalt har vi snakket med 115 personer, jf. vedlegg til rapporten med oversikt over disse. I rapporten synliggjør vi ingen konkrete utsagn fra samtaler og intervjuer, men redegjør for innholdet i informasjonen. I tillegg har vi sett på relevante enkeltsaker behandlet av Statsforvalteren i Troms og Finnmark der ambulansflytjenesten har vært involvert.

For en fullstendig oversikt over datagrunnlaget og nærmere beskrivelse av analysemetode, viser vi til vedlegg 1 til rapporten.

## **7 Funn**

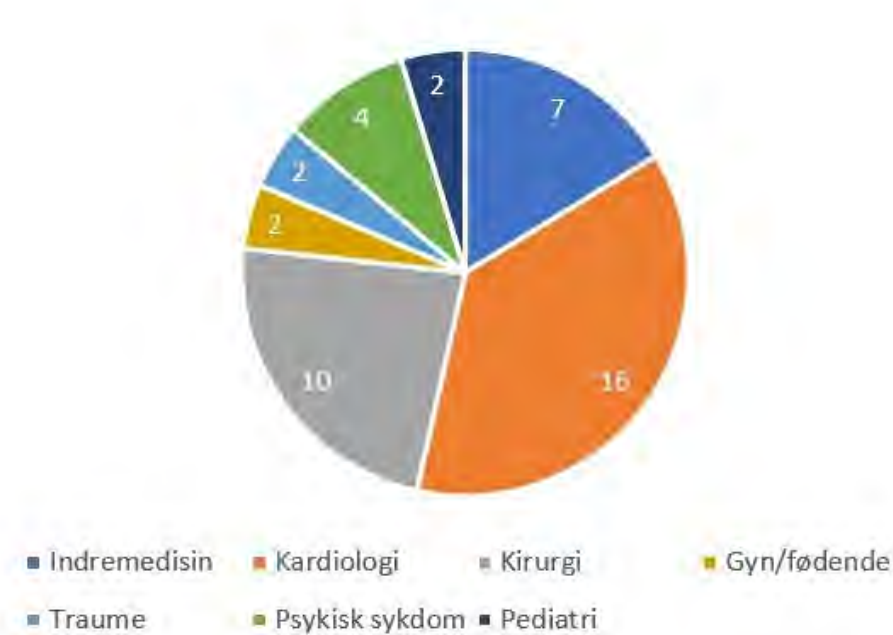
I dette kapitlet presenterer vi relevante funn som vil bli lagt til grunn for vår vurdering i tilsynssaken. Vi vil først presentere funn fra sammenstillingen av pasienttransportene, deretter funn knyttet til gjeldende praksis ut fra øvrig dokumentasjon og intervju med personell og ledelse i ambulansflytjenesten.

### 7.1 Beskrivelse ambulanseflytransporter

Vi innhentet og gjennomgikk dokumentasjon for 47 ambulanseflyoppdrag. En beskrivelse av metoden for gjennomgangen følger med som vedlegg til rapporten.

Tre av de 47 oppdragene ble omgjort til transport med ambulanshelikopter, og en transport ble kansellert grunnet endring i pasientens tilstand. Disse 4 oppdragene er derfor ikke med i videre analyser. De 43 gjenstående transportene ble analysert nærmere.

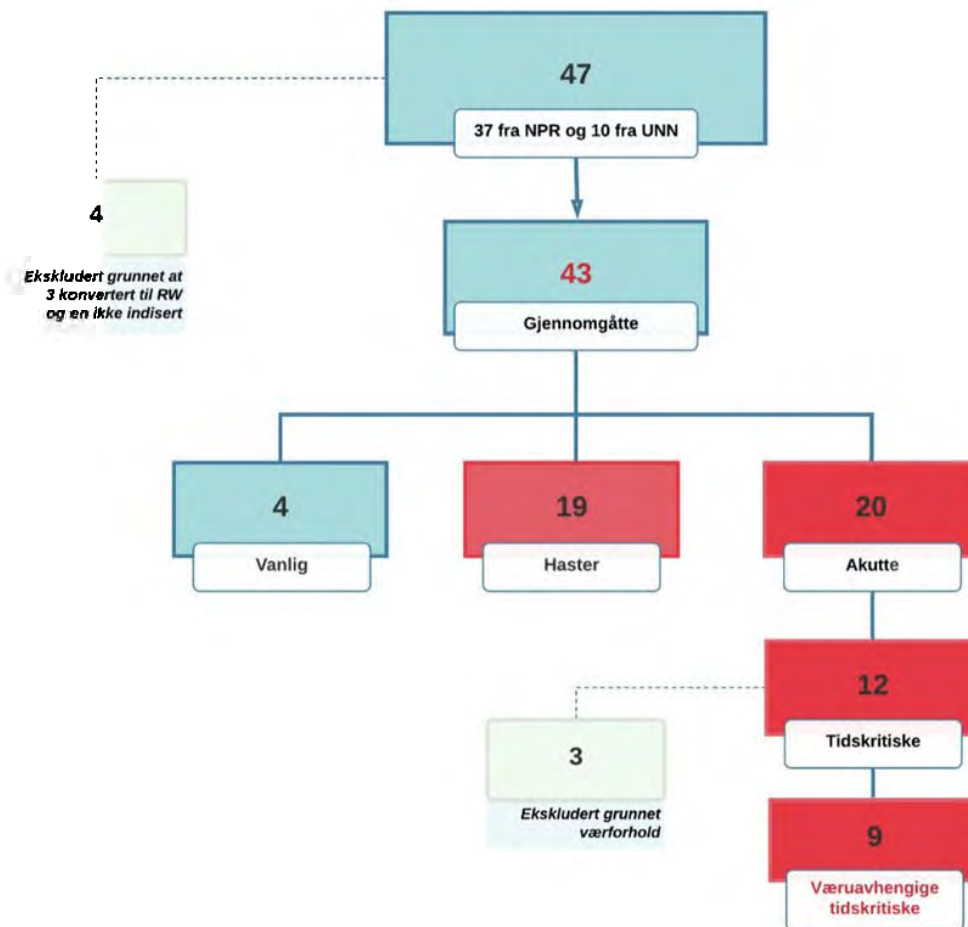
I materialet var det ambulanseflytransporter med oppdragssted fra hele Helse Nord; 12 transporter fra Finnmark, 28 fra Nordland og 3 fra Troms. For en oversikt med fordelingen av ambulanseflytransporter knyttet til medisinske fagområde viser vi til figur 5 nedenfor.



Figur 5: Figuren viser de 43 ambulanseflytransportene, fordelt på medisinske fagområder

For å vurdere tidsbruk gjennom oppdraget ble de 43 transportene kategorisert ut fra hastegrad. Vi brukte klassifiseringen av transportoppdragene og hastegradsvurderingen som var oppgitt på skjema fra MKA. For alle de 43 oppdragene var det i skjema fra MKA krysset av at de ble definert som øyeblikkelig hjelp, og det var 28 sekundæroppdrag og 15 primæroppdrag. De 43 oppdragene var klassifisert med følgende hastegrad: 20 akutte, 19 haster og 4 vanlig.

Flytskjemaet nedenfor (figur 6) viser hvordan vi kategoriserte pasienttransportene og antall transporter i de ulike kategoriene vi brukte i vår analyse.



Figur 6: Flytskjema som viser kategorisering og gjennomgang av ambulanseflytransporter

### 7.1.1 Beskrivelse av de 20 akuttoppdragene

I 12 av de 20 ambulanseflytransportene med hastegrad akutt hadde pasientene tidskritiske tilstander. Tre av disse 12 ble ekskludert fra vår videre analyse om tidsbruk da de ble forsinket grunnet værforhold. Disse 3 transportene var de eneste av de 20 transportene med hastegrad akutt som var påvirket av vær. Vi satt da igjen med 9 transporter av pasienter med tidskritiske tilstander (tidskritiske oppdrag) som ble gjennomgått nærmere. De øvrige transportene omhandlet fødsler, akutte hjerteinfarkt, hjertesvikt, akutte nevrokirurgiske tilstander, andre kirurgiske tilstander, truet respirasjon/respirasjonssvikt og hjerneslag.

Informasjon	11 akutte oppdrag (inkludert tre tidskritiske forsinket grunnet vær)	9 tidskritiske oppdrag
Type oppdrag	10 sekundære/ 1 primær	6 primære / 3 sekundære
Region	Nordland 10/ Finnmark 1	Finnmark 5 / Nordland 4

<b>Informasjon</b>	<b>11 akutte oppdrag (inkludert tre tidskritiske forsinket grunnet vær)</b>	<b>9 tidskritiske oppdrag</b>
Alder	14-82 år	spedbarn til 73 år
Kjønn	5 kvinner/6 menn	3 kvinner/6 menn
AMK-lege involvert	4/11	3/9
Antall med lengre tid enn 60 minutter før flyet tar (tid T4)	7/11	6/9

Tabell 1: Tabellen viser karakteristika ved transportene med hastegrad akutt som ble gjennomgått

### 7.1.2 Tiden det tar før ambulansflyet tar av

Vår gjennomgang av ambulansflytransporter viser variasjon i tidsbruk fra behovet om ressurs er meldt til MKA ved AMK Tromsø og til flyet tar av, tid 1 til tid 4 i figur 7 nedenfor.



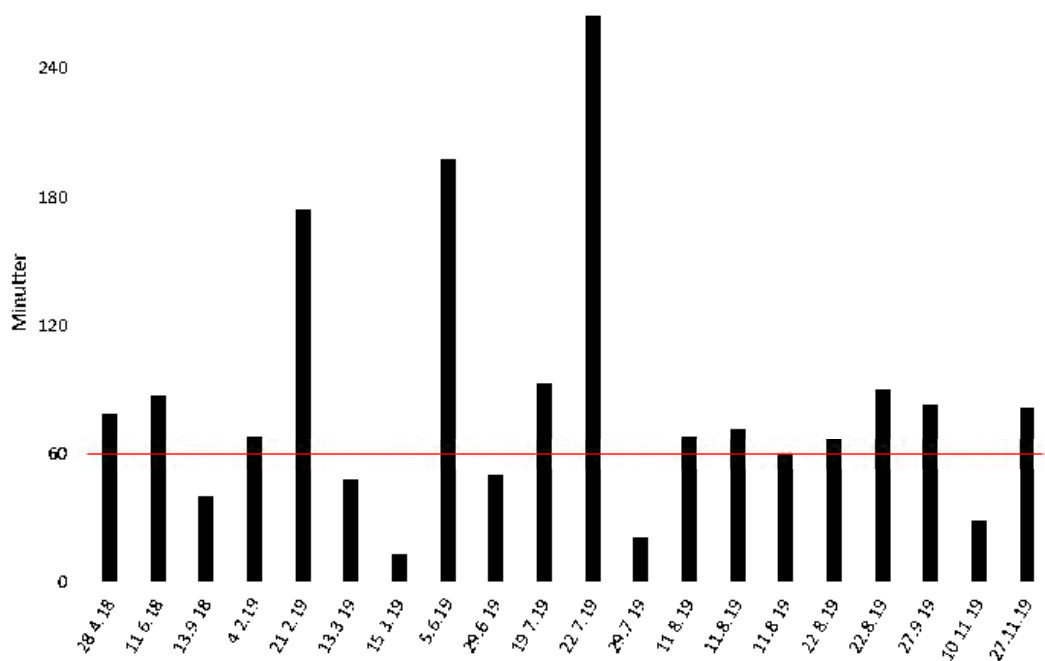
Figur 7: Figuren viser tidsintervallet fra anmodning om ambulansfly sendes MKA ved AMK Tromsø til flyet tar av (markert med rød ramme)

Tjenestens egen forventning er at oppdrag med hastegrad akutt normalt skal iverksette innen 60 minutter, og oppdrag med hastegrad haster skal normalt iverksettes innen fire timer. Figurene nedenfor (figur 8 og 9) viser tidsbruken fra behovet for flytransport blir varslet til MKA Tromsø fram til flyet tar av for oppdrag med hastegrad akutt og haster.

Vi fant forsinkelser i tiden for iverksetting av flyoppdrag, ved undersøkelse av tiden det tar fra varsling av behovet til MKA Tromsø til ambulansflyet tar av (tid 1 til tid 4 i figur 7 ovenfor). Av 20 transporter med hastegrad akutt var det 13 transporter som tok mer enn 60 minutter fra varslingen av MKA Tromsø til flyet tok av. Median tid fra varsling til ambulansflyet tok av var 70 minutter for akuttoppdrag.

Det var tre transporter med hastegrad akutt som skilte seg ut med forlenget tid for iverksettelse. Disse er datert 21. februar 2019, 5. juni 2019 og 22. juli 2019 i figur 8 nedenfor. For disse fant vi at:

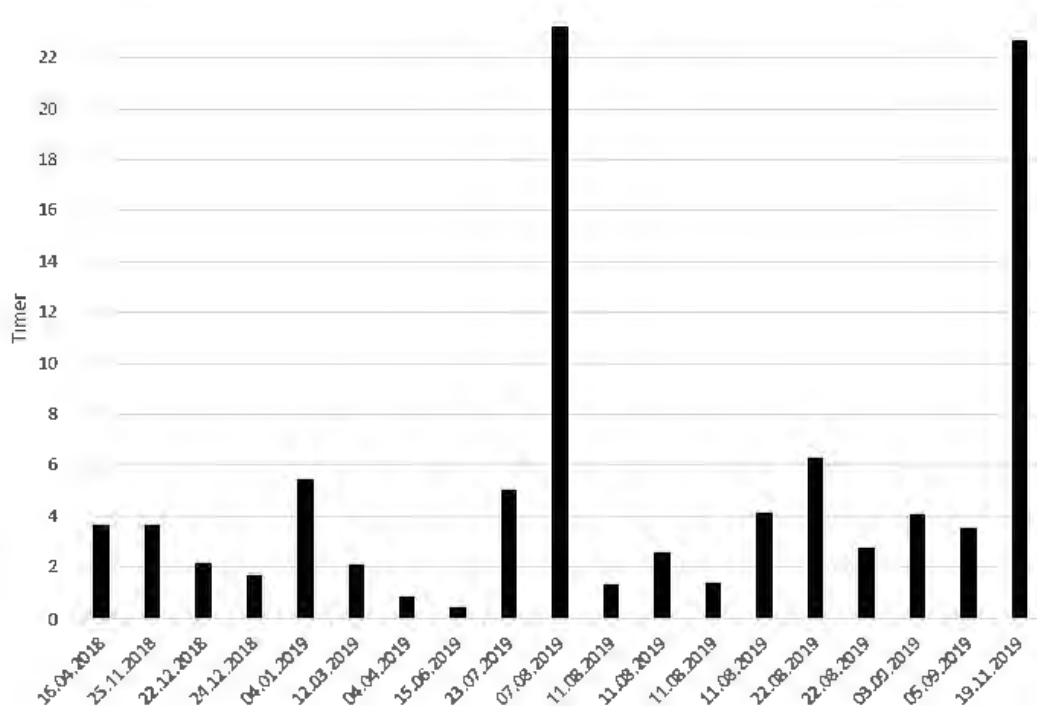
- Transporten 21. februar 2019 er en pasient med hjerneslag som er nærmere presentert i tabell 2 nedenfor, med oversikt over informasjon og funn for transporten for pasienter med tidskritiske tilstander Vi viser til beskrivelsen i denne tabellen for faktorer som medførte økt tidsbruk før iverksettelse av transporten for denne pasienten..
- Transporten 5. juni 2019 er en pasient med akutt nevrokirurgisk problemstilling som ble overflyttet til UNN HF. Tid til flyet tok av var 3 timer og 18 minutter. Initialt ble behovet for transport meldt som hastegrad haster, men oppdraget ble oppgradert til hastegrad akutt 1 time og 40 minutter etter bestilt transport fra MKA Tromsø grunnet endring i pasientens kliniske tilstand. Det er ikke dokumentert ytterligere årsaker til lang tid før iverksettelse.
- Transporten 22. juli 2019 er en pasient med alvorlig hjertesykdom som ble overflyttet til høyere nivå. Tid til flyet tok av var 4 timer og 25 minutter. Planlagt ambulanseflybase hadde besetningsmangel. Ekstra ambulansefly (svensk) i beredskap kunne ikke fly grunnet manglende kortbanekompetanse hos besetningen. Andre aktuelle ambulanseflybaser var enten opptatt med annet oppdrag eller ville brukt opp sin tjenestetid (duty tid) før retur til basen ved å ta dette oppdraget. Det endte med at man måtte vente til besetningen på opprinnelig planlagt ambulansefly kunne ta oppdraget.



Figur 8: Figuren viser tidsbruken i minutter, fra AMK Tromsø/MKA ble varslet til flyet er i lufta, for akuttoppdrag. Nederst fremgår også dato for transportene som er sammenstilt. Gjeldende forventning i ambulanseflytjenesten er at oppdrag med hastegrad akutt normalt

skal iverksettes innen 60 minutter, jf. rød tversgående linje som indikerer når denne grensen er overskredet.

Av 19 transporter med hastegrad haster var det 7 transporter der det tok over 4 timer fra varsling AMK Tromsø/MKA til flyet tok av. Median tid fra varsling til ambulanseflyet tok av var 211 minutter for hasteoppdrag.



Figur 9: Figuren viser tidsbruken i timer, fra MKA Tromsø ble varslet til flyet var i lufta, for hasteoppdrag. Gjeldende forventning i ambulanseflytjenesten er at oppdrag med hastegrad haster skal iverksettes innen fire timer. I nederste linje fremgår dato for transportene

### 7.1.3 Total transporttid

I figurene nedenfor (figurene 10 til 12) presenterer vi en oversikt over total transporttid for ambulanseflytransportene for oppdrag med hastegrad akutt (figur 11) og oppdrag med hastegrad haster (figur 12), fra MKA ved AMK Tromsø ble varslet til pasienten var fremme på bestemmelsesstedet (figur 10).

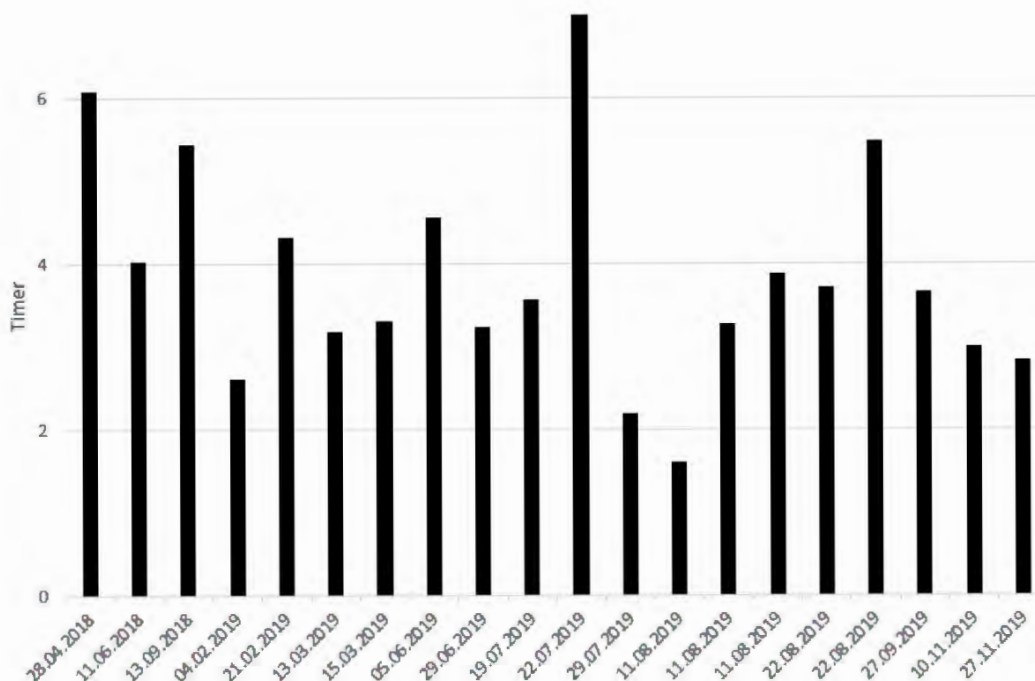
Total transporttid blir påvirket av hvor langt unna bestemmelsesstedet pasienten oppholder seg. I tillegg vil en rekke faktorer både innenfor og utenfor tjenestens kontroll kunne påvirke transporttiden. Total transporttid blir derfor alene ikke brukt som grunnlag for vår vurdering av om tjenestene er forsvarlige, men den gir en viktig oversikt over hvor lang tid det tar for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp å bli transportert til forsvarlig behandlingssted med ambulansefly.

Basert på tilgjengelig dokumentasjon, har det ikke vært mulig å systematisk undersøke hvordan ventetid for eksempel på ambulansobil, disponering av flåten,

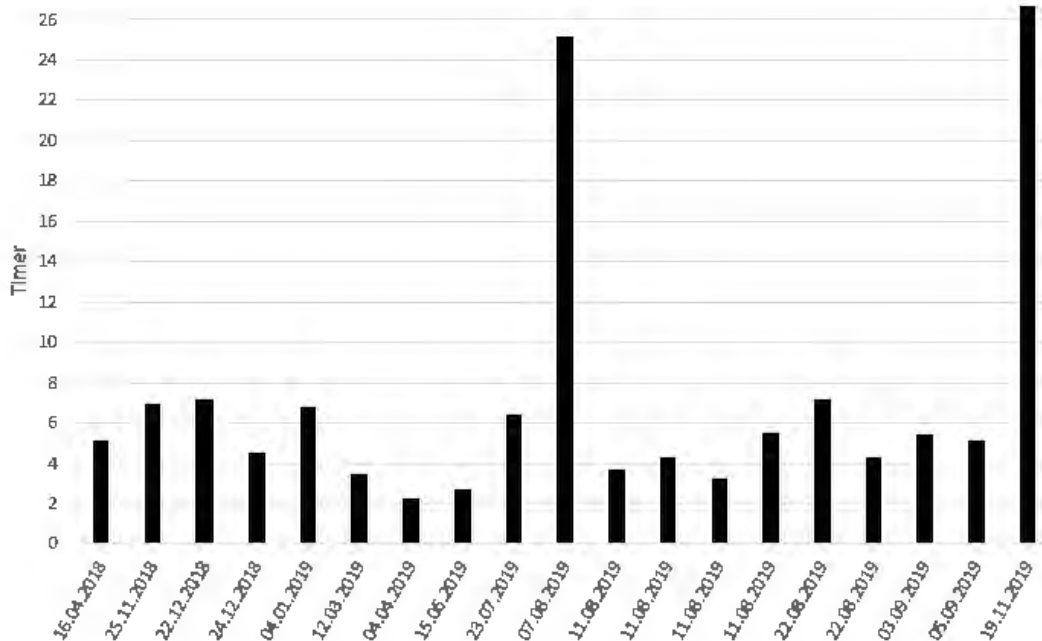
venting ved bytte av besetning, lokasjon og destinasjon påvirker samlet transporttid. I vår gjennomgang av de 43 transportene har vi identifisert flere faktorer som bidrar til variasjoner i transporttiden, og som har bidratt til forlenget transporttid før pasienten er fremme ved forsvarlig behandlingssted. Meteorologiske forhold er angitt som innvirkende faktor for transporttid i 6 av de 43 transportene i materialet. Andre faktorer som bidrar til forsinkelser i transportene som fremkommer i dokumentasjonen er; tidkrevende koordinering mellom aktørene i tjenesten (i 9 transporter med hastegrad akutt og i 9 transporter med hastegrad haster), manglende kortbanekompetanse hos pilot eller manglende tilgang på legefølge (i 4 transporter med hastegrad akutt og i 2 transporter med hastegrad haster) og manglende besetning grunnet hviletidsbestemmelser og sykdom hos besetning (i 5 transporter med hastegrad akutt og 1 transport med hastegrad haster). I noen av transportene var det flere samvirkende årsaker som påvirket transporttiden i samme transport.



Figur 10. Figuren viser tidsintervallet, markert med rød ramme, fra anmodningen om ambulanssefly sendes MKA til pasienten er fremme på endelig destinasjon



Figur 11: Figuren viser total transporttid (timer) for transporter med hastegrad akutt fra MKA ved AMK Tromsø er varslet til pasienten er fremme på bestemmelsesstedet (tid 1 til tid 7 i figur 10). Nederst fremgår dato for transportene.



Figur 12: Figuren viser total transporttid (timer) for transporter med hastegrad haster fra MKA ved AMK Tromsø er varslet til pasienten er fremme på bestemmelsesstedet. Nederst fremgår dato for transportene.

For de to transportene med hastegrad haster (figur 12) med lengst total transporttid har følgende faktorer bidratt til forsinkelsen: Transporten datert 07. august 2019 ble først forsinket på dagtid grunnet varmt vær og for lavt lufttrykk for ambulansflyet til å operere på aktuelle flyplass, senere også av besetningsmangel på natten. Transporten datert 19. november 2019 ble forsinket grunnet værutfordringer.

#### 7.1.4 Transporter for pasienter med tidskritiske tilstander

For pasienter med tidskritiske tilstander er det særlig avgjørende at tiden fra behovet oppstår til pasienten er fremme på bestemmelsesstedet er så kort som mulig, fordi utfallet for pasienten er avhengig av rask behandling i spesialisthelsetjenesten.

For denne pasientgruppen, med høyeste prioritet vil avveininger om å utsette transporten, eksempelvis for å ivareta mulig fremtidig beredskap ikke være relevant som faktor for forsinkelse. I sammenstillingen av informasjon fra ambulansflytransportene valgte vi derfor å undersøke nærmere den totale transporttiden for pasienter med særlig tidskritiske tilstander, med utgangspunkt i de samme forventningene til tidsbruk som ellers ble brukt ved gjennomgangen av pasienttransportene. Vi identifiserte 9 ambulansflytransporter med pasienter med tidskritiske tilstander som ble undersøkt nærmere. Vi har ikke registrert noen flysikkerhetsmessige faktorer eller andre faktorer utenfor tjenestens kontroll som har



påvirket gjennomføringen av de 9 transportene av pasienter med tidskriske tilstander.

For 6 av transportene tok det mer enn 60 minutter fra MKA ved AMK Tromsø ble varslet til ambulansflyet tok av (tid 1 til tid 4 i figur 7 ovenfor). Det største avviket fra gjeldende forventning i tjenesten var en transport der det tok 2 timer og 54 minutter fra varslingen og til flyet tok av. For 8 av de 9 transportene for pasienter med tidskriske tilstander var den totale transporttiden lengre enn den estimerte forventede transporttiden, og for 4 av transportene var forsinkelsen på mer enn en time sammenholdt med estimert forventet transporttid.

I tillegg til tidsbruken fra varsling av AMK og til flyet tar av, kommer tidsbruken fra behovet oppstår, til LAMK er varslet og til det er gjort nødvendige avklaringer og MKA ved AMK Tromsø varsles. Tidsbruken forbundet med dette har det ikke vært mulig å si noe klart om med bakgrunn i den dokumentasjon som foreligger.

I tabellen nedenfor (tabell 2) har vi sammenstilt informasjon fra gjennomgangen av de 9 ambulansflytransportene for pasienter med tidskriske tilstander. Tabellen gir en oversikt over: Problemstilling og diagnose til grunn for behovet, tiden det har tatt fra behovet ble meldt og til ambulansflyet tok av, total transporttid for oppdraget, estimert transporttid for oppdraget, en angivelse av tidsdifferanse mellom reell tid og estimert tid og en nærmere beskrivelse av de faktorer som har medvirket til tidstap.

<b>Problemstilling/ Diagnose</b>	<b>Tid til flyet tar av</b>	<b>Total Transporttid</b>	<b>Estimert forventet transport- tid</b>	<b>Tidstap</b>	<b>Beskrivelse av faktorer som har medvirket til tidstap</b>
Hjertesvikt med akutt Lungestuvning (lungeødem)	01:22	03:34	03:15	19 min	Pasient med kjent hjertesykdom, akutt lungestuvning (lungeødem). Pasienten har oksygenmetning på 77 % med 10 liter O <sub>2</sub> , svetter, er blek, har respirasjonsfrekvens på 30/minutt. Legevaktlege får hjelp av Sea King-lege til stabilisering av pasienten. Beslutter transport med fly. Tidstapet skyldes forsinket igangsetting av flyressurs.
KOLS grad IV, respirasjonssvikt	01:07	03:43	03:35	8 min	Pasient med hjertesykdom og alvorlig KOLS. Respirasjonssvikt i hjemmet, ikke kontaktbar, gispende respirasjon, oksygenmetning på 46 %. Legevaktlege undersøker pasienten kl. 04:10, og melder da om akutt behov for flytransport. Primærhelsetjenesten kontakter lokal AMK ca. kl. 02. Tidsbruk er knyttet til diskusjon om valg av ressurs og igangsetting av fly.
KOLS grad IV, respirasjonssvikt	01:08	01:36	01:35	0 min	Primærtransport fra kommune til lokalsykehus, alvorlig respirasjonssvikt. Flyet er stasjonert på base der hendelsen

Problemstilling/ Diagnose	Tid til flyet tar av	Total Transporttid	Estimert forventet transport- tid	Tidstap	Beskrivelse av faktorer som har medvirket til tidstap
					oppstår. Igangsetting av oppdraget tar likevel over 1 time.
Bronkiolitt, og underliggende sykdom 1. leveår	00:40	05:26	02:35	2 t 49 min	Spedbarn med alvorlig underliggende sykdom med respirasjonssvikt og potensielt vanskelig luftvei, med alvorlig lungebetennelse (bronkiolitt). Behov for akutt overflytting fra lokalsykehus. Flysykepleier etterspør ved varsling om det skal være lege med, men aksepterer likevel oppdraget uten lege. 16:06 starter flyet fra base, lander 16:31, returnerer med uforrettet sak 17:25, fordi barnet var så dårlig at legefølge var nødvendig. Flyet må tilbake til base for å hente lege, og man må i tillegg vente på nattbesetningen som kom på vakt 15 minutter seinere.
Akutt hjerteinfarkt (STEMI), hjertestans	02:30	05:29	03:55	1t 34 min	Pasient med akutt hjerteinfarkt (STEMI) i kommune, som får blodproppløsende medikasjon på legevakt (prehospital trombolyse). Ikke effekt av behandling, og pasienten får videre alvorlig hjerterytmeforstyrrelse (ventrikkeltachycardi) uten sirkulasjon. Pulsgivende rytme gjenopprettes på legevakta etter gjenoppliving. Årsakene til tidstap var mangel på flyressurs (dutytid), mangel på tilgjengelig legefølge ved nærmeste base og tidkrevende kommunikasjon mellom flere aktører.
Hjerneslag	02:54	04:19	02:45	1t 34 min	Pasient får sikre symptomer på hjerneslag 14:30, og det meldes på dette tidspunktet om behov for flytransport inn til lokalsykehus. Primærhelsetjenesten gir informasjon om at pasienten har forhøyet blodtrykk, har puls 109, har oksygenmetning på 91 %, er fjern og har halvsidig lammelse. FKS får oppdraget etter 28 minutter. Oppdraget iverksettes ikke før etter nærmere 3 timer, og total transporttid blir 4 timer og 19 minutter. En identifisert årsak til tidstap var flymangel (samtidighet).
Akutt hjerteinfarkt (STEMI), blodproppløsende behandling (prehospital trombolyse) med tilbakegang av EKG- forandringer	01:27	04:02	03:10	52 min	Pasient tar kontakt med legevakt grunnet sterke brystmerter. Ambulanse med legevaktlege rykker ut, finner akutt hjerteinfarkt (STEMI), pasienten har korte bevissthetstap mens ambulanse er til stede. Pasienten får blodproppløsende medikasjon (prehospital trombolyse) etter vurdering av LIS-lege lokalsykehus, og

Problemstilling/ Diagnose	Tid til flyet tar av	Total Transporttid	Estimert forventet transport- tid	Tidstap	Beskrivelse av faktorer som har medvirket til tidstap
					innlegges på intensivavdeling på lokalsykehus. Samtidig gir lokal AMK forvarsel til MKA om mulig behov for transport med fly, for å åpne blodkar ved UNN Tromsø (PCI). FKS mottar oppdrag 25 minutter seinere. Pasienten planlegges transportert sammen med annen pasient, og koordineringen av dette har tatt tid. Fra spesialisthelsetjenesten er kjent med behovet for flytransport til flyet tar av, går det nesten to timer. Lokal AMK visste om sannsynlig transportbehov 27 minutter før MKA ble gjort kjent med behovet, og denne tidsbruken innad i spesialisthelsetjenesten kommer i tillegg til tidstapet som angis i kolonnen «Tidstap»
Alvorlig lungebetennelse (bronkiolitt)	00:13	03:19	02:45	34 min	Spedbarn med alvorlig lungebetennelse (bronkiolitt), behov for overflytting fra lokalsykehus. Medtatt og blålig i huden, oksygenmetning 74%, temperatur > 39 grader. Stabiliseres på lokalsykehuset, men fortsatt respirasjonsfrekvens på 50/minutt. Fly omdirigeres i lufta til base for å hente lege. Går over en halv time fra flyet blir omdirigert til lege får beskjed. Går så ytterligere en halv time før lege er klar for flyet. Når flyet lander med barnet, må man i tillegg vente på ambulansobil
Akutt hjerteinfarkt (STEMI)	01:00	03:53	02:50	1t 3 min	Pasient som falt om under aktivitet. Ambulanse på stedet tar EKG og finner akutt hjerteinfarkt (STEMI) kl 19:59. Det konfereres med lege på lokalsykehus og det besluttes at det skal gis blodproppløsende medikasjon (prehospital trombolysse) kl 20:20. Det tar deretter 45 minutter før MKA får informasjon om behov for flytransport inn til UNN. Oppdraget igangsettes etter 1 time, og total transporttid er nesten 4 timer, fordi man må bruke fly fra annen base (nærmeste besetning utmeldt på duty). Lokal AMK visste om sannsynlig transportbehov 47 minutter før MKA fikk beskjed, og denne tidsbruken innad i spesialisthelsetjenesten kommer i tillegg til tidstapet som angis i kolonnen «Tidstap».

*Tabell 2. Tabellen gir en oversikt med informasjon og funn knyttet til de 9 transportene med pasienter med tidskritiske tilstander. Tabellen viser diagnose, tidsbruk for iverksettelse av oppdraget (tid 1 til tid 4 i figur 7 ovenfor), total transporttid (tid 1 til tid 7 i figur 10 ovenfor) faktisk tidsbruk sammenliknet med forventet tidsbruk, forsinkelse, samt de faktorer som ut fra foreliggende dokumentasjon har bidratt til økt tidsbruk ved ambulansflytransporten.*

## **7.2 Gjeldende praksis i tjenesten**

Her beskrives informasjon om tjenesteytingen i ambulansflytjenesten basert på intervjuer, gjennomgang av avvik og øvrig dokumentasjon.

### **7.2.1 Tilgjengelighet på ambulansfly**

Besetningen på ambulansfly har 12 timers skift hvert døgn og arbeider i en uke av gangen. Reisetid til basen før vaktstart regnes som arbeidstid, og medfører at piloter med annet bosted enn der basen ligger («reisepiloter») har redusert tilgjengelig tjenestetid på første (og eventuelt siste) vakt. Det er to besetninger på ambulansflybasen som veksler, men det er ikke overlapp i vaktbyttet mellom besetningene. Muligheten til overtid er begrenset, jf. arbeidstidsbestemmelse for flygende personell. I avtalen med BSAA kan FKS, av grunner som ligger utenfor operatørens kontroll, velge å bruke en ambulansflybesetning utover normert arbeidstid. BSAA har i sin operasjonsmanual åpnet for at vakthavende ambulansflybesetning kan utvide arbeidstiden fra 13 til 15 timer ved transportoppdrag med hastegrad akutt eller haster. Dette krever aksept fra ambulansflypersonellet. BSAA har i sine arbeidsavtaler beskrevet at overtid må kunne påberegnes, men de kan ikke pålegge piloter overtid.

Det er gjort endringer i tider for vaktbytter ved ambulansflybaser, slik at vaktbytter skjer til ulike tidspunkter for ulike baser, men effekten av endringene er ikke evaluert.

Det er ikke sammenfall mellom oversikten over teknisk tilgjengelighet av ambulansfly og den faktiske tilgjengeligheten på ambulansfly når pasienten trenger det. De data som presenteres på LAT HF's hjemmesider<sup>14</sup>, viser høy grad av tilgjengelighet av ambulansfly. FKS rapporterer daglig "Beredskapsstatus". Denne oversikten viser kjent operativt status på fly og besetning og kjente beredskapsavbrudd og begrensninger neste 48 timer, samt beskrivelse av faktiske beredskapsavbrudd foregående døgn. Den inneholder ikke informasjon om vær eller annet uforutsett (teknisk, personell) som kan oppstå. Statusrapport inneholder ikke begrensninger i ambulansbiltjenesten som påvirker tilgjengelighet for ambulansfly.

Det er en reduksjon i tilgjengelighet på ambulansfly knyttet til tidsrom for vaktbytter for flybesetningen. Det er flere medvirkende faktorer til dette. Pilotene tar med seg flytid til påfølgende dags tjenestetid. Det betyr at ambulansflyberedskapen ved neste vakt vil svekkes om piloter arbeider ut over vaktens fastsatte sluttid. Dette

---

<sup>14</sup> [Ambulansflystatus LAT HF](#)

fordi pilotene ikke kan starte neste vakt før de har gjennomført pålagt hviletid. Det tas hensyn til dette i koordineringen av ambulansflyoppdrag fra MKA og FKS.

Forsinket iverksettelse av ambulansflytransport rundt tidspunkt for vaktbytter er beskrevet som et gjentakende problem i meldinger om avvik i tjenesten. Årsaken som oppgis i avvikene er at personell ikke kan arbeide overtid innenfor luftfartens bestemmelser. I avviksmeldinger fra redningstjenesten ved 330-skvadronen på Banak er det eksempelvis pekt på som et gjentakende problem å få iverksatt oppdrag med ambulansfly fra Alta i tidsrommet for vaktbytter mellom klokken 17 og 19.

Ved ambulansflytransporter der det kreves følge av medisinsk personell med høyere kompetanse enn ambulanspersonell til og fra flyplass, gjøres dette i Nord-Norge i hovedsak med bruk av helsepersonellet tilknyttet ambulansflyet. Dette påvirker både den operative tilgjengeligheten av ambulansflyene der og da, og den etterfølgende tilgjengeligheten, siden tiden ambulansflyet står på bakken og venter utenfor basen inngår i tjenestetiden.

### *7.2.2 Praksis ved fastsettelse av hastegrad, prioritering av oppdrag og ivaretagelse av akuttberedskap*

En overordnet ramme for aktuelle avveininger mellom enkeltoppdrag med ambulansfly og relevante hensyn til akuttberedskapen er gitt i Retningslinjer for akuttberedskap i ambulansflytjenesten (PR33126 fra UNN HF). Retningslinjen gir AMK-lege i samarbeid med AMK-operatør og FKS-operatør ansvar for at "akutt beredskap opprettholdes på et forsvarlig nivå i helseregionen". AMK-legen skal brukes aktivt, spesielt der det er aktuelt å avvise oppdrag. Retningslinjen sier at iverksettelse av oppdrag med hastegrad akutt normalt skal skje innen 60 minutter og oppdrag med hastegrad haster innen 3-4 timer. Ut over denne prosedyren, foreligger det ikke skriftlig prosedyreverk eller beslutningsstøtte for enkeltoppdrag. Avveininger knyttet til beredskapshensyn skjer dermed ut fra den enkelte MKA/FKS-operatørs og AMK-leges vurdering og erfaring. Dette medfører variasjon i forståelsen og bruken av hastegrader i ambulansflytjenesten. Gjennomgangen av de 43 ambulansflytransportene viste at mange transportoppdrag var kategorisert med flere hastegrader underveis i forløpet uten at det var dokumentert at endringen skyldtes forandring i pasienten sin tilstand.

### *7.2.3 Bestilling av ambulansfly*

Innmeldingsprosedyren (PR46075, UNN HF) beskriver rutine for bestilling av øyeblikkelig hjelp ambulansfly.

Bestilling av og gjennomføring av ambulansflyoppdrag kan være tidkrevende. Det er flere årsaker til dette:

- Rekvirent (spesielt legevaktleger) opplever at det kan være tidkrevende å avklare rett behandlingssted og å innhente tilstrekkelig informasjon slik at oppdrag kan iverksettes.
- Tidkrevende innhenting og oppdatering av relevant informasjon i rett tid til involverte aktører ved bestilling, koordinering og gjennomføring av oppdrag.

Mangel av et system som støtter deling av slik informasjon i sanntid mellom aktører som er involverte i ambulansedybestilling og gjennomføring av oppdraget bidrar til at prosessen er tidkrevende.

- Rutinen PR46075, UNN HF, beskriver en struktur for informasjonsinnhenting i tolv punkter og arbeidsdelingen mellom LAMK og AMK Tromsø. Forståelsen av arbeidsdelingen og behov for hvor mye informasjon som skal være hentet inn før oppdraget overleveres til FKS for igangsetting er ulik for de involverte aktøren, og kan føre til tidkrevende diskusjoner mellom aktørene i akutte situasjoner.

#### *7.2.4 Koordinering mellom ambulansedy og ambulansedy*

Dersom det ikke er tilgjengelig ambulansedy for pasienttransport til og fra ambulansedy, vil dette føre til forlenget transporttid og redusert tilgjengelighet av ambulansedy. Dokumentasjon fra FKS viser 21 hendelser i perioden fra 13. januar 2019 til 23. mars 2019 der transport av pasienter tok lengre tid enn forventet på grunn av manglende tilgang på bilambulansedy. Av disse involverte 20 av hendelsene transport til Tromsø Lufthavn Langnes og en hendelse transport til Harstad/Evenes Lufthavn. Av disse var 13 av hendelsene kategorisert som ufarlige, 7 som mindre alvorlige og 1 hendelse som alvorlig. Det går ikke frem av materialet fra FKS hva denne kategoriseringen bygger på. I 8 av avvikene er det registrert hvor lenge ambulansedy måtte vente på bilambulansedy. Gjennomsnittlig ventetid i samhandlingen mellom ambulansedy og bilambulansedy for disse hendelsene var 85 minutter. Det beskrives at dette har forsinket oppdrag med høy prioritet og hastegrad.

Rapporter utarbeidet av LAT HF/FKS viser at forsinkelser grunnet mangler ved samhandlingen mellom ambulansedy og bilambulansedy gjentatt er tatt opp som et problem. Registreringer gjennomført av FKS i 2017 dokumenterte 29 slike hendelser med økt tidsbruk grunnet ventetid på Gardermoen, Værnes, Bodø og Tromsø. Gjennomsnittlig ventetid på bilambulansedy var 34 minutter. Tilsvarende opplysninger kommer frem i en rapport fra Luftambulansedytjenesten ANS fra 2014 som oppsummerte 184 tilfeller med forsinkelse mer enn 15 minutter, fordelt på 22 flyplasser. Bodø (33), Tromsø (29) og Værnes (26) hadde flest tilfeller. Samtidigheitskonflikt (53,8 prosent) og kommunikasjonssvikt (29,1 prosent) var viktigste årsaker. Opplysningene har dermed vært kjent i LAT HF. Utfordringene dette medfører for tjenesteytingen er flere ganger tatt opp med linjeledelse ved Akuttmedisinsk klinikk, UNN HF.

#### *7.2.5 Dokumentasjon av sentrale vurderinger og beslutninger knyttet til valg av transportressurs*

Det er mangelfull skriftlig dokumentasjon av vurderinger og beslutninger som ligger til grunn for prioriteringer som blir gjort ved valg av transportressurs som kan få konsekvenser for den enkelte pasient. AMK-operatører dokumenterer at AMK-lege er konsultert, men det gjenfinnes ikke hvilke vurderinger som ligger til grunn for valg av ressurs. Dette basert på medisinske behov vurdert opp mot kapasitet, prioritering mellom pasienter og fastsettelse av hastegrad for oppdraget. Kontakt mellom involvert personell og diskusjoner vil fremgå av lydlogg, men gjennomgang

av lydlogger i enkelttilfeller vil være ressurskrevende, og opplysningene er ikke koblet opp mot pasientens journal. Ved gjennomgangen av de 43 pasienttransportene fant vi det dokumentert at AMK-lege var involvert i vurderingen om bruk av ressurs i 10 av transportene, basert på at dette var anmerket i AMIS.

Funksjonen som AMK-lege (jf. prosedyre ved UNN HF, PR 15339) ivaretas primært av LA-lege (lege på ambulanshelikopter) ved ambulanshelikopterbasen i Tromsø. Dersom denne legen ikke er tilgjengelig, overføres funksjonen til en annen LA-lege. Denne rolleoverføringen skyldes at AMK-legene ved UNN HF også er vakthavende LA-lege, og derfor kan være ute på oppdrag når behovet for bistand fra AMK-legen oppstår.

AMK-legen skal bidra til å prioritere mellom ulike samtidige oppdrag og foreta avveininger for å bevare beredskap. AMK-legen må basere sin beslutning på en muntlig oppdatering om medisinsk problemstilling fra MKA og aktuell flyressurssituasjon fra FKS. Det er mangelfulle verktøy for beslutningsstøtte når AMK-legen skal gjøre prioriteringer. Det er mange leger som skal ivareta denne funksjonen, og de har varierende erfaring og kompetanse til å løse oppgavene tillagt funksjonen. Konsekvenser av dette kan bli unødig tidsbruk i samhandlingen om oppdrag.

#### *7.2.6 Avviksmeldinger*

Vi har fått oversendt avviksmeldinger som omhandler transporter med ambulansfly fra spesialisthelsetjenesten (alle helseforetakene som inngår i tilsynet) og fra relevante samhandlende aktører utenfor spesialisthelsetjenesten; kommuner og HRS/Luftforsvarets 330 skvadron. Kommunene og helseforetakene meldte til sammen 62 avvik som omhandlet 52 unike hendelser i perioden fra 22. mars 2019 til 30. juni 2020. Av disse skjedde 46 prosent av hendelsene i Finnmark, 44 prosent i Nordland og 10 prosent i Troms. 63 prosent av avvikene var knyttet til oppdrag med hastegrad akutt og 17 prosent til oppdrag med hastegrad haster. 21 av avvikene var klassifisert som alvorlige. Det går ikke frem av materialet hva denne klassifiseringen bygger på.

Avvikene involverte transportoppdrag for pasienter i alle aldersgrupper og innen ulike fagområder, med en overvekt av indremedisinske tilstander. Avvikene omhandlet alle de sentrale aktørene i ambulansflytjenesten. Ambulansfly, AMK-sentraler og ambulanshelikopter var involvert i henholdsvis 41, 35 og 13 av de 52 avviksmeldingene.

Mange av avvikene handlet om forsinkelser i transportene. Det er registrert flere medvirkende faktorer til avvikene: Manglende ressurs og samtidighetsproblematikk (46 prosent), tekniske problem (31 prosent), samhandling mellom rekvirent og AMK Tromsø (29 prosent), samhandling mellom andre aktører (25 prosent), vaktbytter (19 prosent) og værforhold (8 prosent).

I mange av avvikene er det beskrevet tiltak som har til formål å hindre at det aktuelle avviket skjer igjen, men det er i svært begrenset grad dokumentert om disse tiltakene

har hatt ønsket effekt. Det er registrert tilnærmet like årsaker til forsinkelser, som for eksempel vaktbytteproblematikk, mangelfull koordinering av bilambulansse og ambulanssefly, og at problemer og svikt ved samhandling går igjen i mange avvik meldt over et lengre tidsrom.

### **7.3 Pasienter med behov for behandling i psykisk helsevern**

Organiseringen av helsetjenesten i regionen, med to institusjoner godkjent for vurdering av bruk av tvungent psykisk helsevern, gir utfordringer på grunn av store geografiske avstander og at mange av pasientene dermed er avhengig av transport med ambulanssefly. I Helse Nord RHF er de to enhetene godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold lokalisert ved UNN HF/Åsgård i Tromsø og Nordlandssykehuset HF i Bodø. Pasienter fra Lofoten/Vesterålen, Helgeland og Finnmark har derfor lang reisevei ved behov for vurdering eller gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. For disse pasientene brukes ambulanssefly til primæroppdrag, eventuelt sekundæroppdrag fra midlertidig tilhold i enhet i spesialisthelsetjenesten uten nødvendig rammer og kompetanse til å ivareta disse pasientene i påvente av transport.

Ivaretagelse av pasienter med behov for oppfølging og behandling etter psykisk helsevernloven har vært en kjent og vedvarende problematikk på ulike nivå i tjenesten over flere år. Utfordringer knyttet til transport av pasienter med psykiske lidelser i regionen har vært tatt opp i kontakt mellom HOD og RHF/helseforetak helt tilbake til 2012, og det har blant annet vært gitt kompetansemidler for ulike tiltak ved transport av alvorlig psykisk syke pasienter. Det fremkommer ikke at effekten av tiltak som er gjennomført er evaluert på overordnet nivå.

Problem med at det tar lang tid fra behov for transport meldes og til pasienter får ambulansseflytransport til forsvarlig behandlingssted har vært tema mellom kommunene i Lofoten/Vesterålen og Nordlandssykehuset HF, og er tatt opp som egen sak i Helse Nord RHF.

I brev av 22. oktober 2018 til tidligere Fylkesmannen i Nordland, nå Statsforvalteren i Nordland, har Helsedirektoratet, kommentert at det medisinskfaglige ansvaret må ligge hos den virksomhet hvor den som yter helsehjelpen (herunder omsorg) er ansatt eller engasjert for å yte helsehjelp. Helsedirektoratet har i brevet påpekt: Det regionale helseforetaket skal på sin side sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, herunder ambulansetransport, til personer bosatt i regionen. Med bakgrunn i opplysninger om at ventetiden for pasienter ofte er lang og kan tangere ett døgn, har Helsedirektoratet kommentert at partene i helsetjenesten, i en situasjon hvor det regelmessig oppstår lang ventetid før transport og kapasitet eller prioritering på transportsiden ikke kan styrkes, bør inngå tydelige avtaler som sikrer at disse pasientene får et faglig forsvarlig og omsorgsfullt tilbud mens de venter. Det fremheves at ansvarlinjene da må være klare, og ikke bryte med den lovpålagte ansvars- og oppgavedelingen mellom tjenestegrenene.

Det er mangel på tydelige avtaler mellom spesialisthelsetjenesten (RHF/HF) og kommunene, knyttet til hvem (hvilket nivå eller virksomhet) som har ansvar for



pasientene i påvente av ambulanseflytransport, og som sikrer at pasientene får et forsvarlig og omsorgsfullt tilbud mens de venter. Fra helsepersonell ved UNN HF/Åsgård har vi fått opplyst at det er uklart hvorvidt pasienter alltid skal transporteres direkte til spesialisthelsetjenesten, eller om en kan benytte seg av lokale sykehus nærmere der pasienten er, for mer utredning og avklaring før transport.

### *7.3.1 Lang ventetid før transport*

Det er gjennomgående lang transporttid for pasienter med behov for psykisk helsevern, og det tar langt tid fra behovet for ambulanseflytransport er meldt til spesialisthelsetjenesten og til transporten igangsettes. I mellomtiden venter pasienten.

I brev av 15. november 2019 fra Sortland kommune til Nordlandssykehuset HF er det redegjort for at denne ventetiden varierer fra 3-4 timer til opp mot 12-24 timer. Det beskrives tilfeller med venting på transport i halvannet døgn. Tilsvarende opplysninger har vi fått i samtaler med andre kommuner i Nordland og Finnmark, der det er beskrevet flere tilfeller der pasienter har ventet mer enn ett døgn før transport med ambulansefly gjennomføres.

Nordlandssykehuset HF har undersøkt transporttid for pasienter med behov for psykisk helsevern for perioden januar til juli i 2019. Helseforetakets egen gjennomgang viser at det manglet dokumentasjon av relevant informasjon i mange saker, slik at disse ikke ga godt nok grunnlag for vurdering. Helseforetaket sto igjen med 50 relevante transporter der tilstrekkelig informasjon forelå. I 38 av disse transportene var pasientene henvist til tvungent psykisk helsevern (observasjon/behandling). For 9 av de 38 transportene var transporttiden på over 12 timer og for 6 av disse på over 24 timer.

Med bakgrunn i at utfordringen med lang ventetid før transport for pasientgruppen ble meldt inn til Helse Nord RHF, er det utarbeidet en sammenstilling med ventetid for transport for pasientgruppen generelt i Helse Nord i årene 2014-2018, og det kommer frem at gjennomsnittlig transporttid for ambulanseflytransport var på ti og en halv time.

### *7.3.2 Faktorer som medfører ventetid før transport*

En faktor som medfører lang transporttid for pasienter med psykisk lidelse, er at det ikke er en omforent og felles praksis for vurdering av hvor raskt en pasient med psykisk lidelse trenger transport basert på pasienten sin tilstand. Det mangler tilstrekkelig veiledning for prioritering av pasientgruppen.

Den foreliggende «Samarbeidsrutinen for henvisning til innleggelse ved psykiatriske pasienter hvor luftambulansetransport er aktuell transportmåte» (LAT HF, 11. oktober 2007), slår fast at akutte psykiske lidelser inngår i begrepet akuttmedisin på lik linje med akutte somatiske lidelser.

Fastsettelsen av hastegrad kan variere underveis i en ambulanseflytransport, både ved at hastegrad nedjusteres og oppjusteres underveis i forløpet uten at det blir gjenspeilet av en dokumentert endring i pasienten sin tilstand. Vår egen

gjennomgang basert på data fra Nordlandssykehuset HF tidsrommet desember 2018 til juni 2019 dokumenterer en slik variasjon i fastsettelsen av hastegrad. Fastsettelsen av hastegrad varierer mellom de ulike aktørene som var involvert i ambulanseflytransporten. Variasjonen er ikke begrunnet i en dokumentert endring i pasienten sin tilstand. Dette kommer frem av oversikt over 13 transporter og hastegradsfastsettelsen underveis i transportene i tabellen nedenfor (tabell 3).

Hastegrad AMIS fra LAMK	Hastegrad AMIS fra AMK Tromsø	Hastegrad AMK-skjema (“Rapportskjema for AMK Tromsø, ambulanseflytjenesten”)
A	A	H
H	V	V
H	H	H
H	V	H
H	A, V2	H
V	H, V2	V
V	A, V, V2	V
H	H, V2	H
H	H, V2	H
V	V, V2	H
H	A, V2	A
A	A, V2	H
H	H, V2	V

Tabell 3: Tabellen viser en oversikt over hastegrad angitt av de ulike aktørene: (kilde: AMIS lokal AMK-sentral); AMK-skjema (“Rapportskjema for AMK Tromsø, ambulanseflytjenesten”); AMIS (AMK UNN) A – akutt, H – haster, V- vanlig og V2 (fly).

En annen vesentlig faktor som bidrar til unødige forsinkelser og lang ventetid før transport med ambulansefly er utfordringer knyttet til at spesialisthelsetjenesten kan ha behov for bistand av politiet eller sivil ledsagertjeneste for å gjennomføre transportene. Uklarheter om praksis for bestilling av bistand fra politiet, om dette skal skje før eller etter iverksetting av ambulanseflytransport, kan i en del tilfeller føre til unødige forsinkelser. Det er gjennomført opplæring med sikte på å kvalifisere sivile ledsagere. Disse brukes i varierende grad, og det er mangelfull kunnskap i ambulanseflytjenesten om hvilken kompetanse sivile ledsagere har og hvordan de kan brukes.

### 7.3.3 Konsekvenser av lang ventetid

Vi har gjennomgående fra alle helseforetakene og kommunene fått opplyst at situasjonen rundt ventetid før transport regelmessig oppleves uverdlig og uheldig for pasientene og utfordrende for involvert personell. Generelt omtales håndteringen av transporter for pasientgruppen som svært ressurskrevende. Det medfører ekstra belastning både for pasienter, pårørende og helsepersonell som blir satt til å ivareta

pasienten i påvente av transporten. Fra kommunene er det pekt på at pasientene får forsinket vurdering og behandling i spesialisthelsetjenesten, at kommunene ikke har riktig kompetanse til å håndtere så alvorlig syke pasienter i påvente av transport og at manglende informasjonen underveis om når ambulanseflytransport kan forventes, gjør at en kommer sent i gang med eventuelle alternative løsninger.

Lang ventetid øker risikoen for tvang og fysisk maktbruk i ventetiden. Det kommer frem av opplysningene i tilsynet at pasienter må vente dels svært lenge, at ventingen på transport skjer i lite egnede lokaler og at det regelmessig har oppstått situasjoner med behov for politibistand og noen ganger bruk av nødrett i ventetiden. Det går frem at kommunene har hatt behov for bistand fra politiet i ventetiden, for å kunne håndtere pasienter som har vært til fare for seg selv eller andre.

Vesterålen interkommunale legevakt har systematisk gått igjennom henvendelser i perioden fra september 2019 til desember 2020, der henvendelsene gjaldt pasienter med psykisk lidelse som trengte ambulanseflytransport. I denne perioden måtte 21 pasienter vente over 4 timer før transport ble iverksatt, og for mange av disse pasientene oppsto særlige utfordringer i ventetiden. Av gjennomgangen fremgår det at ventingen på transport har medført utagering og bruk av nødrett. Det er beskrevet at psykotiske pasienter har stukket av fra legevakten, at pasienter har truet med våpen, at det har oppstått behov for tvangsmedisinering, behov for å sette spyttmasker eller håndjern på pasienter eller behov for stripsing av pasienters føtter. Videre er det også beskrevet at alvorlig syke pasienter har beveget seg inn til akuttmottak og intensivavdeling eller inn på andre pasientrom og at det har vært roping, skriking, spytt, bitt og vold mot helsepersonell. Pasienter har rasert rom, urinert på innbo og ødelagt møbler. Denne informasjonen om pasienthendelser er i samsvar med opplysninger om situasjoner som har oppstått i ventetiden på ambulanseflytransport som vi har mottatt fra andre kommuner og som vi har sett i pasientjournaler i forbindelse med gjennomgangen av ambulanseflytransporter.

Vi har ikke opplysninger om at spesialisthelsetjenesten har gjort undersøkelser av betydningen av lang ventetid på transport for pasientene, herunder eventuell betydningen av at pasienter må håndteres i kommunene i påvente av transport og ved at behandling i spesialisthelsetjenesten forsinkes på grunn av lang ventetid på transport.

#### **7.4 Informasjon fra tilsynssaker behandlet av Statsforvalteren**

Vi har innhentet informasjon om syv tilsynssaker i perioden fra 1. januar 2019 til mars 2021 behandlet av Statsforvalteren i Troms og Finnmark hvor ambulansefly har vært involvert. Dette for å undersøke om tilsynssakene kunne gi nyttig informasjon om praksis i tjenesten. Vi legger statsforvalternes vurderinger til grunn i fremstillingen, og har ikke selv vurdert enkelthendelsene. For informasjon om datagrunnlaget og ytterligere informasjon om statsforvalterens vurderinger i sakene, viser vi til kapittel 4 ovenfor og vedlegg til rapporten. Vi har ikke informasjon om at det foreligger tilsvarende saker som er behandlet hos Statsforvalteren i Nordland i samme periode.

En av tilsynssakene gjelder klage fra kommuneoverlege som mente det tok for lang tid med transport i forbindelse med en fødsel, og en klage fra pårørende som mente det var forsinket transport mellom lokalsykehus og regionsykehus. I disse klagesakene gikk statsforvalteren ikke nærmere inn på vurdering av forsvarligheten av helsehjelpen/luftambulansetransporten, og disse sakene holdes i det følgende utenfor gjennomgangen.

I fire av sakene lå somatiske problemstillinger til grunn for behovet for ambulanseflytransport, og sakene gjaldt spørsmål om forsinket transport til UNN HF. I to av disse tilsynssakene vurderte statsforvalteren at forhold knyttet til vaktbytter/overtidsproblematikk hos besetningen hadde hatt betydning for at transport av pasientene ble forsinket. I de to andre sakene kom statsforvalteren til at det var forhold utenfor spesialisthelsetjenestens ansvar som var årsak til at transportene tok lengre tid enn ønsket.

En sak gjaldt transport av en pasient med en alvorlig psykisk lidelse og som var underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. For denne pasienten tok det 10 dager fra behov for transport ble meldt til pasienten ble transportert til rett bestemmelsessted. Denne forsinkelsen skyldtes i hovedsak vanskelige værforhold, men også problemer med å få politiet til å ledsage pasienten. Årsaken til forsinkelsen lå derved utenfor spesialisthelsetjenestens kontroll. Statsforvalteren bemerket likevel, på generelt grunnlag, at en forsinkelse på ti døgn for transport til riktig nivå i helsetjenesten ikke er å anse som god helsehjelp for en pasient underlagt tvunget psykisk helsevern.

## **7.5 Ledelse og kvalitetsforbedring i ambulanseflytjenesten**

Under dette punktet vil vi presentere informasjonen vi har mottatt knyttet til tilretteleggingen og styringen av ambulanseflytjenesten, og de involverte virksomhetenes løpende arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

### **7.5.1 Oversikt over praksis og bruk av tilgjengelig kunnskap**

Det er en utfordring at rask igangsetting og gjennomføring av oppdrag i ambulanseflytjenesten avhenger av involvering fra mange forskjellige virksomheter, med ulike styringssystemer og eierstrukturer.

Det mangler oversikt og kunnskap om pasienter får transport til forsvarlig behandlingssted i samsvar med sine behov. Det mangler kunnskap om hvor lang tid det faktisk går i det enkelte tilfelle, fra behovet om transport meldes inn til lokal AMK og til pasienten kommer frem til bestemmelsesstedet. Det mangler også oversikt i tjenesten over eventuelle konsekvenser for pasientene ved unødvendig forlenget samlet prehospital tid.

Manglende oversikt og kunnskap om transporttid for tidskritiske transporter er en erkjent utfordring i virksomhetene. I rapport datert 3. september 2018<sup>15</sup> om

---

<sup>15</sup> Forbedring og effektivisering av ambulanseflytjenesten

«Forbedring og effektivisering av ambulanseflytjenesten» fra prosjektgruppe oppnevnt av styret i Luftambulansetjenesten ANS er en av de prioriterte tilrådingene å etablere et prosjekt med siktemål om å utvikle og implementere hensiktsmessige digitale verktøy for gjennomføring og dokumentasjon av virksomheten.

Det er ikke avklart hvem som har ansvar for å tilrettelegge for innhenting av informasjon om pasientforløp og bruke dette i forbedringsarbeidet. Tjenesten er ikke innrettet for å innhente og sammenstille informasjon om tidsbruken og eventuelle forsinkelser i ulike deler av forløpet i ambulanseflytransporter, og slik informasjon blir i liten grad etterspurt av ledere på de ulike nivå i ambulanseflytjenesten. I sin tilbakemelding har UNN HF pekt på at det ikke foreligger noen skriftlig beskrivelse av hva det innebærer å ha det medisinske ansvaret for ambulansefly i regionen, og at det ikke foreligger dokumentasjon i tjenesten som viser at ansvaret for utvikling av ambulanseflytjenesten er delegert til HF-nivå.

I prosedyre fra UNN HF, Akutt beredskap i ambulanseflytjenesten (Dokumentnummer: PR33126), fremgår under punkt 4 at «Akuttoppdrag iverksettes normalt innen 60 minutter». I Driftshåndbok FKS Part A Versjon: 13.00 fremgår under punkt 1.0.6 at: «Akutt Øyeblikkelig hjelp oppdrag – iverksettes innen 60 minutter» og det er tatt inn en fotnote som viser til prosedyren fra UNN HF (PR33126). Tilsvarende krav til iverksetting fremgår av punkt 4.5. tiltak 2 i Driftshåndbok FKS Part B Versjon: 13.00.

Det beskrives i rutinen og håndboken en forventning om at ambulanseflyet normalt skal ta av for å hente pasienter med hastegrad akutt innen 60 minutter fra AMK mottar anmodningen om ambulansefly. Prosedyren og håndboken utfyller LAT HF sin overordnede «Retningslinjer for bruk av luftambulans» fra 2009. Retningslinjene er ikke revidert etter 2009.

Retningslinjene oppfattes av aktørene i ambulanseflytjenesten ikke å være tilstrekkelig konkret eller utfyllende nok ved prioriteringer og beslutning om bruk av ressurs, slik at det oppstår uklarheter som det blir opp til tjenesten selv å håndtere i praksis. I rapporten datert 3. september 2018 er en av tilrådingene å revidere retningslinjer for bruk av luftambulans fra 2009 og at dette «inkluderer reviderte, entydige retningslinjer for bestilling av ambulansefly og en nasjonal prosedyre for medisinsk og flyoperativ koordinering av ambulansoppdrag.»

Det er ikke tilrettelagt for å sammenstille data for å undersøke om forventningen om 60 minutter fra anmodning om ambulansefly til det tar av ved akuttoppdrag nås i praksis.

I Driftshåndbok FKS Part B Versjon: 13.00 fremgår under punkt 4.6 om beredskapsstruktur at «Operatøren skal stille fly og besetning til beredskap på basen på helkontinuerlig basis (dagfly/døgnfly) i henhold til spesifikasjoner gitt i egen tabell. Videre fremkommer det om reaksjonstid (benevnt som aktiveringstid i gjeldende avtale mellom LAT HF og BSAA at denne tiden er definert som tid fra FKS varsler flybesetningen til flyet er i bevegelse (blocks off). Utgangspunktet er at reaksjonstiden for fly ved alle basene er på 20 minutter, jf. punkt 2 i bilag A5:

Beredskapsstruktur. For basene Alta 2, Brønnøysund, Ålesund og Gardermoen 1 er det unntak for natt til lørdag, søndag og helligdager da det er en reaksjonstid på 60 minutter (Alta 2 er ikke i beredskap på natt). Det er lagt inn en forutsetning i avtalen om at reaksjonstiden viker prioritet for sikkerhetsmessige forhold.

Det er for aktørene uklart hvem som har det overordnede ansvaret for ambulanseflytjenesten som del av den akuttmedisinske kjeden. LAT HF følger opp flyoperative sider ved tjenesten, men ivaretar i begrenset grad samordning mellom det flyoperative og det medisinskfaglige. Det mangler en helhetlig tilnærming til å utvikle og forbedre en felles praksis mellom aktørene i ambulanseflytjenesten. Det er manglende samhandling mellom LAT HF og de ulike helseforetakene i regionen, knyttet til behov og dimensjonering av tjenesten opp mot medisinskfaglige behov.

Det er ikke etablert overordnet styring og oppfølging med om de felles møteplasser som eksisterer for ambulanseflytjenesten, er egnet til å bidra til omforent praksis og utvikling av ambulanseflytjenesten. Dette spesielt med tanke på å kunne følge opp helheten i ambulanseflytjenesten for å integrere og kombinere medisinskfaglige og flyoperative forhold. I rapporten datert 3. september 2018 er en av tilrådingene at det i Nord-Norge bør «etableres faste, periodiske møtearenaer mellom primærhelsetjenesten og de enhetene som koordinerer ambulanseflytjenesten (lokal AMK-sentral, medisinsk koordinerende punkt (MKP, det samme som MKA ved AMK Tromsø) og FKS)».

Utviklingen av ambulanseflytjenesten skjer hovedsakelig lokalt. Praktiske erfaringer og prosedyreutvikling deles i liten grad mellom de samhandlende aktørene. UNN HF har utviklet og tatt i bruk enkelte retningslinjer for pasientforløp gjennom prosjektet «Trygg akuttmedisin» som er relevant for luftambulansetjenesten. Prosjektet er gjennomført i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og UNN HF, og har resultert i felles prosedyrer og sjekklistor for tre av de mest vanlige tidskritiske akuttmedisinske tilfellene: hjerteinfarkt, hjerneslag og sepsis. Disse retningslinjene er i bruk ved UNN HF lokalt.

#### *7.5.2 Tilgjengeligheten av ambulansefly og beredskap*

Det er ikke operasjonalisert hvilke krav som stilles til rask transport for å oppnå målet om forsvarlige tjenester ved tidskritiske tilstander. I prosedyre fra UNN HF, Akutt beredskap i ambulanseflytjenesten (Dokumentnummer: PR33126) fremgår under punkt 4 handling at «Akuttoppdrag iverksettes normalt innen 60 minutter».

Verken for tjenesten samlet sett, eller for tilbudet ved den enkelte base og i det enkelte helseforetak, er det beskrevet hendelser eller situasjoner som er lagt til grunn som dimensjonerende for tjenesten. Det er ikke avklart hvilken rolle ambulansefly skal ha som primærressurs i de nordligste fylkene, eller hvordan samhandlingen mellom ambulansefly og ambulanshelikopter skal skje når det gjelder akuttoppdrag. Det foreligger ingen behovsanalyse som viser om det er sammenheng mellom hyppighet, omfang og medisinsk alvorlighetsgrad av den type hendelser eller situasjoner som ambulanseflytjenesten skal håndtere og den helsetjeneste pasientene får.

UNN HF har pekt på at det er en manglende samhandling mellom LAT HF og de ulike helseforetakene i regionen knyttet til behov og dimensjonering av tjenesten opp mot medisinskfaglige behov. Det er særlig pekt på viktigheten av å se helheten mellom ambulanshelikopter og ambulansfly der det er behov for rask transport.

De regionale helseforetakene bruker oversikten over tilgjengeligheten av fly som blir utarbeidet av FKS i sin styring av tjenesten. Statistikk over tilgjengeligheten av ambulansfly oversendes de regionale helseforetakene og LAT HF sitt styre fra FKS/LAT HF. Denne statistikken viser regularitet og flytimer, basert på tall fra FKS om gjennomførte transporter med ambulansfly. Oversikten gjelder ikke transporter som avbrytes eller ikke kan gjennomføres av ulike årsaker. Statistikken over tilgjengeligheten av ambulansfly sier ikke noe om tidsbruken i transportene eller eventuelle konsekvenser for pasienten der forsinkelser har oppstått. Oversikten gir ikke et riktig bilde av tilgjengeligheten av ambulansfly eller beredskapen i tjenesten. Reell tilgjengelighet og beredskap er lavere enn det oversikten over regulariteten av gjennomførte oppdrag viser, dette blant annet fordi det ikke oppgis problemer knyttet til gjennomføring og forsinkelser i transporter som følge av manglende tilgjengelighet ved vaktbytter, mangler knyttet til tilgjengelig personell (eksempelvis ved behov for lege) og samtidighetskonflikter.

Helse Nord RHF har i oppdragsbrevet til LAT HF gitt signal om at virksomheten skal innrettes med sikte på å «Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen» (punkt 1 i overordnede føringer i oppdragsbrevet for år 2020). LAT HF opplyser at det ikke er iverksatt tilstrekkelige, målrettede tiltak for å følge opp dette punktet. LAT HF har ikke gjort en evaluering av om unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen er redusert. Helse Nord RHF har på sin side heller ikke etterspurt en evaluering av LAT HF sin måloppnåelse på dette punktet.

### *7.5.3 Evaluering og korrigerende av tjenesten*

Det er ikke gjort noen samlet analyse av risikoforhold eller sårbarhet i den akuttmedisinske kjeden. Rapport datert 3. september 2018 om «Forbedring og effektivisering av ambulansflytjenesten» fra prosjektgruppe oppnevnt av styret i Luftambulansetjenesten ANS inneholder tilrådninger som forutsetningsvis tar hensyn til enkelte risikoforhold ved gjennomføring.

Konsekvenser for pasientene av mulig svikt og svikt i ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden som helhet er ikke analysert eller beskrevet i ambulansflytjenesten. Kartleggingene og analyser som er gjennomført er konsentrert om interne forhold i den aktuelle virksomheten hvor de er gjennomført. LAT HF og helseforetakene har ikke tilstrekkelig oversikt over utfordringer og mulige risikoforhold i grenseflatene og overgangene mellom ulike tjenesteytere.

Omfang og kvalitet av kunnskapen om den faktiske tjenesteytingen som informasjon om avvik gir, er mangelfull. Dette skyldes blant annet det organisatoriske skillet mellom operative og medisinskfaglige forhold. Det er uklart hva som skal meldes som avvik i ambulansflytjenesten, og det er ikke nedfelt en felles standard for hva som skal meldes og registreres, enten når det oppstår en uønsket hendelse eller ved

situasjoner som oppstår der det avdekkes fare for svikt. Denne uklarheten medfører etter det vi har fått opplyst at avvik som skulle vært meldt, ikke blir meldt.

Det lages ikke systematiske sammenstillinger av det samlede risikobildet i ambulanseflytjenesten med en helhetlig plan for oppfølging. I virksomhetsrapporter til styret i LAT HF beskrives rapporterte hendelser i Opscom (programvare for luftfartsaktører for drift, kvalitet og sikkerhetsstyring, basert på et internasjonalt regelverk) under punktet kvalitet, se for eksempel styresak 17-2020 og styresak 4-2020. Disse hendelsene vedrører flere aktører i kjeden. Det beskrives ingen samlet og helhetlig oppfølging. For eksempel fremgår det i punkt 3.2 styresak 17-2020 (virksomhetsrapport pr. 31. januar 2020) at eierskapet plasseres nedover i kjeden gjennom at «majoriteten av hendelsene er registrert på Flykoordineringsentralen (FKS) ifm. drift av luftambulansetjenesten, hvorpå operatør og helseforetak har eierskap til hendelsene».

Det er i liten grad samhandling internt i virksomhetene eller mellom aktørene ved oppfølging av meldinger om avvik. Avviksmeldinger som gjelder overganger i transportkjeden følges i begrenset grad opp i fellesskap av de aktørene som var involvert i hendelsen. Informasjon om områder med risiko for svikt deles i liten grad mellom aktørene i ambulanseflytjenesten, og de ulike virksomhetene har ikke samlet oversikt over avvikene. Det er et skille i tjenesten mellom flyoperative og medisinskfaglige avvik. Avvik som defineres som medisinske behandles av sykehusene, og avvik som defineres som flyoperative behandles av FKS/LAT HF. Det oversendes ikke informasjon om resultat av den interne behandlingen til samhandlende aktører. Et eksempel er samhandlingen mellom bilambulans og ambulansfly, med avvik som følge av venting på bilambulans. Det er uklart hvem som skal melde dette avviket, og hvem avviket skal meldes til. En konsekvens av dette er at avvik ikke alltid blir meldt.

Alle AMK-sentralene har meldt avvik i linja til ledelsen. Gjennomgående var oppfatningen hos personellet at de sjelden fikk tilbakemelding om hvordan avvik ble håndtert videre. Dette samsvarer med det vi ser ved gjennomgang av avviksmeldinger, der det i liten grad er dokumentert på hvilken måte ledelsen i virksomheten har fulgt opp avvik med tiltak, og hvordan effekten av tiltakene er evaluert.

## **7.6 Særlige forhold knyttet til operatørskiftet**

Det ligger utenfor vårt mandat å vurdere spørsmål knyttet til gjeldende modell for driften av flyvirksomheten. Vi vil her vise til Ekspertgruppens mandat og arbeid. Forhold som ligger innenfor luftfartsmyndighetenes ansvarsområde, er heller ikke vurdert.

Et bytte av operatør på ambulansfly vil medføre endringer av ulik art som kan påvirke driften. Eksempler på dette er innføring av nytt materiell, som nye fly med tilknyttet utstyr for eksempel for kommunikasjon, og nytt og ukjent personell. Dette kan innebære behov for nye prosedyrer og endrete samhandlingsformer. Ved operatørbytte kan det derfor være krevende å ivareta løpende drift i en



overgangsfase. Denne problemstillingen er ikke ny med operatørbyttet til BSAA AS, men er kjent fra tidligere operatørbytter eller nye kontraktsperioder med samme operatør.

Det ble ikke laget en egen ROS-analyse knyttet til selve tildelingen av kontrakten og operatørbyttet på fly. LAT HF la til grunn den samme analysen som var laget for operatørbytte på transport med ambulanshelikopter. Den første ROS-analysen som ble utarbeidet for ambulansfly forelå i mai 2018. Det er senere laget åtte versjoner av denne ROS-analysen, siste versjon 1. juli 2019. Analysene omhandlet i det vesentlige tilgjengeligheten av fly. Disse analysene er ikke nærmere vurdert av oss i dette tilsynet.

I tiden rundt kontraktsinngåelsen for operatørskiftet, oppsto det flere utfordringer for gjennomføringen av pasienttransport med ambulansfly. Disse utfordringene økte etter operatørskiftet 1. juli 2019. Utfordringene i forkant av operatørbyttet knyttet seg særlig til hvorvidt piloter ville følge med fra tidligere operatør ved operatørskiftet, og endte i en konflikt med pilotene. Dette skapte uro blant piloter ansatt i Lufttransport AS.

Operatørskiftet medførte forsinkelser og uforutsigbarhet på grunn av redusert kapasitet. I tiden før og etter operatørskiftet var det ulike forhold som medførte redusert kapasitet på fly knyttet til personellmessige og flytekniske forhold. Dette vedvarte frem til vinteren 2020. Vi gjenfinner en rekke av disse forholdene i vår egen gjennomgang av pasienttransporter. Denne perioden ble oppfattet som særdeles krevende og vanskelig i helse- og omsorgstjenesten og blant befolkningen.

AMK Tromsø har beskrevet denne perioden med stor usikkerhet og redusert beredskap som ekstremt krevende. Flere pasienter som ellers ville vært transportert med ambulansfly, måtte i denne perioden transporteres med alternative ressurser og da hovedsakelig ambulanshelikopter eller ambulansbil. Det ble ikke gjort løpende registrering med analyse som kunne fange opp og gi oversikt over hvilke konsekvenser redusert tilgjengelighet på ambulansfly medførte for pasientene. Følgene operatørskiftet hadde for kapasiteten i tjenestetilbudet og beredskapen, er ikke systematisk undersøkt av tjenesten.

Det ble iverksatt tiltak for å redusere faren for at manglende tilgjengelighet av ambulansfly skulle gå ut over pasientsikkerheten. Heller ikke for disse tiltakene ble det gjort løpende registrering og analyse for å kunne følge med på om tiltakene hadde tilstrekkelig effekt. Tjenesten meldte selv avvik som omhandlet forsinket behandling av pasienter i denne perioden. Bekymring som gjelder forsinket transport og behandling ble også meldt til Statsforvalteren i Troms og Finnmark.

Helseforetakene hadde forsterket ledelse i de aktuelle periodene med redusert tilgjengelighet i etterkant av operatørbyttet. Helseforetakene hadde ekstra søkelys på beredskap og tilrettelegging av kompensierende tiltak, eksempelvis mer bruk av ambulansbil. LAT HF ble involvert i Helse Nord RHF sin krisestab. UNN HF, som har regionansvar for koordinering ambulansfly, ble ikke involvert i krisestaben.

Ambulanseflytjenesten har normalisert seg etter operatørskiftet. Tjenesten er nå i en normal driftssituasjon, der en i all hovedsak står overfor de samme utfordringene som en også gjorde før operatørbyttet.

## **8 Statens helsetilsyns vurdering**

I dette kapitlet redegjør vi for våre tilsynsmessige vurderinger og konklusjoner i saken, ved å sammenholde saksforholdet med lovkravene som stilles til virksomhetene og helsehjelpen.

Hovedtema for tilsynets vurdering er om de regionale helseforetakene sørger for forsvarlig iverksetting og gjennomføring av transport med ambulansefly ved behov for øyeblikkelig hjelp, slik at pasienter blir brakt til forsvarlig behandlingssted i samsvar med sine behov. På grunn av geografien, bosetningsmønsteret og funksjonsfordelingen i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge, er ambulansefly en nødvendig primærressurs for å sikre forsvarlig transport for pasienter med tidskriske tilstander til forsvarlig behandlingssted.

### **8.1 Konklusjon**

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp har fått forsinket transport til forsvarlig behandlingssted, og faktorer innenfor tjenestens kontroll har bidratt til forsinkelsene. De regionale helseforetakene har dermed ikke sørget for at pasienter i Nord-Norge med behov for øyeblikkelig hjelp tilbys forsvarlige og koordinerte ambulanseflytjenester.

Tilsynet har videre avdekket at de regionale helseforetakene ikke har oppfylt sitt ansvar for tilrettelegging og styring av ambulanseflytjenestens aktiviteter. Svikten gjelder plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere ambulanseflytjenesten.

Det foreligger etter dette brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a, 2-1 e, 2-2, 3-1 og 3-4 a, jf. helseforetaksloven § 2a, akuttmedisinforskriften §§ 1, 4 og 10 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

De regionale helseforetakene har i fellesskap opprettet LAT HF for å ivareta sørge for ansvaret for luftambulansetjenester i Norge, herunder også ambulanseflytjenester. De regionale helseforetakene har ansvar for at luftambulansetjenesten forvaltes som en nasjonal tjeneste og at ambulansetjenestene i nødvendig grad er samordnet nasjonalt. Lovbruddet omfatter derfor alle de regionale helseforetakene, selv om dette tilsynet spesifikt har undersøkt ambulanseflytjenestene som ytes i Nord Norge.

I det følgende vil vi gjøre rede for sentrale forhold og vurderingene som ligger til grunn for vår konklusjon. Når det for øvrig gjelder regelverket som danner grunnlaget for våre vurderinger og konklusjonen viser vi til kapittel 5.

## **8.2 Forsvarlig gjennomføring av ambulanseflyoppdrag**

Oppdrag med ambulansefly involverer mange aktører som må samhandle tett for å oppnå et godt resultat for pasientene. Ambulanseflytjenesten må raskt og innenfor kravet til faglig forsvarlighet og flysikkerhet transportere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp til forsvarlig behandlingsted. Tjenesten må generelt og ved gjennomføring av de enkelte oppdrag arbeide for å unngå forsinkelser grunnet forhold som ligger innenfor tjenestens kontroll.

Det er to avgjørende forhold som må vurderes ved henvendelse om behov for ambulansefly. Det ene er å fastslå hastegrad og prioritering for det enkelte oppdraget. Det andre er å vurdere og prioritere hvilken ressurs som skal benyttes til oppdraget for å ivareta pasientens behov og samtidig i størst mulig grad opprettholde en samlet akuttberedskap i tjenesten. Utfallet av disse to vurderingene er avgjørende for hvor raskt et transportoppdrag kan iverksettes. Det er nødvendig å bruke tid på disse vurderingene. Videre vil reiseavstanden variere, og det kan derfor ikke stilles opp absolutte tidsmål for gjennomføring av transport med ambulansefly.

Det er ikke i tilstrekkelig grad etablert felles målsetninger og omforent praksis for hvordan helseforetakene samlet sett skal tilrettelegge og gjennomføre transport med ambulansefly, slik at forsvarlige tjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp sikres. Dette gjelder spesielt for pasienter med tidskritiske tilstander. Vår gjennomgang av et tilfeldig utvalg av pasienttransporter har avdekket at pasienter har fått forsinket transport og at faktorer innenfor tjenestens kontroll har bidratt til forsinkelsene. De regionale helseforetakene har dermed ikke sørget for at pasienter i Nord-Norge med behov for øyeblikkelig hjelp tilbys forsvarlige og koordinerte ambulanseflytjenester. Sammenholdt med opplysninger fra personell og ledelse i ambulanseflytjenesten om gjeldende praksis, vurderer vi at den avdekkede svikten er uttrykk for en gjennomgående fare for svikt i tjenesten.

Det er mange faktorer som påvirker transportoppdrag, og noen av disse ligger utenfor tjenestens kontroll, som for eksempel værutfordringer eller teknisk svikt. Forhold utenfor tjenestens kontroll vil i det følgende bli holdt utenfor vurderingen. Tilsynet med ambulanseflytjenesten viser imidlertid at transporter med ambulansefly også blir påvirket og forsinket av en rekke andre faktorer som ligger innenfor spesialisthelsetjenestens kontroll og ansvar. Vi har gjennom tilsynet identifisert en rekke forhold ved tilretteleggingen og gjennomføringen av oppdrag som påvirker tiden det tar og som bidrar til unødvendige forsinkelser for pasientene. Disse forholdene har vi gjort nærmere rede for i kapittel 7 ovenfor, og da særlig i 7.1 og 7.2. Dette er lagt til grunn i vurderingen.

Vi vurderer at prosessen med å rekvirere og igangsette ambulanseflyoppdrag samlet sett er uhensiktsmessig tidkrevende og ikke i tilstrekkelig grad tilpasset og tilrettelagt for å ivareta behovene til pasienter på en forsvarlig måte. Det er i dag ikke en omforent felles praksis for fastsetting av hastegrad og prioriteringer ved valg av ressurs, og medarbeidere etterspør mer beslutningsstøtte når de skal gjøre disse vurderingene. De regionale helseforetakene har ikke sørget for overordnet styring og tilrettelegging i tilknytning til et helt sentralt område for å sikre forsvarlige

ambulanseflytjenester, og dette er ikke i samsvar med gjeldende krav i lov og forskrift.

I prosedyren fra UNN HF «Akutt beredskap i ambulanseflytjenesten» og i driftshåndbok for FKS fremgår at akuttoppdrag normalt skal iverksettes innen 60 minutter. I de 60 minuttene inngår det 20 minutters aktiveringstid av ambulanseflyet, som er tiden det tar fra FKS varsler flybesetningen om et oppdrag og til ambulanseflyet settes i bevegelse. Utover dette har tjenesten ikke operasjonalisert hvilke krav som skal stilles til rekvirering og igangsetting av transport for pasienter med tidskritiske tilstander. For pasienter med tidskritiske tilstander som er avhengige av ambulansefly for å få rask transport til forsvarlig behandlingssted, vil ethvert tidstap i transportoppdraget kunne påvirke utfallet for pasientene.

I de pasientforløpene vi har undersøkt, og som det er gjort mer inngående rede for ovenfor i kapittel 7.1, tok det i 13 av 20 akuttoppdrag mer enn 60 minutter fra MKA ble varslet til ambulanseflyet tok av. I vår gjennomgang av de 20 akuttoppdragene identifiserte vi 9 oppdrag som involverte pasienter med tidskritiske tilstander der rask transport til forsvarlig behandlingssted kunne være avgjørende for utfallet til pasienten. For seks av disse ni oppdragene tok det mer enn 60 minutter fra varsling av MKA til ambulanseflyet tok av. Vi vurderer at forsinkelsene blant annet skyldtes mangelfull koordinering mellom ulike aktører i rekvireringsprosessen, og legger til grunn at forholdene utgjør eksempler på transportoppdrag med forsinkelser som skyldes forhold som ambulanseflytjenesten kan påvirke.

Selv om rekvirering av ambulansefly involverer en rekke aktører og i tillegg kan bli påvirket av forhold utenfor tjenestens kontroll, viser vår gjennomgang av akuttoppdrag at det er det mulig å bruke kortere tid enn 60 minutter. Det er ikke tilstrekkelig å operere med en generell forventning om at akuttoppdrag skal iverksettes innen 60 minutter for å ivareta kravet om faglig forsvarlig transport med ambulansefly for pasienter med tidskritiske tilstander.

For pasientene er den totale transporttiden fram til forsvarlig behandlingssted viktig, og for pasienter med tidskritiske tilstander kan rask transport være avgjørende for utfallet. Geografien, bosetningsmønsteret og funksjonsfordelingen i spesialisthelsetjenesten gjør at mange pasienter i utgangspunktet har lang transportvei til riktig behandlingssted i Nord-Norge. Det er flere forhold som ligger utenfor tjenestens kontroll som vil kunne påvirke den totale transporttiden.

I tilsynet har vi imidlertid også identifisert flere og gjerne samvirkende faktorer som ligger innenfor spesialisthelsetjenestens kontroll og som bidrar til unødvendig forlenget transporttid for pasientene. I kapittel 7.1 og 7.2 har vi gjort nærmere rede for dette. Noen sentrale forhold som bidrar til forlenget transporttid er tidkrevende rekvirerings- og iverksettingspraksis, vaktbytter og tjenestetid hos flybesetningen, mangelfull koordinering mellom ambulansefly og bilambulans og tilgang på følgetjeneste. Disse forholdene er også sammenfallende med årsaker til svikt i helsetjenesten i enkeltsaker som er behandlet av Statsforvalteren i Troms og Finnmark, se omtale av dette ovenfor i kapittel 7.4.

Vår gjennomgang av pasientforløp viser at faktorer innenfor tjenesten kontroll også påvirker transporttiden til pasienter med tidskriske tilstander og medfører unødvendig forlenget transporttid før pasienten kommer til forsvarlig behandlingssted. I vår gjennomgang av 43 tilfeldig utvalgte transportoppdrag identifiserte vi 12 oppdrag som involverte pasienter med tidskriske tilstander der rask transport til forsvarlig behandlingssted kunne være avgjørende for utfallet til pasienten. I tre av tilfellene oppstod det forhold som medførte forsinkelser som lå utenfor tjenestens kontroll, og disse tre oppdragene er derfor ikke tatt med i vår vurdering. I de resterende 9 transportoppdragene opplevde 4 av pasientene forsinkelser på over en time, sammenliknet med realistisk transporttid estimert av FKS og AMK Tromsø. Slike forsinkelser kan få alvorlige og livstruende konsekvenser for pasienter med tidskriske tilstander.

Helseatlas<sup>16</sup> er et verktøy for å sammenligne befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, utviklet og levert av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og i samarbeid med Helsedirektoratet. Helseatlas har analysert data for perioden 2017-2019 for å synliggjøre hvorvidt sørge-for-ansvaret for pasienter som rammes av et utvalg av alvorlige sykdommer er tilstrekkelig ivarettatt. Det presenterer blant annet funn for to tidskriske tilstander, hjerteinfarkt og hjerneslag. For hjerteinfarkt viser funnene at om lag 62 prosent av pasientene i Norge fikk behandling for å åpne den tette blodåren innen anbefalt tid i perioden 2017–2019. For opptaksområdene Finnmark, UNN, Nordland og Helgeland var det henholdsvis 14,6, 49,1, 16,1 og 26,7 prosent som fikk behandling for å åpne den tette blodåren innen anbefalt tid i samme periode. Når det gjelder behandling av hjerneslag, peker Helseatlas på at: «... det er problematisk at over halvparten av pasientene i landet, og 70 prosent av pasientene bosatt i opptaksområdet Finnmark, ble innlagt for sent til å få god effekt av trombolyse, gitt at disse pasientene var kandidater til en slik behandling.»

De bakenforliggende årsakene til den geografiske variasjonen i behandlingsresultat som blir presentert i Helseatlas er svært sammensatt og kompleks. For de tidskriske tilstandene er transport til forsvarlig behandlingssted en medvirkende forklaringsårsak. Funnene fra Helseatlas er derfor med på å underbygge funnene fra dette tilsynet som synliggjør behovet for å arbeide systematisk for å sikre rask transport av pasienter med tidskriske tilstander til forsvarlig behandlingssted.

### *8.2.1 Forsvarlig vurdering, prioritering og transport av pasienter med psykisk lidelse*

Slik spesialisthelsetjenesten i dag er organisert, vil mange pasienter med psykisk lidelse i Nord-Norge ha lang reisevei ved behov for øyeblikkelig hjelp og vurdering eller gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. På grunn av den lange reiseveien er ambulansefly i mange tilfeller eneste realistiske transportmiddel.

---

<sup>16</sup> [Helseatlas](#)

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp fra psykisk helsevern er en uensartet gruppe. De har krav på en individuell vurdering av sitt behov for helsehjelp og av hvor raskt de må transporteres til forsvarlig behandlingssted for å få dekket behovet for helsehjelp slik vi beskriver i kapittel 5 om rettslig grunnlag og normering. Vi legger til grunn at dette særlig vil gjelde for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og i situasjoner hvor det kan være fare for pasientens eller andres liv og helse.

Spesialisthelsetjenestenes egne undersøkelser og kommunenes beskrivelser viser gjennomgående lang ventetid på transport med ambulansefly for denne pasientgruppen. Dette er beskrevet og dokumentert som en stor og vedvarende utfordring over flere år.

For pasienter der det er avklart at det er behov for vurdering og behandling i psykisk helsevern, er det spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å sørge for dette. For at dette skal kunne skje på en koordinert måte innebærer dette også at pasienten skal transporteres til forsvarlig behandlingssted i samsvar med sitt behov. Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å sørge for koordinerte tjenester ved behov for ambulansetransport, inkludert ambulanseflytransport. De regionale helseforetakene må tilrettelegge for dette.

De regionale helseforetakene har ikke sørget for nødvendig styring og tilrettelegging av tjenester for pasienter med psykisk lidelse som er avhengige av transport med ambulansefly for å komme til forsvarlig behandlingssted. Våre undersøkelser viser at det ikke er en felles og omforent praksis for hvordan pasientene skal prioriteres for transport. Konsekvensen er at mange pasienter opplever lang ventetid på transport med ambulansefly, og at det i ventetiden kan oppstå krevende og uverdige situasjoner for alvorlig syke pasienter der det blant annet må benyttes nødrett som kompetansegrunnlag for bruk av tvang. Lang ventetid på transport kan også medføre et større behov for bistand fra politiet.

Våre undersøkelser av pasienttransporter som gjelder pasienter med behov for psykisk helsevern viser at pasientene gjennomgående har lang ventetid, og dermed lang total transporttid fra behovet for transport er meldt til MKA. Lang ventetid øker faren for tvangsbruk, og står derved ikke i sammenheng med et uttalt ønske i helsetjenesten, om å minske behovet for tvangsbruk i håndteringen av pasienter med psykisk lidelse. Lang ventetid på transport utgjør en fare for at pasienter med underliggende organisk sykdom får forsinket diagnostikk og behandling. Som for pasienter med somatiske tilstander og behov for øyeblikkelig hjelp, er det heller ikke for pasienter med behov for psykisk helsevern, undersøkt hvilke konsekvenser det har for pasientene med lang ventetid. Dette til tross for at forsvarlig ivaretagelse av pasienter med psykiske lidelser over år har vært en prioritert helsepolitisk oppgave.

Den manglende overordnede styringen og tilretteleggingen av tjenesten medfører fare for at pasienter ikke får forsvarlige tjenester.

### **8.3 Ledelse, styring og tilrettelegging for å sikre forsvarlige ambulanseflytjenester**

For å kunne sørge for et tilrettelagt, koordinert og forsvarlig tjenestetilbud må de regionale helseforetakene sørge for at de har tilstrekkelig oversikt og kunnskap om behovet for ambulanseflytjenester. For å kunne sikre at helsetjenestene som tilbys er forsvarlige, innebærer dette også at de regionale helseforetakene må sikre seg tilstrekkelig oversikt og kunnskap om tjenestene som ytes. I dette ligger det blant annet krav til at de regionale helseforetakene etterspør slik informasjon fra de underliggende helseforetakene, og løpende evaluerer tjenestene som tilbys. Ved behov for korrigerende tiltak, må de regionale helseforetakene følge opp at tiltak gjennomføres og får tilsiktet effekt. Dette har vi beskrevet mer utfyllende i kapittel 5 om rettslig grunnlag og normering for vurderingen i tilsynet.

De regionale helseforetakene mangler tilstrekkelig kunnskap og relevante data for sin styring, og mangler nødvendig grunnlag for å kunne planlegge, evaluere og korrigere tjenesten. Opplysninger om områder med svikt eller fare for svikt i ambulanseflytjenesten, som dels har vært kjent over tid, er i liten grad fulgt opp med tiltak som er gjennomført i tjenesten og som har medført varig effekt for tjenesteytingen. Dette utgjør samlet sett brudd på ansvaret for å sørge for forsvarlige ambulanseflytjenester, og innebærer brudd på gjeldende krav i lov og forskrift, jf. de rettslige utgangspunkt for vurderingen som beskrevet i kapittel 5.

Det foreligger ingen helhetlig behovsanalyse som viser om det er sammenheng mellom hyppighet, omfang og medisinsk alvorlighetsgrad av den type hendelser eller situasjoner som krever ambulansefly, og de tjenester pasientene får. Det finnes ikke helhetlig oversikt og kunnskap som viser om pasienter får transport i samsvar med sine behov, og heller ikke oversikt over hvilke konsekvenser eventuelt forlenget pre-hospital tid får for pasientene. Videre er det ikke gjort analyser av de samlede risikoforhold eller sårbarhet i ambulanseflytjenesten som også synliggjør eventuelle konsekvenser for pasientene ved svikt i ulike ledd av den akuttmedisinske kjeden. Behovet for slik kunnskap er kjent i tjenesten, jf. rapport avgitt 3. september 2018<sup>17</sup> om «Forbedring og effektivisering av ambulanseflytjenesten».

De regionale helseforetakene bruker oversikt over tilgjengelighet av fly som blir utarbeidet av LAT HF og FKS i sin styring. Denne oversikten gir ikke et reelt bilde av tilgjengelighet av ambulansefly for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Den faktiske tilgjengeligheten for akutt transport er lavere enn det oversikten viser, fordi den ikke tar høyde for forhold som er avgjørende for den reelle tilgjengeligheten av ambulansefly, som for eksempel samtidighetskonflikter, utfordringer med vaktbytter og tilgang på legefølge når det er nødvendig. Videre sier oversikten heller ikke noe om hvor raskt pasienten blir transportert til forsvarlig behandlingsted.

Et operatørbytte er en risikosituasjon som vil medføre ekstra sårbarhet og usikkerhet, ved at gjeldende system for gjennomføring av oppdrag blir utfordret. De regionale

---

<sup>17</sup> Forbedring og effektivisering av ambulanseflytjenesten

helseforetakene sikret ikke at risikosituasjonen knyttet til operatørbyttet opp mot gjeldende system i tjenesten i tilstrekkelig grad ble vurdert, og det ble ikke i tilstrekkelig grad vurdert eller satt inn kompenserende tiltak i forkant av at operatørskiftet ble gjennomført. Risikovurderingen som ble utarbeidet av LAT HF i forkant av operatørbyttet ga ikke nødvendig oversikt over og kunnskap om hvordan redusert tilgjengelighet av fly kan påvirke forsvarligheten i tilbudet til pasientene. Et operatørbytte i fremtiden representerer usikkerhet og risiko for tjenesten, og det må håndteres av de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av ambulanseflytjenesten, og at medarbeiderne i virksomhetene medvirker til dette. Vi registrerer at det lokalt i virksomhetene skjer mye viktig og godt utviklingsarbeid, men dette involverer ikke hele ambulanseflytjenesten og bidrar dermed ikke til å skape tilstrekkelig forbedring i tjenesten som helhet. De regionale helseforetakene har ikke i tilstrekkelig grad avklart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, og heller ikke lagt til rette og fulgt opp at det arbeides systematisk og helhetlig med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

De regionale helseforetakene benytter seg av meldinger om avvik i sin styring av tjenesten. Meldingene gir imidlertid ikke et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag og måten informasjonen brukes tilfredsstillende sett ikke kravene til styring. De ulike aktørene i ambulanseflytjenesten har etablert system der medarbeidere skal melde avvik. For mange medarbeidere er det likevel uklart hva som skal meldes som avvik og hvem avvik skal meldes til. Dette medfører at avvik som skulle vært meldt ikke blir meldt. Meldinger om avvik og andre indikasjoner på risiko i helsetjenesten følges i begrenset grad opp i fellesskap av de aktørene som er involverte. Medisinske og flyoperative avvik behandles hver for seg i ulike styringslinjer. Det er ikke etablert og omforent praksis for gjennomgang og oppfølging av avvik i ambulanseflytjenesten på tvers av virksomhetene. Avvikene som meldes, gir derved ikke et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den samlede risikoen i tjenesten som helhet. De regionale helseforetakene har ved dette verken sikret nødvendig oversikt over områder i ambulanseflytjenesten med fare for svikt, eller i tilstrekkelig grad sørget for at opplysninger om risiko etterspørres og tas med i planleggingen og gjennomføringen av tjenesten.

De regionale helseforetakene må ta et særlig ansvar for at risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt vektlegges og minimeres. Vår gjennomgang viser at mange av de meldte avvikene adresserer svikt som oppstår i overgangene mellom ulike aktører i ambulanseflytjenesten. Ledelse på ulike nivå har gjennom en rekke år vært gjort kjent med flere forhold innenfor tjenestens kontroll som bidrar til at pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og transport med ambulansefly får unødvendige forsinkelser. Vi ser at meldinger om svikt og de samme risikoforholdene har blitt påpekt en rekke ganger, og at de regionale helseforetakene har fått informasjon om forholdene i ambulanseflytjenesten. De tiltak som har vært satt i verk for å utbedre forholdene har ikke i tilstrekkelig grad bidratt til å redusere risikoen for unødige forsinkelser eller forhindre ny svikt i tilknytning til transporter som krever ambulansefly.



Aktørene i ambulanseflytjenesten peker selv på at det er avgjørende at både flyoperative og medisinskfaglige forhold kontinuerlig følges opp på en integrert måte for at ambulanseflytjenesten skal fungere som en sammenhengende og koordinert helsetjeneste. For aktørene er det imidlertid uklart hvem som har et slikt ansvar. Konsekvensen av dette er blant annet uklarhet i tilknytning til oppgave og ansvarsfordeling, og under dette at det er uklart hvem som har ansvar for å følge opp at informasjon om risiko for svikt i tjenesten følges opp med virksomme tiltak i tjenesten som helhet. Vi legger til grunn at dette har medført at det ikke i tilstrekkelig grad har vært drevet et helhetlig og koordinert kvalitetsforbedringsarbeid som involverer alle de relevante aktørene i ambulanseflytjenesten.

## **9 Videre tilsynsmessig oppfølging**

De regionale helseforetakene og helseforetakene har i sine tilbakemeldinger og kommentarer erkjent at det er behov for gjennomgang av deler av ambulanseflytjenesten.

Dette gjelder eksempelvis for ambulanseflytransport til pasienter med behov for psykisk helsevern. Fra Helgelandssykehuset HF er det opplyst at helseforetaket har satt en kvalitetsindikator på maksimum 2 timer ventetid før transport skal være igangsatt. Alle oppdrag for pasienter med behov for psykisk helsevern som det er kvalitetsbrudd på skal gjennomgås for å kartlegge hvorfor kvalitetsbrudd skjer.

Det er videre opplyst at Helse Nord RHF våren 2021 vil påbegynne en gjennomgang som omfatter hele den akuttmedisinske kjeden, sett i lys av endringer i helsevesenet, infrastruktur og fremtidige muligheter som påvirker ambulanseflytjenesten.

Statens helsetilsyn har merket seg at det allerede er igangsatt arbeid knyttet til forbedringsarbeid i ambulanseflytjenesten. Dette gjelder også flere av de forhold vi redegjorde for i vår foreløpige sammenstilling av informasjon og funn i ambulanseflytjenesten. Dette er positivt, men siden grunnleggende styringsdata fortsatt mangler er det ikke tilstrekkelig til at de regionale helseforetakene kan vurdere om tjenestene som ytes samlet sett er forsvarlige.

I tilbakemeldingen til vår sammenstilling av informasjon og funn fra tilsynet har de regionale helseforetakene blant annet vist til det arbeid som allerede er igangsatt for å få på plass et felles system for elektronisk pasientjournal (A-EPJ) for ambulans- og luftambulansetjenesten. Helsetilsynet er kjent med at Helse Midt-Norge og Helse Vest RHF benytter RHF-enes opsjon, og at Helse Midt-Norge i sin helhet har hatt løsningen i drift for ambulansetjenesten siden 2019. Løsningen videreutvikles i fellesskap mellom brukerne, og krever videreutvikling av funksjonalitet for luftambulansetjenesten. Når dette er på plass, vil helseforetakene få et bedre grunnlag for å analysere og iverksette forbedringstiltak i det medisinske tilbudet.

Videre er det pekt på at de regionale helseforetakene vil se nærmere på samspeillet mellom ambulanseflytjenesten og ambulansbiltjenesten, og sørge for at utfordringer knyttet til å kunne stille tilgjengelig tilstrekkelig antall ambulansbiler for de områder det rapporteres at dette er et gjentakende problem følges opp. Det er også

igangsatt et arbeid for å utrede funksjonen MKA videre, og LAT HF har levert et saksfremlegg «Forbedring og effektivisering i ambulanseflytjenesten – 5 Utredning medisinsk koordinering av ambulansefly (MKA)» til det interregionale fagdirektørmøte som behandles 10. mai. 2021.

Fra UNN HF er det opplyst at avdelingsledelsen ved AMK Tromsø har tatt initiativ til en arbeidsgruppe med representasjon fra BSAA, FKS og MKA. Det er ikke opplyst om og eventuelt på hvilken måte de regionale helseforetakene og LAT HF er involvert i dette arbeidet. Arbeidsgruppen har siden november 2020 arbeidet med å optimere rutiner for bruk av ambulansefly ved hastegrad akutt med tidskritiske tilstander. Arbeidet forventes slutført før sommeren 2021, og vil resultere i en felles veiledning for BSAA, FKS og MKA, som vil legge føringer for medisinske og flyoperative samhandlingsrutiner ved øyeblikkelig hjelp i Helse Nord. UNN HF opplyser at gruppen vil foreslå for LAT HF at tidspunkt for varsling av besetningen blir definert som tidspunkt for oppdrag iverksatt, med følgende tidskrav: Oppdrag skal iverksettes innen:

Hastegrad akutt: 30 minutter fra bestiller kontakter MKA

Hastegrad haster: 3 timer fra bestiller kontakter MKA

Hastegrad vanlig: 16 timer fra bestiller kontakter MKA

Oppdragene kan iverksettes før tidskravet, og ved forsinket iverksettelse skal årsak registreres.

Tilsvarende har UNN HF opplyst at det arbeides for en felles veileder for utkall av ambulansefly med BSAA og FKS, der en har sett på tiltak for å redusere tidsbruken før «klar til å take off». En har håp om at dette vil optimalisere ambulanseflytjenesten, særlig ved akutte tidskritiske oppdrag.

I de regionale helseforetakenes gjennomgang av og tilbakemelding til Statens helsetilsyns endelige rapport, ber vi om tilbakemelding med en klargjøring av hvordan de tiltak som skal gjennomføres i ambulanseflytjenesten vil bli fulgt opp og evaluert. Under dette ber vi om tidsramme for gjennomføringen av tiltakene, hvem som er ansvarlig for gjennomføringen og på hvilken måte ledelsen vil følge opp dette.

De regionale helseforetakene må sørge for at det etableres tilstrekkelig styring og oppfølging av ambulanseflytjenesten. En avgjørende premisse for denne styringen er at det blir innhentet relevante styringsdata slik at tjenesten selv kan dokumentere at tjenestene som ytes er forsvarlige. Det må sikres at planlagte og iverksatte tiltak følges opp med tanke på ønsket effekt, og at personell i tjenesten og pasienter/pårørende tas med i evaluering og forbedringsarbeidet.

I forbindelse med vår oppfølging av tilsynet, vil vi sammen med Statsforvalterne i Troms og Finnmark og Nordland gjennomføre et samlet møte med de regionale helseforetakene, LAT HF og helseforetakene i Helse Nord. I møtet ber vi om at dere informerer oss om hvordan den påpekte svikten i ambulanseflytjenesten vil bli fulgt opp. Dere kan foreslå dato for møtet enten i løpet av juni eller siste halvdel av august, og dere inviterer selv med relevante deltakere fra deres virksomheter.

## 10 Vedlegg:

1. Datagrunnlaget og metode
2. Sentrale forkortelser
3. Terminologi
4. Dokumentoversikt
5. Oversikt over personer vi har snakket med
6. Saksbehandlingsprosessen
7. Arbeidsflytskjema øyeblikkelig hjelp, MKA, UNN HF

### Vedlegg 1. Datagrunnlag og metode for tilsyn med ambulansflytjenesten og pasienttransporter som er gjennomgått

#### 1 Datagrunnlaget

Våre funn som presenteres i den endelige rapporten er basert på følgende kilder:

- Skriftlig dokumentasjon knyttet til gjeldende praksis, tilretteleggingen og styringen av ambulansflytjenesten, fra Helse Nord RHF. LAT HF og helseforetakene i regionen, jf. eget vedlegg til rapporten.
- Intervjuer med ledelsen i de regionale helseforetakene og med ledelse og personell i LAT HF og helseforetakene i Helse Nord og samtaler med ledelse og personell hos samhandlende aktører, jf. oversikt over disse i eget vedlegg til rapporten.
- Samtaler for innhenting av informasjon om praksis og samhandling mellom ambulansflytjenesten, legevaktsleger, kommuneleger, helsepersonell og ledere i helse- og omsorgstjenesten i følgende kommuner:
  - Vadsø kommune
  - Gamvik og Lebesby kommune
  - Nordkapp kommune
  - Hadsel kommune (på vegne av Vesterålen Interkommunal Legevakt)
- Samtaler for innhenting av informasjon om praksis i tjenesten, herunder særlig samhandlingen om ambulansflytjenesten med personell og ledelse hos samhandlende aktører utenfor helsetjenesten; Babcock Scandinavian Air Ambulance AS (BSAA), Norsk luftambulans AS (NLA), HRS, Luftforsvarets base Banak/330 skvadronen og Nordland politidistrikt.
- Et tilfeldig utvalg av 47 pasienttransporter med ambulansfly i Helse Nord, i perioden fra januar 2018 til februar 2020.
- Et utvalg av 38 pasienttransporter basert på undersøkelser gjort av Nordlandssykehuset HF som gjelder ambulansflytransport av pasienter med alvorlig psykisk sykdom.
- Opplysninger fra Vesterålen interkommunale legevakt, blant annet om 21 pasienttransporter med ventetid på over 4 timer før innleggelse i psykisk helsevern for alvorlig syke pasienter perioden fra september 2019 til desember 2020.

- Opplysninger fra Vadsø kommune om lang ventetid på transport før innleggelse i psykisk helsevern for tre pasienter i perioden fra juni 2020 til januar 2021.
- Avviksmeldinger (62 meldinger) knyttet til ambulanseflytjenesten fra helseforetakene i Helse Nord, registrert i perioden fra mars 2019 til juni 2020.
- Avviksmeldinger (totalt 34) knyttet til ambulanseflytjenesten fra LAT HF/FKS registrert i perioden fra 31. desember 2017 til 4. oktober 2020 (13) og perioden fra 13. januar 2019 til 23. mars 2019 (21).
- Avviksmeldinger knyttet til samhandling med ambulanseflytjenesten fra HRS (6) registrert i perioden fra 31. desember 2017 til 29. juni 2020.
- Avviksmeldinger (10) knyttet til samhandling med ambulanseflytjenesten fra utvalgte kommuner i Nordland og Finnmark registrert i perioden fra 22. mars 2019 til 30. juni 2020.
- Avgjørelse i syv tilsynssaker som involverer ambulansefly behandlet av Statsforvalteren i Finnmark i perioden fra 2018 frem til mars 2021.

## 2 Metode for gjennomgang av ambulanseflytransporter

Det er ikke tidligere gjort en helhetlig sammenstilling av representative pasientforløp i ambulanseflytjenesten. Videre er det i liten grad gjennomført overordnede analyser som vurderer den akuttmedisinske kjeden som helhet, blant annet for å kunne se på tidsbruk i ambulanseflytjenesten og eventuelt avdekke årsaker til forsinkelser under transporter. For å skaffe oss kunnskap om hvordan luftambulanseoppdrag med fly gjennomføres og for se nærmere på hvordan dette får betydning for den enkelte pasient, har vi derfor gjort egne undersøkelser knyttet til pasienttransporter. Vi har innhentet skriftlig informasjon om ambulanseflytransporter og har analysert disse.

Det eksisterer ikke et gjennomgående system for virksomhetsdokumentasjon i ambulanseflytjenesten. For å følge individuelle pasientforløp gjennom hele den prehospitalen fasen, må man innhente informasjon fra mange ulike kilder i ulike virksomheter. Dette vanskeliggjør en rutinemessig monitorering av individuelle pasientforløp for denne delen av tjenesten. De nasjonale kvalitetsregistrene (for eksempel hjerneslag og hjerteinfarkt) gir begrenset informasjon om prehospitalt forløp.

Vi presiserer at vi ikke har vurdert diagnostikk og behandling som er gitt i konkrete tilfeller under transporter.

Vi ønsket å se på et representativt tilfeldig utvalg ambulanseflyoppdrag med hastegrad akutt fra Nordland, Troms og Finnmark. Vi har sammenstilt og beskrevet sammenhengende forløp for 47 representative øyeblikkelig-hjelp-transporter med ambulansefly fra hendelse var meldt lokal AMK (LAMK) til pasient var framme på endelig bestemmelsessted. Alle transportene var primær- eller sekundæroppdrag, ingen tilbakeføringsoppdrag.

Hensikten var å:

- Undersøke om tjenestene som ytes er i samsvar med krav i regelverket
- Undersøke om det var tilgjengelig tilstrekkelig dokumentasjon og data fra ambulanseflytjenesten, slik at en kan sammenstille sammenhengende pasientforløp
- Undersøke den samlede transporttiden samt tidsbruken i utvalgte ledd/overganger i ambulanseflytransporter
- Undersøke om pasienter med tidskritiske tilstander som akutt koronarsyndrom, hjertestans, hjerneslag, akutt respirasjonssvikt, potensielt alvorlig traume og sepsis fikk forsvarlig transport til forsvarlig behandlingssted.
- Identifisere og undersøke prosessvariabler, herunder faktorer som bidrar til forsinket pasienttransport i ambulanseflytjenesten isolert, og i sammenheng med andre ressurser
- Undersøke hvordan spesielle geografiske og klimatiske forhold i regionen påvirker akuttmedisinsk tjenester utenfor sykehus, da særlig områder med lang transportvei til sykehus
- Undersøke om det var endringer i ambulanseflytransportene i tiden før og etter operatørbyttet
- Identifisere forbedringsområder som tjenesten selv kan videreføre i sitt arbeid med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

Relevante prosessvariabler for transportene er knyttet opp mot følgende tidspunkter:

- Når problemstilling for pasient er identifisert og hastegrad er fastsatt
- Når klarlegging av destinasjon er gjort
- Når endelig transportløsning med eventuelle etapper er besluttet.
- Når transportbehov blir meldt FKS, flybesetningen blir varslet, og ambulanseflyet tar av
- Etappene videre fram til pasienten ankommer bestemmelsesstedet

Vi har undersøkt tidsbruken fra anmodning om ressurs til lokal AMK (tid 0) til ambulanse avleverer pasient på endelig bestemmelsessted (tid 7). Innenfor dette tidsrommet har vi sett på tiden fra LAMK mottar anmodningen til AMK Tromsø får anmodningen (tid 1), til FKS varsles om transportoppdraget (tid 2), til besetning på flyet varsles (tid 3), til flyet tar av (tid 4) til ambulanseflyet er på bestemmelsessted hvor pasienten skal hentes (tid 5), til ambulanseflyet lander på bestemmelsesstedet hvor pasienten skal avleveres (tid 6). Disse tidspunktene er framstilt i figuren under.



*Figuren viser de punkt og tider i ambulanseflytransporten vi har identifisert som særlig relevante, og som har vært utgangspunkt for vår gjennomgang av pasienttransportene for å sammenstille informasjon om tidsbruk.*

Tiden mellom tid 0 og tid 1 belyser tidsbruken ved kommunikasjon og informasjonsformidling mellom AMK-sentralene. Tiden mellom tid 1 og tid 4 belyser tidsbruken i kommunikasjon mellom AMK og FKS, tiden det tar å avklare ressurs, å varsle besetningen og sette flyet i gang. Tid 4 er og det tidsmålet tjenesten selv har satt seg som responstid for oppdrag med ulik hastegrad. Tiden mellom tid 5 og tid 6 belyser den faktiske flytiden mellom destinasjonene. Tiden mellom tid 6 og tid 7 belyser tidsbruken ved transport med bilambulanse fra flyplass til sykehus. Tiden fra tid 1 til tid 7 viser tjenestens totale tidsbruk (rekvirering, klargjøring og gjennomføring av transporten).

Intensjonen var å se reell tidsbruk i ambulanseflyoppdrag opp mot gjeldende forventninger i tjenesten, som er at flyet normalt skal ta av innen en time ved hastegrad akutt og innen 3-4 timer ved hastegrad haster. Videre ville vi se på tidene opp mot nasjonale normer for enkelte tidskritiske, kliniske problemstillinger.

I tillegg registrerte vi følgende informasjon:

- Dato og tidspunkt
- Alder og kjønn
- Klinisk problemstilling fordelt på fagområde
- Hendelsessted i geografisk område (Finnmark, Troms, Nordland)
- Oppdragstype
- Angitt grad av hast fra bestiller (LV, sykehus)
- Hastegradsfastsettelse i lokal AMK og MKA
- Dokumentasjon om AMK-lege er involvert
- Medvirkende faktorer til forlenget transporttid registrert av tjenesten: Meteorologiske forhold, samtidighetskonflikt, tekniske forhold, vaktskifter og hviletidsbestemmelser, reisepilot, manglende kortbanekompetanse hos pilot (utsjekk gjeldende fly og flyplass), manglende legeressurs, tidkrevende samhandling mellom aktører.
- Ventetid for ambulansefly på bilambulanse
- Ventetid for bilambulanse på ambulansefly
- Ventetid for pasient på sykestue og legevakt

For å beskrive et pasientforløp sammenstilte vi informasjon fra ni forskjellige kilder:

- AMIS-rapporter
  - o lokal AMK
  - o AMK Tromsø
- Rapportskjema for AMK-Tromsø, ambulanseflytjenesten
- FKS-rapport om flyoppdraget (for transporter før 1.juli 2019-ble rapporter hentet ut fra .csv-filer fra daværende operatør Lufttransports system, og for transporter utført etter 1. juli 2019 fra BSAAAs system (AirMaestro))

- Fra DIPS hentet vi ut følgende opplysninger
  - o Henvisning
    - Fra legevakt
    - Fra avsendende sykehus
  - o Ambulanseflyjournal
  - o Journal fra ambulansebiloppdrag (til/fra flyplass)
  - o Innkomstjournal/notat fra både lege og sykepleier
  - o Epikrise

Dokumentasjonen beskrevet ovenfor foreligger i ett papirarkiv ("Rapportskjema AMK Tromsø - Flyambulansetjenesten) og i fem ulike elektroniske system (DIPS, AMIS lokal AMK, AMIS regional AMK, Air Maestro og LABAS).

Vi har ikke hatt tilgang til data fra luftambulansetjenestens elektroniske oppdragsregistrering (LABAS). Vi har likevel funnet de relevante data ved å bruke ambulansflyjournal, data fra FKS og journal fra bilambulanse.

Journalgjennomgangen ble gjennomført i lokalene til UNN i Tromsø, i tett dialog med ansatte i AMK og FKS. Fra tilsynslaget deltok fagrevisorene og representanter fra tilsynsmyndigheten med relevant medisinsk bakgrunn. Vi systematiserte informasjonen fra alle ambulansflytransportene jf. kategorier ovenfor

## **2.1 Metodeutfordringer**

Norsk pasientregister (NPR) registrerer data for ambulanse- og luftambulansetjenesten basert på rapportering fra AMK-sentralenes hendelsehåndteringssystem AMIS. Vi ba NPR om å få oversikt over ambulansflyoppdrag registrert med hastegrad akutt for den aktuelle tidsperioden. Slik dataene foreligger på bakgrunn av koding i virksomhetene, var det ikke mulig for NPR å gi en slik oversikt. Vi ba derfor NPR om å gjøre et uttrekk av transporter basert på et søk der ambulansflyoppdrag og oppdrag med hastegrad akutt for ambulansebil var registrert for samme transport. Dette uttrekket resulterte i 37 ambulansflyoppdrag. For å få et større utvalg enn det som kom frem av uttrekket fra NPR, ba vi AMK Tromsø om tilgang til alle ambulansflyoppdrag med hastegrad akutt ved to tilfeldige datoer. Informasjon ble hentet ut av AMK Tromsø basert på registreringer i deres eget «Rapportskjema for AMK-Tromsø, ambulansflytjenesten». Dette uttrekket resulterte i 10 oppdrag med hastegrad akutt.

Til sammen ble dette 47 ambulansflyoppdrag, alle primær- eller sekundæroppdrag, ingen tilbakeføringsoppdrag.

Dokumentasjonen som er nødvendig for å sammenstille transportene registreres i ulike systemer. Disse systemene kommuniserer ikke med hverandre, for eksempel overføres ikke opplysninger fra AMIS tilknyttet kontakt med lokal AMK digitalt ved viderefremming av oppdraget til AMK Tromsø. Videre finnes ikke noe informasjon fra AMIS i pasientens elektroniske journal (DIPS). Det mangler en ensartet kobling

(eksempelvis personidentifikasjon/PID) mellom de ulike systemene. MKA benytter «Rapport skjema for AMK Tromsø – ambulansedytjenesten» med opplysninger om oppdraget. Dette fylles ut med kulepenn og overleveres til FKS, som bestilling av ambulansedyt oppdrag. Rapport skjemaene arkiveres i papirform ved UNN HF. Når ambulansedyt skal bestilles brukes ikke AMK sitt referansenummer («AMIS-nummer»), men det lages et nytt nummer (AMK- referansenummer) som registreres fysisk i en «gul-bok», koplet med AMIS-nummer. Her føres dag og måned. Årstall føres på ryggen av samlepermen.

De mange kildene gjorde arbeidet med sammenstilling krevende. Vi observerer at data fra AMIS ikke gir tilstrekkelig oversikt over pasientforløpene i den prehospitale spesialisthelsetjenesten, fordi aksjonsloggen er ufullstendig ført for mange pasienter.

Tabellen under viser en detaljert oversikt over informasjonen vi hentet ut og fra hvilke kilder, og hvordan disse kildene kobles til pasient og transportoppdrag. Vi benytter her henvisning til tid 0 til tid 7, som definert i figuren ovenfor.

Tabellen viser: Informasjonselement, kilde for informasjonselement og identifikator brukt for å koble opplysninger mellom de ulike informasjonskildene brukt ved gjennomgangen av de 47 ambulansedyttransportene.

Informasjon om:	Kilde	Hvordan identifiseres og kobles pasient og hendelse	Kommentarer og funn
Indikasjon/ problemstilling innmeldt til AMK	Henvisning (fra legevakt eller avsender sykehus) Lokal AMIS	Person-nummer (P.nr)	Må ha tilgang til flere HF sine datasystem
<b>Tid 0:</b> Anmodning om ressurs til L-AMK	Lokal AMIS	P.nr/AMIS-nr.	Unikt for hver AMK, ikke regionalt eller nasjonalt
Hastegrads- vurdering	Henvisning Lokal AMIS AMK Tromsø AMIS Rapport skjema fly AMK-Tromsø (1)	P. nr P.nr/AMIS nr P.nr/AMIS nr P.nr/AMIS nr/ AMK-ref.nr	I hovedsak ikke gjort tilgjengelig  Kobling i «gulbok»
Dokumentasjon av dialog mellom LV, L-AMK og AMK UNN	Henvisning fra LV Lokal AMIS AMK Tromsø AMIS Rapport skjema fly AMK Tromsø		Vi fant få spor av dette Vi kunne fått det om vi hadde brukt lydlogg
<b>Tid 1:</b> Anmodning om ressurs til AMK Tromsø	AMK Tromsø AMIS Rapport skjema fly AMK Tromsø Ambulansedyt oppdrag – AMK Tromsø (utskrift fra AMIS)	P.nr/AMIS nr  P.nr, AMK-ref.nr	
<b>Tid 2:</b> Oppdrag mottatt FKS	Utskrift fra arkivert database fra forrige operatør og utskrift fra AIR Maestro	AMK-ref.nr (årstall)	Før 30.06.19  Etter 01.07.19



<b>Informasjon om:</b>	<b>Kilde</b>	<b>Hvordan identifiseres og kobles pasient og hendelse</b>	<b>Kommentarer og funn</b>
	Rapport skjema for AMK Tromsø, AMIS AMK Tromsø	AMK-ref.nr (årstall) P.nr./AMIS-nr	
<b>Tid 3:</b> Oppdrag varslet flybesetning	Utskrift fra arkivert database fra forrige operatør Utskrift fra AIR Maestro Rapport skjema for AMK Tromsø,	Som over	Før 300619  Etter 010719 FKS varsler pilot AMK varsler flysykepleier
<b>Tid 4:</b> Oppdrag iverksatt (fly tar av)	Rapport skjema fly AMK Tromsø Ambulansejournal Utskrift fra arkivert database fra forrige operatør Utskrift fra AIR Maestro Rapport skjema for AMK Tromsø	Se over	DIPS, bilambulansejournal funnet i 39 av 47 transporter DIPS
<b>Tid 5:</b> Pasient om bord i fly Pick-up pasient	AMIS Ambulansejournal Pasientjournal fly Utskrift fra arkivert database fra forrige operatør Utskrift fra AIR Maestro Rapport skjema for AMK Tromsø,	Se over	Biloppdrag avsluttet flyplass Biloppdrag avsluttet flyplass
Ventetid for ambulanse på fly eller ventetid fly på ambulanse	AMIS Ambulansejournal Utskrift fra arkivert database fra forrige operatør Utskrift fra AIR Maestro	Se over Biloppdrag avsluttet flyplass	Gjennomgående vanskelig å finne. 20-40 minutter der det finnes registrert Krever egne registreringsprosjekter
<b>Tid 6:</b> Pasient kommer frem til destinasjon (flyplass)	Pasientjournal fly AMIS Ambulansejournal Utskrift fra arkivert database fra forrige operatør Utskrift fra AIR MAESTRO	Se over	DIPS  DIPS Biloppdrag startet flyplass Biloppdrag flyplass
<b>Tid 7:</b> Pasient kommer frem sykehus	Ambulansejournal Innkomstjournal	P.nr P.nr	
Antall samtaler mellom LV og	AMIS-logg Henvisning LV		Når man har avtalt transport og destinasjon pasient

<b>Informasjon om:</b>	<b>Kilde</b>	<b>Hvordan identifiseres og kobles pasient og hendelse</b>	<b>Kommentarer og funn</b>
AMK Tromsø og andre	Henvisning primærsykehus		Vurdering destinasjon og ressurser
AMK leger involvert	AMIS DIPS Luftambulansjournal LABAS	Ikke hatt tilgang til	Funnet dokumentert i 10 av 47 journaler, ukjent reelt antall
Operative forhold fly, metrologiske forhold, rest tjenestetid hviletid, reise-pilot, sykdom hos besetningen, manglende kompetanse hos personell	AMIS AMK UNN Utskrift BackOffice, Lufttransport Utskrift fra Air Maestro (BSAA)  DIPS pasientjournal		Kilden kunne vært virksomhetenes avvikssystem som: OpsCom (FKS/LAT HF) DocMap (de 4 HF'ene) QPulse (BSAA) Vi klarte ikke å koble disse i de aktuelle transportene.

*Tabellen viser i kolonne 1 opplysningene vi søkte, kolonne 2 viser kildene som ble benyttet for informasjon og sammenstilling av ambulansflytransportene. Kolonne 3 viser hvilke(n) identifikator(er) som ble brukt for å koble pasient og transport og i kolonne 4 har vi tatt inn våre kommentarer og funn der det er relevant.*

Vi har av kapasitetshensyn valgt å ikke gjennomgå lydlogg for hendelsene. Lydlogg kan imidlertid være kilde til videre undersøkelse av prosessen fra anmodning om ressurs til lokal AMK til anmodningen går videre til koordinerende AMK sentral (AMK Tromsø) (tid 0 til tid 1), dersom virksomhetene selv ønsker å gjøre dette i sitt eget forbedringsarbeid.

## **2.2 Identifisering av pasienter med tidskrisiske tilstander og estimering av forventet transporttid**

Vi har sett nærmere på transporter for pasienter med tidskrisiske tilstander. I denne sammenheng forstås tidskrisiske tilstander som tilstander hos pasienten med umiddelbar fare for liv og helse, og/eller sviktende eller truede vitale funksjoner som hjertestans, akutt koronarsyndrom, potensielt alvorlig traume, akutt respirasjonsproblem, sepsis og hjerneslag. For disse pasientene, med høyeste prioritet, skal transporten gjennomføres uten forsinkelser. Vurderinger om å utsette transport for å ivareta beredskap vil ikke være relevant for denne pasientgruppen. Vi identifiserte de aktuelle pasientene i vår gjennomgang ut fra at de hadde kjent problemstilling og klinikk svarende til tidskrisisk tilstand identifisert i AMK.

Av de 47 ambulansflytransportene identifiserte vi 12 transporter som oppfylte kriteriene for å være tidskrisiske, uavhengig av hvilken hastegrad tjenesten selv

hadde satt. I tre av transportene var vær en medvirkende årsak til forsinkelse, og vi ekskluderte derfor disse tre fra den videre gjennomgangen. Vi stod da igjen med 9 transportoppdrag.

For disse 9 pasientene har vi i detalj kartlagt tidsbruken under transportene. Vi har estimert forventet transporttid uten forsinkelser, dette basert på hvor pasienten befant seg da behovet for transport med ambulansefly oppstod og hvor pasienten ble transportert. Estimater ble utarbeidet sammen med FKS og AMK Tromsø for hver pasient. FKS estimerte forventet tidsbruk i de ulike delene i hver transport, fra MKA hadde besluttet transport med ambulansefly og til pasienten ankom endelig destinasjon. I estimeringen av total transporttid la vi til grunn tidsbruk på 60 minutter fra MKA Tromsø ble varslet til flyet tok av, tilsvarende gjeldende forventning i ambulanseflytjenesten for iverksettelse akuttoppdrag (normalt innen 60 minutter). Tidsbruk ved tilsvarende flystrekning (leg) samme dag med samme værforhold ble lagt til grunn. Videre ble forventet tidsbruk for omlasting av pasient og bilambulansetransport til og fra flyplass i begge ender av transporten estimert ut fra avstand og rimelig tidsbruk.

Ved å sammenligne forventet tidsbruk med informasjon tilgjengelig om faktisk transporttid i enkelttransporter, fikk vi informasjon om den totale transporttiden var i samsvar med forventningene. Videre gikk vi gjennom dokumentasjonen fra de ulike aktørene involvert i disse 9 transportoppdragene med tidskritiske pasienter, for å identifisere faktorer som bidro til at transporten tok lengre tid enn forventet.

### **3 Metode for gjennomgang av transporter for pasienter med psykisk lidelse**

Vi har gått gjennom et utvalg av ambulanseflytransporter av pasienter med behov for transport for utredning og behandling etter lov om psykisk helsevern.

Kilden for utvalget er pasienttransporter i perioden fra januar til juli i 2019 registrert av Nordlandssykehuset HF, se foran under presentasjon av datagrunnlaget for informasjon om dette. De identifiserte 150 pasienttransporter etter at lang ventetid før transport og utfordringer knyttet til situasjonen i ventetiden ble tatt opp i kontakt mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten. Det kommer frem av helseforetakets egen gjennomgang av transportene at det manglet vesentlig dokumentasjon for 100 av transportene som først ble identifisert, og at en derfor satt igjen med 50 transporter som var mulig å undersøke nærmere.

Disse 50 pasienttransportene dannet utgangspunkt for vår gjennomgang. Av 50 var 38 av transportene oppdrag knyttet til tvungent psykisk helsevern. Vi har gjennomgått 13 av de 38. Dette er alle transporter der fastsatt hastegrad for ambulanseflytransporten var akutt (6 transporter). I tillegg ambulanseflyoppdrag med hastegrad haster som hadde en total tidsbruk for transport på mer enn 9 timer fra tidspunkt for anmodning om ambulansefly til AMK til pasienten ble avlevert ved endelig behandlingssted i Bodø (7 transporter). Vi har sammenstilt forløp for disse

13 transportene med samme metode og kategorisering som benyttet i gjennomgangen av ambulanseflytransportene for øvrig, se punkt 2 ovenfor.

Vi ønsket særlig å undersøke følgende forhold:

- om pasientene med alvorlig psykisk sykdom henvist for vurdering av tvungent psykisk helsevern fikk transport til forsvarlig behandlingssted i samsvar med sitt behov
- prioriteringen av oppdraget og fastsettingen av hastegrad gjennom forløpet
- hvordan behov for bistand fra politi eller følgetjeneste ved fare for pasienten selv eller andre ble fulgt opp og håndtert
- ivaretagelsen av pasientene i ventetiden før transport

#### **4 Metode for intervju med personell og ledelse**

Vi har i alt gjennomført intervju og samtaler med 115 personer, jf. vedlegg til rapporten med oversikt over disse.

Informanter ble valgt ut av oss basert på hvilken rolle og funksjon de har i virksomhetene. Vi la vekt på å intervjuer ulike profesjoner og fra ulike nivåer i organisasjonen. Der det var hensiktsmessig, valgte vi ansatte med utgangspunkt i oversikter over ansatte og deres funksjoner. Andre steder ba vi kontaktpersonen i virksomheten om å peke ut relevante ressurspersoner basert på de ulike funksjoner vi ønsket kunnskap om, samt om å identifisere, både nytilsatte og personell med lang erfaring fra luftambulansetjenesten. Vi valgte selv ut hvilke personer i ledelsen som ble intervjuet. Det ble satt av fra 45 minutter til en time til de ulike intervjuene. Vi informerte om tilsynets formål og saksbehandlingen på felles åpningsmøter i alle virksomhetene.

Tema for intervjuene var gjeldende praksis i ambulanseflytjenesten, og informanter fikk anledning til å redegjøre for faglig bakgrunn, erfaring og rolle i egen organisasjon. Intervjuene var strukturert med utgangspunkt i tilsynets overordnede spørsmål og ble gjennomført tilpasset den enkeltes oppgaver. Vi brukte informasjon fra tidligere intervjuer og fra samtaler med samarbeidende aktører (kommuner, BSAA, NLA, politiet i Nordland, HRS og Luftforsvarets base Banak/330 skvadronen) som bakgrunn for påfølgende intervjuer. På denne måten var det mulig å trekke konklusjoner på bakgrunn av muntlige beskrivelser som var sjekket ut med flere. Ved å bruke tidligere intervjuer til å planlegge påfølgende, fikk vi også økende presisjon i den informasjonen vi fikk. Tilsynslaget tok notater i løpet av intervjuene, og det ble skrevet et oppsummerende notat til internt bruk fra samtalen i de ulike virksomhetene.

#### **5 Metode for gjennomgang av avviksmeldinger**

Vi har undersøkt avviksmeldinger oversendt oss fra både spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og samhandlende aktører utenfor spesialisthelsetjenesten, se foran under presentasjon av datagrunnlaget for nærmere omtale av antall avviksmeldinger mottatt. Avvikene gjelder forhold knyttet til ambulanseflytjenesten, herunder samhandling om gjennomføring av transport. Vi har systematisert og

kategorisert avvikene, for å undersøke hvilke områder i ambulanseflytjenesten meldinger om avvik gjelder, og for å undersøke hvilke risikoområder tjenesten var kjent med gjennom avvikssystemet.

Opprinnelig var antallet meldinger mottatt fra spesialisthelsetjenesten og kommuner 62, men i undersøkelsen av disse kom det frem at 10 av meldingene gjaldt samme hendelse meldt som avvik både av spesialisthelsetjeneste og kommuner. Vi sto derfor igjen med 52 avviksmeldinger som ble kategorisert. Avvikene fra LAT HF, FKS og HRS ble kategorisert og vurdert hver for seg.

Vi systematiserte avvik basert på en rekke hovedkategorier i den innledende gjennomgangen: Avsender (herunder geografisk region hvor hendelsen skjedde og eventuell base avviket knyttet seg til), ID nummer for avviket, dato og tidspunkt for hendelse, alder og kjønn på involvert pasient, oppdragstype avviket knyttet seg til, hastegrad som var oppgitt i avviket, medisinsk fagområde for pasientens behov, aktører involvert i hendelsen, registrert tema som avviket knyttet seg til, registrert medvirkende årsak avvik i transporten som tekniske forhold, værutfordringer, forhold knyttet til samhandlingen mellom aktørene i transporten, samtidighetskonflikter, manglende fly/bilambulanse/personell og utfordringer knyttet til gjennomføring av vaktbytter hos besetningen på fly.

I helseforetakene har vi undersøkt hvordan avvik blir registrert og kategorisert. Videre har vi undersøkt virksomhetens dokumentasjon av oppfølging av avviksmeldinger, internt og eksternt, herunder registrering av om tiltak har hatt ønsket effekt.

## **Vedlegg 2 Sentrale forkortelser**

### **Forklaringer til forkortelser benyttet i rapporten**

#### **- i alfabetisk rekkefølge:**

330 SKV. - 330 Skvadron Redningshelikopter

AMIS - Akuttmedisinsk informasjonssystem

AMK - Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

AMK LA - Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral ambulanshelikopter

AMK-lege - lege som er medisinskfaglig ansvarlig vakt i AMK-sentral

BSAA AS - Babcock Scandinavian AirAmbulance Aksjeselskap

DIPS - Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus, pasientadministrativt datasystem og pasientjournal

FKS - Flykoordineringssentral

Flight plan - opplysninger om den planlagte flygningen, om flyet, avgang- og landingssted, personer som er med og flere andre forhold om hvordan flyvningen vil foregå.

HF - Helseforetak, lokalt helseforetak, sykehus

HRS - Hovedredningssentral

HRS NN - Hovedredningssentral Nord-Norge

HRS SN - Hovedredningssentral Sør-Norge

IAMSAR - International Aeronautical and Maritime Search and Rescue Manual

IKT - informasjons- og kommunikasjonsteknologi  
LABAS - Elektronisk virksomhetsdatabase for Luftambulansetjenesten  
LA-lege - lege som bemanner ambulanshelikopter  
LAMK - Lokal akuttmedisinsk kommunikasjonsentral  
LAT HF - Luftambulansetjenesten Helseforetak, tidligere betegnet som Luftambulansetjenesten ANS  
LV -legevakt  
MKA - Medisinsk koordinering ambulansfly  
MKP - Medisinsk koordinerende punkt, tidligere betegnelse for MKA –Medisinsk koordinering ambulansfly  
NLA AS - Norsk Luftambulans Aksjeselskap  
NOU - Norges offentlige utredninger  
NPR - Norsk pasientregister  
OCC - Operations Control Center  
Opscom - Programvare for luftfartsaktører for drift, kvalitet og sikkerhetsstyring, basert på et internasjonalt regelverk.  
P.nr - Personnummer  
Ressurs - med valg av ressurs menes valg av en eller flere av type ambulansbil, ambulanshelikopter, redningshelikopter, ekstra helsepersonell, annet følgepersonell og ekstra medisinsk utstyr.  
RHF - Regionalt Helseforetak  
SAR - Search And Rescue

### **Vedlegg 3 Terminologi og sentrale begrep**

For definisjoner har vi brukt informasjon fra Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede 18 (Volven) og informasjon i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)<sup>19</sup>.

De akuttmedisinske tjenestene er en koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. Utviklingen av den akuttmedisinske kjeden er basert på relevant og pålitelig styringsinformasjon.

Den akuttmedisinske kjeden består av publikum/frivillige hjelpere/akutthjelpere, fastlege/legevakt/kommunal legevaktsentral (LVS), akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil, båt- og luftambulans og akuttmottak i sykehus. Den akuttmedisinske kjeden kan sees som dynamisk samhandling mellom aktører, der akuttmedisin og logistikk kombineres for å kunne gi best mulige utfall ved sykdom og skade der tidsfaktor, diagnostikk, transport fra hendelsessted til forsvarlig behandlingssted og foreløpig og definitiv behandling har betydning.

---

<sup>18</sup> [Definisjonskatalog Volven](#)

<sup>19</sup> [Nasjonal helse- og sykehusplan](#)

Med akuttmedisin forstås i denne rapporten medisinsk diagnostikk, rådgiving, behandling og/eller overvåking ved akutt oppstått/ forverring av sykdom eller skade der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse. Dette inkluderer akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep.

Publikum har flere veier inn til helsetjenesten ved umiddelbare behov for hjelp: 113 – medisinsk nødtelefon (høyeste prioritet i AMK-sentralene), og legevakttelefon (nasjonalt nummer 116117). Nødetatene Politi (112) og Brann (110) har egne sentraler, som forutsettes å samarbeide med Helse (113) etter behov. Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten.

Legevaktsentraler (nasjonalt nummer 116117) er primærhelsetjenestens fagsentraler betjent av helsepersonell for mottak, prioritering og formidling av henvendelser fra publikum.

AMK-sentralene er spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske fagsentraler for mottak og håndtering av henvendelser om behov for medisinsk nødhjelp og ambulansoppdrag.

Den norske nødmeldetjenesten er basert på fagkyndighetsprinsippet, hvor hver nødetat har ansvar for nødsituasjoner fra det øyeblikket publikum henvender seg over nødtelefonen. Dette danner grunnlaget for to sentrale delprosesser i den akuttmedisinske kjeden: Beslutning om hastegrad, og valg av respons.

Lokal AMK ivaretar i hovedsak ansvaret for a-c for eget helseforetak. I tillegg skal en AMK-sentral pekes ut av de regionale helseforetak, til å ha et overordnet koordineringsansvar i regionen, her kalt Regional AMK. I Helse Nord ligger dette ansvaret til UNN HF, AMK Tromsø. Landets fire koordinerende sentraler har to roller:

(1) Koordinere/bistå ved hendelser der det er behov for mobilisering av ressurser ut over lokal AMK sitt ansvarsområde

(2) Bidra til enhetlig systemutvikling, - innad i regionen, på tvers av regionene og på nasjonalt plan.

Medisinsk koordinerende punkt har en koordinerende funksjon i ambulanseflytjenesten, og er bemannet med sykepleier og lege. I Nord-Norge blir det koordinerende punkt kalt

Medisinsk Koordinering Ambulansefly (MKA), og er en funksjon som ivaretas av AMK Tromsø. MKA har ansvar for medisinsk prioritering og koordinering av all

bruk av ambulansefly i helseregionen, samt et samordnende nasjonalt ansvar for ambulanseflytjenesten, jf. Retningslinjer for bestilling av luftambulanse<sup>20</sup>.

I Sør-Norge er tilsvarende funksjon delt: AMK Møre og Romsdal ansvar for øyeblikkelig hjelp-koordinering for de tre ambulanseflyene på Gardermoen (2) og i Ålesund. Flykoordinering AHus/AMK OUS har ansvar for koordinering av planlagt bruk av flyressursene i Sør-Norge.

AMK LA er AMK-sentral med ansvar for koordinering av ambulanshelikopter (alarmering og flight following). AMK LA er etablert fire steder i landet, i helseregion nord ved AMK Tromsø. AMK LA er ikke tillagt noen funksjon for overprøving av behov for bistand fra luftambulanse. "Flight following" innebærer å innhente flyrute og antatt landingstidspunkt, samt antall personer om bord ved alle forflytninger av helikopter, samt iverksetting av nødvendige tiltak hvis kontakt med helikopter blir brutt, innenfor beskrevne kriterier.

Alle AMK-sentraler skal ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse. Vakhavende lege skal være tilgjengelig for AMK-sentralen, for medisinsk rådgivning til AMK-operatører og ambulansetjenesten, og funksjonen kalles AMK-lege.

Sentrale ansvarsområder for AMK-leg er å bistå AMK-sentralene ved henvendelser om luftambulanse og oppdrag som krever medisinskfaglige vurderinger, råd eller beslutninger ut over det AMK-operatør har kompetanse til. I praksis er det AMK-lege som har myndighet til endelig avgjørelse i situasjoner der det er uklart eller uenighet om hvilken ressurs som skal brukes, og AMK-lege skal da både vurdere medisinske forhold ved oppdraget og ressurs-/beredskapsforhold. Krav til vakhavende AMK-lege fremgår både av gjeldende regelverk (akuttmedisinforskriften § 15) og eventuelle lokale retningslinjer for rollen.

Akuttberedskap ambulansefly benyttes som begrep i prosedyren «Akuttberedskap i ambulanseflytjenesten», gyldig fra 10. oktober 2013 utarbeidet av UNN HF for AMK og Luftambulanseavdelingen, Graderingen av beredskapen i Helse Nord er kategorisert som grønn (4-6 fly operative), gul (3 fly operativ) og rød (1-2 fly tilgjengelig), der grønn er ordinær driftssituasjon, mens handlingsvalg ved rød beredskap er at akuttoppdrag prioriteres og at en ved alle oppdrag må vurdere alternative løsninger. Det fremkommer ikke noe om hvordan vurderinger av beredskap eventuelt skal dokumenteres.

Respons kan være råd, instruksjon, varsling/alarmering av mobile ressurser (som legevakt, ambulanse, luftambulanse), varsling av andre etater (politi/brann) og/eller internt i sykehus (eksempelvis varsling av mottakende avdeling). Respons skal følge medisinske standarder for forløp ved akutt sykdom eller skade, og

---

<sup>20</sup> Retningslinje for bestilling av luftambulanse



funksjonsfordeling i helsetjenesten. Nødmeldetjeneste og ambulanse- og luftambulansetjeneste forholder til presenteringen av det medisinske problemet («chief complaint»), som i mange tilfeller ikke kan knyttes direkte til en diagnose. Det er etablert nasjonale og internasjonale anbefalinger eller retningslinjer for flere akuttmedisinske tilstander, for eksempel for kardiologi, hjerneslag, potensielt alvorlig traume, fødselshjelp og sepsismistanke. For mange alvorlige problemstillinger og tilstander i den prehospitale fasen foreligger imidlertid ikke veiledning i skriftlig prosedyreverk.

Kriteriebasert respons er AMK-sentralens tiltak basert på basert på:

- 1) symptomer,
- 2) kliniske tegn,
- 3) hendelse inkludert lokasjon, eller en kombinasjon av disse (nøkkelord, «kriterier»), gjerne på grunnlag av utsagn fra innringer.

Dette skal støtte operatørens vurdering og valg av hastegrad og respons.

Mange operative forhold som ikke er hensyntatt i kriteriene (som forhold knyttet til vær, tid, avstander, tilgjengelige ressurser) må tas med i operatørens vurdering.

AMIS (AkuttMedisinskInformasjonsSystem) er AMK-sentralenes nåværende programvare for dokumentasjon og logging av hendelseshåndtering. All samtalettrafikk der operatør er involvert er lydlogget. Dokumentasjon i AMIS er ikke integrert mot pasientjournal. Landets 16 AMK-sentraler har samme system, men med mindre ulikheter, og med en begrenset mulighet for å utveksle hendelsesinformasjon, og det er ingen funksjon for deling av informasjon i sann tid mellom sentralene. Det er noe informasjonsflyt fra AMIS til ambulansetjenesten gjennom logistikksystemet Transmed (i sentral)/Transmobil (i ambulanse og helikopter). En kan imidlertid ikke dokumentere eller lese felles mellom AMK-sentralene.

Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp (Norsk Indeks) er det mest sentrale veilednings- og støttesystem for personell i AMK-sentraler og legevaktsentral. Norsk Indeks er i hovedsak et verktøy for fastsettelse av hastegrad, valg av respons, medisinsk rådgivning og instruksjon.

Norsk Indeks er en nasjonal standard utviklet av det akuttmedisinske fagmiljøet, og er utviklet for bruk som støtteverktøy for dialogen mellom MKA operatør i medisinsk nødsentral og publikum. I operativt arbeid vil Norsk Indeks være en av flere kilder til beslutningsstøtte (statisk eller kontekstsensitiv støtte i form av retningslinjer, algoritmer for veiledning og instruksjon eller annen systematisert kunnskapsstøtte, journalinformasjon om aktuell pasient mv.). Norsk Indeks er imidlertid ikke utviklet for eller validert som beslutningsstøtte eller styringsverktøy (vurdering av hastegrad og respons) for situasjoner der pasienten allerede er vurdert av lege eller annet helsepersonell.

Operativ beslutningsstøtte er systemer som inneholder sanntids informasjon om nærmeste eller aktuelle ressurser med status, avstander, og estimert tidsforbruk basert på faktisk framkommelighet. Systemer integrerer dette med

hendelseshåndteringsverktøy, visualiserer gjerne hendelser i kart og/eller annen grafisk informasjon, og lister gjerne opp ulike handlingsalternativer i sann tid.

Primæroppdrag<sup>21</sup>22: Oppdrag der pasient befinner seg utenfor sykehus. (Institusjoner som f.eks. sykestue, helsesenter, legestasjoner og alders- og sykehjem er ikke definert som sykehus.)

Sekundæroppdrag<sup>23</sup>24: Overføring av pasient fra et sykehus til et annet i den hensikt å gi pasienten et mer spesialisert behandlingstilbud / heve omsorgsnivået.

Blocks off: Flyet kan settes i bevegelse på rullebanen

Dutytid er antall timer et besetning-medlem kan være i beredskap for flygning eller gjennomføre flygninger før han/hun blir pålagt et visst antall timer fritid før neste økt med beredskap/aktiv flygning. Hvor mange timer brukt dutytid og nødvendig fritid mellom to økter beredskap/aktive flytimer reguleres av en rekke bestemmelser om arbeids og hviletid i luftfarten. Dette gjelder reguleringer i regi av EU og nasjonale reguleringer. Begrensningene i ambulanseflytjenesten er beskrevet i dokumentene EU OPS 1 Subpart Q, Forskrift om arbeidstid for besetningsmedlemmer i sivile luftfartøyer (BSL D 2-4), BSAA OM Part A 7 Flight and duty time limitations.

---

<sup>21</sup> Oppdragstyper

<sup>22</sup> Oppdragstyper

## Vedlegg 4 Oversikt over saksdokumenter

Mottatt fra:	Dokument	Dokumentdato
Statsforvalteren i Troms og Finnmark	Avgjørelser i tilsynssaker mot UNN og FIN	
LAT HF		
LAT HF	Revisjonsprogram LAT HF 2020–2023 (versjon 2.0)	26. januar 2020
LAT HF	Beredskapsplan LAT HF	1. januar 2020
LAT HF	Systemsertifisering 4.6.19.	
LAT HF	Samarbeidsavtale ved base Brønnøysund mellom Helgelandssykehuset HF, LAT HF og BSAA AS med vedlegg (plan for samordnet kommunikasjon ved krise og prosedyre for kommunikasjon med basens medisinske ledelse og samarbeidende helseforetak)	9. juli 2019
LAT HF	Samarbeidsavtale ved base Brønnøysund mellom Helgelandssykehuset HF, LAT HF og Norsk Luftambulans AS med vedlegg (plan for samordnet kommunikasjon i kriser, avtale om kostnadsfordeling, SLA mellom AMK UNN Tromsø og NLA, prosedyre for gjensidig kommunikasjon mellom operatør og helseforetak)	28. august 2018
LAT HF	DNV GL RC Rapport 3.–4. juni 2019	4. juni 2019
LAT HF	Prosedyre for behandling av hendelser, forbedringsforslag og revisjonsfunn	23. april 2019
LAT HF	Avtale om grensesamarbeid vedrørende ambulanshelikopter mellom Norge og Sverige	2014
LAT HF	Retningslinjer for bruk av luftambulans	1. april 2019
LAT HF	Aktivitetsrapport 2018	
LAT HF	Konkurransesgrunnlag – kjøp av ambulansflytjenester	1. juli 2019– 30. juni 2025
LAT HF	Avtale mellom LAT HF og BSAA AS om kjøpt av ambulansflytjenester tilknyttet basene Kirkenes, Alta, Tromsø, Bodø, Brønnøysund, Ålesund og Gardemoen	1. juli 2019– 30. juni 2025

Mottatt fra:	Dokument	Dokumentdato
LAT HF	Kravspesifikasjon	
LAT HF	Strategidokument – ambulanseflytjenesten 2019	14. november 2016
LAT HF	Kontroll- og konstitusjonskomiteens spørsmål til statsråd Bent Høie med utfylte svar fra LAT HF	17. desember 2019
LAT HF	Risikoanalyse luftambulansetjenesten – overgang til ny operatør. Versjon 3.1	20. juni 2018
LAT HF	Tiltaksplan ved svikt i ambulanseflyberedskap fra 30. juni 2019 (versjon 19)	26. juli 2019
LAT HF	Evalueringsrapport mottaksprosjektet ambulanseflytjenesten	1. november 2019
LAT HF	Prosjektbeskrivelse mottaksprosjektet ambulanseflytjenesten	30. august 2017
LAT HF	Power Point-presentasjon møte med HOD: Status LAT HF og bytte av operatør 1. juli 2019	1. februar 2019
LAT HF	Stiftelsesprotokoll	27. februar 2017
LAT HF	Årshjul for styring og oppfølging av de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak - 2020	2020
LAT HF	Service Level Agreement mellom BSAA – LAT HF v/FKS	29. april 2019
LAT HF	Sjekkliste SLA mellom BSAA AS og FKS	17. juni 2019
LAT HF	Service Level Agreement mellom BSAA AS – LAT HF v/FKS for innleide ressurser 2019 ifm. operatørbytte (versjon 2)	24. juli 2019
LAT HF	Driftshåndbok Flykoordineringsentralen LAT HF (Part A–D)	1. juli 2019
LAT HF	Referat fra møte om ambulanseflytjenesten 19. desember 2019	19. desember 2019

Mottatt fra:	Dokument	Dokumentdato
LAT HF	Referat fra informasjons- og dialogmøte om situasjonen i ambulanseflytjenesten 18. oktober 2019	23. oktober 2019
LAT HF	Referat fra informasjons- og dialogmøte om situasjonen i ambulanseflytjenesten 13. desember 2019	13. desember 2019
LAT HF	Referat fra informasjons- og dialogmøte om situasjonen i ambulanseflytjenesten 19. desember 2019	19. desember 2019
LAT HF	Samarbeidsavtale mellom Nordlandssykehuset HF, LAT HF og BSAA AS med vedlegg (plan for samordnet kommunikasjon ved krise og prosedyre for kommunikasjon med basens medisinske ledelse og samarbeidende helseforetak)	20. november 2019
LAT HF	Dokumentasjon fra FKS om ambulanse-biler og båter, driftsforstyrrelser	2019
LAT HF	Dokumentasjon eierstyring	19.02.2020
LAT HF	Dokumentasjon avvikshåndtering i LAT HF.	
LAT HF	Luftambulansetjenesten og krav til operatøren knyttet til responstid.	
LAT HF	Rapporter om avvik ambulansebil og forsinkelser for fly 2014	
LAT HF	FKS data _flytransporter og koordinering av bilambulase_ E-post i perioden november 2020 til januar	
LAT HF	Etiske retningslinjer	
LAT HF	Prosedyre for varsling og kommunikasjon mellom AMK-LAT	
LAT HF	Varsling når besetningen er utmeldt pga. hviletid	
LAT HF	Tiltaksplan ved svikt i ambulanseflyberedskapen fra 3.6.2019	
LAT HF	Retningslinje Covid-19	
LAT HF	Samarbeidsrutine psykiatri	

Mottatt fra:	Dokument	Dokumentdato
LAT HF	Strategidokument 2019	
LAT HF	Rapportskjema – brukerveiledning	
LAT HF	Nasjonal standard for flysykepleiere	
LAT HF	Flymedisinsk helseattest for leger og sykepleiere	
LAT HF	Flytider	
LAT HF	Arbeidsgruppes rapport om ambulanseflytjenesten (2005)	
LAT HF	Anskaffelsesprosessen 2019	
Rapport	Rapport etter hendelse m/Beech 250 flygning Mehamn 26.12.19	
LAT HF	Info om luftambulansesbasen Tromsø	
LAT HF	Info om luftambulansesbasen Alta	
LAT HF	Info om luftambulansesbasen Kirkenes	
LAT HF	Info om luftambulansesbasen Bodø	
LAT HF	Beredskapsstatus per dag	
LAT HF	Ambulanseflyberedskap des 2019 og 2. halvår 2019	
Dep.	Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen	
Dep.	Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen	
Riksrevisjonen	Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i splhltj.	
Hdir	Legers rett til å rekvirere ambulansetjeneste og AMKs vurdering av hastegrad	
Hdir	Rapport – Strategisk plan for Nasjonalt råd og fagnettverk for akuttmedisinske tjenester	
Hdir	Rettslig utgangspunkt – nødmeldetjenesten	
Hdir	Pakkeforløp psykisk helse	
Nakos	Norsk indeks for medisinsk nødhjelp	
Hdir	Ansvar for pasienter i den akuttmedisinske tjeneste	

Mottatt fra:	Dokument	Dokumentdato
Hdir	Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke (Rundskriv IS-5/2012) og brev fra Hdir til Politidirektoratet	20.8.15.
Hdir	Hdir-LAT Info om regelverket – luftambulanse-transport ved fritt behandlingsvalg	
Hdir	Rapport - Beredskapsmessige forhold Luftambulansetjenesten	
Hdir	Nasjonal faglig retningslinje: Antibiotika i sykehus	
Hdir	Veileder - Et trygt fødetilbud.	
Hdir	Rapport – Nasjonalt datasett for ambulansetjenesten	
Hdir	Nasjonal faglig retningslinje: Hjerneslag	
Helse Nord RHF	Hendelser rapportert fra AMK i Helse Nord RHF	
Hdir	Brev til Helse Midt-Norge RHF om mangler i innrapportert data fra landets AMK-sentraler	
Luftfartstilsynet	Arbeidstidsbestemmelser for sykepleiere i luftambulansen	
Sortland kommune	Ansvar for pasienter som venter på transport til innleggelse for tvungen observasjon	
Hadsel kommune	Presentasjon «transporttider fly»	
Helse Nord RHF	PP «hastegradsvurdering av ambulanseflyoppdrag v/psyk tilstander»	
Hadsel kommune	Enkelt saker ang. psykiatritransporter	
Vadsø kommune	Uttalelse fra jordmor om fødesaker og vedlegg til journalnotater 2019	
NAKOS	Kvalitetsindikator i den akuttmedisinske kjeden	
KoKom	Håndbok – kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner	
HRS	Rapporter hvor FW er involvert Banak og Bodø	
NKT	Nasjonal traumeplan	

Mottatt fra:	Dokument	Dokumentdato
Hdir	Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede HIS 1158:2012	
Laerdal	Chain of Survival	
SINTEF	Stasjonsstruktur og dimensjonering av ambulanseflåten i Finnmark	
SSB	Luftambulanse etter oppdrag og helseregion	
LAT HF	Luftambulanse, årsverk	
Tidsskriftet den norske legeforeningen	Behandling av hjerteinfarkt med ST-elevasjon – en observasjonsstudie	
Studentoppgave UiT	Tidsbruk for traumepasienter på Helgeland	
Masteroppgave UiT	Luftambulansen HF – hvert minutt bør telle	
Nord-Troms tingrett	Dom – virksomhetsoverdragelse etter aml.	
Sandnessjøen lege	Henvendelser til FM om transporttilbud ved innleggelse av psykiatriske pas. i institusjon	
Politiet	Dokumenter fra Nordland politidistrikt om deltakelse i ambulanseflytransporter	
NLA AS	Presentasjon av Norsk luftambulanse AS	
BSAA AS	Svar på spørsmål om tilgjengelighet, definisjon av «utenfor virksomhetens kontroll og faktorer som påvirker», vaktskifteproblematikk,	
Dep.	Foretaksmøter HOD-RHF	
Dep.	Veileder – styrearbeid i regionale helseforetak	
Dep.	Veileder - Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og RHF/HF	
Dep.	Oppdragsdokumenter	
Dep.	Brev HOD-RHF påminnelse om «sørge for ansvar»	
Helse Nord RHF	Høie med oppdrag til Helse Nord	
Dep.	“Sentrale elementer vedrørende organiseringen av AMK-sentraler”	



Mottatt fra:	Dokument	Dokumentdato
Dep.	Fakta	
Helse Nord RHF	Regionalt brukerutvalg	
LAT HF	Oppdragsdokument RHF-LAT	
LAT HF	Foretaksmøter	
Helse Nord RHF	Internrevisjonsrapport – Risikostyring Helse Nord	
Helse Nord RHF	Regionalt traumesystem for Helse Nord	
Helse Nord RHF	Tjenestetilbudet til barn i Helse Nord - rapport fra arbeidsgruppen	
LAT HF	Møter m/LAT, FM TF og kommuner i Finnmark	
Helse Nord RHF	Vurdering av 8 uønskede hendelser rapportert av UNN	
Helse Nord RHF	Helse Nord ber om tilbakemelding ang. 286 avvik ifm. ambulansefly fra UNN	
UNN HF	Alle avvik i DocMap og fra FMTF	
UNN HF	Samhandlingsavvik i DocMap	
UNN HF	E-post om rolleavklaring RHF/UNN («krisehåndtering»)	
UNN HF	Strategisk utviklingsplan	
UNN HF	E-poster om info om krevende oppdrag i desember 2019 fra AMK-leger til oppfølging, beredskap, ambulansesituasjonen 2019.	
NLSH HF	Ambulanseflyoppdrag v/psykiatriske tilstander	
NLSH HF	Psykiatritransporter til NLSH	
NLSH HF	Rutiner og prosedyrer for AMK/ambulansetransport (merket «Helse Nord», noen gyldig for hele Helse Nord)	
NLSH HF	Operativ kontrakt og ansvarsforhold fra Helse Nord	
NLSH HF	Operations manual part A FW	
NLSH HF	Logg operatørbyttet FW - situasjonsrapporter	

Mottatt fra:	Dokument	Dokumentdato
NLSH HF	Organisasjonskart prehospital klinikk og liste over ansatte	
NLSH HF	«Observation report» DocMap	
NLSH HF	«Observation report» DocMap	
Finnmarkssykehuset HF	Om ambulansetjenesten i Finnmark	
UNN HF	Rutiner/prosedyrer for ambulanseflytransport – 18 rutiner inkludert Akutt beredskap i ambulanseflytjenesten PR33126	
Finnmarkssykehuset HF	Ambulanseflybestilling (fra Helse Nord)	
UNN HF	Samhandlingsprosedyre for AMK Tromsø og FKS	
UNN HF	Innmeldingsprosedyre ved bestilling av øyeblikkelig hjelp ambulansefly MKA UNN	
Finnmarkssykehuset HF	Rapport Alta- og Kirkenes-fly 2018–2020	
Finnmarkssykehuset HF	Oversikt ansatte ved AMK	
Finnmarkssykehuset HF	Referat fra samhandlingsmøte mellom AMK UNN/HRS/330-Banak/ AMK FIN	
Finnmarkssykehuset HF	32 Avvik/uønskede hendelser	
Finnmarkssykehuset HF	AMIS-hendelser	
Helgelandssykehuset HF	Oversikt over AMK Helgeland	
Helgelandssykehuset HF	AMIS-hendelser	
Helgelandssykehuset HF	Oversikt avvik og statistikk fly Brønnøysund	
Helgelandssykehuset HF	Avvik i 2020 (utskrift DocMap)	

Mottatt fra:	Dokument	Dokumentdato
Dep.	Skriftlig spørsmål til helseministeren 27.01.2020	
Dep.	Skriftlig spørsmål til helseministeren 27.01.2020	
Dep.	Pressemelding fra regjeringen 15.1.20	
Dep.	Pressemelding fra regjeringen 13.1.20	
Dep.	Pressemelding fra regjeringen 3.1.20	
Dep.	Skriftlig spørsmål til helse-ministeren 2.1.20	

## Vedlegg 5 Oversikt over personer vi har snakket med

Aktør	Dato	Stilling	Navn
<b>LAT HF</b>	2.9.20	Admin. dir.	Øyvind Juell
	2.9.20	Medisinsk rådgiver	Pål Madsen
	2.9.20	Medisinsk rådgiver	Willy Strandkleiv
	2.9.20	Operativ rådgiver FW	Ole Kristian Westberg
	2.9.20	Operativ rådgiver RW	Kyrre Humblen
	2.9.20	Tidligere kvalitets- og miljørådgiver	Gunnar Kristiansen
	2.9.20	Kvalitets- og miljørådgiver	Geir Jonny Karlsen
	20.10.20	Styreleder	Dag Hårstad
	20.10.20	Tidligere styreleder	Steinar Marthinsen
	20.10.20	Fagleder/operativ rådgiver	Per Magne Tveitane
	27.10.20	Flykoordinator FKS	Anne Sofie Schnoor
	27.10.20	Flykoordinator FKS	Jan Erik Slettmo
	27.10.20	Flykoordinator FKS og fagutvikler	Kjetil Bræck
	27.10.20	Leder FKS	Trond-Bjørnar Pedersen
<b>Finnmarkssykehuset HF</b>	8.9.20	Enhetsleder Kjøllefjord ambulanse	Dan Børge Veier
	17.9.20	AMK-medisinsk operatør	Sara Hoy
	17.9.20	AMK-medisinsk operatør	Stina Beddari
	17.9.20	AMK-koordinator	Robin Eliseussen
	17.9.20	AMK-lege	Oddvar Kvalsvik
	17.9.20	Avdelingsleder LA Alta	Stig Aksel Opgård
	17.9.20	Avd.leder AMK	Agneta Jensen

Aktør	Dato	Stilling	Navn
	17.9.20	Enhetsleder LA Kirkenes	Siw Paulsen
	17.9.20	Klinikkssjef	Jørgen Nilsen
	25.9.20	Medisinsk rådgiver	Hanne Rikstad Iversen
	17.9.20	Ambulansearbeider Vadsø	Frank Stokvold
	17.9.20	Admin. dir.	Siri Tau Ursin
<b>Nordlandssykehuset HF</b>	22.9.20	AMK/ambulansearbeider/ressurskoordinator	Jan Ole Østensen
	22.9.20	AMK/ambulansearbeider	Ingrid Lilleeng
	22.9.20	AMK-sykepleier	Julie Hjemaas Gule
	22.9.20	AMK-leder, sykepleier	Janne Martinsen
	22.9.20	AMK medisinsk faglig rådgiver	Rune Åsen
	22.9.20	AMK-lege, lege både FW og RW	Stig Arild Stenersen
	22.9.20	Klinikkssjef psykisk helse- og rusklinikken	Hedda Soløy Nilsen
	22.9.20	Klinikkssjef prehospital klinikk og akuttmottak Bodø	Harald Stordal
	22.9.20	Admin. dir.	Paul Martin Strand
	10.11.20	Flysykepleier	Wenche Baade
	10.11.20	Flysykepleier	Marit Brørs
<b>Helgelandssykehuset HF</b>	23.9.20	AMK/ambulansearbeider	Lisa Bjørgan
	23.9.20	AMK/sykepleier	Mads Trygve Johnsen
	23.9.20	AMK/fagutviklingsykepleier	Terje Georg Gjertsen
	23.9.20	AMK-leder/sykepleier	Ann Lisbeth Johansen
	23.9.20	AMK medisinsk ansvarlig/overlege	Svein Arne Monsen
	23.9.20	AMK-lege	Monica Storkjørren

Aktør	Dato	Stilling	Navn
	23.9.20	Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland, avd. Sandnessjøen	Psykiater Malgorzata Solowiej-Czaban Avdelingsleder Lena Nordøy Switynk
	23.9.20	Konst. direktør prehospitale tjenester	Odd Magne Rønning
	23.9.20	Enhetsdirektør Sandnessjøen	Rachel Berg
	9.11.20	Admin. dir.	Hulda Gunnlaugsdottír
	9.11.20	Dir. psykisk helse og rus	Rune Holm
	9.11.20	Samhandlingssjef	Knur Roar Johnsen
	18.11.20	Kvalitetsleder	Sigurd Finne
	19.11.20	Medisinsk dir./fagdirektør	Fred A. Mürer
<b>UNN HF</b>	29.9.20	Medisinsk fagansvarlig LA	Bård Rannestad
	29.9.20	Avd. leder LA-avd.	Unni Haug
	29.9.20	Fung. ass. avdelingsleder	Dag Kjetil Henriksen
	29.9.20	Flylege FW	Lars Jøran Andersson
	29.9.20	AMK-lege	Jan Harald Nilsen
	29.9.20	Ressurskoordinator	Lise Eliassen
	29.9.20	MKA-operatør	Ragnhild Sørensen
	29.9.20	MKA-operatør	Anita Nilsen
	30.9.20	Klinikkoverlege	Ole Magnus Filseth
	30.9.20	Seksjonsoverlege	Søren Stagelund
	30.9.20	Avd. leder AMK	Ellen Dahlberg
	30.9.20	Ass. avd. leder AMK	Inger Lise Kristiansen
	1.10.20	Medisinsk fagsjef	Haakon Lindekleiv

Aktør	Dato	Stilling	Navn
	1.10.20	Klinikksjef Åsgård	Tordis Sørensen Høifødt
	1.10.20	Klinikksjef akuttmedisinsk klinikk	Jon H. Mathisen
	1.10.20	Samhandlingssjef UNN	Magne Nicolaisen
	1.10.20	Ressurskoordinator	Daniel Karlsen
	1.10.20	Flylege FW	Bjørn Egil Johansen
	1.10.20	Administrerende direktør	Anita Schumacher
<b>Helse Nord RHF</b>	19.10.20	Dir. eierstyringsgruppen Midt-Norge	Nils Kvernmo
	11.11.20	Administrerende direktør	Cecilie Daae
	11.11.20	Eierdirektør	Hilde Rolandsen
	11.11.20	Fagdirektør	Geir Tollåli
	11.11.20	Seksjonsleder	Randi Spørck
	11.11.20	Rådgiver	Trond Marius Elsbak
<b>Helse Midt RHF</b>	23.11.20	Administrerende direktør	Stig Arild Slørdahl
<b>Helse Vest RHF</b>	24.11.20	Administrerende direktør	Inger Cathrine Bryne
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	8.12.20	Admin dir.	Cathrine M. Lofthus
<b>Luftfartstilsynet</b> (Samtale i gruppe, ikke individuelle samtaler)	31.1.20	Utpekt flyoperativ inspektør for Babcock Scandinavian AirAmbulance AS	Ulf Christensen
		Tilsynsleder for tilsynsområde Fixed-wing	Tom Pettersen
		Tilsynsleder for tilsynsområde Innland helikopter	Alf Tørrisplass

Aktør	Dato	Stilling	Navn
<b>Ekspertgruppe for framtidig drift av luftambulansetjenesten</b> (Samtale i gruppe, ikke individuelle samtaler)	4.2.20	Ekspertgruppens sekretariat og leder	Sven Ole Fagernæs, Mette Bakkeli, Siv Lunde og Karoline Stadheim Halvorsen
<b>Hadsel kommune</b> (Samtale i gruppe, ikke individuelle samtaler)	3.9.20	Helse- og omsorgssjef	Marion Celius
		Leder av Vesterålen interkommunale legevakt	Hans Arne Jensen
		Driftssykepleier legevakten	Mari Jensen
		Medisinskfaglig ansvarlig for Vesterålen interkommunale legevakt	Geir Mykjeland
		Kommuneoverlege	Ingebjørn Bleidvin
<b>Vadsø kommune</b> (Samtale i gruppe, ikke individuelle samtaler)	7.9.20	Kommuneoverlege	Britt Larsen Mehmi
		Legevaktsykepleier	Camilla Flein
		Seksjonssjef	Marit Nordstrand
		Kommunejordmor	Outi Gunnari
<b>Lebesby og Gamvik kommune</b> (Samtale i gruppe, ikke individuelle samtaler)	8.9.20	Kommuneoverlege Gamvik	Håkon Furu
		Helse- og omsorgssjef	Muna Larsen
		Kommuneoverlege Lebesby	Marius Lier



Aktør	Dato	Stilling	Navn
<b>Nordkapp kommune</b> (Samtale i gruppe, ikke individuelle samtaler)	9.9.20	Kommuneoverlege	Helge Bjøru
		Fastlege	Arild Løvland
		Fastlege	Bjørn Nordang
		Fastlege	John Yngve Løvland
		Fastlege	Adrian Tudor Stanescu
		LIS 1	Anders Lamøy Bjøru
<b>Babcock Scandinavian AirAmbulance</b> (Samtale i gruppe, ikke individuelle samtaler)	30.9.20	COO	Hilde Sjurelv
		Flygesjef	Kent Antonsen
		Accountable Manager	Asgeir Nyseth
<b>Norsk Luftambulans</b> (Samtale i gruppe, ikke individuelle samtaler)	20.10.20	Administrerende. direktør	Leif Olstad
		Kontraktsansvarlig	Lasse Dahl
<b>Brukerutvalget ved UNN</b>	27.10.20	Leder brukerutvalget	Kirsti Baardsen
<b>Hovedredningssentralen</b>	10.11.20	Inspektør	Ørjan Delbekk

Aktør	Dato	Stilling	Navn
<b>Nordland politidistrikt</b> (Samtale i gruppe, ikke individuelle samtaler)	8.12.20	Politioverbetjent	Per Sverre Steinbakk
		Politioverbetjent	Odd Ivar Pettersen
<b>Forsvarets 330 Skvadron (base Banak)</b>		Baseleder	Oscar Norderval

## Vedlegg 6 Saksbehandlingsprosessen

Nedenfor gjør vi kort rede for hovedtrekk i saksgangen, informasjonsinnhenting og gjennomføringen av tilsynet.

- Vi varslet Luftambulansetjenesten HF (LAT HF) og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) 23. januar 2020 om at det ville bli gjennomført tilsyn med luftambulansetjenesten og dem som relevante aktører.
- Vi hadde møte med Statsforvalteren i Troms og Finnmark 21. januar 2020 for dialog om tilsynet og statsforvalterens involvering.
- Vi hadde møte med Luftfartstilsynet 31. januar 2020 for informasjon fra deres side, avklaring av grenseflater mot deres myndighet og informasjon om vårt tilsyn.
- Vi hadde møte med Ekspertgruppen den 4. februar 2020 for en dialog om deres mandat og arbeid. Ekspertgruppen oversendte dokumentasjon til saken 5. februar 2020.
- Vi besøkte AMK, UNN HF 14. februar 2020 for innhenting av informasjon, blant annet knyttet til praksis, tilgjengelig dokumentasjon og opplysninger om kommunikasjonslinjer.
- Vi anmodet Helsedirektoratet om opplysninger fra Norsk Pasientregister den 27. februar 2020 og hadde et møte 2. mars 2020 for avklaring av hvilke data som skulle innhentes.
- Vi varslet 4. mars 2020 Finnmarkssykehuset HF om at vi vil gjennomføre tilsyn med helseforetaket som ledd i tilsynet.
- Vi varslet 5. mars 2020 Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF om at vi vil gjennomføre tilsyn med helseforetakene som ledd i tilsynet.
- Vi sendte 5. mars 2020 brev til kommunene Nordkapp, Gamvik, Lebesby og Vadsø med anmodning om å få komme på besøk som ledd i vår informasjonsinnhenting.
- Vi sendte 6. mars 2020 brev til Hadsel kommune og Babcock Scandinavia AirAmbulance (BSAA) med anmodning om å få komme på besøk som ledd i vår informasjonsinnhenting.
- Vi innhentet dom i sivil sak mot BSAA fra Nord-Troms tingrett 6. mars 2020.
- Vi varslet 9. mars 2020 Finnmarkssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF om at tilsynsbesøk ble utsatt på grunn av koronapandemien.
- Tilsvarende varslet vi om ytterligere forsinkelse i gjennomføringen i brev av 30. mars 2020.
- Vi varslet 9. mars 2020 BSAA, og kommunene Nordkapp, Gamvik, Lebesby, Hadsel og Vadsø om at våre besøk måtte utsettes på grunn av koronapandemien. Tilsvarende informerte vi om ytterligere utsettelse av informasjonsinnhenting i brev av 30. mars 2020.

- Vi varslet 10. mars 2020 LAT HF og UNN HF om at tilsynet ble utsatt på grunn av koronapandemien. Vi informerte i brev av 30. mars 2020 om ytterligere forsinkelser i gjennomføringen av tilsynsbesøk.
- Vi informerte den 30. mars 2020 de regionale helseforetakene, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet om at tilsynet med luftambulansetjenesten måtte utsettes på grunn av koronapandemien.
- Vi varslet den 18. juni 2020 LAT HF om at tilsynet med luftambulansetjenesten ble gjenopptatt.
- Vi varslet den 19. juni 2020 UNN HF, Finnmarkssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF om at tilsynet med luftambulansetjenesten ble gjenopptatt.
- Vi varslet den 19. juni 2020 BSAA, Nordkapp, Vadsø, Hadsel, Gamvik og Lebesby kommune om at tilsynet med luftambulansetjenesten ble gjenopptatt og at vi ønsket å komme på besøk.
- Vi anmodet UNN HF, LAT HF v/FKS, Finnmarkssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Nordlandssykehuset HF om skriftlig dokumentasjon til saken 23. juni 2020.
- Nordlandssykehuset HF oversendte skriftlig dokumentasjon 15., 20., 21. juli og 28. oktober 2020.
- Finnmarkssykehuset HF oversendte dokumentasjon 24. juli 2020.
- Helgelandssykehuset HF oversendte dokumentasjon 27. august og 18. november 2020.
- UNN HF oversendte dokumentasjon 26. august 2020, 1. og 2. oktober 2020.
- Vi anmodet 3. september 2020 UNN HF, Finnmarkssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Nordlandssykehuset HF om tilgang til Elektronisk pasientjournal.
- Vi var på tilsyn hos LAT HF 2. september 2020 og gjennomførte i tillegg en tilsynssamtale 20. oktober 2020 via videomøte. LAT HF oversendte supplerende opplysninger 12. november 2020, etter møtet 20. oktober 2020.
- Vi var på besøk i Hadsel kommune 3. september 2020 og kommunen oversendte opplysninger til saken 5. november 2020.
- Vi var på besøk i Vadsø kommune 7. september 2020.
- Vi var på besøk i Lebesby og Gamvik kommune 8. september 2020.
- Vi var på besøk i Nordkapp kommune 9. september 2020.
- Helsedirektoratet traff vedtak om utlevering av opplysninger fra Norsk pasientregister til Statens helsetilsyn 9. september 2020 og oversendte opplysninger 11. september 2020.
- Helgelandssykehuset HF oversendte AMIS-journaler den 10. september 2020.
- Finnmarkssykehuset HF oversendte AMIS-hendelser den 14. september 2020.
- Vi var på tilsyn hos Finnmarkssykehuset HF 17. september 2020 og gjennomførte i tillegg tilsynssamtale gjennom videomøte den 25. september 2020.

- Vi var på tilsyn hos Nordlandssykehuset HF 22. september 2020 og gjennomførte i tillegg tilsynssamtale 9. november 2020.
- Vi var på tilsyn hos Helgelandssykehuset HF 23. september 2020 og gjennomførte i tillegg tilsynssamtale gjennom videomøte den 9., 18 og 19. november 2020.
- Vi var på tilsyn hos UNN HF 29.–1. oktober 2020.
- Vi var på besøk hos BSAA 30. september 2020.
- Vi informerte Brukerutvalget i UNN HF om tilsynet med luftambulansetjenesten 2. oktober 2020 og anmodet om et møte.
- Vi varslet 7. oktober 2020 Helse Nord RHF om tilsynet med luftambulansetjenesten og anmodet om møte tilsynssamtale.
- Vi anmodet 8. oktober 2020 LAT HF's eierstyringsgruppe om tilsynsmøte med leder, og møte ble gjennomført 19. oktober 2020.
- Vi anmodet nåværende og forhenværende styreleder i LAT HF om et tilsynsmøte 5. oktober 2020, og gjennomførte slik møte 20. oktober 2020.
- Vi informerte Norsk Luftambulanse AS om tilsynet med luftambulansetjenesten 8. oktober 2020 og anmodet om et møte for informasjonsinnhenting.
- Vi gjennomførte møte med Norsk Luftambulanse AS 20. oktober 2020 og fikk i denne forbindelse oversendt dokumentasjon på e-post.
- Hovedredningssentralen Nord-Norge (HRS) oversendte ambulanserapporter den 21. oktober 2020.
- Vi hadde 27. oktober 2020 møte med representant for Brukerutvalget ved UNN HF.
- Vi var på tilsyn hos LAT HF v/FKS 27. oktober 2020.
- Vi ba LAT HF v/FKS om ytterligere opplysninger til saken 28. oktober 2020 og LAT HF oversendte opplysningene 18. og 23. november 2020.
- Helse Nord RHF oversendte opplysninger til saken 2. og 5. november 2020.
- Vi anmodet om opplysninger til saken fra Vadsø kommune 6. november 2020 og kommunen oversendte de etterspurte opplysningene 20. november 2020.
- Vi anmodet 6. november 2020 Finnmarkssykehuset HF om ytterligere dokumentasjon, og mottok dette samme dag.
- Vi hadde møte med HRS 10. november 2020.
- Vi hadde tilsynssamtale med administrerende direktør og ansatte i Helse Nord RHF 11. november 2020 via videomøte.
- Vi hadde tilsynssamtale med administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF 23. november 2020 via videomøte.
- Vi avholdt tilsynssamtale med administrerende direktør i Helse Vest RHF via videomøte 24. november 2020.
- Statsforvalteren i Troms og Finnmark oversendte sladdede tilsynssaker 20. november 2020.
- Vi gjennomgikk pasientjournaler/DIPS i lokalene til UNN HF 24. og 25. november 2020.
- Vi informerte Nordland politidistrikt om tilsynet med luftambulansetjenesten 26. november 2020 og anmodet om et møte.

- Vi avholdt tilsynssamtale med administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF via videomøte 8. desember 2020.
- Vi avholdt et videomøte med Nordland politidistrikt 8. desember 2020 og mottok opplysninger til saken 8. og 9. desember 2020.
- Vi orienterte 11. desember 2020 administrerende direktør i de regionale helseforetakene, LAT HF og UNN HF om forlenget saksbehandlingstid.
- Vi informerte Helse- og omsorgsdepartementet om status i saksbehandlingstiden 11. desember 2020.
- Vi orienterte 14. desember 2020 Finnmarkssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF om forlenget saksbehandlingstid.
- Vi informerte de regionale helseforetakene, LAT HF og helseforetakene 12. april 2021 om at vi ønsket digitalt tilsynsmøte for gjennomgang av funn og informasjon i saken.
- Vi informerte relevante samhandlende aktører utenfor spesialisthelsetjenesten 12. april 2021 om at de var invitert til digitalt møte for gjennomgang av funn og informasjon i saken.
- Vi oversendte en sammenstilling over funn og informasjon for kontradiksjon datert 16. april 2021 til virksomhetene, både innen spesialisthelsetjenesten og samhandlende aktører utenfor spesialisthelsetjenesten.
- Vi gjennomførte digitalt tilsynsmøte med de regionale helseforetakene og LAT HF 26. april 2021.
- Vi gjennomførte digitalt møte med kommunene Vadsø, Lebesby, Gamvik og Nordkapp 26. april 2021.
- Vi gjennomførte digitalt tilsynsmøte med Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF 27. april 2021.
- Vi gjennomførte digitalt møte med Hadsel kommune 27. april 2021.
- Vi gjennomførte digitalt møte med BSAA, HRS, NLA, politiet i Nordland og Luftforsvarets 330 skvadron base Banak 27. april 2021.
- Vi gjennomførte digitalt tilsynsmøte med Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) samt representant fra Brukerrådet ved UNN HF og Finnmarkssykehuset HF 29. april 2021.

## **Vedlegg 7 Arbeidsflytskjema øyeblikkelig hjelp MKA, UNN HF**

