

## Innhold

|  |    |
|--|----|
| Formål med vedlegget .....                                       | 2  |
| Overordna tiltak, gjelder hele fylket .....                      | 2  |
| NORDMØRE.....  | 3  |
| 1.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter .....     | 3  |
| 1.1 Avvikling av Aure dagbil (08–16) .....                       | 4  |
| 1.2 Reduksjon av bemanning på ambulansebåt - Mørejenta.....      | 6  |
| 1.3 Avvikling av dagbil 483 (Kristiansund).....                  | 8  |
| 1.4 Redusert nattberedskap Kristiansund (en bil natt).....       | 11 |
| 1.5 Redusert nattberedskap Sunndal (en bil natt).....            | 13 |
| 1.6 Redusert nattberedskap Surnadal (en bil natt) .....          | 15 |
| ROMSDAL .....  | 17 |
| 2.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter .....     | 17 |
| 2.1 Redusert nattberedskap Molde (en bil natt) .....             | 18 |
| 2.2 Avvikling av døgnambulans i Midsund.....                     | 20 |
| 2.3 En-redder enhet i Midsund .....                              | 22 |
| 2.4 Sammenslåing av Midsund–Aukra til ett beredskapsområde ..... | 25 |
| 2.5 Etablering av ekstra syke transportbil i Molde-området ..... | 27 |
| 2.6 Redusert nattberedskap Rauma (en bil natt).....              | 28 |
| NORDRE - SUNNMØRE .....  | 30 |
| 3.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter .....     | 30 |
| 3.1 Redusert nattberedskap Ålesund (en bil natt) .....           | 31 |
| 3.2 Avvikling av døgnressurs Harøya .....                        | 33 |
| 3.3 En-redder enhet Harøya .....                                 | 35 |
| 3.4 Sammenslåing av ambulanseressurser i Ørskog og Haram.....    | 37 |
| INDRE SUNNMØRE .....   | 40 |
| 4.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter .....     | 40 |
| 4.1 Avvikling av døgnressurs i Geiranger.....                    | 41 |
| 4.2 En-redder enhet i Geiranger .....                            | 43 |
| SØRE - SUNNMØRE .....  | 46 |
| 5.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter .....     | 46 |
| 5.1 Avvikling av døgnressurs i Ulstein.....                      | 47 |
| 5.2 Redusert nattberedskap i Ulstein (en bil natt) .....         | 49 |
| 5.3 Etablering av syke transportbil i Ulstein .....              | 51 |
| 5.4 Redusert nattberedskap Volda (en bil natt).....              | 52 |

## Formål med vedlegget

Dette vedlegget oppsummerer det faglige grunnlaget for de foreslåtte innsparingstiltakene i ambulansetjenesten. Tiltakene er vurdert hver for seg, med tilhørende risiko, avhengigheter, lokale konsekvenser og aktuelle kompenserende tiltak. Samtidig er vurderingene gjort med forståelse for at ambulansetjenesten fungerer som et sammenhengende system, der endringer i ett område kan påvirke beredskap og kapasitet i andre områder. Kompenserende tiltak er derfor vurdert som en del av helheten, og er av betydning for i hvilken grad de foreslåtte tiltakene anses gjennomførbare. Formålet er å gi et transparent og systematisk beslutningsgrunnlag for videre behandling.

## Overordna tiltak, gjelder hele fylket

Overordnede kompenserende tiltak gjelder for hele fylket og beskriver tiltak som skal sikre trygg drift når ressurser reduseres eller belastningen øker. Tiltakene er felles for alle områder og håndterer blant annet samtidig hendelser, værutfordringer og logistikk. Lokale tiltak kommer i tillegg der geografien eller andre forhold krever egne løsninger.

| <b>Kategori</b>                    | <b>Beskrivelse på overordnet nivå</b>  |
|------------------------------------|--|
| <b>Ressursstyring og logistikk</b> | Tiltak som sikrer god bruk av ressurser og kortest mulig responstid. Omfatter styring av ambulanser og transport, pasientstrømmer til sykehus, modell for beredskapsutfylling, tiltak for å redusere bindingstid ved ikke-akutte legevakt- og sykehjems transport, og samarbeid mellom områdene ved samtidighet. |
| <b>Alternative enheter</b>         | Tiltak som gjør at oppdrag kan løses uten ambulanse når det er forsvarlig – f.eks. bruk av syke-transportbiler, legevaktbil  |
| <b>Prehospital samhandling</b>     | Tiltak som styrker samarbeidet mellom AMK, legevakt og kommunale tjenester, inkludert bruk av videoløsninger og telemedisin for bedre vurdering lokalt, samt forbedret samhandling mellom legevakt og sykehus for å avklare når ambulanse er nødvendig ved legevakt-sykehus-transporter.                         |
| <b>Førsteinnsats</b>               | Tiltak som gir rask hjelp nær hendelsesstedet gjennom First Responder-, brann- og frivillighetsmodeller. Viktig i områder med lang framkjøringstid.  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Luftambulansestøtte</b>                    | Tiltak for å bruke luftambulansen riktig, inkludert kriterier for aktivering og plan ved dårlig vær eller bortfall  |
| <b>Plan for krevende forhold</b>              | Tiltak for å håndtere vær, fjordkryssinger, manglende samband og isolasjon. Omfatter også planlagt ressursflytting ved uvær eller stengte veier.  |
| <b>Organisering og struktur</b>               | Tiltak som handler om hvordan beredskapen er organisert; justering av responssoner, plassering av stasjoner, håndtering av natt-morgen-overlapp, to-enhetsoppdrag og bruk av legevaktstrukturen.  |
| <b>Systemstyring og kapasitetsforvaltning</b> | Tiltak som skal sikre kvalitet og god drift i tjenesten, som rekvirentoppfølging, sykehusenes transport- og utskrivingsrutiner, kontinuerlig overvåking av aktivitet og bindingstid, samt bruk av risikobaserte bemanningsmodeller for å tilpasse kapasiteten til faktisk oppdragsmengde og belastning. |

## NORDMØRE

(Kristiansund–Gjemnes–Tingvoll, Smøla–Aure, Sunndal - Surnadal)

### 1.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter

Nordmøre er en geografisk sammensatt region med både øy- og fastlandskommuner, fjordkryssinger og vinterutsatte transportkorridorer. Dette gir varierende forutsetninger for akuttmedisinsk beredskap og påvirker utrykningstid, tilgjengelig kapasitet og muligheten for operativ støtte mellom kommuner. Regionen er samtidig tett sammenkoblet gjennom felles pasient- og transportmønstre, slik at endringer i kapasitet ett sted raskt kan få konsekvenser i andre deler av Nordmøre.

Kristiansund fungerer som et sentralt beredskapsknutepunkt for flere omlandskommuner, med betydelig samhandling både mot Molde og SNR-området. Øykommuner som Aure og Smøla har særskilte utfordringer knyttet til båt- og ferjeavhengighet og begrensede alternative ruter, mens Sunndal og Surnadal er preget av lange avstander, dalføre og perioder med redusert framkommelighet.

Luftambulansen utgjør en viktig støtteressurs, men tilgjengeligheten påvirkes av vær- og siktforhold, noe som i perioder øker betydningen av lokale landbaserte ressurser.

### **Sentrale sårbarhetsfaktorer**

- Geografiske avstander og fremkommelighet – fjorder, tunneler og dalfører gir varierende utrykningstid.
- Øy- og båtavhengighet – begrensede alternative ruter og værutsatt framføring på Aure og Smøla.
- Vær- og sesongforhold – snø, is, vind, sikt og rasfare påvirker både bil- og lufttransport.
- Luftambulansetilgjengelighet – værmessige begrensninger kan gi økt belastning på landressurser.
- Regionale pasient og transportstrømmer - særlig nord-sør-avhengighet knyttet til SNR-området og Kristiansund.
- Samtidighet og ressursbinding bindingstid – særlig ved topper, natt og langtransporter i Kristiansund, Sunndal og Surnadal.

### **1.1 Avvikling av Aure dagbil (08–16)**

#### **Innsparing**

- 2 millioner NOK
- 2 årsverk

#### **Risiko**

- Økt belastning på Aure døgnbil (355 oppdrag/149 akutte - 2025).
- Lav backup-tilgjengelighet pga. avstander og fjorder.
- Forlenget responstid i tidsrommet 08–16.
- Redusert lokal håndtering (stor andel løses lokalt).

#### **Regionale avhengigheter**

- Smøla nærmeste primær back-up ,1 ferge
- Lang transporttid kan gi perioder uten tilgjengelig ressurs
- Ekstern Hemne blir brukt som ressurs i Aure

## **Lokal geografisk sårbarhet**

- Tunnel- og fjordkryssing uten alternative ruter.
- Stor sårbarhet når døgnbil er på langtransport.
- Avstander til Kristiansund, Tingvoll, Halså og Smøla

## **Gjennomførbarhet**

Aure dagbil hadde i 2025 170 oppdrag, 691 timer i oppdrag og 24 247 km kjørt, tilsvarende 4,1 timer og 143 km per oppdrag. Median på 125 km og 237 minutter viser at oppdragene gjennomgående er lange og ressurskrevende. 35 oppdrag (20,6 %) var akutte, og 11 av disse hadde rød/orange ankomsttriage (31,4 % av akutte, 6,5 % av alle oppdrag). For Aure-311 og Aure-316 er det registrert 579 oppdrag, hvorav 409 på Aure-311 og 170 på Aure-316, med 93 samtidige oppdrag (16,1 %). Av de 11 mest kritiske responsene (rød og orange) for Aure-316 var Aure-311 ledig i 8 tilfeller, men opptatt i 3. Uten Aure-316 ville disse hendelsene sannsynligvis medført økt responstid og forsinket helsehjelp. I Aure er ambulansen fremme innen 35 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 22 minutter.

Konklusjon: Uten Aure-316 ville minst 3 hendelser i 2025 sannsynligvis ha medført økt responstid og forsinket helsehjelp for kritiske pasienter. De registrerte 93 samtidige oppdragene viser samtidig et vedvarende behov for parallelle ressurser.

Virksomhetsdata tilsier at bruken av ressursene endres når tilgjengeligheten reduseres, og redusert aktivitet ved bortfall av bilen vil derfor i hovedsak reflektere tilpasning til lavere kapasitet, ikke redusert behov.

## **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| Kompenserende tiltak  | Reduserer risikoen for...                               |
|---|---|
| <b>Tidlig aktivering av Tingvoll/Gjemnes/Averøy for å møte Mørejenta på kai</b> | Forsinket ambulansetilgang ved langvarige oppdrag       |
| <b>Forhåndsposisjonering ved kjente flaskehals (fjord/tunnel)</b>               | Forsinket respons og manglende dekning i sårbare område |
| <b>Lokale tiltak ved vær- og sambandsbrudd</b>                                  | Lang responstid og manglende dekning i isolerte deler   |
| <b>Styrking av lokale First Responder (FR)/akutthjelperordninger</b>            | Forsinket førsteinnsats før ambulanse ankommer          |

## **Restrisiko**

Videreføring av to ambulanseressurser på dagtid i Aure innebærer noe restrisiko ved samtidige hendelser når begge ressurser er bundet i langvarige oppdrag. Dette kan gi midlertidig redusert lokal tilgjengelighet. Risikoen vurderes som begrenset og håndterbar innenfor dagens struktur, og som klart lavere enn ved avvikling av dagbilen.

## **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen konkluderer med at dagbilen i Aure videreføres. Dette bygger på gjennomgang av virksomhetsdata, registrert samtidighet og områdets geografiske rammebetingelser, som samlet viser et vedvarende behov for parallelle ambulanseressurser på dagtid. Analysene indikerer at eventuell reduksjon i oppdragsvolum ved bortfall av dagbilen i hovedsak vil være et utslag av redusert tilgjengelig kapasitet og endret disponering, og ikke uttrykk for et lavere faktisk behov for ambulanseberedskap. Aures beliggenhet med fjord-, tunnel- og ruteavhengighet gir begrensede muligheter for rask og stabil ekstern bistand. Dette forsterker konsekvensene av kapasitetsreduksjon og gir liten reell erstatningseffekt ved bortfall av dagressursen. Arbeidsgruppen vurderer at fjerning av dagbilen vil svekke beredskapens robusthet og fleksibilitet i dagperioden. Den økonomiske besparelsen ved avvikling vurderes som relativt begrenset og står ikke i rimelig forhold til den økte risikoen for forsinket respons og redusert pasientsikkerhet.

### 1.2 Reduksjon av bemanning på ambulansebåt - Mørejenta

#### **Innsparing**

- *Ca. 3 millioner NOK*
- *3 årsverk*

#### **Risiko**

- Redusert utrykningsevne for Smølas primærressurs.
- Smøla (750 oppdrag/år) er 100 % avhengig av båt.
- Værforhold påvirker drift kraftig, redusert bemanning øker sårbarhet.
- Samtidighet når landbil er bundet gir økt risiko.
- Legevakt svekkes uten stabil båtberedskap.

## Regionale avhengigheter

- Kristiansund er primær backup, svekkelser der gir umiddelbar risiko.
- Midsund/Aukra/Molde avhengighet kan begrense helikopterbruk.
- Helikopterfallout gir akutt press på Mørejenta.

## Lokal geografisk konsekvens

- Ingen alternative ruter inn/ut av øya.
- Store avstander og værutsatt sjøområde.
- Forsinkelse = manglende fremmøte.

## Gjennomførbarhet

Ordningen er helt eller delvis særfinansiert, noe som gir begrenset handlingsrom for lokale endringer. Samtidig vil redusert bemanning eller kapasitet gi betydelig økt operativ risiko, særlig fordi Smøla er fullt avhengig av båt som primærressurs, har stor værpåvirkning og mangler reelle alternative løsninger. Regionale avhengigheter og sårbar geografisk situasjon forsterker konsekvensene, og gjør at innsparinger må veies opp mot vesentlig svekket beredskap og pasientsikkerhet.

## Områdespesifikke kompensierende tiltak

| <b>Kompenserende tiltak</b>  | <b>Reduserer risikoen for....</b>                 |
|--|---|
| <b>Tidlig støtte fra Kristiansund ved høy belastning</b>           | Manglende tilgjengelighet ved samtidige hendelser |
| <b>Vær- og sjøtilpasset drift av ambulansébåt</b>                  | Manglende fremmøte eller forsinkelse i dårlig vær |
| <b>Robust sambands med redundans løsning tilpassa kyst og hav</b>  | Tap av kommunikasjon ved kritiske hendelser       |
| <b>styrking av FR-/akutthjelper- og frivillig innsats på Smøla</b> | Lang responstid og manglende førsteinnsats        |
| <b>Tett samarbeid mellom ambulansébåt, AMK og legevakt</b>         | Forsinkede beslutninger og dårlig ressursbruk     |

## Restrisiko

Ambulansébåtberedskapen er sårbar for vær- og sjøforhold og kan ved høy aktivitet få redusert kapasitet ved samtidige hendelser. Denne risikoen vurderes som håndterbar innenfor dagens bemanning og driftsmodell. Ved redusert bemanning vil restrisikoen

øke betydelig, da Smøla mangler alternative prehospitalt hovedressurser og har begrenset mulighet for rask ekstern forsterkning.

### **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen konkluderer med å videreføre dagens bemanning på Mørejenta. Ambulansebåten har en helt sentral funksjon i den akuttmedisinske beredskapen for Smøla. For øykommunen utgjør båtressursen den primære og bærende prehospitalt kapasiteten, og ikke et supplement til annen tilgjengelig beredskap. Arbeidsgruppen vurderer at denne rollen forutsetter kontinuerlig tilgjengelighet og stabil bemanning. En reduksjon i bemanning vil raskt påvirke utrykningsevnen, redusere håndteringsevnen ved samtidige hendelser og øke risikoen for forsinket medisinsk hjelp. Denne risikoen kan ikke avbøtes gjennom landbaserte ambulanser eller regional støtte på en tilstrekkelig robust måte. Det legges videre vekt på at Mørejenta allerede opererer med høy oppdragsbelastning, noe som gir begrenset handlingsrom for ytterligere effektivisering uten direkte konsekvenser for driftssikkerhet og pasientsikkerhet. Samlet vurderer arbeidsgruppen at stabil bemanning på ambulansebåten er en forutsetning for forsvarlig akuttmedisinsk beredskap på Smøla.

### **1.3 Avvikling av dagbil 483 (Kristiansund)**

#### **Innsparing**

- Ca. 6 millioner NOK
- 6 årsverk

#### **Risiko**

- Økt samtidighetsrisiko (481/482 har 28–30 % belastning).
- Redusert kapasitet for A/B-oppdrag i byområdet.
- Redusert støtte til Tingvoll/Gjemnes/Averøy.
- Økt trykk på 912 og legevaktbil.
- Langtransport til Molde/Trondheim kan gi redusert beredskap i sentrum.

#### ***Bygger på forutsetninger fra SNR-oppstart:***

- *Kortere transporter skulle avlaste 481/482.*
- *Mer konsentrert akuttpasientstrøm til SNR-området.*
- *483 var opprinnelig en overgangsressurs, ikke en permanent døgnbil.*

## **Regionale avhengigheter**

- Molde kan ikke avlaste ved samtidighet.
- Fræna/Molde sender oppdrag nordover ved egen samtidighet.
- Endringer i Midsund/Aukra påvirker Kristiansunds støtteevne.

## **Lokal geografisk sårbarhet**

- Tingvoll/Gjemnes/Averøy har lange responstider.
- Smal geografi gir umiddelbar risiko ved bortfall av en ressurs.
- Tobårebil i Gjemnes kan ikke fungere som akuttbuffer.

## **Gjennomførbarhet**

Kristiansund dagbil hadde 646 oppdrag i perioden mai til desember 2025, 1 478 timer i oppdrag og 45 446 km kjørt, tilsvarende 2,3 timer og 70 km per oppdrag. Median på 72,5 km og 133 minutter viser at oppdragene gjennomgående er kortere og mindre ressurskrevende enn i Aure. Oppdragene har en høy andel akutt- og hastegrad, med en betydelig andel rød/orange triage. For Kristiansund-481, 482 og 483 er det registrert 206 samtidige oppdrag (30,8 %) hvor begge øvrige biler er opptatt samtidig med Kristiansund-483, noe som innebærer at det i en betydelig andel av oppdragene ikke er tilgjengelig lokal reservekapasitet. Av de 113 mest kritiske responsene (rød og orange) for Kristiansund-483 var både Kristiansund-481 og 482 opptatt i 9 tilfeller. Uten Kristiansund-483 ville disse hendelsene sannsynligvis medført økt responstid og forsinket helsehjelp. I Kristiansund er ambulansen fremme innen 17 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 11 minutter.

Konklusjon: Uten Kristiansund-483 ville minst 9 hendelser i 2025 sannsynligvis ha medført økt responstid og forsinket helsehjelp for kritiske pasienter i perioden mai til desember 2025. De registrerte 206 samtidige oppdragene viser samtidig et vedvarende behov for parallelle ressurser. Virksomhetsdata tilsier at bruken av ressursene endres når tilgjengeligheten reduseres, og redusert aktivitet ved bortfall av bilen vil derfor i hovedsak reflektere tilpasning til lavere kapasitet, ikke redusert behov. Det bemerkes at det ikke er snakk om langvarige forsinkelser, da Kristiansund som bynær tjeneste har flere ressurser som kan bistå.

## **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b><i>Kompensierende tiltak</i></b>   | <b><i>Reduserer risikoen for....</i></b>  |
|---|---|
| <b>Lokal prioritering av langtransporter</b>  | Svekka akuttberedskap i byområdet   |
| <b>Aktiv nabostøtte fra Tingvoll/Gjemnes/Averøy</b>   | Forsinket respons og redusert dekning i randsoner                                     |
| <b>Taktisk plassering av ambulanser i by og randsoner</b>   | Manglende tilgjengelig ambulanse ved samtidige alvorlige oppdrag                      |
| <b>Tiltak for håndtering av smal geografi og trafikkårer</b>  | Akutt dekningssvikt ved bortfall eller forsinkelse av ambulanse                       |
| <b>Videre bruk og styrking av hvit bil som støtte</b>   | Unødig bruk av ambulanse på ikke-akutte oppdrag                                       |
| <b>LV-bil (24/7) brukes til avklaring og igangsetting av behandling i påvente av transportressurs</b> | Forsinka medisinsk vurdering og behandlingsstart ved mangel på tilgjengelig ambulanse |

### **Restrisiko**

Avvikling av dagbilen i Kristiansund innebærer noe redusert lokal reserve ved høy aktivitet og samtidige hendelser, og kan gi noe forlenget responstid i enkelte situasjoner. Restrisikoen vurderes som håndterbar og akseptabel innenfor eksisterende beredskapsstruktur, gitt bynær beliggenhet og tilgang på flere nærliggende ressurser. Risikoen vurderes som lavere enn kostnaden ved å videreføre en egen dagressurs.

### **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen samlede vurdering er at dagbilen i Kristiansund kan avvikles. Vurderingen er basert på oppdatert aktivitetsmønster etter etableringen av SNR, samt de opprinnelige forutsetningene for at dagbilen ble innført som en midlertidig løsning. Virksomhetsdata viser at dagbilen i enkelte situasjoner har fungert som buffer ved samtidige og krevende hendelser. Samtidig har Kristiansund et tjenestebilde med kort framføringstid, tett ressurstilgang og gode muligheter for aktiv og fleksibel disponering. Dette gir bedre forutsetninger for å håndtere samtidighet og belastning enn i mer distriktsnære områder. En avvikling av dagbilen vil redusere tilgjengelig reservekapasitet i perioder på dagtid. Arbeidsgruppen vurderer imidlertid at denne reduksjonen kan håndteres gjennom justert bruk av eksisterende ressurser, videreutviklet samhandling og mer målrettet bruk av støttefunksjoner i det samlede systemet. Samlet sett vurderes både regional effekt og samlet ressursutnyttelse å være

bedre ivaretatt uten en egen dagbil i Kristiansund enn ved videreføring av dagens løsning. Tiltaket vurderes derfor som faglig forsvarlig.

#### 1.4 Redusert nattberedskap Kristiansund (en bil natt)

##### **Innsparing**

- Ca. 2 millioner NOK.
- Ca 2 årsverk

##### **Risiko**

- Samtidighetsrisiko.
- Langtransporter binder ressursene i min. 1–3 timer.
- Forlenga responstider i by og omlandskommuner.
- To-enhetsoppdrag sårbart.
- Økt press på Molde/Averøy/Gjemnes /Tingvoll ved fravær av KS kapasitet.

##### **Regionale avhengigheter**

- Molde har begrenset mulighet til støtte ved samtidighet.
- Endringer i Midsund/Aukra påvirker begge regioner.
- KS støtter ofte Tingvoll, Averøy og Gjemnes.

##### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Kystgeografi med sterk påvirkning av værforhold.
- Lange avstander i omlandet.

##### **Gjennomførbarhet\***

*\*Ikke GIS analyse*

Nattperioden utgjør en betydelig del av den samlede ambulanseaktiviteten og legger stort beslag på tilgjengelige ressurser. I 2025 ble det håndtert 508 ambulanseoppdrag mellom kl. 00.00 og 08.00. Over halvparten av oppdragene hadde akutt hastegrad, og 119 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ankomst. Median oppdragstid var 112 minutter, med en median kjørelengde på 21 kilometer. Samlet ressursbruk i nattoppdragene utgjorde 990 timer og 26 460 kjørte kilometer. Dette innebærer at ambulanseressursene i stor grad er bundet i aktive oppdrag gjennom natten, med begrenset kapasitet til å håndtere samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy

aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 1 220 ambulanseoppdrag. Samlet aktivitet gjennom kveld og natt reduserer tilgjengelighet, utholdenhet og robusthet i nattberedskapen. Selv om Kristiansund har en bymessig struktur med korte avstander, er nærliggende ressurser ofte allerede disponert på egne oppdrag. Endringer i nattberedskapen må derfor vurderes opp mot faktisk tilgjengelig kapasitet, dokumentert samtidighet og reell mulighet for rask forsterkning.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b>Kompensierende tiltak</b>  | <b>Reduserer risikoen for...</b>                  |
|---|---|
| <b>Tidlig nabostøtte fra Molde/Averøy/Tingvoll om natten</b>              | Udekkede nattoppdrag ved samtidighet              |
| <b>Taktisk plassering av ambulanser nattetid, også mot øyforbindelser</b> | Forlenget responstid ved akutte hendelser         |
| <b>Lokale vær og sambandstiltak tilpassa nattdrift</b>                    | Isolasjon og manglende fremmøte ved sambandsbrudd |
| <b>Forsterkning i helger og perioder med høy nattaktivitet</b>            | Midlertidig manglende beredskap                   |

### **Restrisiko**

Dagens nattberedskap i Kristiansund innebærer noe restrisiko knyttet til høy aktivitet og samtidige, langvarige oppdrag som kan gi midlertidig redusert tilgjengelighet. Risikoen vurderes som håndterbar på dagens nivå. En reduksjon i nattberedskapen vil derimot gi betydelig økt sårbarhet og høyere risiko for forsinket respons ved tidskritiske hendelser.

### **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen konkluderer med at nattberedskapen i Kristiansund bør opprettholdes på dagens nivå. Vurderingen tar utgangspunkt i et gjennomgående høyt nattlig oppdragsomfang, betydelig ressursbinding og begrenset tilgang på tilgjengelige reserveenheter i nattperioden. Oppdragsbildet om natten domineres av hendelser med lang varighet og høy kompleksitet, ofte med behov for omfattende innsats og samtidige ressurser. En reduksjon i tilgjengelig nattpåkapasitet vil derfor raskt påvirke evnen til å håndtere nye hendelser, særlig når parallelle oppdrag krever innsats fra flere enheter. Selv i et byområde vil alternative ressurser ofte være utilgjengelige når belastningen er høy. Arbeidsgruppen legger videre til grunn at Kristiansund har en sentral funksjon for omkringliggende kommuner som Averøy, Tingvoll og Gjemnes. Endringer i

nattberedskapen her vil dermed ikke bare få lokale konsekvenser, men også svekke tilgjengeligheten i et større opptaksområde. Den samlede vurderingen må også ses i lys av anbefalingen om avvikling av dagbilen. En samtidig reduksjon i både dag- og nattkapasitet vil samlet sett innebære en uforholdsmessig reduksjon i beredskapens fleksibilitet og robusthet.

### 1.5 Redusert nattberedskap Sunndal (en bil natt)

#### **Innsparing**

- Ca. 2 mill. NOK
- 2 årsverk

#### **Risiko**

- Samtidighet kan gi høy konsekvens pga. avstand og topografi.
- Nattbil borte 1–3 timer ved transport.
- Industri- og trafikkulykker kan kreve minst to enheter (hyppighet?)
- Nettet har høy bindingstid → lav støtte.
- Legevakt stengt etter 16 → økt nattbelastning.

#### **Regionale avhengigheter**

- Kapasitetsendring i Kristiansund eller Molde påvirker støttemulighet.

#### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Lange dalfører, og fjell med rasfare og vinterstengte strekninger.
- Tunneler uten omkjøringsmulighet.
- Langt til sykehus.
- Begrenset ferjedrift om natten.

#### **Gjennomførbarhet\***

*\*Ikke GIS analyse*

Nattberedskapen i Sunndal kjennetegnes av relativt lavt oppdragsvolum, men høy ressursbelastning per oppdrag. I 2025 ble det gjennomført 124 ambulanseoppdrag i tidsrommet kl. 00.00–08.00. Over halvparten av oppdragene hadde rød hastegrad, og 32 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Median kjørelenge var 103 kilometer, og median oppdragstid 171 minutter. Samlet tidsbruk i

nattoppdragene utgjorde 353 timer, med totalt 11 599 kjørte kilometer. Lange transportavstander og tidskrevende oppdrag medfører at ambulanseressursen ofte er bundet over lengre perioder, med begrenset tilgjengelighet ved nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 429 ambulanseoppdrag. Samlet aktivitet gjennom kveld og natt påvirker både tilgjengelighet og utholdenhet. Sunndal er en distriktsnær stasjon med betydelig avstand til alternative ambulanseressurser. Når ambulanse er opptatt i nattoppdrag, kan området i praksis stå uten umiddelbar beredskap over lengre tid. Kombinasjonen av lange transporter, høy andel tidskritiske oppdrag og begrenset tilgang på nærliggende støtte gir økt risiko for forlenget responstid og gjør den akuttmedisinske beredskapen særlig sårbar.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b>Kompensierende tiltak</b>  | <b>Reduserer risikoen for....</b>                          |
|---|--|
| <b>Planlagte alternative ruter ved vinterstengte eller rasutsatte strekninger</b> | Lang forsinkelse til pasient ved dårlig framkommelighet    |
| <b>Tidlig nabostøtte fra Nettet/Oppdal/Surnadal</b>                               | Manglende tilgjengelig ambulanse ved samtidige nattoppdrag |
| <b>Styrking av lokale FR/akutthjelper/frivillige-ordninger</b>                    | Forsinket førsteinnsats når ambulanse er opptatt           |
| <b>Lokale vinter-/rasberedskapstiltak for nattdrift</b>                           | Isolasjon og manglende fremmøte ved uvær eller ras         |

### **Restrisiko**

Videreføring av nattberedskapen i Sunndal innebærer noe restrisiko knyttet til langvarige oppdrag og begrenset kapasitet ved samtidige hendelser. Dette kan i perioder gi redusert lokal tilgjengelighet. Risikoen vurderes som håndterbar innenfor dagens beredskapsnivå, og som klart lavere enn ved reduksjon eller bortfall av nattressursen.

### **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen legger til grunn at nattberedskapen i Sunndal bør videreføres. Vurderingen tar utgangspunkt i oppdragsprofilen i området, som kjennetegnes av lange transporter, høy ressursbinding per oppdrag og begrensede muligheter for rask og stabil nabostøtte i nattperioden. Selv med et samlet sett moderat nattvolum gir lange avstander og høy andel tidskritiske hendelser liten operativ buffer ved samtidige

oppdrag. Når nattressursen er opptatt, er forsterkende ressurser ofte langt unna, og muligheten for rask tilbakeføring av kapasitet er begrenset. En kapasitetsreduksjon vil derfor raskt få store konsekvenser for tilgjengelighet og responstid. Arbeidsgruppen legger også vekt på at manglende lokal legevakt på kveld og helg øker behovet for tilgjengelig ambulanseressurs om natten. Samlet sett vurderes det at nattberedskapen i Sunndal ikke kan reduseres uten en uforholdsmessig svekkelse av beredskap og pasientsikkerhet.

## 1.6 Redusert nattberedskap Surnadal (en bil natt)

### **Innsparing**

- Ca 2 mill nok
- Ca. 2 årsverk

### **Risiko**

- Samtidighetsrisiko (13 i 2025).
- Lange transporter binder ressursene.
- Krevende topografi og vinterforhold.
- To-enhetsoppdrag krever dobbel kapasitet.
- Nabostøtte har lang fremkjøringstid.
- Legevakt stengt etter kl. 16 → økt nattvolum.

### **Regionale avhengigheter**

- Kapasitetsendringer i Kristiansund påvirker Surnadal direkte.
- Sunndal ofte bundet → lav støtte.
- Luftambulanse kan være værhindret.
- Pasientstrømmer mot SNR, Orkdal og St. Olav øker transporttid.

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Fjell, is, snø og rasutsatte strekninger.
- Få alternative ruter.
- Stor variasjon i fremkommelighet vinterstid

### **Gjennomførbarhet\***

*\*Ikke GIS analyse*

Nattberedskapen i Surnadal er i stor grad preget av lange framføringer og oppdrag med høy varighet, noe som gir betydelig ressursbinding også ved et moderat antall nattoppdrag. I 2025 ble det gjennomført 124 ambulanseoppdrag i tidsrommet kl. 00.00–08.00. Av disse var 56 oppdrag tidskritiske (45,2 %), og 28 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Median kjørelengde var 166 kilometer, og median oppdragstid 187 minutter. Samlet tidsbruk i nattoppdragene var 374 timer, med totalt 14 590 kjørte kilometer. Oppdragenes lengde innebærer at tilgjengelig ambulanseressurs ofte er bundet over lang tid, med begrenset kapasitet til å håndtere nye hendelser dersom disse oppstår parallelt. Denne sårbarheten forsterkes av aktiviteten i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), der det i 2025 ble gjennomført 348 ambulanseoppdrag. Den samlede belastningen gjennom kveld og natt reduserer operativ utholdenhet og gir lite handlingsrom ved samtidighet. Surnadal har betydelig avstand til alternative ambulanseressurser, og lokal beredskap kan derfor i praksis bli stående alene over lengre tidsrom når nattressursen er opptatt. Beredskapen er i enkelte situasjoner avhengig av bistand fra ambulanser i Halså, Heim og Rindal, som ligger utenfor eget opptaksområde. Tilgjengeligheten av disse ressursene kan ikke forutsettes, og AMK har begrensede muligheter til å styre deres disponering. Samlet medfører dette økt sårbarhet ved høyt aktivitetsnivå og samtidige hendelser i nattperioden.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b>Kompenserende tiltak</b>   | <b>Reduserer risikoen for....</b>   |
|---|---|
| <b>Tidlig nabostøtte fra Sunndal, Rindal og Heim ved høy belastning</b>             | Udekkede nattoppdrag ved samtidige hendelser                                  |
| <b>Styrking av lokale FR/akutthjelpere/frivillige-ressurser i fjord og dalstrøk</b> | Forsinket førsteinnsats når ambulanse er opptatt                              |
| <b>Planlagte alternative ruter ved ras og vinterføre</b>                            | Forsinkelse eller isolasjon ved stengte strekninger                           |
| <b>Sesong og vintertilpassede lokale beredskapstiltak</b>                           | Akutt dekningssvikt i perioder med høy vinterbelastning eller turistaktivitet |

### **Restrisiko**

Videreføring av nattberedskapen i Surnadal innebærer noe restrisiko knyttet til samtidige hendelser og langvarig ressursbinding. Dette kan i perioder gi redusert lokal

tilgjengelighet. Sammenliknet med alternativet vurderes risikoen som lavere og håndterbar, da reduksjon i nattberedskapen vil øke risikoen for vesentlig forsinket respons uten tilfredsstillende mulighet for rask ekstern forsterkning.

### **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppens samlede vurdering er at nattberedskapen i Surnadal bør videreføres. Vurderingen bygger på lange avstander, høy ressursbinding per oppdrag og begrenset tilgang til stabile reserve- og støtteordninger i nattperioden. Selv ved moderat nattlig aktivitetsnivå gir oppdragsmønsteret liten operativ buffer ved samtidige hendelser. Når nattressursen først er bundet, kan området bli stående uten tilgjengelig ambulanse i lengre perioder, noe som gir betydelige konsekvenser for responstid og pasientsikkerhet. Arbeidsgruppen legger vekt på at geografiske forhold, vinterutfordringer og rute- og sambandsavhengighet forsterker sårbarheten. Manglende legevakt på kveld og helg bidrar ytterligere til belastning på ambulansetjenesten i nattperioden. I tillegg har Surnadal ansvar for jordmor- og følgetjenester, som ofte medfører lange og ressurskrevende nattoppdrag. Samlet vurderes det at nattberedskapen i Surnadal ikke kan baseres på forventning om rask ekstern bistand. En reduksjon i nattberedskapen vil gi en uforholdsmessig økning i risiko for forsinket helsehjelp.

## **ROMSDAL**

(Averøy – Aukra – Fræna, Molde–Midsund, Rauma–Vestnes)

### **2.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter**

Romsdal har et geografisk variert og tidvis værutsatt beredskapsbilde, der Molde fungerer som det primære knutepunktet. Endringer i Moldes kapasitet får raskt konsekvenser for Midsund, Aukra, Fræna, Rauma og ytre deler av regionen. Området preges av store kontraster, med øysamfunn uten nattlige samband, værutsatte sjøstrekninger, lange innlandsavstander og fjelloverganger som påvirkes av vinterforhold.

Midsund fremstår som særlig sårbart i perioder med stengt samband og krevende vær, mens Aukra er eksponert for vind og båtavhengig logistikk. Rauma og Vestnes utfordres

av topografi, vinterføre og lang transporttid. Den samlede robustheten i Romsdal er tett knyttet til Moldes funksjon, med begrenset rom for overlapper og reservekapasitet ved samtidige hendelser. Luftambulansetjenesten fra Ålesund og Dombås er en viktig støtteressurs, men tilgjengeligheten påvirkes ofte av vær- og siktforhold

### **Sentrale sårbarhetsfaktorer**

- begrenset fremkommelighet i øy- og fjellområder
- væravhengighet i både sjø-, land- og luftbasert fremføring
- lang transporttid og høy bindingstid i deler av regionen
- sterk avhengighet av Moldes kapasitet ved samtidighet

### **2.1 Redusert nattberedskap Molde (en bil natt)**

#### **Innsparing**

- Ca. 2 millioner NOK
- 2 årsverk

#### **Risiko**

- Høy samtidighets- og aktivitetstopprisiko.
- 1–3 timers bindingstid kan gi reell risiko for 0 beredskap.
- Redusert kapasitet for ytre Romsdal og øyaksen.
- Svekket evne ved to-enhetsoppdrag (traume, vold, barn og psykiatri)

#### **Regionale avhengigheter**

- Avhengig av nattlig støtte fra Kristiansund.
- Rauma og Vestnes mister buffer ved samtidighet.

#### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Ytre Romsdal, Fræna og øyaksen rammes hardest.

#### **Gjennomførbarhet\***

*\*Ikke GIS analyse*

Oppdragsmengden viser høy nattaktivitet og betydelig belastning på ambulanseressursene. I 2025 ble det gjennomført 557 ambulanseoppdrag i tidsrommet

kl. 00.00–08.00. Over halvparten av utrykningene hadde akutt hastegrad, og 148 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Median oppdragstid var 94 minutter, og median kjørelengde 28 kilometer. Samlet ressursbruk i nattoppdragene var 931 timer og 16 862 kjørte kilometer. Det høye volumet og den samlede tidsbruken innebærer at ambulanseressursene i stor grad er bundet gjennom natten, med begrenset handlingsrom ved samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av aktiviteten i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 1 126 ambulanseoppdrag. Samlet påvirker dette tilgjengelighet, utholdenhet og robusthet i nattberedskapen. Selv om Molde er et byområde med relativt korte avstander, er nærliggende ambulanser ofte allerede disponert på egne oppdrag. Redusert nattkapasitet kan derfor raskt gi forlenget responstid ved samtidige hendelser. Endringer i beredskap i tilgrensende områder vil også påvirke Molde- og Fræna-regionen. Med om lag 800 årlige ambulanseoppdrag i Aukra og Midsund kan tiltak der medføre økt belastning på ressursene i Molde, særlig om natten. Lange avstander til alternative ressurser, inkludert Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR), forsterker denne sårbarheten. Eventuelle endringer i beredskap bør derfor ses i sammenheng med kompenserende tiltak, som etablering av ekstra dagressurs i Molde.

### **Områdespesifikke kompenserende tiltak**

| <b><i>Kompenserende tiltak</i></b>   | <b><i>Reduserer risiko for</i></b>                                 |
|--|--|
| <b>Vær og ferjetilpassede beredskapstiltak for øyaksen (Aukra/Midsund)</b>     | Isolasjon og uteblitt fremmøte ved kansellerte samband nattestid   |
| <b>Taktisk nattlig posisjonering mot Fræna, ytre Romsdal og øyaksen</b>        | Forlenget responstid i kyst- og randsoner                          |
| <b>Prioritert styring av kyst og øykorridorer ved høy nattlig aktivitet</b>    | Akutt dekningssvikt ved langvarig kystrelaterte oppdrag            |
| <b>Avklarte støtte og ansvarsforhold mot Averøy, Nesset, Gjemnes nattestid</b> | Forsinket eller manglende regional bistand ved samtidige hendelser |
| <b>Styrking av støttefunksjoner (f.eks. hvit bil)</b>                          | Unødig bruk av ambulanse på ikke-akutte nattoppdrag                |

### **Restrisiko**

Videreføring av nattressurs i Molde innebærer perioder med redusert tilgjengelighet ved høy belastning og samtidige hendelser. Restrisikoen vurderes som akseptabel innenfor dagens og anbefalt beredskapsnivå, og som klart lavere enn risikoen ved reduksjon eller bortfall av nattressursen.

## **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen konkluderer med at nattressurs i Molde bør videreføres. Analysen viser at nattberedskapen allerede har begrensede operative marginer, der høy aktivitet og bindingstid gir økt sårbarhet ved samtidige hendelser og reell risiko for redusert tilgjengelighet. Molde har en sentral og systembærende rolle i beredskapen for ytre Romsdal, Fræna og øyaksen. Redusert nattkapasitet vil derfor ikke bare påvirke Molde lokalt, men også få regionale konsekvenser gjennom økt avhengighet av bistand fra Kristiansund og svekket buffer for Rauma og Vestnes ved samtidighet. Arbeidsgruppen legger til grunn at geografi, værforhold og ferjeavhengighet ytterligere forsterker konsekvensene av kapasitetsreduksjon i nattperioden.

### **2.2 Avvikling av døgnavbulanse i Midsund**

#### **Innsparing**

- Ca.10 mill. NOK
- 8 årsverk

#### **Risiko**

- 30–60+ minutters responstid ved akutte hendelser.
- Ingen nattlig landtilgang → kritisk beredskapsbrudd.
- Båttambulanser kan ikke erstatte landambulanser.
- Vær- og logistikksårbarhet.
- Økt press på legevakt og kommunale tjenester.

#### **Regionale avhengigheter**

- Økt press på Molde → svekker regional kapasitet
- 

#### **Lokal geografisk konsekvens**

- Ingen alternative ruter
- Svært vær-, vind- og sjøutsatt område

#### **Gjennomførbarhet**

Midsund dagbil hadde 251 oppdrag, 681 timer i oppdrag og 13 866 km kjørt, tilsvarende 2,7 timer og 55 km per oppdrag i 2025. Median på 54 km og 161 minutter viser at

oppdragene gjennomgående er lange og ressurskrevende. 86 oppdrag (34,3 %) var akutte, og 43 av disse hadde rød/orange ankomsttriage (50,0 % av akutte, 17,1 % av alle oppdrag). Av de 251 oppdragene var 164 i eget operasjonsområde på øya. Av disse var 58 akutte fra AMK, og 33 gjaldt pasienter i kategori rød/orange. I Molde kommune er ambulansen fremme innen 24 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 11 minutter, basert på 980 registrerte hendelser. For Midsund-området viser grunnkretsdata at responstiden er lengre i enkelte deler av øya enn kommune-gjennomsnittet.

Ved bortfall av bilen i Midsund kan beredskapen ivaretas fra Aukra ved bruk av Romsdalsjenta. Båten har toppfart på 30 knop og bruker om lag 11 minutter ved toppfart over, og typisk rundt 15 minutter ved mer realistisk fart. Mannskap fra Aukra kan bemanne ambulanse som kan plasseres nord på Midsund, og deretter rykke ut. Kjøretid fra kaia til sentrum er om lag 15 minutter. Dette gir en samlet framføringstid på om lag 30 minutter når alt klaffer.

Konklusjon: Uten Midsund-441 ville minst 33 hendelser med rød/orange pasienter i eget operasjonsområde sannsynligvis kunne medført økt responstid og forsinket helsehjelp. De 164 oppdragene i eget operasjonsområde viser samtidig et vedvarende behov for lokal beredskap. Virksomhetsdata tilsier at bruken av ressursene endres når tilgjengeligheten reduseres, og redusert aktivitet ved bortfall av bilen vil derfor i hovedsak reflektere tilpasning til lavere kapasitet, ikke redusert behov.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b><i>Kompenserende tiltak</i></b>  | <b><i>Reduserer risiko for</i></b>                                  |
|---|---|
| <b>Tydelige kriterier for bruk av bil og ambulansebåt (Romsdalsjenta)</b> | Forsinket eller feil valg ressurs ved akutte hendelser              |
| <b>Styrket samband og værberedskap tilpasset øydrift</b>                  | Isolasjon og manglende koordinering ved natt, uvær eller ferjestans |
| <b>Videre styrking av lokale FR-/akutthjelpere og frivilligordninger</b>  | Manglende førsteinnsats når ambulanse har lang framføringstid       |
| <b>Regional planlegging for forsterkning ved uvær og kjent sårbarhet</b>  | Akutte dekningsgap når ekstern bistand forsinkes eller uteblir      |

### **Restrisiko**

Avvikling av lokal ambulanseressurs i Midsund vil medføre lang og lite forutsigbar responstid og økt sårbarhet ved samtidige hendelser. Beredskapen vil i hovedsak være avhengig av ekstern bistand med krevende framføring, særlig ved vær- og fergeavhengighet. Restrisikoen vurderes som ikke akseptabel uten etablering av alternativ lokal beredskap.

### **Samlet vurdering**

Den samla vurderingen i arbeidsgruppen tilsier at full avvikling av ambulanseressurs i Midsund ikke er forsvarlig. Øyas geografiske og strukturelle rammebetingelser gir begrensede muligheter for rask og stabil ekstern bistand, og lokal beredskap kan ikke erstattes gjennom nabostøtte alene. Avstander, fergeavhengighet og værforhold medfører lang og variabel responstid ved akutte hendelser, særlig ved natt, vinterforhold og samtidighet. I et slikt tjenestebilde utgjør lokal døgnressurs ikke kun kapasitet, men grunnberedskap for å sikre tidlig medisinsk vurdering og forsvarlig håndtering av akutte hendelser. Arbeidsgruppen legger videre til grunn at eventuell reduksjon i registrert oppdragsaktivitet ved bortfall av ressurs i hovedsak vil være et uttrykk for redusert tilgjengelighet, og ikke for et reelt lavere behov for akuttmedisinske tjenester. Erfaring og virksamhetsdata viser at oppdragsmønster i stor grad tilpasser seg tilgjengelig kapasitet. En full avvikling av ambulanseressursen i Midsund vil dermed innebære uakseptabel risiko for forsinket helsehjelp, svekket pasientsikkerhet og økt belastning på omkringliggende ressurser. Tiltaket vurderes som faglig og beredskapsmessig uforsvarlig.

### **2.3 En-redder enhet i Midsund**

#### **Innsparing**

- 4,5 mill. NOK
- Ca. 4,5 årsverk

#### **Risiko**

- Ingen transportkapasitet lokalt.
- Traume, barn, vold, psykiatri og komplekse hendelser.
- Falsk trygghetsforståelse.
- Forsterket risiko ved vær og logistikkutfordringer.

## Regionale avhengigheter

- Transporter må ivaretas av Molde eller båt → høy belastning.

## Lokal geografisk konsekvens

- Ingen alternative ruter.
- Avstander fra boligområder til kai øker responstid.

## Gjennomførbarhet

En en-redder-ressurs som er fast lokalisert i lokalsamfunnet vil kunne gi rask første respons, gjennomføre undersøkelse og iverksette behandling umiddelbart. I de fleste tilfeller vil ressursen dermed kunne starte behandling uten opphold, i påvente av bistand fra annen ressurs til evakuering og transport. I en stor andel av hendelsene vil ressursen også kunne behandle pasienten på stedet, eller avklare at behovet ikke er tidskritisk. En vesentlig styrke ved modellen er at ressursen er kontinuerlig tilgjengelig lokalt og ikke trekkes ut av området. Evakuering og transport vil i denne modellen kunne ivaretas ved bistand fra Aukra. Med bruk av Romsdalsjenta og videre framføring fra kai til sentrum i Midsund vil mannskap fra Aukra kunne være på plass innen om lag 30 minutter når forholdene ligger til rette for det. Modellen vurderes derfor som en fullgod løsning i mange hendelser, ved at lokal ressurs ivaretar den umiddelbare prehospitalt innsatsen, mens Aukra tilfører transportkapasitet og annet bistandsbehov.

Begrensningen ligger i at transportkapasiteten ikke er umiddelbart tilgjengelig på stedet. Løsningen vil derfor være mindre robust enn ordinær ambulanseberedskap i hendelser der rask videre transport er avgjørende, som ved enkelte tidskritiske tilstander.

## Områdespesifikke kompensierende tiltak

| <b>Kompenserende tiltak</b>   | <b>Reduserer risiko for</b>                                       |
|---|---|
| <b>Tilpasset MTU og utstyr for øy og en-redder drift</b>  | Operativ svikt og manglende behandlingsskapasitet i førsteinnsats |
| <b>Ambulanse plassert i garasje for å oppnå transportkapasitet, samt kjøretøy egnet for en-redder</b> | Manglende transportkapasitet og forsinka pasienttransport         |
| <b>Styrking av legevaktsatelitt og videolegevakt</b>  | Redusert kvalitet og økt sårbarhet i alenearbeid                  |
| <b>Tydelige kriterier for seleksjon og disponering for en-redder oppdrag</b>                          | Feil bruk av ressurs ved hendelser som krever flere enheter       |
| <b>Robust vær og sambandsløsning for øy og sjøtransport</b>   | Tap av beredskap og manglende koordinering ved uvær               |

|  |   |
|--|---|
| <b>Sikret lokal infrastruktur (garasje i Midsund og tilgjengelig kai på Sundsbøen)</b> | Forsinket utrykning og utilgjengelig ressurs                  |
| <b>Videre styrking av lokale FR/akutthjelpere og frivilligordninger</b>                | Forsinket førsteinnsats ved samtidighet eller lang responstid |
| <b>Forutsigbare rotasjons og bemanningsordninger for en-redder drift</b>               | Redusert kvalitet, høy belastning og manglende kontinuitet    |

## **Restrisiko**

En-redder ressurs i Midsund innebærer begrenset lokal transportkapasitet og avhengighet av ekstern bistand for videre transport. Sårbarheten er størst ved tidskritiske og samtidige hendelser. Restrisikoen vurderes som akseptabel innenfor foreslått modell, forutsatt etablerte kompenserende tiltak, og som klart lavere enn ved full avvikling av lokal ambulanseberedskap.

## **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen konkluderer med at en-redder kan være et faglig forsvarlig og forholdsmessig tiltak for Midsund, og bør etableres. Løsningen gir kontinuerlig lokal akuttmedisinsk tilgjengelighet og muliggjør rask første vurdering og igangsetting av behandling i et geografisk sårbart område med begrenset tilgang på forutsigbar ekstern bistand. I enkelte hendelser vil løsningen forutsette samhandling med kommunale ressurser, i påvente av transportkapasitet. Midsund har ingen alternative helseressurser som kan ivareta lokal akuttberedskap ved bortfall av ambulansetjenesten. Beredskapen kan dermed ikke baseres på forutsetninger om midlertidig eller tilfeldig tilgjengelig støtte. For kommunene kan en-redder løsningen både gi nytte og medføre konsekvenser. Tiltaket kan styrke samlet førsteinnsats ved samtidighet eller lang framføringstid, men kan også øke behovet for samhandling og i enkelte situasjoner belastningen på kommunale ressurser. Samlet nytte forutsetter tydelige rammer for bruk og avklarte roller. Arbeidsgruppen legger samtidig til grunn at videreføring av full døgnbemannet ambulanse ikke står i rimelig forhold til aktivitetsnivået i området. En-redder kan gi bedre samsvar mellom risiko, behov og ressursbruk, samtidig som kompenserende tiltak sikrer klare rammer for bruk av ekstern bistand når dette er nødvendig. Samlet vurderes løsningen å gi forsvarlig akuttmedisinsk beredskap innenfor Midsunds rammebetingelser.

## 2.4 Sammenslåing av Midsund–Aukra til ett beredskapsområde

### **Innsparing**

- Ingen gevinst, men må sees i sammenheng med tiltak 2.3

### **Risiko**

- Forlenget responstid i ytterområder.
- Uklare ansvarlinjer ved samtidighet.
- Økt belastning på Molde som buffer.

### **Regionale avhengigheter**

- Økt press påvirker Fræna og Averøy indirekte.

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Midsund: vær og fergeavhengig
- Aukra: delvis båtavhengig og vindutsatt

### **Gjennomførbarhet**

Aukra dagbil hadde 552 oppdrag, 1 145 timer i oppdrag og 23 867 km kjørt, tilsvarende 2,1 timer og 43 km per oppdrag. Median på 43 km og 117 minutter viser at oppdragene gjennomgående er moderate i varighet og ressursbruk. Ved overtakelse av oppdragene fra Midsund-441 vil samlet oppdragsmengde utgjøre 803 oppdrag årlig, basert på 552 oppdrag i Aukra og 251 oppdrag i Midsund.

Av disse vil om lag 135 oppdrag gjelde de mest kritiske pasientene (rød/orange), basert på 92 hendelser i Aukra og 43 i Midsund. Dette innebærer at en samlet beredskap skal håndtere et betydelig volum tidskritiske hendelser.

Kapasitetsdata viser at Aukra-451 i dag har 13,5 % kjøring i aktiv tid og 10,6 % oppdrag, noe som indikerer relativt god tilgjengelig kapasitet i dagens drift. Samtidig vil en økning til 803 oppdrag representere en betydelig økning i belastning og redusere tilgjengelig reservekapasitet.

Ved bortfall av lokal beredskap i Midsund må oppdrag håndteres fra Aukra. Transport til Midsund skjer med Romsdalsjenta, med en typisk overfartstid på om lag 15 minutter, etterfulgt av om lag 15 minutter kjøretid til sentrale deler av øya. Dette gir en samlet

framføringstid på om lag 30 minutter under gode forhold. Dette er vesentlig høyere enn dagens responstid i området og vil særlig påvirke håndtering av akutte og kritiske hendelser.

Konklusjon: Ved overføring av oppdragene fra Midsund-441 til Aukra-451 vil samlet oppdragsmengde øke til 803 oppdrag årlig, inkludert om lag 135 hendelser med kritiske pasienter. Selv om kapasitetsdata indikerer noe tilgjengelig kapasitet i dagens drift, vil økningen i oppdragsvolum og bortfall av lokal beredskap i Midsund medføre redusert reservekapasitet og økt responstid. Løsningen vurderes som operativt gjennomførbar, men med vesentlig økt sårbarhet, særlig ved samtidige hendelser og for pasienter med behov for rask helsehjelp.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b><i>Kompensierende tiltak</i></b>  | <b><i>Reduserer risiko for</i></b>                               |
|--|--|
| <b>Klare kriterier for bruk av bil/båt mellom Midsund og Aukra (inkl. bruk av Romsdalsjenta)</b> | Forsinket eller lite hensiktsmessig bruk av ressurser            |
| <b>Felles operativ drift og disponering mellom Midsund og Aukra</b>                              | Kapasitetsbrudd og uklar rollefordeling ved samtidige hendelser  |
| <b>Vær og korridor tilpasset planlegging for øy og båtavhengige transport</b>                    | Isolasjon og manglende framføring ved uvær eller stengte samband |
| <b>Tilrettelegging for effektiv fleretappetransport (båt-bil)</b>                                | Uakseptabel forsinkelse i akutt transportkjede                   |
| <b>Videre styrking av lokal førsteinnsats i Midsund (FR/akutthjelper)</b>                        | Manglende tidlig helsehjelp ved økt responstid                   |
| <b>Ekstra syketransportbil</b>   | Unødig bruk av gule ambulanser på ikke akutte oppdrag            |

### **Restrisiko**

Sammen slåing av ambulanseberedskapen i Midsund og Aukra innebærer økt responstid og redusert lokal reserve, særlig ved samtidige hendelser og når den felles ressursen er opptatt over tid. Restrisikoen vurderes som akseptabel forutsatt etablering av foreslåtte kompensierende tiltak og tilstrekkelig regional bufferkapasitet.

### **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppens samlede vurdering er at ambulanseberedskapen i Midsund og Aukra kan slås sammen til en felles løsning. Vurderingen bygger på en samlet analyse av aktivitetsnivå, tilgjengelig kapasitet og muligheten for å opprettholde forsvarlig

beredskap gjennom en regionalt organisert struktur. Virksomhetsdata viser at ambulanseressursen i Aukra over tid har hatt kapasitet som gir grunnlag for å dekke oppdrag fra Midsund innenfor en felles løsning. Sammenlåingen innebærer samtidig at døgkontinuerlig lokalt nærvær i Midsund bortfaller, med økt responstid og redusert lokal buffer ved enkelte hendelser. Tiltaket vurderes derfor ikke som risikofritt, men som faglig forsvarlig dersom definerte forutsetninger er oppfylt. Endringer i registrert aktivitet i Midsund etter bortfall av lokal ressurs vurderes i hovedsak å reflektere endret tilgjengelighet og disponering, og ikke redusert behov for akuttmedisinske tjenester. Sammenlåingen representerer dermed en reell omlegging av beredskapsmodellen.

Det vurderes videre at sammenlåingen vil ha systemeffekter utover Midsund og Aukra, særlig gjennom økt belastning på Molde- og Fræna-ressursene samt økt bruk av båt- og fleretappetransport. Erfaringer fra tilsvarende løsninger, blant annet i Sande og Vanylven, viser at slike modeller kan fungere operativt, men forutsetter tydelige kompensierende tiltak og tilstrekkelig regional kapasitet. Arbeidsgruppen legger til grunn at etablering av en ekstra syke transport i Molde er en nødvendig forutsetning for gjennomføring. Uten slik bufferkapasitet vurderes sammenlåingen å medføre uakseptabel belastning og økt sårbarhet i Romsdal.

## 2.5 Etablering av ekstra syke transportbil i Molde-området

### **Kostnad**

- Økte driftskostnader knyttet til bemanning og drift av syke transportbil.
- Erfaringer fra eksisterende syke transportordninger viser en samlet årskostnad per enhet på rundt 1 mill. kroner.
- Kostnadene vurderes samlet opp mot gevinsten i form av frigjort ambulanseskapasitet og bedre tilgjengelighet for akutte oppdrag.

### **Risiko**

- Lav direkte risiko for akuttberedskap.
- Forutsetter tydelig oppgaveavgrensning mellom syke transport og ambulanses.

### **Regionale avhengigheter**

- Tett samspill med ambulanseressurser i Molde-området.

- Avhengig av presis AMK-disponering.

### **Gjennomførbarhet**

Tiltaket vurderes som operativt gjennomførbart innenfor eksisterende struktur.

Moldeområdet har et betydelig volum av planlagte og ikke-akutte transporter som i dag utføres med døgnambulanser. En ekstra syketransportbil vurderes å kunne overta en større andel av disse oppdragene og bidra til mer hensiktsmessig bruk av ambulanseressursene, særlig i perioder med høy aktivitet og samtidighet.

### **Samlet vurdering**

Ekstra syketransport i Molde er et tiltak med selvstendig verdi. Tiltaket bidrar samtidig til å styrke gjennomførbarheten og redusere risiko ved øvrige anbefalte endringer i ambulansetjenesten, gjennom frigjøring av ambulansekapasitet og redusert samtidighetsrisiko. Tiltaket inngår som del av en helhetlig tilnærming til bedre ressursutnyttelse i den prehospitale tjenesten.

## **2.6 Redusert nattberedskap Rauma (en bil natt)**

### **Innsparing**

- Ca. 2 mill. NOK
- 2 årsverk

### **Risiko**

- 1–3 timers bindingstid → høy samtidighetsrisiko.
- Vinterforhold og stengte veier gir økt responstid.
- To-enhetsoppdrag krever dobbel kapasitet.
- Avstand og legevaktstruktur påvirker tilgjengelighet.

### **Regionale avhengigheter**

- Avhengig av Molde og Vestnes ved samtidighet.
- Helikopterstøtte kan være værbegrenset.

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Rasfare, variert bosettingsmønster
- Områder uten alternative veier.

## **Gjennomførbarhet\***

*\*Ikke GIS analyse*

I 2025 ble det gjennomført 159 ambulanseoppdrag i tidsrommet kl. 00.00–08.00. Median kjørelengde per oppdrag var 98 kilometer, og median oppdragstid 185 minutter. Av nattoppdragene hadde 82 akutt hastegrad, og 42 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Samlet tidsbruk i nattoppdragene var 477 timer, med totalt 14 636 kjørte kilometer. Lange transportavstander og tidskrevende oppdrag medfører at ambulanseressursen ofte er bundet over lengre perioder, med begrenset kapasitet til å håndtere nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av aktiviteten i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 389 ambulanseoppdrag. Samlet påvirker dette tilgjengelighet og utholdenhet inn i nattperioden. Rauma er et distriktsnært område med lang avstand til alternative ambulanseressurser. Når ambulanse er opptatt i nattoppdrag, kan området i praksis stå uten umiddelbar beredskap over lengre tid. Ved stasjoner med to ambulansebiler vil redusert nattberedskap øke belastningen på gjenværende ressurs og gi økt sårbarhet i den akuttmedisinske beredskapen.

## **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b><i>Kompenserende tiltak</i></b>   | <b><i>Reduserer risiko for</i></b>                       |
|--|--|
| <b>Tidlig nabostøtte fra Vestnes, Ørskog og Molde ved forventet nattbinding</b>            | Forlenget responstid ved samtidige hendelser             |
| <b>Styrking av FR-/akutthjelper- og frivilligressurser i Bjorli, Åfarnes og Innfjorden</b> | Isolasjon og manglende framkommelighet ved stengte veier |
| <b>Ras og vintertilpassede beredskapstiltak for nattdrift</b>                              | Forsinket førsteinnsats i fjell- og dalområder           |
| <b>Planlagte alternative ruter og framføringsplaner i dalførene</b>                        | Betydelig forsinkelse ved ras, uvær eller stengninger    |

## **Restrisiko**

Videreføring av nattberedskapen i Rauma innebærer noe restrisiko knyttet til lengre responstid og sårbarhet ved samtidige hendelser, særlig på grunn av store avstander og begrenset ekstern bistand om natten. Restrisikoen vurderes som akseptabel innenfor dagens beredskapsnivå og klart lavere enn ved reduksjon eller bortfall av lokal nattberedskap.

## **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen konkluderer med at dagens nattberedskap i Rauma bør videreføres. Vurderingen baserer seg på en samlet gjennomgang av oppdragsmønster, geografiske forhold og avstand til alternative ambulanseressurser, som samlet gir begrensede operative marginer ved kapasitetsreduksjon i nattperioden. Selv ved moderat aktivitet gir lange framføringstider og betydelig reiseavstand til forsterkende ressurser liten buffer ved samtidige hendelser. I motsetning til bynære områder vil tilgjengelige støtte- og reserveenheter ofte ha lang innsatstid og i mange tilfeller være opptatt med egne oppdrag. Arbeidsgruppen legger videre vekt på at geografisk struktur og avstand til Molde og øvrige deler av Romsdal begrenser muligheten for rask og stabil nabostøtte om natten. Ved vinterforhold, natt og regional samtidighet vil ekstern bistand i praksis ha lang framføringstid, noe som reduserer fleksibiliteten i beredskapen. Samlet vurderer arbeidsgruppen, i likhet med vurderingene for Sunndal og Surnadal, at redusert eller bortfalt nattberedskap i Rauma ikke kan kompenseres på en tilfredsstillende måte gjennom omdisponering av andre ressurser.

## **NORDRE - SUNNMØRE**

**(Stor Ålesund; Ålesund – Giske – Sula – Haram – Harøy – Ørskog)**

### **3.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter**

Stor-Ålesund er et geografisk sammensatt område som kombinerer bystruktur, tett befolkede randsoner og flere øysamfunn. Ålesund er det primære regionale knutepunktet, og endringer i kapasitet eller tilgjengelighet her får raskt konsekvenser for Giske, Sula, Haram, Nordøyane og Harøya.

Regionen er preget av bro- og fergeavhengige forbindelser, der vær og sambandsforhold kan påvirke framkommeligheten både til lands og til sjøs. Flere øyområder, særlig Haram, Harøya og deler av Nordøyane, er sårbare ved vind, dårlig sikt og perioder med begrensede samband. Dette forsterker konsekvensene når luftambulansen samtidig har redusert tilgjengelighet.

Ålesund har høy aktivitetsbelastning, med hyppige sykehusrelaterte oppdrag som binder ambulanser over tid. Dette reduserer fleksibiliteten ved lav bemanning, særlig i

nattperioden og ved hendelser som krever flere samtidige enheter. I tillegg kan interregionale transporter fra Romsdal og Nordmøre i perioder gi økt belastning på beredskapen i Stor-Sunnmøre.

### **Sentrale sårbarhetsfaktorer**

- øy- og randsonestruktur med varierende framkommelighet
- vær- og sambandspåvirkning i utsatte øyområder
- perioder med redusert luftambulansetilgjengelighet
- høy nattbelastning og sykehusbindinger i Ålesund
- interregional ressursbelastning ved transporter

### **3.1 Redusert nattberedskap Ålesund (en bil natt)**

#### **Innsparing**

- Ca. 2 mill. NOK
- 2 årsverk

#### **Risiko**

- Samtidighetsrisiko ved høyt volum og korte bindingstider.
- Sen sekundær enhet ved to-enhetsoppdrag.
- Økt sårbarhet for øyene og perifere bydeler.

#### **Regional avhengighet**

- Ålesund er regional buffer ved luftambulansesfallout (intensivambulanse)
- Nattdaglig belastning fra Romsdal/Nordmøre.
- Haram og Ørskog mister støtte ved samtidighet.

#### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Øy forbindelser og perifere bydeler (Ellingsøy, Hessa, Blindheim, Sula).

#### **Gjennomførbarhet\***

*\*Ikke GIS analyse*

Nattberedskapen i Ålesund har høyt oppdragsvolum og en stor andel tidskritiske hendelser. I 2025 ble det gjennomført 658 ambulansoppdrag i tidsrommet kl. 00.00–08.00. Over halvparten av oppdragene var tidskritiske, og 298 pasienter ble triagert rød

eller oransje ved ambulansens ankomst. Median oppdragstid var 75 minutter og median kjørelengde 14 kilometer. Samlet tidsbruk i nattoppdragene var 863 timer, med totalt 11 986 kjørte kilometer. Det høye volumet og den samlede tidsbruken innebærer at ambulanseressursene i stor grad er bundet gjennom natten, med begrenset kapasitet ved nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 1 694 ambulanseoppdrag. Samlet aktivitet gjennom kveld og natt påvirker både tilgjengelighet og utholdenhet i nattberedskapen. Omdisponering av døgnressurs til dagressurs kan øke kapasiteten på dag ved behovstopper, men vil samtidig redusere nattkapasiteten. Gitt høyt nattvolum og stor andel tidskritiske oppdrag forutsetter en slik løsning at nattberedskap og responstid sikres gjennom målrettede kompenserende tiltak.

### Områdespesifikke kompenserende tiltak

| <b>Kompenserende tiltak</b>  | <b>Reduserer risiko for</b>                                   |
|--|---|
| <b>Taktisk posisjonering mot øyforbindelser (Giske, Sula, Ellingsøy)</b> | Forlenget responstid i øyområder og perifere bydeler          |
| <b>Rute, bro og tunneltilpasset planlegging for nattdrift</b>            | Forsinket framføring til randsoner og øyrelaterte oppdrag     |
| <b>Tiltak ved nattlige volum- og samtidighetstopper i byområdet</b>      | Samtidighetskonflikter og manglende reserve i sentrumsområdet |
| <b>Forhåndsdefinerte tiltak ved bortfall av luftambulanse</b>            | Manglende regional bufferkapasitet ved tap av luftressurser   |

### Restrisiko

Dagens nattberedskap i Ålesund har noe sårbarhet knyttet til samtidige hendelser og langvarig ressursbinding. Risikoen håndteres innenfor dagens struktur gjennom tilgjengelig kapasitet og aktiv disponering. Ved redusert nattberedskap vil restrisikoen øke vesentlig, med større sannsynlighet for forsinket respons ved samtidige og tidskritiske hendelser.

### Samlet vurdering

Arbeidsgruppens samla vurdering er at nattberedskap i Ålesund ikke bør reduseres. Vurderingen bygger på byens funksjon som regionalt knutepunkt med høy nattlig aktivitet, mange tidskritiske oppdrag og en sentral rolle som buffer for omkringliggende kommuner. Selv om Stor-Ålesund samlet sett har flere operative ressurser enn

distriktsområder, er tilgjengelig kapasitet i stor grad bundet i sykehusrelaterte oppdrag, samtidige byhendelser og regional støtte. Dette gir begrenset handlingsrom for reduksjon uten at samlet responstid og beredskap svekkes i nattperioden.

Kjente sårbarheter knyttet til øyforbindelser, perifere bydeler og perioder med redusert luftambulansetilgjengelighet vurderes som håndterbare innenfor dagens struktur, men vil forsterkes ved redusert nattpasitet. Selv med målrettede kompensierende tiltak kan behovet for tilstrekkelig nattberedskap i Ålesund ikke erstattes.

### 3.2 Avvikling av døgnressurs Harøya

#### **Innsparing**

- Ca. 10 mill. NOK
- 8 årsverk

#### **Risiko**

- Kritisk lang responstid (40–60 min) via Haram.
- Øy uten fastlandsforbindelse → nattlig beredskapsbrudd.
- Båt og helikopter vanskelig ved dårlig vær.
- Spredt bosetting gir variabel responstid.
- Høy risiko for 0-beredskap.

#### **Regionale avhengigheter**

- Avhengig av Haram og Ålesund for landbasert respons.
- Sårbarhet ved samtidige hendelser i Nordøyane.
- Vær begrenser båt/helikopter betydelig.

#### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Oversjøiske strekninger, vind og vær.
- Få alternative ruter.

#### **Gjennomførbarhet**

Harøya dagbil hadde 329 oppdrag i 2025, 946 timer i oppdrag og 33 801 km kjørt, tilsvarende 2,9 timer og 103 km per oppdrag. Median på 91 km og 167 minutter viser at oppdragene gjennomgående er lange og ressurskrevende.

98 oppdrag (29,8 %) var akutte fra AMK. Av de 329 oppdragene var 172 i eget operasjonsområde. Av disse var 55 akutte fra AMK, og 43 gjaldt pasienter i kategori rød/orange i RETTS, altså de mest kritiske pasientene. Dette tilsvarer 78,2 % av de akutte i eget område, 25,0 % av oppdragene i eget område og 13,1 % av alle oppdrag.

Kapasitetsdata viser at Harøy-461 har 10,6 % av tiden i oppdrag, 14,8 % kjøring i aktiv tid og 5,7 % kjøring i passiv tid, tilsvarende 704 timer aktiv kjøring og 227 timer passiv kjøring. Dette viser at bilen har ledig kapasitet i dagens drift, samtidig som en vesentlig del av tiden er bundet til oppdrag og kjøring.

For Harøya-området viser grunnkretsdata betydelig variasjon i responstid. I de mest sentrale delene ligger responstiden omkring 19 til 25 minutter, mens andre deler av området ligger rundt 31 til 32 minutter. I de mest perifere delene er responstiden beregnet til om lag 41 til 42 minutter. Dette viser at deler av Harøya har vesentlig lengre responstid enn de mest sentrale områdene, og at konsekvensen ved bortfall av lokal beredskap vil være størst i områdene med lengst framføringstid.

Konklusjon: Uten Harøy-461 ville minst 43 hendelser med rød/orange pasienter i eget operasjonsområde sannsynligvis kunne medført økt responstid og forsinket helsehjelp. De 172 oppdragene i eget operasjonsområde viser samtidig et vedvarende behov for lokal beredskap. Kapasitetsdata viser at bilen har ledig kapasitet i dagens drift, men bortfall av bilen vil likevel redusere lokal tilgjengelighet og øke sårbarheten, særlig i de delene av området som allerede har lengst responstid. Virksomhetsdata tilsier at redusert aktivitet ved bortfall av bilen i hovedsak vil reflektere lavere kapasitet, ikke redusert behov.

### Områdespesifikke kompensierende tiltak

| <b>Kompenserende tiltak</b>  | <b>Reduserer risiko for</b>                              |
|--|--|
| <b>Fast tilgjengelig beredskapsbåt for øy og nattdrift</b>               | Manglende framkommelighet og forsinket evakuering        |
| <b>Forsterket vær og sjøberedskap for Harøya</b>                         | Isolasjon ved krevende vær- og sjøforhold                |
| <b>Robust samband med reserveløsning for øy</b>                          | Tap av kommunikasjon ved akutte hendelser                |
| <b>Videre styrking av lokale FR-/akutthjelpere og frivilligordninger</b> | Manglende eller forsinket førsteinnsats                  |
| <b>Alternativ lokal førsteinnsats (f.eks. en redder enhet)</b>           | Fravær av akuttmedisinsk ressurs ved bortfall av døgnbil |

## **Restrisiko**

Avvikling av døgnkontinuerlig ambulanseressurs på Harøy vil medføre bortfall av lokal akuttmedisinsk tilgjengelighet og økt risiko for forsinket medisinsk vurdering og behandling. Risikoen er særlig knyttet til avhengighet av ekstern bistand med varierende framføringstid. Restrisikoen vurderes som høy og ikke akseptabel, da sårbarheten ikke kan kompenseres på en tilstrekkelig robust måte gjennom regionale løsninger.

## **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen konkluderer med at døgnkontinuerlig ambulanseressurs på Harøy ikke bør avvikles. Tiltaket vil innebære et grunnleggende skifte i beredskapsnivået, der øya går fra kontinuerlig lokal akuttberedskap til en modell basert på ekstern respons.

Arbeidsgruppen legger vekt på at Harøys beliggenhet uten fastlandsforbindelse gjør lokal tilgjengelighet avgjørende for håndtering av akutte hendelser. Når lokal døgnressurs bortfaller, oppstår situasjoner der tidskritiske tilstander ikke kan vurderes eller stabiliseres før ekstern ressurs er fremme. Manglende lokal tilstedeværelse innebærer økt risiko for forsinket initial vurdering og behandling, med mulig alvorlig betydning for pasientutfall. Endring av stasjonslokasjon for Harøy vurderes som et reelt, men langsiktig utviklingsspor. En eventuell ny lokalisering kan på sikt gi gevinster knyttet til framføring og samordning, men er avhengig av framtidig plassering av støtte- og beredskapsfunksjoner. Tiltaket forutsetter videre utredning og inngår ikke i anbefalingene på kort eller mellomlang sikt. Samlet vurderer arbeidsgruppen at avvikling av døgnkontinuerlig ambulanseressurs på Harøy vil medføre en uakseptabel økning i sårbarhet som ikke kan kompenseres gjennom regionale eller alternative ressurser. Tiltaket vurderes derfor ikke som faglig forsvarlig.

### **3.3 En-redder enhet Harøya**

#### **Innsparing**

- Ca.4,5 mill NOK
- Ca 4,5 årsverk

#### **Risiko**

- Manglende transportkapasitet.
- Spredt bosetting → lang intern responstid.

- Avhengig av Haram/Ålesund for alle transporter.

### **Regionale avhengigheter**

- Sårbarhet ved dårlig vær, fergeutfall og helikopter fallout.
- Lang responstid i store deler av øya.

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Oversjøiske strekninger, vind og vær.
- Få alternative ruter.

### **Gjennomførbarhet**

En redder ressurs med fast lokasjon på Harøya vil kunne gi rask første respons, gjennomføre undersøkelse og iverksette behandling umiddelbart. I de fleste tilfellene vil ressursen kunne starte behandling uten opphold, i påvente av bistand fra annen ressurs til evakuering og transport. Ved enkelte hendelser vil en en-redder-løsning være avhengig av støtte fra kommunale ressurser, i påvente av videre transport. En vesentlig styrke ved modellen er at ressursen er kontinuerlig tilgjengelig lokalt og ikke trekkes ut av området. Denne modellen vurderes som gjennomførbar for Harøya. Den umiddelbare prehospitalt innsatsen vil ivareta, mens bistand ved behov kan tilføres fra ambulanseressursen i Brattvåg. Kjøretiden mellom stasjonene er om lag 40 minutter under gode forhold. Løsningen innebærer dermed at lokal tilstedeværelse opprettholdes, samtidig som transportkapasitet og ekstra personell kan tilføres når situasjonen krever det. Begrensningen ligger i at ressursen ikke kan transportere pasienten alene. Løsningen vil derfor være mindre fleksibel enn ordinær ambulanseberedskap i hendelser der evakuering og videre transport er avgjørende. Samtidig vurderes dette som håndterbart, forutsatt at bistand fra Brattvåg kan mobiliseres ved behov.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b><i>Kompenserende tiltak</i></b>                                     | <b><i>Reduserer risiko for</i></b>                               |
|--|--|
| <b>Tilpasset MTU, bemanning og kompetanse for én-redder i øyområde</b> | Operativ svikt og begrensa behandlingsskapasitet i førsteinnsats |
| <b>Forutsigbar rotasjonsordning for en-redder</b>                      | Redusert kvalitet og økt sårbarhet i alenearbeid over tid        |

|   |   |
|---|---|
| <b>Styrking legevaktsatelitt og videolegevakt</b>                       | Redusert beslutningsstøtte og økt sårbarhet i alenearbeid                 |
| <b>Tydelig kriterier for seleksjon og disponering én-redder oppdrag</b> | Feil bruk av ressurs ved oppdrag som krever transport eller flere enheter |
| <b>Videre styrking av lokalt FR / akuttjelpnettverk</b>                 | Forsinket førsteinnsats ved samtidighet eller lang intern framføring      |
| <b>Robust vær og stormberedskap tilpasset øydrift</b>                   | Midlertidig tap av beredskap ved krevende vær- og sjøforhold              |
| <b>Forsterket sambands og beslutningsstøtte (AMK, videolegevakt)</b>    | Manglende situasjonsforståelse og forsinkede beslutninger                 |

## **Restrisiko**

En-redder på Harøy medfører begrenset lokal transportkapasitet i enkelte tidskritiske situasjoner. Restrisikoen vurderes som moderat og klart lavere enn ved full avvikling av lokalt prehospital beredskap.

## **Samlet vurdering**

Den samla vurderingen i arbeidsgruppen konkluderer med at etablering av en-redder på Harøy bør etableres. Dette vil sikre kontinuerlig lokal medisinsk vurdering ved akutte hendelser, uavhengig av framføringstid for eksterne ressurser. Begrenset adkomst til fastlandet og manglende alternative transportveier, kombinert med avstand til nærmeste ambulansestasjoner, gjør lokal medisinsk tilstedeværelse nødvendig. En-redder-løsningen ivaretar klinisk vurdering, observasjon og igangsetting av behandling på stedet, mens videre transport planlegges i samarbeid med regionale ressurser etter medisinsk behov. Løsningen forutsetter tydelige samhandlingslinjer og beslutningsstøtte, slik at transportressurser benyttes der de gir størst medisinsk effekt. For kommunene kan løsningen både gi nytte og medføre konsekvenser. Den kan styrke samlet førsteinnsats ved samtidighet eller lang framføringstid, men kan også øke behovet for samhandling og i enkelte situasjoner belastningen på kommunale ressurser. Det forutsetter tydelige rammer for bruk og avklarte roller. Samlet vurderes en-redder på Harøya som en faglig forsvarlig og tilpasset løsning som sikrer kontinuitet i lokal beredskap, reduserer sårbarhet sammenliknet med full avvikling og gir et mer proporsjonalt beredskapsnivå enn videreføring av døgnbemannet ambulanse.

### **3.4 Sammen slåing av ambulanseressurser i Ørskog og Haram**

#### **Innsparing**

- Økonomisk effekt: Avhenger av endelig organisering og lokalisering, estimert 1,5 mill. NOK
- Årsverk: Ingen direkte reduksjon, forutsatt at døgnkontinuerlige ressurser videreføres

### **Risiko**

- Mulig økt responstid i ytterområder.
- Økt sårbarhet ved samtidighet.
- Avhengig av regional samhandling.

### **Regionale avhengigheter**

- Avhengig av ressurser i Stor Ålesund.
- Krever presis AMK-disponering.

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Varierende tilgjengelighet i området.
- Begrensede omkjøringsmuligheter.

### **Gjennomførbarhet**

Aktiviteten i Ørskog og Haram er samlet sett lav til moderat, med betydelig overlapp i oppdragsområdene. Oppdragene følger i hovedsak de sentrale fartsårene E39, FV650 og FV661, og ressurs 191 (Ørskog) og 181 (Haram) dekker i praksis de samme trafikklinjene ved akutte medisinske hendelser, trafikkuhell og transportoppdrag, særlig mot Ålesund øst og Skodje.

Virksomhetsdata viser relativt lav samlet oppdragsbelastning og betydelig andel ledig operativ tid, noe som indikerer et potensial for bedre samordning av ressursene uten tilsvarende reduksjon i beredskapen.

Tidligere modellkjøringer (2023) og faglige vurderinger viser at en lokalisering på Stette gir betydelig forbedret samlet beredskapsdekning. Dagens lokasjoner i Ørskog og Haram når samlet om lag 23 000 innbyggere innen 25 minutter, mens en lokalisering på Stette når om lag 53 000 innbyggere innen samme tidsrom. Dette innebærer mer enn en dobling av regional befolkningsdekning innen akseptabel responstid.

Ulempen er at om lag 1 000 innbyggere i deler av ytre Haram og indre Ørskog kan få noe økt responstid. Dette vurderes som håndterbart gjennom AMK-styring, bruk av naboresurser og luftambulanse ved tidskriske hendelser.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b>Kompenserende tiltak</b>                               | <b>Reduserer risiko for</b>                      |
|---|--|
| <b>Samordnet disponering i Stor Ålesund</b>               | Samtidighetskonflikter og manglende dekning      |
| <b>Forhåndsvurdert utrykningsmønster mot ytterområder</b> | Forlenget responstid i randsoner                 |
| <b>Tydelige AMK-disponeringsrutiner</b>                   | Forsinket ressursmobilisering                    |
| <b>Lokale førstehjelps-/akutthjelperressurser</b>         | Forsinket førsteinnsats ved tidskriske hendelser |

### **Restrisiko**

Tiltaket innebærer en restrisiko knyttet til responstid og lokal tilgjengelighet, særlig ved samtidige hendelser eller høy samlet belastning i Stor Ålesund. Risikoen vurderes som håndterbar, forutsatt tydelige operative forutsetninger og velfungerende samhandling. Restrisikoen vurderes som sammenlignbar med, eller lavere enn, videreføring av dagens struktur når samlet robusthet og fleksibilitet tas i betraktning.

### **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen legger til grunn at sammenslåing av ambulanseressursene i Ørskog og Haram bør gjennomføres. Dette kan gi økt fleksibilitet og bedre ressursutnyttelse innenfor dagens struktur, samtidig som forsvarlig responstid og beredskap opprettholdes. Tiltaket vurderes som gjennomførbart uten fysiske endringer i stasjonsstruktur. Eventuelle framtidige strukturelle endringer, herunder fysisk samlokalisering eller mulig ny lokalisering ved Stette, kan på sikt gi ytterligere gevinster i regional ressursdisponering. Slike løsninger forutsetter imidlertid at samlet kapasitet og responstid i Ålesundsområdet opprettholdes på et forsvarlig nivå, særlig i nattperioden, og krever videre utredning før beslutning.

Gjeldende leieavtaler for ambulansestasjonene i Ørskog og Haram utløper i 2027. Eventuelle bygningsmessige eller fysiske endringer, herunder samlokalisering av stasjonsfunksjoner, vil derfor tidligst være aktuelle i tilknytning til dette tidspunktet. Når leieavtalene utløper, forutsettes nye stasjonsløsninger lyst ut på anbud med

kravspesifikasjon som ivaretar gjeldende krav til utforming av ambulansestasjoner, i tråd med Arbeidstilsynets veileder og avvik som ble lukket etter tilsyn i 2020. Det legges til grunn at både Ørskog og Brattvåg skal ha fornyede og forskriftsmessige løsninger for ambulansetjenesten. En framtidig samlokalisering av ambulansestasjonene i Ørskog og Haram, med etablering av ett felles nybygg fremfor to separate stasjoner, vurderes å kunne gi reduserte kostnader knyttet til bygg, leie og drift (KDE). På et overordnet nivå er den estimerte årlige besparelsen anslått til om lag 2 millioner kroner, avhengig av valgt løsning og endelig avtalemotell. En slik løsning forutsetter at kostnader knyttet til eiendom og drift kan optimaliseres gjennom samlokalisering, samtidig som krav til arbeidsmiljø, funksjonalitet og beredskap ivaretas. Eventuelle beslutninger om videre utredning eller gjennomføring må også ses i sammenheng med lokal beredskap, responstid, rekruttering og samlet belastning i den prehospitaltjenesten.

## INDRE SUNNMØRE

*(Sykkylven – Stranda – Geiranger – Valldal – Eidsdal – Norddal – Tafjord - Liabygda)*

### 4.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter

Indre Sunnmøre er preget av lange avstander, krevende topografi og betydelige sesongvariasjoner. Ambulansetjenesten i Stranda, Valldal og Geiranger er tett gjensidig avhengig, og binding eller bortfall av én ressurs påvirker beredskapen i hele området. Stranda og Valldal utgjør hovedstøtte for Geiranger, men har begge begrenset fleksibilitet ved samtidige hendelser.

Området har flere ett-veis korridorer og dalfører med få alternative ruter.

Framkommeligheten påvirkes av rasfare, vær- og føreforhold, og tilgjengeligheten varierer betydelig gjennom året. Vinterstid kan stengte fjelloverganger føre til perioder med isolasjon, særlig for Geiranger.

Luftambulansen er en sentral støtteressurs, men topografi og vær i fjord- og dalstrøk gir perioder med redusert tilgjengelighet. Når luftressurs ikke kan benyttes, må landressursene dekke store områder alene med lang innsatstid.

I sommermånedene øker belastningen vesentlig som følge av turisme, fjellulykker og cruisetrafikk. Dette gir høy samtidighets- og konsekvensbelastning i et område med

begrenset redundans. Ved økt regional belastning eller redusert luftambulansetilgjengelighet blir støttemulighetene ytterligere svekket

### **Sentrale sårbarhetsfaktorer**

- lange avstander og korridorer med få alternative ruter
- vinterstengte fjelloverganger og sterk sesongvariasjon
- vær, rasfare og krevende topografi i dal- og fjordstrøk
- sesongbasert turist- og cruisebelastning (juni–august)
- begrenset nabostøtte ved samtidige eller langvarige oppdrag

## **4.1 Avvikling av døgnressurs i Geiranger**

### **Innsparing**

- Ca. 8 mill. NOK
- 6 årsverk

### **Risiko**

- Lange avstander.
- Sesongvariasjon.
- Avhengighet av Stranda og Valldal.
- Helikoptertilgjengelighet.
- Nattlige forhold.

### **Regionale avhengigheter**

- Begrenset samtidighetskapasitet i Stranda og Valldal.
- Vinterisolasjon gir betydelig risikoøkning.
- Luftambulansens tilgjengelighet.

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Rasfare.
- Fjordkryssinger og få alternative ruter.
- Variabel fremkommelighet, spesielt vinterstid

### **Gjennomførbarhet**

Geiranger dagbil hadde 290 oppdrag, 1 143 timer i oppdrag og 23 615 km kjørt, tilsvarende 3,9 timer og 81 km per oppdrag. Median på 61 km og 184 minutter viser at oppdragene gjennomgående er lange og ressurskrevende. Av oppdragene var 86 akutte (29,7 %). Av de 290 oppdragene var kun 97 i eget operasjonsområde, noe som viser at en stor del av aktiviteten skjer utenfor Geiranger sitt primærområde.

Aktiviteten viser en tydelig sesongvariasjon. I sommermånedene juni til august gjennomføres 44 % av alle oppdrag, med topp i juli (51 oppdrag), mens vintermånedene har betydelig lavere aktivitet. Dette tilsier at beredskapsbehovet er lavere vinterstid enn i sommerperioden.

Geiranger opererer med én bil, Geiranger-221, og har dermed ingen intern reservekapasitet. Ved pågående oppdrag vil nye hendelser måtte håndteres av andre ressurser eller avvente til bilen blir ledig. Av de 17 mest kritiske responsene (rød og orange) var kun 7 hendelser i eget område.

I grunnkrets Geiranger er ambulansen fremme innen 24 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 13 minutter, basert på 35 registrerte hendelser. Nærmeste alternative ressurs er Valldal ambulanse, med en framføringstid til Geiranger på om lag 45 minutter under normale forhold. Beredskapen er i stor grad avhengig av vegaksen mellom Geiranger og Valldal, som er vær- og førefølsom. Vinterføre, rasfare eller midlertidige stengninger kan gi vesentlig lengre framføringstid, og reduserer forutsigbarheten i tilgjengelig ressurs ved bortfall eller samtidighet knyttet til lokal ambulanse.

Konklusjon: Aktiviteten i Geiranger er sterkt sesongpreget, med vesentlig lavere oppdragsmengde vinterstid. Samtidig har området ingen lokal redundans, og bortfall av Geiranger-221 vil innebære at nærmeste ressurs i praksis må komme fra Valldal med om lag 45 minutters framføringstid. En eventuell reduksjon i beredskap vinterstid må derfor veies mot risikoen for vesentlig økt responstid ved samtidige hendelser og for kritisk syke pasienter, selv om den totale aktiviteten er lavere i denne perioden.

### **Områdespesifikke kompenserende tiltak**

*Kompenserende tiltak*

*Reduserer risiko for*

|  |  |
|--|--|
| <b>Sesongbasert beredskapsforsterkning i juni – august</b>               | Kapasitetsbrudd ved turist og cruisetopper               |
| <b>Planlagte alternative ruter ved ras- og vinterstengte veier</b>       | Isolasjon ved stengte vegforbindelse                     |
| <b>Tidlig og koordinert nabostøtte fra Stranda og Valldal</b>            | Forlenget responstid ved bortfall eller samtidighet      |
| <b>Videre styrking av lokale FR /akutthjelpere og frivilligordninger</b> | Manglende eller forsinket førsteinnsats                  |
| <b>Alternativ lokal førsteinnsats (f.eks. enmannsbetjent enhet)</b>      | Manglende akuttmedisinsk innsats ved bortfall av døgnbil |

## **Restrisiko**

Avvikling av døgnkontinuerlig ambulanseressurs i Geiranger vil medføre lang og uforutsigbar responstid ved akutte hendelser. Ved samtidighet eller krevende vær- og føreforhold kan området i perioder stå uten tilgjengelig prehospital beredskap. Restrisikoen vurderes som høy og ikke akseptabel, da ekstern bistand har lang framføringstid og ikke gir tilstrekkelig robusthet ved tidskrisiske hendelser.

## **Samlet vurdering**

Den samla konklusjonen til arbeidsgruppen tilsier at avvikling av døgnressursen i Geiranger ikke bør gjennomføres. En slik beslutning vil medføre bortfall av sammenhengende lokal akuttmedisinsk beredskap, og bør derfor ikke iverksettes. Tiltaket vil innebære at første medisinske vurdering i all hovedsak må avvete ekstern ressurs, uavhengig av hendelsestype og tidspunkt. Dette representerer et markant kvalitativt skifte i beredskapsnivået, og ikke en gradvis reduksjon. Små avvik i framføringstid eller værforhold vil dermed få stor betydning for muligheten til å sikre rettidig vurdering og behandling. Arbeidsgruppen vurderer at en slik null-lignende løsning medfører et uforholdsmessig høyt konsekvenspotensial i et område uten redundans. Tiltaket anses derfor som faglig uforvarlig og ikke gjennomførbart uten at alternativ lokal beredskap er etablert.

### **4.2 En-redder enhet i Geiranger**

#### **Innsparing**

- Ca.2,5 mill. NOK
- Ca 2,5 årsverk

#### **Risiko**

- Mangler transportkapasitet → avhengig av Stranda/Valldal.
- Høyrisikoopdrag (traume, fjellulykker, psykisk helse og barn) krever flere ressurser.
- Personellsikkerhetsrisiko ved enmannsløsning.

### **Regional avhengighet**

- Full avhengighet av Stranda/Valldal for alle transporter.
- Sommertopp gir høy samtidighetsbelastning.
- Vinterstengte fjelloverganger og helikopterutfall gir ekstra sårbarhet.

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Vinterforhold.
- Rasutsatte områder og dalfører uten dekning.
- Lange og sårbare korridorer.

### **Gjennomførbarhet**

En en-redder-ressurs som er fast lokalisert i Geiranger vil kunne gi rask første respons, gjennomføre undersøkelse og iverksette behandling umiddelbart. I de fleste tilfellene vil ressursen dermed kunne starte behandling uten opphold, i påvente av bistand fra annen ressurs til evakuering og transport. I enkelte situasjoner vil løsningen kunne innebære behov for samhandling med kommunale ressurser fram til transportkapasitet er tilgjengelig. En vesentlig styrke ved modellen er at ressursen er kontinuerlig tilgjengelig lokalt og ikke trekkes ut av området, som er en styrking av dagens modell basert på tilgjengelighet. Evakuering og transport vil i denne modellen måtte ivaretas ved bistand fra annen ambulanseressurs, i hovedsak Valldal ambulanse. Valldal kan være fremme i Geiranger på om lag 45 minutter under optimale forhold. Modellen vurderes derfor som en mulig løsning ved at den lokale ressursen ivaretar den umiddelbare prehospitalt innsatsen, mens Valldal tilfører transportkapasitet og annet bistandsbehov. Begrensningen ligger i at transportkapasiteten ikke er umiddelbart tilgjengelig lokalt. Løsningen vil derfor være mindre robust enn ordinær ambulanseberedskap i hendelser der rask videre transport er avgjørende. Dette gjelder særlig ved alvorlig sykdom eller skade hvor tid til evakuering og transport har stor betydning for videre behandling.

## Områdespesifikke konsekvensreducerende tiltak

| <i>Kompenserende tiltak</i>  | <i>Reduserer risiko for</i>  |
|--|--|
| <b>Rotasjonsordning mot Valldal og øvrig seksjon</b>                   | Redusert kvalitet og økt sårbarhet i alenearbeid over tid                    |
| <b>MTU og kompetanse tilpasset en-redder</b>                           | Operativ svikt og begrenset behandlingsskapasitet i førsteinnsats            |
| <b>Tydelige kriterier for bruk av én-redder ressurs</b>                | Feil ressursbruk ved høyrisiko- eller transportkrevende hendelser            |
| <b>Videre styrking av FR /frivillige / akutthjelperordning</b>         | Forsinket førsteinnsats ved samtidige hendelser eller lang intern framføring |
| <b>Lokale beredskaps- og fremføringsplaner for ras, vinter og uvær</b> | Midlertidig isolasjon og tap av ekstern støtte                               |
| <b>Styrking av legevaktsatellitt og videolegevakt</b>                  | Forsinket eller feil medisinsk vurdering ved uklare tilstander               |

### **Restrisiko**

En-redder-ressurs i Geiranger medfører begrenset lokal transportkapasitet ved enkelte tidskrisiske hendelser. Restrisikoen vurderes som moderat og håndterbar innenfor foreslått løsning, forutsatt tydelige kriterier og god samhandling med AMK. Risikoen er vesentlig lavere enn ved full avvikling av lokal beredskap.

### **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen konkluderer med at en-redder løsning i Geiranger kan etableres.

En-redder gir kontinuerlig lokal tilgjengelighet til kvalifisert helsepersonell og sikrer at medisinsk vurdering, prioritering og initial behandling kan starte uten opphold.

Løsningen er ikke ment å dekke hele spekteret av transportbehov lokalt, men etablerer et tydelig og funksjonelt skille mellom medisinsk førsteinnsats og videre transport.

Dette gir et mer presist grunnlag for bruk av eksterne ressurser og reduserer behovet for overdimensjonering lokalt. For kommunene kan en-redder-løsning både gi nytte og medføre konsekvenser. Tiltaket kan styrke samlet førsteinnsats ved samtidighet eller lang framføringstid, men kan også øke behovet for samhandling og i noen situasjoner belastningen på kommunale ressurser. Samlet nytte forutsetter tydelige rammer for bruk og avklarte roller, slik at gevinst oppnås uten uforholdsmessig kostnad.

Arbeidsgruppen vurderer at løsningen gir et tilstrekkelig og forholdsmessig beredskapsnivå sett opp mot faktisk risikobilde og aktivitetsmønster. Tiltaket gir klart bedre beredskap enn full avvikling og vurderes som faglig forsvarlig.

# SØRE - SUNNMØRE

(Ulstein - Hareid– Herøy – Volda – Ørsta – Sande – Vanylven)

## 5.0 Regionale avhengigheter og geografiske sårbarheter

Søre Sunnmøre har en ambulanseberedskap preget av tett gjensidig avhengighet mellom kommunene. Ulstein, Herøy og Volda utgjør sentrale knutepunkt i området. Ørsta har ikke egen ambulansestasjon og er fullt avhengig av ressursene i Volda, mens Hareid dekkes av ambulanser fra Ulstein. Endringer i tilgjengelighet i én kommune får derfor raskt konsekvenser for beredskapen i nærliggende områder.

Regionen er preget av store avstander, begrensede alternative kjøreruter og krevende topografi gjennom dalfører og kystområder. Samtidige hendelser forekommer hyppig, og sykehusrelatert aktivitet, langtransporter og værpåvirkning kan raskt redusere tilgjengelig kapasitet. Volda har særlig høy nattlig sykehusaktivitet, noe som påvirker fleksibiliteten for både Volda og Ørsta og kan gi økt belastning på Ulstein og Herøy.

Luftambulansen er en viktig støtteressurs, men tilgjengeligheten er væravhengig, og perioder med redusert kapasitet må forventes. I slike situasjoner må landambulansene dekke store områder alene. Endringer i Volda påvirker både indre og ytre Sunnmøre, mens kapasitetsendringer i Ulstein får direkte konsekvenser for Herøy og Hareid. Mer perifere områder som Sande og Vanylven har lange responstider og økt sårbarhet ved samtidighet.

### Sentrale sårbarhetsfaktorer

- tett gjensidig avhengighet i Ulstein–Herøy-aksen, inkludert industri- og sjørelaterte risikoforhold
- Volda/Ørsta med høy nattlig bindingstid og dalfører med få alternative ruter
- perifere områder som Sande og Vanylven med store avstander og begrenset reservekapasitet
- perioder med redusert luftambulansetilgjengelighet
- høyt nivå av samtidighet knyttet til industri, turisme og nattoppdrag
- langtransporter og sykehusflyt som kan svekke kjernekapasiteten

## 5.1 Avvikling av døgnressurs i Ulstein

### **Innsparing**

- Ca. 10 mill NOK
- 8 årsverk

### **Risiko**

- Tap av kjerneberedskap
- Økte responstider
- Belastningsoverføring til Herøy, Ørsta/Volda
- To-enhetsoppdrag

### **Regional avhengighet**

- Ulstein primær back up for Volda
- Ringvirkninger Herøy–Hareid
- Luftambulansens - væravhengighet

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Øystruktur
- Fjordkryssinger
- Vær
- Få alternative kjøreruter

### **Gjennomførbarhet\***

*\*Ikke GIS analyse*

Ambulansetjenesten i Ulstein har høy aktivitet og betydelig ressursbinding gjennom døgnet. I 2025 ble det utført 2 095 ambulanseoppdrag, med samlet tidsbruk på 4 453 timer og 125 345 kjørte kilometer. Median kjørelengde per oppdrag var 67 kilometer, og median oppdragstid 123 minutter. Over en tredjedel av oppdragene var tidskritiske, og 354 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Nattperioden (kl. 00.00–08.00) har også høyt aktivitetsnivå, med 291 oppdrag hvorav 167 var akutte. Samlet tidsbruk var 586 timer og kjørelengden 16 843 kilometer. Oppdragsmengde og varighet medfører begrenset kapasitet ved nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), der det i 2025 ble

gjennomført 713 ambulanseoppdrag. Samlet påvirker dette tilgjengelighet og utholdenhet inn i nattberedskapen. Samlet sett har Ulstein begrenset bufferkapasitet ved samtidige hendelser. Endringer i beredskap i ett tidsrom vil raskt påvirke tilgjengeligheten i resten av døgnet. Ulstein har i tillegg en viktig rolle som døgnessurs for omkringliggende områder, og redusert tilgjengelighet vil kunne gi økt belastning på naboresurser, lengre responstider og økt sårbarhet i den samlede akuttmedisinske beredskapen.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b><i>Kompenserende tiltak</i></b>   | <b><i>Reduserer risiko for</i></b>                               |
|--|--|
| <b>Styrking av FR/akutthjelper/ frivilligressurser i Ulstein – Herøy – Volda-aksen</b> | Forsinket førsteinnsats ved samtidige eller langvarige oppdrag   |
| <b>Tidlig og koordinert nabostøtte mellom Ulstein, Herøy, Volda, Vanylven og Sande</b> | Udekket område og forlenget responstid ved høy belastning        |
| <b>Vær og ferjetilpassede beredskapstiltak</b>   | Isolasjon og manglende støtte ved stengte samband                |
| <b>Operativ samdrift og tydelig rollefordeling Ulstein – Herøy – Myrvåg</b>            | Kapasitetsmangel og uklar ressursbruk ved samtidighet            |
| <b>Bruk av syketransportbil til ikke akutte oppdrag</b>                                | Unødig binding av ambulanskapasitet                              |
| <b>Alternativ lokal førsterespons</b>  | Manglende lokal akuttmedisinsk innsats ved bortfall av ambulanse |

### **Restrisiko**

Avvikling av døgnessursen i Ulstein vil medføre bortfall av kontinuerlig lokal akuttmedisinsk tilgjengelighet og økt avhengighet av eksterne ressurser. Dette gir høy restrisiko knyttet til samtidige hendelser og begrenset evne til å håndtere uforutsette situasjoner. Risikoen vurderes som ikke akseptabel, da den ikke kan kompenseres tilstrekkelig gjennom regionale støtteordninger.

### **Samlet vurdering**

Den samla vurderingen i arbeidsgruppen tilsier at døgnessurs i Ulstein ikke bør avvikles. Bakgrunnen for dette er at en slik beslutning vil medføre en grunnleggende endring i hvordan akuttmedisinsk beredskap ivaretas i området, fra lokal kontinuerlig tilgjengelighet til en ordning der respons forutsetter framføring av eksterne enheter. Ulstein har en nøkkelfunksjon i beredskapen på Søre Sunnmøre og inngår som

døgnskuttet kapasitet og primær reserve for Volda. Når denne funksjonen fjernes, reduseres ikke bare lokal håndteringsevne, men også den samlede robustheten i omkringliggende kommuner som Herøy og Hareid. Oppdragsbildet i Ulstein innebærer ofte langvarig ressursbinding. I et slikt tjenestebilde gir avvikling av døgnressurs begrensede muligheter for å absorbere samtidige hendelser eller raskt gjenskape tilgjengelig kapasitet. Tiltaket representerer derfor en strukturell svekkelse av beredskapen, snarere enn en justering av nivå. Arbeidsgruppen vurderer at avvikling først kan være aktuelt dersom det gjennomføres større strukturelle endringer som dokumentert gir forbedret tilgjengelighet og lavere sårbarhet, eksempelvis gjennom samlokalisering i Myrvåg.

## 5.2 Redusert nattberedskap i Ulstein (en bil natt)

### **Innsparing**

- Ca 1 mill. NOK
- Ca 1 årsverk

### **Risiko**

- Samtidighetsrisiko natt
- Avstander og få alternative ruter
- Bindinger

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Vær
- Mørke
- Sjørelaterte hendelser

### **Regional avhengighet**

- Nattbindinger i Volda, svekker Volda+ Ørsta
- Samtidighet i Herøy/Ulstein
- Værahengig støtte fra luftambulans

### **Gjennomførbarhet**

For Ulstein-141 og Ulstein-142 er det registrert 2 095 oppdrag, hvorav 1 063 på Ulstein-141 og 1 032 på Ulstein-142. I tidsrommet 20:00–08:00 har bilene samlet 581 oppdrag.

309 oppdrag (53,2 %) var akutte, og 230 av disse hadde rød/orange ankomsttriage (74,4 % av akutte, 39,6 % av alle oppdrag). Av alle oppdragene var 1 154 i eget operasjonsområde, mens øvrige oppdrag fordelte seg på Fosnavåg (83), Larsnes (33) og Ørsta/Volda (460), hvor majoriteten av oppdragene mot Ørsta/Volda var henteoppdrag.

Det er registrert om lag 95 samtidigetskonflikter (16,4 %) i kveld- og nattperioden. Av oppdragene i samtidigetskonflikt var om lag 63 % akutte, 32 % haster og 6 % vanlige.

Tiltaket vil berøre en beredskap som håndterer 581 oppdrag i tidsrommet 20:00–08:00, hvorav 309 er akutte og 230 har rød/orange ankomsttriage. Minst om lag 95 hendelser er særlig sårbare ved redusert kapasitet. Basert på fordelingen av hastegrad innebærer dette at om lag 38 av samtidigetskonfliktene gjelder kritiske pasienter.

I Ulstein er ambulansen fremme innen 18 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 10 minutter. Stasjonen dekker også Hareid, hvor ambulansen er fremme innen 18 minutter i 90 % av tilfellene, med en typisk responstid på om lag 12 minutter.

Konklusjon: Uten Ulstein-142 ville minst 95 hendelser i kveld- og nattperioden fått økt risiko for forsinket respons eller redusert lokal tilgjengelighet, herunder om lag 38 hendelser med kritiske pasienter. De registrerte samtidigetskonfliktene viser et vedvarende behov for parallelle ressurser. Det er rikelig med kapasitet ved ambulanseressursene fra Larsnes eller Fosnavåg. Den totale forsinkelsen vil derfor i stor grad ikke overstige 30 minutter.

For området Larsnes, Ulstein og Herøy viser samlet oppdragsprofil at aktiviteten er høyest på dag og ettermiddag, og lavere på kveld og natt. I kveld og nattperioden er sannsynligheten for samtidigetskonflikt der alle tre bilene er opptatt samtidig under 2 %. Dette tilsier at risikoen for full samtidig binding av alle ressursene i dette tidsrommet er lav.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b><i>Kompensierende tiltak</i></b>                             | <b><i>Reduserer risiko for</i></b>                            |
|---|---|
| <b>FR/akutthjelper/frivillige i Ulstein/Herøy</b>               | Forsinka førsteinnsats ved nattoppdrag                        |
| <b>Videre styrking av lokal førsteinnsats i Ulstein – Herøy</b> | Forsinket førsteinnsats ved nattlige hendelser og samtidighet |

|  |   |
|--|---|
| <b>Forpliktende nattlig samdrift med Larsnes, Herøy og Volda</b> | Udekket område og forlenget responstid ved langvarig binding          |
| <b>Vær- og kysttilpassede beredskapstiltak for nattdrift</b>     | Sårbarhet ved sjøhendelser og redusert framkommelighet                |
| <b>Etablering av syketransportbil (hvit bil)</b>                 | Unødig bruk av akuttambulansse på planlagte eller lav-haste oppdrag   |
| <b>Klare kriterier for bruk av ambulanssebåt nattestid</b>       | Langvarige landtransporter og redusert tilgjengelighet i Ulstein-akse |

## **Restrisiko**

Redusert nattberedskap innebærer økt risiko ved samtidige hendelser og langvarige oppdrag, særlig under krevende vær- og fergeforhold. Dette kan gi noe forlenget responstid i enkelte perioder. Restrisikoen vurderes som håndterbar og akseptabel innenfor foreslått løsning, gitt tre tilgjengelige nattressurser og etablerte kompenserende tiltak.

## **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen konkluderer med at nattberedskap i Ulstein kan reduseres. Innenfor dagens og forventa regional ressursstruktur vurderes tiltaket til å være forsvarlig og forholdsmessig. Vurderingen bygger på at nattperioden har lavere oppdragsintensitet enn dag og kveld, samt at analysene viser lav sannsynlighet for full samtidighet mellom tilgjengelige ambulanser. Med tre operative nattressurser i Ulstein–Herøy–Larsnes-området vurderes dekningen som tilstrekkelig for de fleste hendelser, også ved moderat samtidighet. Selv om enkelte oppdrag kan få noe økt responstid, anses dette å ligge innenfor akseptable rammer. Etablering av syketransportbil (hvit bil) er en klar forutsetning for tiltaket og vurderes å ha betydelig effekt ved å redusere binding av akuttambulanser. I tillegg bidrar målrettet bruk av ambulanssebåt til å begrense langvarige bakke-transporter og frigjøre kapasitet i nattperioden. Forutsatt tydelige kriterier, god regional samhandling og involvering av ansatte og tillitsvalgte, vurderes den samlede restrisikoen som akseptabel, og løsningen gir bedre samsvar mellom behov og ressursbruk enn dagens nattberedskap.

### **5.3 Etablering av syketransportbil i Ulstein**

#### **Kostnad**

- Tiltaket innebærer økte driftskostnader knyttet til bemanning og drift av syketransportbil.
- Erfaringer fra eksisterende ordninger viser en samlet årskostnad per enhet på rundt 1 mill. kroner.
- Kostnadene vurderes samlet opp mot gevinsten i form av frigjort ambulansekapasitet og bedre tilgjengelighet for akutte oppdrag.

### **Risiko**

- Lav risiko for akuttberedskapen.
- Forutsetter tydelig oppgaveavgrensning mellom ambulanse -syketransport.
- Effekt av tiltaket er avhengig av tilstrekkelig bruk og korrekt disponering

### **Regionale avhengigheter**

- Forutsetter samhandling med ambulanseressurser på søre Sunnmøre.
- Avhengig av tydelige AMK-disponeringsrutiner.

### **Gjennomførbarhet**

Tiltaket vurderes som operativt gjennomførbart innenfor eksisterende struktur. På søre Sunnmøre utføres det i dag et betydelig volum av planlagte og ikke-akutte transporter som binder døgnambulanser over tid. En syketransportbil i Ulstein vurderes å kunne overta en andel av disse oppdragene og bidra til mer hensiktsmessig bruk av ambulanseressursene.

### **Samlet vurdering**

Syketransport er et tiltak med selvstendig verdi. Tiltaket bidrar samtidig til å styrke gjennomførbarheten og redusere risiko ved øvrige anbefalte endringer i ambulansetjenesten, gjennom frigjøring av ambulansekapasitet og redusert samtidighetsrisiko. Tiltaket inngår som del av en helhetlig tilnærming til bedre ressursutnyttelse i den prehospitaltjenesten.

#### **5.4 Redusert nattberedskap Volda (en bil natt)**

##### **Innsparing**

- Ca 2 mill. NOK

- 2 Årsverk

### **Risiko**

- Høy nattaktivitet
- Sykehusrelatert nattooppdrag
- Regional nøkkelrolle
- Samtidighetsrisiko

### **Lokal geografisk sårbarhet**

- Dalfører, fjell og kyst

### **Regional avhengighet**

- Ørsta er fullstendig avhengig av Volda
- Sekundæreffekter mot Ulstein–Herøy
- Bindinger svekker hele regionens nattkapasitet

### **Gjennomførbarhet\***

*\*Ikke GIS analyse*

I 2025 ble det gjennomført 349 ambulanseoppdrag i nattperioden (kl. 00.00–08.00) i Volda. Av disse var 177 (50,7 %) akutte, og 97 pasienter ble triagert rød eller oransje ved ambulansens ankomst. Median oppdragstid var 82 minutter og median kjørelengde 20 kilometer. Samlet tidsbruk i nattoppdragene var 610 timer, med 12 823 kjørte kilometer. Oppdragsmengde og varighet medfører at ambulanseressursene ofte er bundet over lengre perioder, med begrenset tilgjengelighet ved nye og samtidige hendelser. Belastningen forsterkes av høy aktivitet i kveldsperioden (kl. 16.00–24.00), hvor det i 2025 ble gjennomført 905 ambulanseoppdrag. Samlet påvirker dette tilgjengelighet og utholdenhet i nattberedskapen. En reduksjon i nattberedskapen vil øke belastningen på gjenværende ambulanse og gi høyere risiko for forlenget responstid og økt sårbarhet ved samtidige hendelser.

### **Områdespesifikke kompensierende tiltak**

| <b><i>Kompenserende tiltak</i></b>   | <b><i>Reduserer risiko for</i></b>                                 |
|--|--|
| <b>Styrking av FR/akutthjelper/<br/>frivilligressurser i Ørsta-området</b> | Forsinket førsteinnsats når ambulanse er opptatt i Volda nattestid |

|  |   |
|--|---|
| <b>Tidlig og planlagt nabostøtte fra Herøy og Vanylven om natten</b> | Forlenget responstid i randsoner ved samtidige hendelser        |
| <b>Rute, ras og vintertilpasset planlegging for nattdrift</b>        | Isolasjon og forsinket framføring ved krevende føreforhold      |
| <b>Tiltak for prioritering av nattlige sykehus- og henteoppdrag</b>  | Langvarig ressursbinding og konsekvenser for regional beredskap |

## **Restrisiko**

Dagens nattberedskap i Volda har sårbarhet knyttet til samtidige hendelser og langvarig ressursbinding. Denne risikoen håndteres innenfor dagens struktur. Ved reduksjon i nattberedskapen vil restrisikoen øke betydelig, med høyere sannsynlighet for forsinket respons og redusert evne til å håndtere samtidighet. Risikoøkningen vurderes som ikke akseptabel.

## **Samlet vurdering**

Arbeidsgruppen legger til grunn at dagens nattberedskap i Volda bør videreføres. Vurderingen er basert på Voldas funksjon som sykehuslokasjon og regional nattressurs, med ansvar for både eget område, Ørsta og tilgrensende randsoner. En betydelig andel av nattoppdragene har tilknytning til sykehusdrift og transporter som binder ambulanser over tid. Dette gir begrenset handlingsrom for ytterligere kapasitetsreduksjon uten at responsevnen svekkes. Når Ørsta samtidig er fullt avhengig av Volda som nattlig akuttressurs, får reduksjoner i Volda direkte konsekvenser utover eget opptaksområde. Arbeidsgruppen legger vekt på at Voldas nattberedskap inngår i en større regional sammenheng. Kompenserende tiltak kan bidra til prioritering og støtte i randsoner, men gir ikke tilstrekkelig robusthet ved tidskrisiske og parallelle hendelser i et systembærende punkt. Samlet vurderer arbeidsgruppen at videreføring av dagens nattberedskap i Volda gir et lavere og mer håndterbart risikonivå enn reduksjon.