

Utredning av innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten

Helse Møre og Romsdal HF

Faglig beslutningsgrunnlag for videre behandling

Dato: april 2026

Utarbeidet av: Tverrfaglig arbeidsgruppe for båt- og bilambulansetjenesten

Oppdragsgiver: Helse Møre og Romsdal HF

Styresak: 114-25

Versjon: Endelig rapport

Innhold

<i>Sammendrag</i>	3
<i>1. Innledning</i>	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Faglige innspill	4
1.3 Formål	5
1.4 Mandat og avgrensning.....	5
<i>2. Metode og kunnskapsgrunnlag</i>	5
2.1 Arbeidsform	5
2.2 Datagrunnlag.....	5
2.3 Demografiske forhold	6
2.4 Metodisk tilnærming og risikovurdering.....	7
<i>3. Dagens situasjon</i>	7
3.1 Operative rammer.....	7
3.2 Ambulansebåt	8
3.3 Fergeavhengighet i ambulansetjenesten	9
3.4 Aktivitetsnivå og oppdragsprofil	9
<i>4. Usikkerhetsvurdering</i>	10
<i>5. Overordnet risikovurdering – konsekvenser for kapasitet og beredskap</i>	11
5.1 Prioriterte pasientgrupper og kommunale konsekvenser	13
<i>6. Grunnlag for vurderte tiltak</i>	13
<i>7. Faglige vurderte tiltak for videre behandling i styret</i>	14
7.1 Fjerning av dagbil i Kristiansund.....	15
7.2 En-redder-ressurs i Geiranger	15
7.3 En-redder-ressurs på Harøy	15
7.4 En-redder-ressurs i Midsund.....	15
7.5 Sammenslåing av Aukra og Midsund som beredskapsområde	16
7.6 Redusert nattberedskap i Ulstein.....	16
7.7 Sammenslåing av seksjon Ørskog/Haram – lokalisering til Stette	16
7.8 Etablering av ekstra syketransportenhet i Molde	16
7.9 Etablering av syketransportenhet i Ulstein (Søre Sunnmøre).....	17
<i>8. Videre behandling og oppfølging</i>	17
<i>Vedlegg</i>	17
<i>Referanser</i>	18

Sammendrag

Rapporten er utarbeidet etter oppdrag fra Styresak 114-25 (17.12.2025), som pålegger Klinikkk for prehospitaltjenester Helse Møre og Romsdal å identifisere innsparingstiltak tilsvarende to døgnambulanser i løpet av 2026, med et innsparingsbehov på 20 millioner kroner. Arbeidet er gjennomført av en bredt sammensatt arbeidsgruppe med deltakere fra prehospitaltjeneste, fagavdelingen, verne- og tillitsvalgte, samt kommunale og regionale samarbeidspartnere.

Rapporten presenterer arbeidsgruppens faglige grunnlag for å identifisere mulige innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten innenfor gjeldende rammer og tilgjengelig kunnskapsgrunnlag. Analysene viser at historiske data alene gir begrenset forutsigbarhet, og at geografi, værforhold og samtidighetskonflikter har stor betydning for faktisk tilgjengelighet og robusthet.

Endringer i kapasitet i ett område kan få konsekvenser for øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden, inkludert kommunale tjenester, AMK, legevakt, luftambulansetjenesten og sykehus. Slike ringvirkninger lar seg ikke beregne presist, men må tillegges stor vekt i videre beslutningsprosess.

Arbeidet tar utgangspunkt i prinsippet om riktig hjelp til rett tid, samt kravene til faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Det er lagt vekt på å identifisere nødvendige innsparingstiltak med minst mulig samlet negativ konsekvens for pasienter og tjeneste. Arbeidsgruppen har vurdert et bredt mulighetsrom, men anbefaler kun tiltak som vurderes som faglig forsvarlige å ta videre. Tiltak som innebærer høy risiko, betydelig sårbarhet eller manglende beslutningsgrunnlag er derfor utelatt.

Vurderingene er basert på dagens organisering, tilgjengelige ressurser og faktiske beredskapsnivå. Rapporten er ikke en framtidig dimensjoneringsanalyse, men et faglig beslutningsgrunnlag for prioritering og videre behandling av mulige innsparingstiltak innenfor gjeldende struktur og rammer.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Prehospitale tjenester i Helse Møre og Romsdal har fått i oppdrag å gjennomgå båt- og bilambulansetjenesten for å identifisere mulige innsparingstiltak. Oppdraget er forankret i styresak 114-25 (17.12.2025) og innebærer en reduksjon i kostnader tilsvarende to døgnambulanser i løpet av 2026, med et innsparingskrav på 20 millioner kroner.

Oppdraget gjennomføres i en situasjon med stramme økonomiske rammer. Samtidig stiller nasjonale føringer forventninger til styrket totalberedskap og en robust og sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Eventuelle tiltak må derfor vurderes opp mot kravene i akuttmedisinforskriften til forsvarlighet, tilgjengelighet, kompetanse og samhandling.

Arbeidet er forankret i relevante nasjonale og regionale styringsdokumenter; Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke og forbedre, NOU 2023: Tid for handling, regjeringens Perspektivmelding og gjeldende akuttmedisinsk fagplan. Arbeidet tar utgangspunkt i prinsippet om et likeverdig, men ikke nødvendigvis likt, akuttmedisinsk tilbud.

Det er allerede gjennomført enkelte innsparinger innen båt og bilambulansetjenesten, blant annet gjennom turnusomstilling på Aure, ikke videreført konstituert leder og forventet tilbakeføring av midler fra opplæringskontoret. Disse inngår i foretakets samlede økonomiske bilde, men ligger ikke til grunn for arbeidsgruppens anbefaling om nye tiltak.

Rapporten omfatter ikke vurdering av legevaktstruktur, luftambulansetjenesten eller større endringer i den akuttmedisinske kjeden utover båt og bilambulansetjenesten.

1.2 Faglige innspill

Rapporten sendes til kommuner og øvrige relevante aktører for innhenting av faglige innspill til vurderingene og de foreslåtte tiltakene som skal behandles i styret. Formålet er å belyse konsekvenser, risiko og forutsetninger knyttet til tiltakene, også lokale forhold og samhandling i den akuttmedisinske kjeden.

Mottatte innspill vil bli sammenstilt og vedlagt rapporten i uendret form, og inngår som en del av beslutningsgrunnlaget for videre behandling i ordinære beslutningsprosesser. Innspillene medfører ikke endringer i rapportens faglige vurderinger eller konklusjoner.

1.3 Formål

Formålet med utredningen er å gi et faglig og kunnskapsbasert grunnlag for videre vurdering av innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal.

1.4 Mandat og avgrensning

Arbeidsgruppen har, i tråd med mandat gitt i styresak 114-25, ansvar for å identifisere og vurdere mulige innsparingstiltak i båt- og bilambulansetjenesten. Arbeidsgruppen har ikke beslutningsmyndighet. Utredningen er avgrenset til tiltak innenfor dagens struktur. Større strukturelle endringer inngår ikke.

2. Metode og kunnskapsgrunnlag

2.1 Arbeidsform

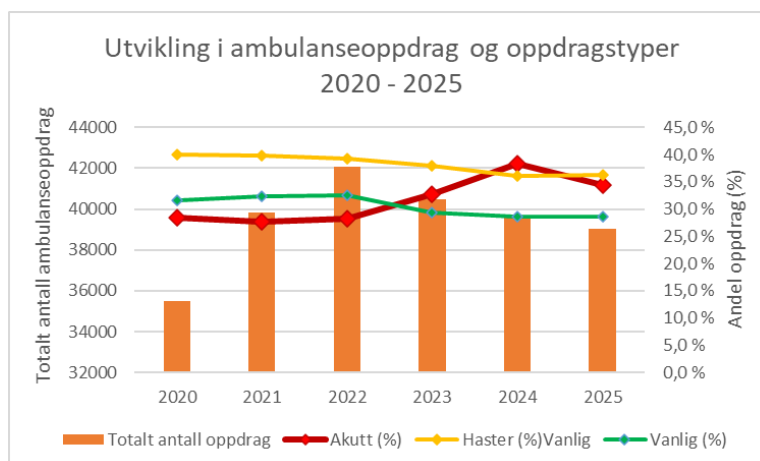
Arbeidet er gjennomført av en tverrfaglig arbeidsgruppe med representanter fra prehospitaltjenester (bil, båt og AMK), luftambulansetjenesten, fagavdelingen, vernetjenesten og tillitsvalgte. I tillegg har kommunale og regionale representanter vært invitert og bidratt i arbeidsgruppen. Fullstendig oversikt over arbeidsgruppens deltakere, med navn og roller, er gitt i vedlegg 1: «*Sammensetning av arbeidsgruppen*».

Det har vært avholdt digitale og fysiske møter der datagrunnlag, analyser og mulige tiltak er gjennomgått og drøftet. Utkast og analyser er delt i felles arbeidsflater for å sikre åpenhet, sporbarhet og kontinuitet i arbeidet. Habilitet er vurdert fortløpende, og det er ikke avdekket forhold som har påvirket vurderingene.

2.2 Datagrunnlag

Datagrunnlaget omfatter aktivitets- og oppdragsdata fra den prehospitaltjenesten, både responstider, transportbelastning og samtidighetsforhold. Registreringene bygger i hovedsak på data som er dokumentert underveis i eller etter gjennomførte oppdrag, og representerer dermed ikke sanntidsdata. Datamaterialet følger gjeldende operativ organisering i avdeling båt- og bilambulansetjeneste, og er ikke basert på fylkes- eller regiongrenser. Enkelte kommuner kan derfor være presentert under seksjoner som

avviker fra deres fylkesmessige tilhørighet, i tråd med tjenestens funksjonelle organisering. Datagrunnlaget er supplert med erfaringsbasert kunnskap, også fra tidligere registrerings- og dokumentasjonsarbeid i prehospitale tjenester, nærmere beskrivelser i vedlegg 2 «Datagrunnlag – tall og drøftingsmaterieil».

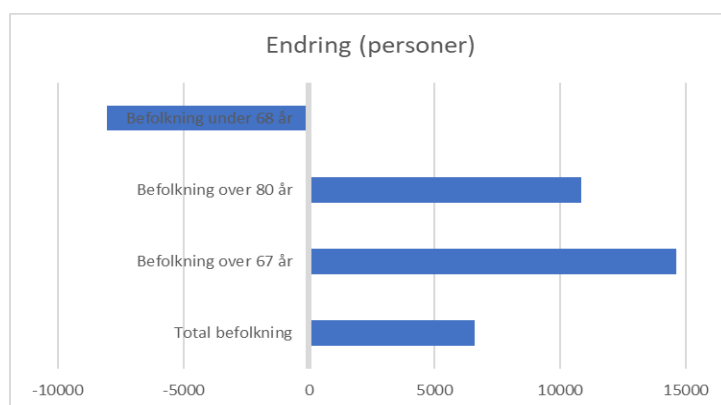


Figur 1: Utvikling i totalt antall ambulanseoppdrag og oppdragstyper i perioden 2020–2025. Oppdragsvolumet er noe redusert, mens andelen akutte og ressurskrevende oppdrag har økt, særlig fra 2022.

2.3 Demografiske forhold

Befolknings- og behovsframskrivninger for Møre og Romsdal viser samlet sett en moderat nedgang i folketallet, samtidig som andelen personer over 80 år forventes å øke betydelig i årene framover. Endringer i alderssammensetningen kan påvirke framtidig etterspørsel etter prehospitale tjenester, særlig knyttet til akutte hendelser, sammensatte sykdomsbilder og økt transportbehov. Disse utviklingstrekkene utgjør et langsiktig premiss for vurdering av framtidig tjenestebehov. Arbeidsgruppen understreker at håndtering av demografiske endringer krever langsiktige og helhetlige prosesser knyttet til framtidig dimensjonering, tjenesteutvikling og samhandling i den akuttmedisinske kjeden.

Forventet demografisk utvikling, helse Møre og Romsdal 2025 – 2040



Figur 2: Forventet befolkningsendring i Helse Møre og Romsdal 2025–2040, med moderat vekst i totalbefolkningen, sterk økning i eldre aldersgrupper og nedgang i befolkningen under 68 år

2.4 Metodisk tilnærming og risikovurdering

Risikoanalysene er gjennomført i tråd med Helse Midt-Norge sitt rammeverk for risikostyring og relevante nasjonale standarder, som NS 5814:2021. Rammeverket er brukt for å identifisere sentrale risikoforhold knyttet til endringer i kapasitet, tilgjengelighet og beredskap, og supplert med kvalitativt faglige vurderinger. For utvalgte tiltak er det gjennomført geografiske analyser (GIS) for å belyse avstander, kjøretider og dekningsområder. Det er ikke gjennomført like omfattende analyser for alle tiltak, basert på en samlet vurdering av datagrunnlag og forventet nytte. Metodikken understøtter helhetlige faglige konklusjoner, og er ikke brukt som et selvstendig beslutningsgrunnlag.

3. Dagens situasjon

3.1 Operative rammer

Båt- og bilambulansetjenesten omfatter 30 ambulansestasjoner, 38 døgnambulanser, 2 dagambulanser, tre ambulansebåter, samt tre syketransportbiler. Tjenesten dekker et geografisk krevende område med store avstander, øy- og fjordstruktur og varierende værforhold. Dette påvirker responstid og tilgjengelighet, og stiller særskilte krav til dimensjonering, samhandling og robusthet i den prehospitalt beredskapen.

Ambulansestasjon	Ressurs	Driftstype	Totalbemanning
Aukra	451, 454	Døgn, båt	4 + båt
Aure	311, 316	Døgnbiler	11
Averøy	321	Døgnbil	8
Fræna	331	Døgnbil	8

Geiranger	221	Døgnbil	6
Giske	171	Døgnbil	8
Gjemnes	341, 345	Døgn og tobårebil	12
Haram	181	Døgnbil	8
Harøy	461	Døgnbil	8
Herøy	131	Døgnbil	8
Kristiansund	481, 482, 483	2 døgn – og 1 dagbil	22
Midsund	441	Døgnbil	8
Molde	471, 472	Døgnbiler	16
Nesset	361	Døgnbil	8
Norddal	211	Døgnbil	8
Rauma	471, 472	Døgnbiler	16
Sande	121, 124	Døgnbil, båt	8 + båt
Smøla	431, 434	Døgnbil, båt	12
Stranda	231	Døgnbil	8
Sula	151	Døgnbil	8
Sunndal	381, 382	Døgnbiler	16
Surnadal	391, 392	Døgnbiler	16
Syketransport Kristiansund	912	Syketransport	1
Syketransport SNR	913	Syketransport	1
Syketransport Ålesund	911	Syketransport	1,2
Sykkylven	241	Døgnbil	8
Tingvoll	411	Døgnbil	8
Ulstein	141, 142	Døgnbiler	16
Vanylven	111	Døgnbil	8
Vestnes	421	Døgnbil	8
Volda	251, 252	Døgnbiler	16
Ørskog	191	Døgnbil	8
Ålesund	161, 162	Døgnbiler	16

Figur 3: Oversikt over ambulansestasjoner, ressurser, driftsstruktur og bemanning

Den geografiske fordelingen av ressurser gir betydelige lokale forskjeller i oppdragsmengde, transportavstander og samtidighetsutfordringer. Disse forskjellene danner et viktig utgangspunkt for foreslåtte innsparingstiltak.

3.2 Ambulansebåt

Ambulansebåt er en sentral del av den akuttmedisinske beredskapen i områder uten fastlandsforbindelse. Tilgjengelighet og framkommelighet påvirkes av vær- og sjøforhold samt geografiske avstander, og dette kan i perioder gi økt responstid og redusert operativ fleksibilitet. Ved krevende forhold stilles det økte krav til koordinering og prioritering av oppdrag, samt samhandling mellom ambulansebåt, landbaserte ressurser og luftambulansetjenesten. Ambulansebåt inngår dermed som en integrert, men samtidig sårbar del av den samlede beredskapen.

3.3 Fergeavhengighet i ambulansetjenesten

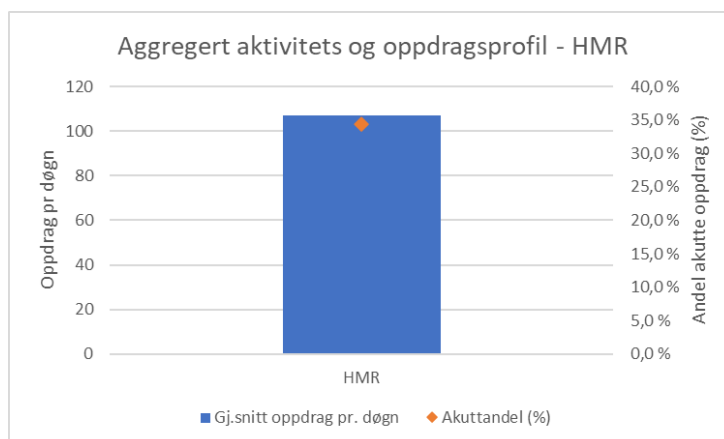
I deler av tjenesteområdet er ambulansetjenesten helt eller delvis avhengig av ferge som del av transportkjeden. Avhengighet av rutegående ferger og beredskapsferger innebærer operative begrensninger sammenliknet med landbasert transport, særlig knyttet til responstid, kapasitet og fleksibilitet ved samtidige hendelser.

Som vist i vedlegg 2, punkt 1.5, har en betydelig andel av befolkningen i Helse Møre og Romsdal fergeavhengighet til ulike destinasjoner i den akuttmedisinske kjeden. Dette gjelder både transport til akuttmottak i helseforetaket og til andre sentrale funksjoner, og innebærer at fergeforbindelser inngår som en kritisk del av de operative transportforutsetningene i flere områder. Fergeavhengighet kan forsterke konsekvensene av kapasitetsendringer i ambulansetjenesten, særlig i natt- og helgeperioder, ved avvik i fergetilbudet og ved samtidige hendelser. Dette utgjør en viktig rammebetingelse for vurdering av beredskap, tilgjengelighet og operativ robusthet i berørte områder.

3.4 Aktivitetsnivå og oppdragsprofil

Aggregerte data viser at ambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal samlet sett håndterer om lag 107 ambulanseoppdrag per døgn, med en akuttandel på rundt 34 % (figur 4). Dette gir et overordnet bilde av aktivitetsnivå og oppdragskompleksitet på systemnivå. Aktiv tid og fordeling per stasjon er nærmere beskrevet i pkt. 5.3 i vedlegg 2.

Bak dette gjennomsnittet varierer imidlertid aktivitetsnivået betydelig mellom områder og gjennom døgnet, jf. vedlegg 3. «*Døgnprofiler*» Flere baser har perioder med lav oppdragsmengde, mens andre har jevn eller høy belastning. Det forekommer også perioder med høy samtidighet, noe som kan redusere tilgjengelig beredskap. Endringer i oppdragsprofil påvirker dermed tilgjengeligheten av ambulanseressurser og stiller økte krav til samhandling og kompetanse.



Figur 4: Aggregert aktivitets- og oppdragsprofil for ambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal, med om lag 107 oppdrag per døgn og en akuttandel på rundt 34 %.

4. Usikkerhetsvurdering

Det er knyttet usikkerhet både til datagrunnlaget og til de faktiske konsekvensene av mulige innsparingstiltak. Arbeidet bygger i hovedsak på historiske aktivitetsdata, som gir et godt bilde av tidligere belastning, men som har begrenset evne til å forutsi framtidige variasjoner i oppdragsmengde, samtidige hendelser og endrede behov.

Datagrunnlaget baserer seg på registreringer gjort underveis i eller etter gjennomførte oppdrag og representerer dermed ikke sanntidsdata. Datakvaliteten kan påvirkes av operativ situasjon og variasjoner i registreringspraksis. Videre er geografiske analyser gjennomført for utvalgte tiltak, men ikke for alle, noe som medfører ulik detaljeringsgrad og begrenser direkte sammenliknbarhet mellom tiltakene.

Regionens geografi, med øy- og fjordstruktur samt krevende vær- og føreforhold, påvirker både tilgjengelighet og faktisk responstid. For enkelte områder kan forhold som stengte samband, redusert framkommelighet og samtidige hendelser medføre perioder med lavere operativ beredskap enn det historiske data alene gir grunnlag for å beskrive.

Endringer i ressursdisponering i ett område kan få konsekvenser for øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden. Økt belastning på gjenværende ressurser kan påvirke arbeidsbelastning, responstid og operativ robusthet i kommunale tjenester, AMK, legevakt, luftambulansetjenesten og sykehus. Slike samlede virkninger lar seg i begrenset grad tallfeste presist på forhånd, særlig ved samtidige hendelser og

varierende operative forutsetninger, og er derfor vurdert på et overordnet og kvalitativt nivå.

Befolknings- og behovsframskrivninger bygger på tilgjengelige prognoser og kjente utviklingstrekk. Den faktiske utviklingen kan avvike som følge av endringer i bosettingsmønster, tjenesteorganisering og medisinsk praksis, og bidrar dermed til usikkerhet knyttet til framtidig aktivitets- og transportbehov.

Parallelt med vurderte innsparingstiltak pågår det, og kan komme, omstillingsprosesser i foretaket. Slike prosesser kan medføre endringer i organisering, arbeidsformer og ressursbruk som er vanskelige å forutse i tid og omfang. Samtidige omstillinger kan påvirke gjennomføringsevne, arbeidsbelastning og samhandling mellom tjenester, og kan i perioder redusere operativ robusthet. Dette bidrar til økt usikkerhet knyttet til de samlede konsekvensene av tiltakene.

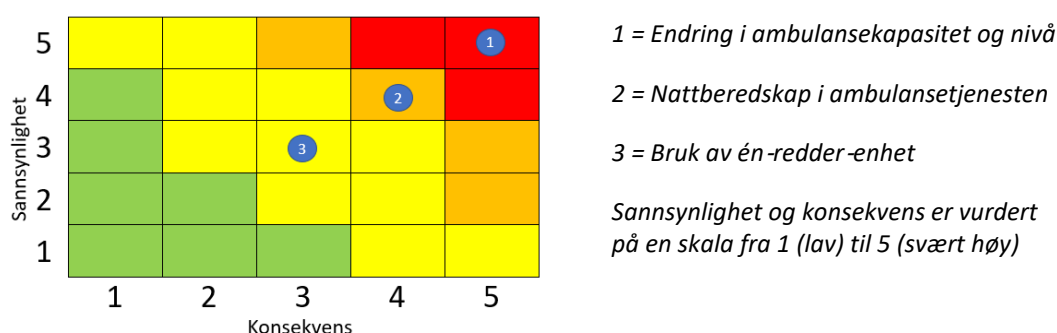
Endringer i prehospital struktur kan videre medføre forskyvning av oppgaver, belastning og kostnader mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden. Ambulansetjenesten, kommunale tjenester, legevakt, AMK, luftambulansetjenesten og sykehus utgjør gjensidig avhengige deler av et samlet system. Konsekvenser av kapasitetsendringer vil derfor ikke være isolerte, og økt belastning eller behov ett sted kan gi følgeeffekter andre steder i kjeden. Slike virkninger kan være både faglige, operative og økonomiske, og vil kunne oppleves ulikt mellom kommuner og helseforetak. Arbeidsgruppen vurderer at eventuelle kostnads- og ressursmessige konsekvenser må belyses helhetlig og nyansert, og forutsetter videre behandling i egne prosesser i samarbeid mellom partene.

5. Overordnet risikovurdering – konsekvenser for kapasitet og beredskap

Analysene viser at risiko ved foreslåtte innsparingstiltak i hovedsak knytter seg til pasientsikkerhet, responstid og tjenestens samlede operative evne. Risikoen er særlig knyttet til situasjoner med samtidige hendelser, krevende geografiske forhold og begrenset tilgang på alternative ressurser.

Figuren viser en overordnet risikomatrix basert på vurdering av sannsynlighet og konsekvens for tre identifiserte risikoelementer. Plasseringen reflekterer en samlet faglig vurdering av konsekvenser innen pasientsikkerhet, drift/tjenesteproduksjon, tillit/omdømme, samhandling, HMS og merarbeid, samt hvor ofte situasjonene vurderes å kunne oppstå. Nummereringen i figuren viser til de tre risikoelementene som er beskrevet nærmere i vedlegg 4 «ROS - Innsparingstiltak Båt og Bilambulansetjenesten».

Figur.5



Risikonivået varierer betydelig mellom ulike deler av regionen. Områder preget av øy- og fjordstruktur, lange avstander, værutsatte samband og lav bemanning framstår som særlig sårbare ved endringer i kapasitet. I slike områder kan selv mindre reduksjoner i tilgjengelige ressurser få vesentlige konsekvenser for responstid og operativ beredskap.

Aktivitetsanalysene viser samtidig betydelige forskjeller i belastning og oppdragsprofil mellom områdene. Områder med høy aktivitet og stor andel akutte oppdrag har økt ressursbinding, særlig i ettermiddags- og kveldsperioder, noe som reduserer tilgjengelig beredskap og bidrar til ulike risikoprofiler i regionen.

For enkelte tiltak kan kompensierende løsninger bidra til å redusere risiko, forutsatt at disse er realistiske og kan opprettholdes over tid. I andre tilfeller kan risikoen ikke håndteres innenfor dagens rammer, særlig i områder med betydelige geografiske og beredskapsmessige utfordringer.

5.1 Prioriterte pasientgrupper og kommunale konsekvenser

Helsefelleskapet er forpliktet til å prioritere definerte pasientgrupper: skrøpelige eldre, pasienter med sammensatte og omfattende behov, personer med psykiske lidelser og rusproblematikk, samt kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid. Endringer i prehospital tilgjengelighet, responstid og transportkapasitet kan ha ulik betydning for disse gruppene.

I denne utredningen er konsekvenser for prioriterte pasientgrupper og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vurdert på et overordnet nivå, basert på tilgjengelige data, faglig erfaring og samlet risikobilde. Det er ikke gjennomført tiltaks- eller kommunevise analyser av hvordan foreslåtte endringer kan påvirke kommunale tjenester som legevakt, fastleger, hjemmetjeneste, sykehjem og kommunale øyeblikkelig-hjelp-plasser.

Eventuelle virkninger for kommunene vil kunne variere betydelig mellom områder og vil avhenge av lokale forhold, eksisterende beredskap og etablerte samhandlingsløsninger. Spørsmål knyttet til mer detaljerte konsekvenser for prioriterte pasientgrupper og kommunale tjenester forutsettes håndtert gjennom videre beslutningsprosesser, dialog med kommunene og eventuelle kompenserende tiltak.

6. Grunnlag for vurderte tiltak

Arbeidsgruppen har gjennomgått et bredt spekter av mulige innsparingstiltak innen båt- og bilambulansetjenesten. Arbeidet er forankret i analyser av aktivitet, kapasitet, risiko og samhandling, slik disse er beskrevet i rapporten og tilhørende vedlegg. Målet har vært å identifisere tiltak som gir et forsvarlig grunnlag for videre behandling, innenfor gjeldende krav til pasientsikkerhet og beredskap.

Tiltakenes egnethet varierer mellom ulike deler av regionen. Dette innebærer at tiltak som kan vurderes å være forsvarlige ett sted, kan gi økt risiko et annet sted. Arbeidet er derfor gjennomført med vekt på lokale forhold og samlet belastning i tjenesten.

I vurderingen av hvilke tiltak som foreslås for videre behandling, har arbeidsgruppen lagt særlig vekt på følgende hensyn:

- konsekvenser for pasientsikkerhet og operativ beredskap
- risiko for økt responstid og samtidighetskonflikter
- geografiske og lokale forutsetninger
- samhandling i den akuttmedisinske kjeden
- konsekvenser for arbeidsbelastning og tilgang på kompetent personell

Flere av de foreslåtte tiltakene innebærer endringer i beredskapsløsninger som ble etablert på bakgrunn av daværende behov og forutsetninger. Endringer i aktivitetsmønster, ressursstruktur, samhandling og tilgjengelig erfaring gir grunnlag for å se disse tiltakene i lys av dagens situasjon. For enkelte tiltak foreligger det nå erfarings- og aktivitetsdata fra faktisk drift, som styrker grunnlaget for å vurdere behov, effekt og forholdsmessighet. Arbeidet tar utgangspunkt i dagens kunnskap, dagens organisering og det samlede beredskapsbildet slik dette faktisk fungerer i dag, innenfor gjeldende krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet. Tidligere beslutninger inngår som en del av beslutningsgrunnlaget, men er ikke gjenstand for ny vurdering i seg selv.

Tiltak som samlet sett anses å innebære uakseptabel risiko, eller som mangler tilstrekkelig faglig grunnlag, er ikke foreslått tatt videre. Der kompensierende tiltak inngår som forutsetning, er det lagt til grunn at disse må være realistiske og kunne opprettholdes over tid. På dette grunnlaget er det utarbeidet en samla oversikt beskrevet i vedlegg 5 «*Vurdering av tiltak – Nordmøre, Romsdal, Nordre Sunnmøre, Indre Sunnmøre og Søre Sunnmøre*». Oversikten viser hvilke tiltak arbeidsgruppen mener det er faglig grunnlag for å vurdere videre, samt hvilke tiltak som ikke foreslås videreført, og danner grunnlag for styrets videre behandling og beslutning.

7. Faglige vurderte tiltak for videre behandling i styret

De tiltakene som er beskrevet nedenfor, bygger på det samlede faglige grunnlaget som presenteres i rapporten med tilhørende vedlegg. Tiltakene er utarbeidet som forslag til

videre behandling, med ulik grad av modenhet. For hvert tiltak er arbeidsgruppens samla faglige vurdering og konklusjon redegjort for i tilhørende vedlegg. Enkelte tiltak forutsetter ytterligere avklaringer før eventuell gjennomføring. Konsekvenser for arbeidsbelastning, arbeidsmiljø og rekruttering er vurdert på et overordnet nivå, og forutsettes ivaretatt gjennom ordinære prosesser dersom tiltak besluttet iverksettes.

7.1 Fjerning av dagbil i Kristiansund

Anslått innsparing: 6 mill. kroner

Arbeidsgruppen har vurdert avvikling av dagbil ressursen i Kristiansund. Vurderingen bygger på analysert aktivitetsmønster etter oppstart av SNR, samt gjennomførte risiko- og transportanalyser. Samlet sett menes gjenværende kapasitet å være tilstrekkelig innenfor dagens beredskapsmodell, forutsatt justert disponering og prioritering gjennom AMK.

7.2 En-redder-ressurs i Geiranger

Anslått innsparing: 2,5 mill. kroner

Alternative beredskapsløsninger i Geiranger er gjennomgått. Full avvikling av ambulansetjenesten er vurdert som lite forenlig med krav til forsvarlighet, blant annet på grunn av betydelig økt responstid og høy risiko ved akutte hendelser, særlig i perioder med stor sesongbasert belastning. En en-redder-løsning vurderes å gi bedre samsvar mellom beredskapsbehov og ressursbruk.

7.3 En-redder-ressurs på Harøy

Anslått innsparing: 4,5 mill. kroner

For Harøy er ulike alternativ for ambulansetjenesten belyst. En-redder-ressurs fremstår som et alternativ som kan sikre lokal tilgjengelighet og raskt prehospital innsats. Full avvikling av ambulanseressursen er vurdert å medføre lange responstider fra alternative ressurser og gir etter arbeidsgruppens vurdering økt risiko.

7.4 En-redder-ressurs i Midsund

Anslått innsparing: 4,5 mill. kroner

I Midsund er det gjort en faglig gjennomgang av beredskapsalternativer. Full avvikling av ambulanseressursen vurderes å ha uforholdsmessige konsekvenser, blant annet

knyttet til fergeavhengighet, lange responstider og begrenset tilgang på alternative ressurser. En en-redder-løsning fremstår som et mer balansert alternativ. Tiltaket forutsetter samarbeid med kommunen om nødvendig infrastruktur.

7.5 Sammenslåing av Aukra og Midsund som beredkapsområde

Anslått innsparing: Avklares

Arbeidsgruppen har sett nærmere på muligheten for en felles ambulanseberedskap for Aukra og Midsund. En slik modell er vurdert å kunne gi bedre samlet ressursutnyttelse, men forutsetter etablering av en ekstra ressurs i Molde-området i form av syketransport for å håndtere økt oppdragsmengde og transportbelastning.

7.6 Redusert nattberedskap i Ulstein

Anslått innsparing: 1,0 mill. kroner

Nattberedskapen i Ulstein er gjennomgått med utgangspunkt i aktivitetstall, samtidighetsbelastning og tilgjengelig regional kapasitet. En reduksjon i nattberedskapen vurderes å kunne gjennomføres innenfor dagens struktur. Full avvikling av døgnressursen er ikke lagt til grunn på nåværende tidspunkt.

7.7 Sammenslåing av seksjon Ørskog/Haram – lokalisering til Stette

Anslått innsparing: 1,5 mill. kroner

Arbeidsgruppen har gjennomgått dagens organisering av ambulanseressursene i Ørskog og Haram. En sammenslåing til en seksjon er vurdert å kunne bidra til økt robusthet, mer effektiv ressursutnyttelse og styrking av fagmiljøet i området Stor-Ålesund. Eventuell lokalisering til Stette er belyst som et langsiktig alternativ.

7.8 Etablering av ekstra syketransportenhet i Molde

Merutgift: Avhenger av modell

Behovet for økt syketransportkapasitet i Molde-området er vurdert i lys av høy aktivitet og betydelig samtidighetsbelastning. En ekstra syketransportenhet fremstår som et tiltak som kan avlaste ambulanser for planlagte transporter, og inngår som en forutsetning for flere av de øvrige tiltakene i regionen.

7.9 Etablering av syketransportenhet i Ulstein (Søre Sunnmøre)

Merutgift: Avhenger av modell

Etablering av syketransportressurs på søre Sunnmøre er belyst som et mulig tiltak for å avlaste døgnambulanser. Tiltaket vurderes å kunne bidra til mer hensiktsmessig oppgaveløsning, redusert samtidighetsbelastning og økt robusthet i den akuttmedisinske beredskapen.

8. Videre behandling og oppfølging

Rapporten utgjør det samlede faglige grunnlaget for videre behandling i foretakets ordinære beslutningsprosesser. Mandatet for arbeidet har vært å identifisere innsparingstiltak tilsvarende 20 mill. kroner. De foreslåtte tiltakene i rapporten utgjør samlet sett om lag 20 mill. kroner. I tillegg foreligger tidligere gjennomførte tiltak med helårsvirkning på om lag 3,5 mill. kroner. Samlet gir dette et økonomisk handlingsrom i tråd med mandatet, forutsatt at tiltakene vurderes og gjennomføres i sammenheng.

Flere av de foreslåtte tiltakene forutsetter nærmere avklaringer, valg av gjennomføringsmodell, lokale tilpasninger og eventuelle kompenserende løsninger. Endelig realisering av innsparingseffekt vil derfor avhenge av videre beslutninger og konkretisering i linjen. Eventuelle beslutninger om gjennomføring forutsetter planlagt oppfølging, med nødvendige risikoreduserende tiltak og løpende evaluering, for å sikre forsvarlig drift, pasientsikkerhet og beredskap over tid. Videre beslutninger om struktur, beredskap og ressursbruk bør ses i sammenheng med langsiktige utviklingstrekk, herunder demografiske endringer, tilgang på kompetanse og økonomiske rammebetingelser, og håndteres gjennom helhetlige og koordinerte prosesser i den akuttmedisinske kjeden

Vedlegg

1. Sammensetning av arbeidsgruppen
2. Datagrunnlag – tall og drøftingsmateriell
3. Døgnprofiler
4. ROS – innsparingstiltak i Båt- og bilambulansetjenesten

5. Vurdering av tiltak - Nordmøre, Romsdal, Nordre Sunnmøre, Indre Sunnmøre og Søre Sunnmøre
6. *Høringsinnspill (samlet og uendret)*

Referanser

- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (akuttmedisinforskriften), FOR-2015-03-20-231.
- Meld. St. 31 (2023–2024). Perspektivmeldingen 2024. Finansdepartementet.
- Meld. St. 23 (2024–2025). Fornye, forsterke og forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2023: Tid for handling.
- NS 5814:2021 – Krav til risikovurderinger. Norsk Standard.
- Helse Midt-Norge RHF. Rammeverk for risikostyring.
- Regional Utviklingsplan 2023 -2026 (2022).



HELSE MØRE OG ROMSDAL

