



Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS

Årsrapport 2014



LUFTAMBULANSETJENESTEN



Innhold

| | |
|---|----|
| Innledning | 3 |
| Visjon og verdigrunnlag | 3 |
| Visjon..... | 3 |
| Verdigrunnlag..... | 3 |
| Sikkerhet | 4 |
| Tilgjengelighet | 4 |
| Målsetting | 4 |
| Faglige aktiviteter og prosjekter | 5 |
| Medisinsk teknisk virksomhet..... | 6 |
| Oppdragsstatistikk | 7 |
| Pasientene..... | 8 |
| Kjønns- og aldersfordeling | 8 |
| Diagnoser (primærdiagnose) | 9 |
| Ambulanseflytjenesten | 12 |
| Antall gjennomførte oppdrag | 13 |
| Flykoordineringssentralen | 19 |
| Ambulansehelikoptertjenesten | 20 |
| Sysselmannens helikopter på Svalbard..... | 36 |
| Redningsteknisk kapasitet..... | 37 |
| Styrets årsberetning..... | 41 |
| Balanse pr. 31.12.2013..... | 46 |
| Noter | 48 |





Foto: Øystein Eugene Hermstad

Innledning

Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (Luftambulansetjenesten ANS) ble etablert januar 2004 og eies av de fire regionale helseforetakene med 20 % hver til Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest, mens Helse Sør-Øst har 40 % eierandel.

Visjon og verdigrunnlag

Luftambulansetjenesten ANS har definert følgende visjon og strategiske hovedmål

Visjon

Trygg luftambulanse, vårt ansvar!

Verdigrunnlag

Luftambulansetjenestens strategiske mål er

- høy kvalitet
- effektiv og sikker drift
- ledende kompetansemiljø
- god samarbeidspartner

Sikkerhet

14. januar 2014 havarerte ett ambulansehelikopter fra Norsk Luftambulans AS på Sollihøgda. Helikoptret traff et kraftspenn og styrtet under landing i forbindelse med en trafikkulykke på stedet. Se nærmere omtale under kapittelet Ambulansehelikopter. Luftambulansetjenesten opererer til alle døgnets tider og tidvis under krevende operative forhold, ofte kombinert med medisinske utfordringer. Dette gjør at tjenesten er risikoutsatt. Vi arbeider derfor kontinuerlig med å bedre sikkerheten og på flere områder definerer vi høyere krav for å bedre sikkerheten i forhold til myndighetskravene til denne tjenesten. Det er et sterkt fokus på sikkerhet både innen flyoperasjoner og for pasienten. Dette er et kjennetegn på tjenesten.

Kvalitet

Vårt kvalitetssystem er et middel til å gjennomføre intensjonene som er definert i vår politikk og til å oppnå fastsatte mål. Vi er sertifisert iht. NS-EN ISO 14001 Miljøstyringssystemer og NS-EN ISO 9001:2008 Systemer for kvalitetsstyring. Forpliktelsen som følger av disse, sikrer at vi ivaretar vårt ansvar for det ytre miljø og kontinuerlig forbedrer våre prestasjoner. Vi gjennomfører interne revisjoner samt eksterne revisjoner av våre underleverandører. Dette gir oss mulighet sammen med leverandørene å forbedre og utvikle tjenesten. Andre gjennomførte tiltak i 2014 er nærmere beskrevet i styrets årsberetning og årlig melding.

Tilgjengelighet

En effekt av luftambulansetjenestens innsats er tidsgevinster. Dette består både av å yte rask assistanse til pasienter utenfor sykehus, og å bidra til rask transport til sykehus og mellom sykehus med adekvat behandlingstilbud. Det er viktig med god tilgjengelighet på tjenesten for pasienter og

brukere over hele landet. Et likeverdig tjenestetilbud er et av de overordnede målene innenfor norsk helsepolitikk. En velfungerende og tilgjengelig luftambulansetjeneste vil være et viktig bidrag til måloppnåelse på dette feltet. I 2014 ble det gjennomført en anskaffelse av en ny ambulansehelikopterbase på Evenes som har oppstart 30. april 2015.

Ambulanseflyene fløy 9967 timer i 2014. Dette er ubetydelig ned (0,02 %) fra toppnoteringen i 2013 hvor det ble fløyet 9988 timer. Tilgjengeligheten var 95,17 %, en oppgang på 0,17 % fra året før. De største enkeltårsakene til utmeldingene er manglende reservekapasitet på besetningsmedlemmer, uforutsette tekniske hendelser samt arbeids- og hviletidsbestemmelser.

Ambulansehelikoptrene fløy 8311 timer i 2014, mot 8396 timer i 2013 (nedgang på 1,0 %). Tilgjengeligheten i 2014 var høyere enn foregående år hos begge operatører med 97,9 % (opp 0,4 %) på Norsk Luftambulans AS sine åtte baser, og 95,6 % (opp 0,8 %) på Lufttransport AS sine tre baser. De to primære årsakene til utmeldinger var også i 2014 uventede tekniske hendelser og arbeids og hviletidsbestemmelser. Tilgjengeligheten på 330 skvadronens seks baser var til sammenligning 98,6 % (opp 0,3 %). Tilgjengelighet er nærmere beskrevet i styrets årsberetning.

Målsetting

Med bakgrunn i overordnede føringer har selskapet følgende mål:

- Bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger, herunder "sørge for" ansvaret. Dens primære og prioriterte oppgave er å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet.
- Drive den flyoperative ambulansetjenesten.

- Bidra til nasjonalt samarbeid i spørsmål knyttet til luftambulansetjenesten med vekt på nettverksbygging mellom helseforetakene.
- På utvalgte områder være et faglig kompetansesenter for alle helseforetakene i Norge.
- Bidra til fokusering på sikkerheten i tjenesten, stimulere risikoreduserende tiltak og arbeid for bedre kvalitet, koordinering, økt sikkerhet samt kostnadseffektivisering av tjenesten.

Faglige aktiviteter og prosjekter

Selskapet arrangerte eller var medarrangør på flere faglige arrangementer. I 2014 ble følgende gjennomført:

- Operativt forum for luftambulansetjenesten (fly- og helikopteroperatørene i luftambulans- og redningstjenesten).
- Medisinsk nettverk for medisinske ledere ved luftambulans- og redningshelikopterbasene, samt Sysselmannens helikoptertjeneste på Svalbard.
- Medisinsk tekniske rådgivere deltok på internasjonalt nivå i arbeidet med ulike standarder.

Likeså deltok vi i flere prosjekter knyttet til utvikling av tjenesten og av prehospital tjeneste ved helseforetak og prosjekter knyttet til anskaffelser.

Nødnett

I løpet av året var det tre AMK-LA sentraler som tok i bruk Nødnett, alle i Helse Sør-Øst. Begge helikopteroperatørene har gjort en stor innsats for å få installert Nødnett radioer i sine helikoptre. AGA nettet (del av

Nødnett for luftbruk) ble ikke tatt i operativ bruk samtidig som bakkenettet. Dette har vært utfordrende for tjenesten.

Det har også vært utfordringer med samband i grenseområdene mellom Nødnettområder og områder uten Nødnett.

Det har vært jobbet mye med prosedyrer for bruk av Nødnett i luftambulansetjenesten. Dette er arbeid som vil fortsette i 2015.

Resten av helikopterflåten vil få på plass Nødnett-radioer i løpet av 2015.

Ny helikopterbase på Evenes

I løpet av 2014 ble det gjennomført et anskaffelsesprosjekt for etablering og drift av den nye helikopterbasen på Evenes. Etter en konkurranse mellom tre tilbydere ble det signert avtale med operatøren Norsk Luftambulans AS som skal utføre tjenesten med et helikopter av typen H 145. Basen skal være i drift 30. april 2015. Avtalen gjelder frem til 1. juni 2018.

Luftambulansetjenesten ANS har inngått avtale med Forsvarsbygg om leie av en av Forsvarets hangarer på Evenes til bruk som luftambulansbase. I forkant av oppstart på Evenes vil det bli utført omfattende utbedringer for å sikre at basen blir tilpasset til effektiv og sikker luftambulansedrift.

Norwegian All Weather Search and Rescue Helicopter (NAWSARH)

Vår medisinske rådgiver har siden 2007 deltatt i Justis- og beredskapsdepartementets anskaffelsesprosjekt for nye redningshelikoptre.

I desember 2013 ble det inngått kontrakt med Agusta Westland om kjøp av 16 nye AW 101 redningshelikoptre. I 2014 har detaljer blitt planlagt sammen med fabrikken. Helikoptrene vil ha «all weather»-kapasitet, og det betyr at de ville kunne fly under isingsforhold. De vil også fly raskere og ha lengre rekkevidde. Dermed vil gjennomføringsevnen bli enda bedre enn i

dag. AW 101 vil ha to fullverdige bæreplasser og kan i tillegg ta seks katastrofebårer med god tilgang til pasientene.

Det gjøres en grundig utredning av hvilke tiltak som må iverksettes for at det nye redningshelikoptrene skal kunne lande ved ulike sykehus.

Medisinsk teknisk virksomhet

Medisinsktekniske verksted i Trondheim, utfører drøyt to årsverk med støtte og vedlikehold av tjenestens medisinsktekniske utstyr. Det er utført ca. 400 periodiske vedlikehold og 190 korrigerende reparasjoner på tjenestens apparater. Det er registrert utført 1110 jobber i 2014 og det ble registrert 27 nye utstyrsenheter. Bemanningen ble fra 1. oktober styrket med en stilling. Lokaler er oppgradert og interne

rutiner er revidert for å samsvare med krav til medisinskteknisk virksomhet og ISO 9001 og 14001 standardene.

Avdelingen har, i tillegg til ren støtte til basenes utstyr, blant annet jobbet med anskaffelse av ny transportkuvøse. Det ble i starten av året innført nytt elektrisk varmeteppe som standard utstyr i tjenesten. Vi er videre aktive på rådgivning til produsenter om hvordan ny teknologi kan innføres i tjenesten. I 2014 har vi spesielt gitt støtte til utvikling av ultralydsutstyr for prehospitalt bruk. Det har vært aktiv deltagelse innen norsk (EU) og internasjonal standardisering innen fagområdet.



Oppdragsstatistikk

Innledning

Medisinsk personell ved alle baser dokumenterer sin virksomhet på et felles "Rapportskjema for luftambulansetjenesten". Denne følger pasienten som pasientjournal, men en kopi arkiveres og benyttes som grunnlag for datamessig virksomhetsregistrering. Det ble i 2014 dokumentert aktivitet ved totalt 45 enheter inkludert 18 legebiler. Det benyttes i dag to ulike registreringsprogram. Basene i Helse Vest benytter AirDoc og resten av tjenesten benytter LABAS. Følgende statistikk bygger på uttrekk fra hver enkelt bases virksomhetsregistrering. Luftambulansetjenesten ANS tar derfor forbehold om at statistikken er fullt kvalitetssikret ved basen før uttrekket. I tillegg til virksomhetsregistrering, har basene levert en årsrapport for 2014 med utfyllende kommentarer etter en fastlagt mal utarbeidet av Luftambulansetjenesten ANS.

I tillegg omtales kort aktiviteten til Sysselmannens helikopter på Svalbard.

Oppsummering

Luftambulansetjenesten gjennomførte i 2014 totalt 17677 oppdrag (mot 18255 i 2013). Oppdragene er fordelt mellom 7278 (7657) ambulansehelikopter, 9110 (9399) ambulansefly og 1289 (1199) redningshelikopter. I tillegg ble 2088 helikopteroppdrag påbegynt, men av ulike grunner avbrutt.

Av de gjennomførte oppdragene med redningshelikopter var 838 (762) ambulanseoppdrag og 451 (433) søk- og

redningsoppdrag (SAR). Det gjøres oppmerksom på at disse tallene avviker fra 330-skvadronens og hovedredningssentralenes statistikk, da disse benytter andre datadefinisjoner. 330-skvadronen opplyser at de utførte 854 (779) ambulanseoppdrag og 602 (580) søk- og redningsoppdrag i 2014.

I tillegg ble det utført 1928 oppdrag med legebiler (mot 1773 i 2013).

Totalt ble 19440 pasienter assistert/transportert (mot 19859 i 2013).

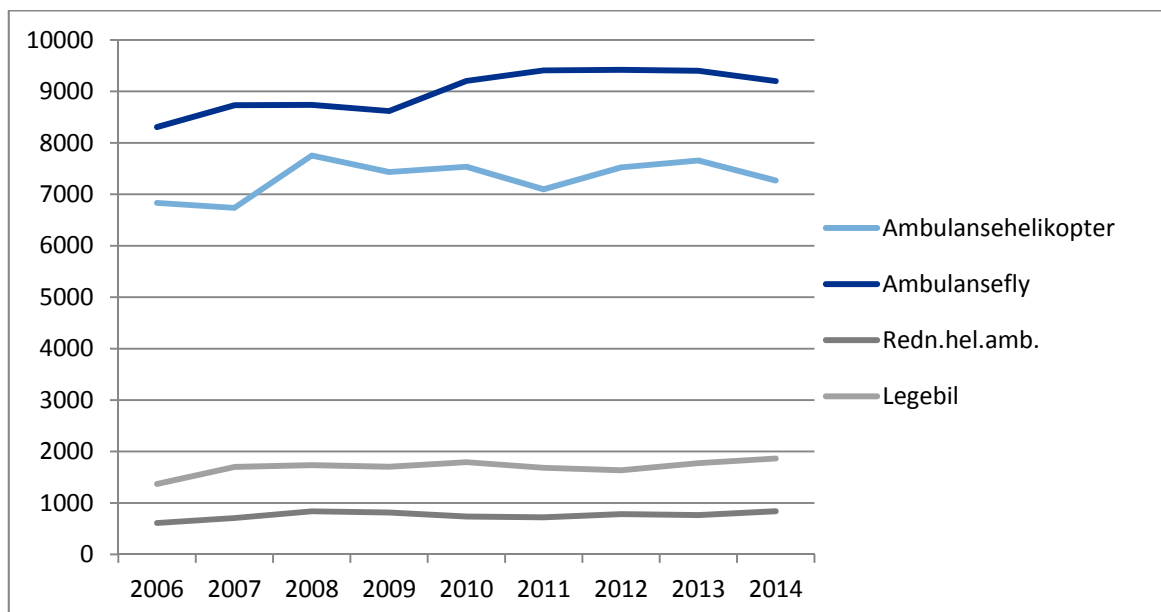
Trender

Antall gjennomførte oppdrag inkludert legebil falt med 2,1 % fra 2013 og er tilbake på 2012-nivå. Antall pasienter falt også 2,1 %.

Antall gjennomførte ambulansehelikopteroppdrag steg litt i Helse Midt-Norge, mens det totalt sett var et fall i de øvrige helseregionene. Ambulanseflyoppdragene steg marginalt i Helse Nord RHF og falt markant i de øvrige helseregionene.

Se figur 1.

(SAR-oppdrag for redningshelikopter er utelatt. Det vises til årsrapporter fra 330-skv)



Figur 1 Gjennomførte oppdrag 2006-2014 (Redningshelikopter, bare ambulanseoppdrag)

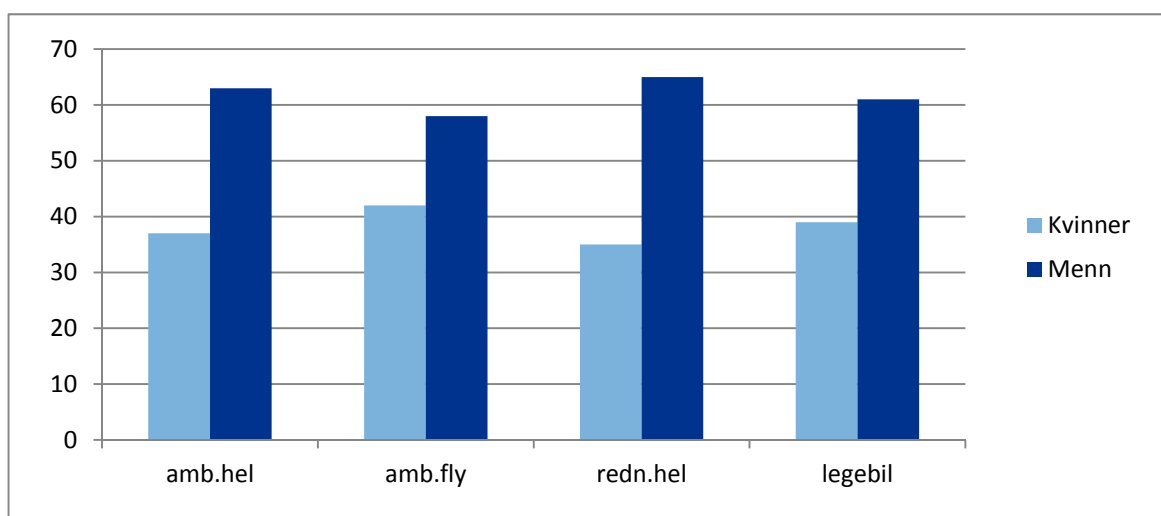
Pasientene

Kjønns- og aldersfordeling

Luftambulansetjenesten har alltid behandlet og transportert flere menn enn kvinner. Kjønn er ikke et utrykningskriterium, så forskjellen må ligge i at tjenestens utvalg av skade- og sykdomsgrupper ikke er

kjønnsnøytrale. Eksempelvis er menn mer utsatt for traume. Forskjellen er minst uttalt i ambulanseflytjenesten, der det flys flest eldre pasienter med sykdomstilstander.

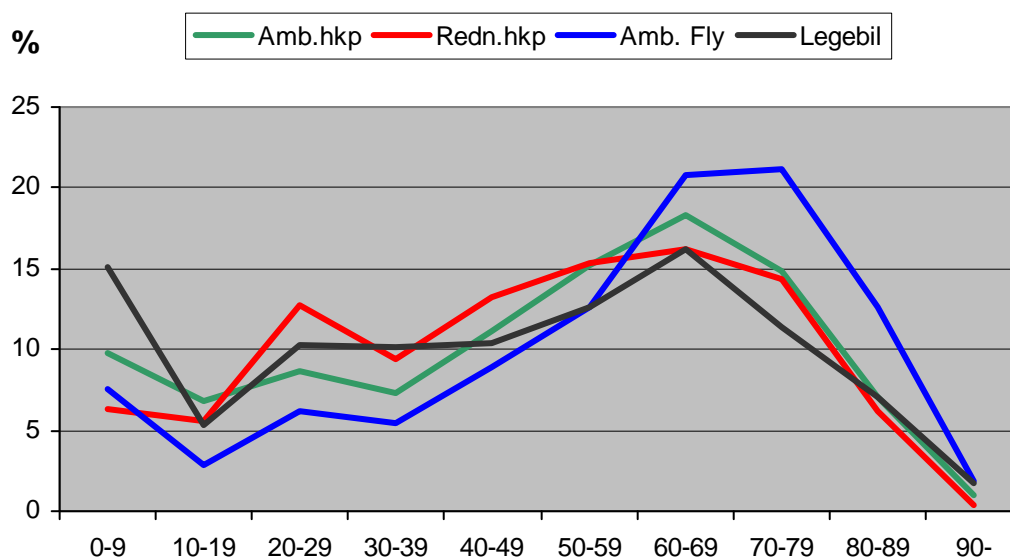
Se figur 2.



Figur 2 Kjønnsfordeling i % av pasientene

Ambulanseflytjenesten har en jevnt over eldre pasientgruppe. Denne fordelingen er

ganske stabil over år. Legebilene har prosentvis flest av de aller yngste. Se figur 3.



Figur 3 Aldersfordeling i % av pasientene

Diagnoser (primærdiagnose)

Luftambulanspersonellet dokumenterer tentativ diagnose etter ICD-10- systemet. Diagnosen blir sjelden verifisert overfor luftambulansetjenesten i etterhånd, så statistikken er beheftet med usikkerhet. Diagnosene rapporteres i to grupper: Sykdom: kode A-R samt fødsler, og Skade: kode S-T. Forgiftninger er inkludert i skadegruppen. De fleste pasientene har diagnoser i sykdomsgruppen, noe som er særlig utpreget i ambulansflygruppen. I 2014 hadde 7 % av personene som ble transportert i redningshelikopter ikke registrert diagnose. Flertallet av disse er verken syk eller skadet, men får hjelp av tjenesten av annen grunn. I de andre gruppene er det en viss underreportering av diagnose i databasen.

Pasienter med ischemisk hjertesykdom er som tidligere den største pasientgruppen i luftambulansetjenesten og utgjorde i 2014 ca. 22 % av pasientene i ambulansflyene og ca. 14 % i ambulanshelikoptergruppen. I de senere år er transport til PCI-behandling blitt en meget stor aktivitet. Ambulansflyene

tilbakefører i tillegg pasienter som er hjerteoperert. Dette skjer gjerne 2.-3. postoperative dag, mens pasientene ennå ikke kan benytte kollektive transportmidler.

Ambulansflyene i Nord-Norge transporterer et stadig økende antall pasienter med en psykiatrisk primærdiagnose. I 2014 var tallet 328, mot 322 pasienter i 2013, 301 i 2012, 269 i 2011 og 242 i 2010. I Helse Nord er det bare to psykiatriske sykehus, i Tromsø og i Bodø, så mange øyeblikkelig hjelp-pasienter må innlegges med fly. Dette er krevende transporter, siden fartøysjefene oftest vil ha politifølge av sikkerhetsgrunner. Det tar ofte lang tid å organisere slik ledsagertjeneste. En egen pool av helsepersonell, spesielt opplært for å ledsage stabile psykiatri-pasienter, ble satt i beredskap i Alta i 2011 og i Kirkenes i 2012. Denne ordningen rapporteres å fungere bra og ble benyttet 60 ganger i 2014, mot 72 i 2013 og 67 ganger i 2012. Ved de to basene ordningen benyttes, har imidlertid bruk av politifølge ikke avtatt, men tvert imot øket; 186 ganger i 2014 mot 153 ganger i 2013 og 122 i 2012. Totalt var det i 2014 politifølge med ved 291 flytransporter (245 i 2013), nesten alle i

nord. I Bodø er det startet et prosjekt som har som mål å etablere en sivil ledsagertjeneste for psykiatritransportene også der.

Pasienter med primærdiagnose relatert til svangerskap eller fødsel utgjorde i 2014 2,5 % av diagnose-registrerte pasienter i ambulanshelikoptrene. Tilsvarende andel for redningshelikopter og ambulansfly var henholdsvis 3,2 % og 3,1 %. Det er ganske stabile tall og en klar overvekt i Nord-Norge.

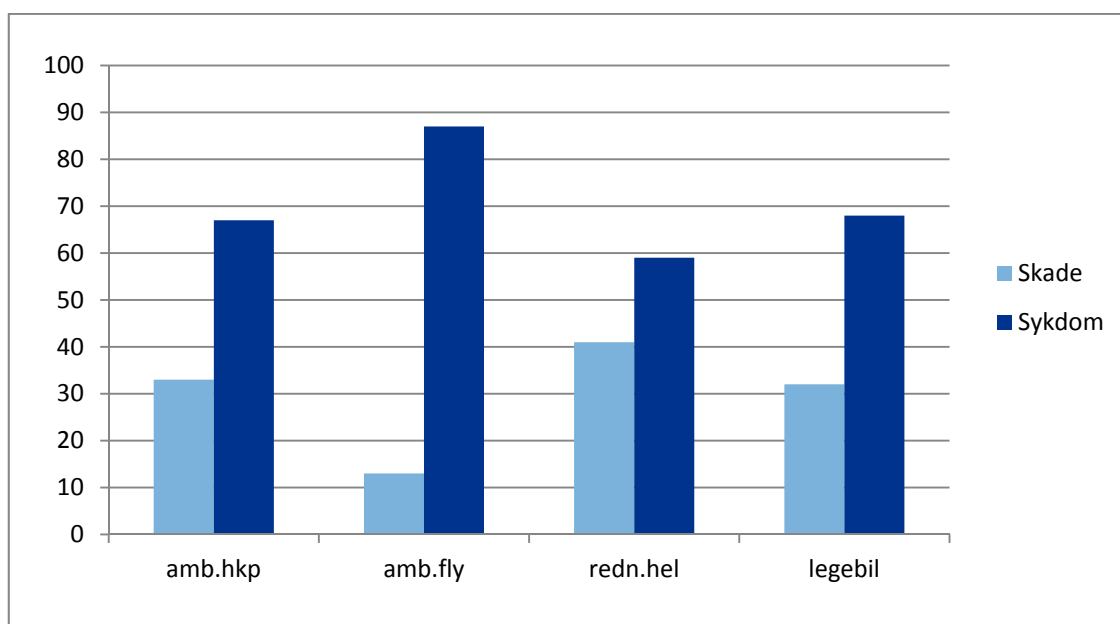
222 pasienter ble transportert i kuvøse (287 i 2013 og 291 i 2012). Dette utgjorde 1,4 % av pasientene i ambulanshelikoptrene, 1,2 % i ambulansflyene og 0,5 % i redningshelikoptrene. Det er bare noen få baser som har volum nok til å vinne god erfaring med disse, ofte krevende, transportene. I Tromsø, Bodø og Stavanger følger det rutinemessig med kuvøseteam fra sykehusene, og i Førde og Florø er det inngått avtale med sykehuset som innebærer at barnelege kan følge ved behov.

Flere andre baser utreder en lignende ordning. Det pågår et arbeid for å sette en faglig standard for kuvøsetransporter i luftambulansetjenesten. Sannsynligvis vil de mest krevende kuvøsetransportene bli sentralisert til færre baser.

Luftambulansetjenesten er bemannet med høyt kvalifisert helsepersonell. Det gis meget avansert behandling på hentested og under transport. Hele 11,7 % av pasientene i ambulanshelikoptrene fikk anestesi i 2014.

Alvorlighetsgraden av pasientenes tilstand registreres som NACA-score i en skala fra 0 (frisk) til 7 (død). Undersøkelser tyder på at pasienter med NACA 4 – 6 kan ha spesielt stor medisinsk nytte av et avansert behandlingstilbud prehospitalt. I ambulanshelikoptergruppen tilhører drøyt 60 % av pasientene denne gruppen.

Se figur 4.

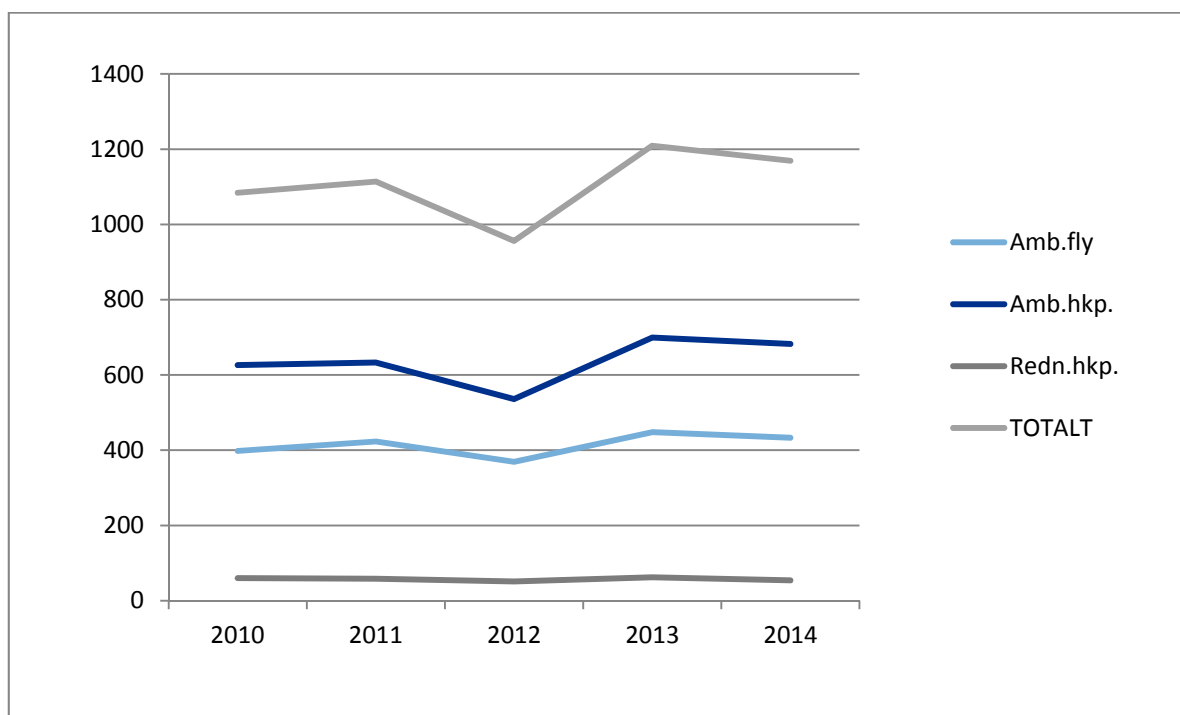


Figur 4 Diagnosegrupper i % av pasientene med registrert diagnose (ikke alle pasienter har registrert diagnose)

Pasienter med tentativ diagnose forstyrrelse i hjernesirkulasjonen (ICD-10 kode I60 – I69) er av spesiell interesse å følge fordi nasjonale retningslinjer anbefaler bruk av luftambulansse når dette er hensiktsmessig for å bringe pasienter raskest mulig til sykehusbehandling. Ved hjerneslag som skyldes blodpropp, må blodproppløsende behandling gis snarest mulig og senest innen 4,5 timer etter symptomdebut.

Utviklingen de siste fire årene kan synes overraskende svak, tatt i betraktning den oppmerksomhet slagbehandling har hatt. Det bør vurderes om det er et underforbruk av luftambulansse for denne pasientgruppen, siden tiden før behandling er kritisk.

Se figur 5.



Figur 5 Antall pasienter med tentativ forstyrrelse i hjernesirkulasjonen (mulig hjerneslag)

Ambulanseflytjenesten

I 2014 fløy ambulanseflyene 9967 timer. Dette er ubetydelig ned (0,02 %) fra toppnoteringen forutgående år, hvor det ble fløyet 9988 timer. Tilgjengeligheten var 95,17 %, en oppgang på 0,17 % fra året før. En ny operativ prosedyre for gjennomføring av oppdrag til Svalbard ble innført i siste halvdel av 2013 og videreført med svært gode resultater i 2014. Det har ikke vært innleid eksterne ambulanseflyressurser i 2014.

Operatøren av ambulansefly, Lufttransport AS, har lagt ned et stort arbeide i forbindelse med gjennomføringen av nytt felleseuropeiske regelverk om luftfartsoperasjoner. Forordning 965/2012, også kalt EASA OPS, trådte i kraft oktober 2014. Tilpasning til det nye regelverket har blant annet medført omskriving og

nyutgivelser av en rekke operative manualer, samt innføring av nytt Safety Management System. Dette har vært et ressurskrevende arbeid som har blitt løst på en utmerket måte uten at beredskap eller tilgjengelighet har blitt påvirket. Vi har under hele prosessen hatt meget godt innsyn i arbeid og fremdrift i forhold til tidsfristen.

Vi har også i 2014 hatt stor fokus på tett dialog med operativ ledelse hos ambulanseflyoperatøren for å fange opp- og løse eventuelle operasjonelle utfordringer på et så tidlig stadium som mulig. Den tette dialogen, i kombinasjon med kvalitets- og sikkerhetsrevisjoner, har vist seg å være en god og fornuftig måte å arbeide på.

| | Jan. | Feb. | Mar. | Apr. | Mai | Juni | Juli | Aug. | Sept. | Okt. | Nov. | Des. |
|--------------|------|------|------|------|-----|------|------|------|-------|------|------|------|
| Kirkenes | 83 | 96 | 108 | 114 | 95 | 99 | 96 | 80 | 103 | 100 | 88 | 87 |
| Alta | 141 | 125 | 172 | 183 | 153 | 142 | 175 | 168 | 163 | 191 | 160 | 151 |
| Tromsø | 108 | 110 | 125 | 114 | 109 | 107 | 131 | 102 | 103 | 103 | 136 | 120 |
| Bodø | 108 | 92 | 113 | 111 | 93 | 89 | 106 | 113 | 115 | 103 | 97 | 112 |
| Brønnøysund | 77 | 81 | 85 | 97 | 99 | 90 | 109 | 82 | 87 | 88 | 109 | 94 |
| Ålesund | 91 | 92 | 100 | 95 | 99 | 92 | 103 | 93 | 92 | 94 | 83 | 105 |
| Gardermoen 1 | 105 | 88 | 81 | 107 | 82 | 90 | 104 | 90 | 91 | 93 | 75 | 86 |
| Gardermoen 2 | 67 | 70 | 77 | 70 | 81 | 76 | 88 | 81 | 79 | 76 | 69 | 64 |
| Sum | 783 | 759 | 864 | 893 | 814 | 788 | 915 | 812 | 838 | 852 | 821 | 822 |

Figur 6 Timeforbruk ambulansefly 2014

Antall gjennomførte oppdrag

I 2014 var det totalt sett en liten økning i primær- og tilbakeføringsoppdrag og en tilsvarende reduksjon i sekundæroppdrag ved de Nord-norske basene. I Sør-Norge var det en markant reduksjon av både sekundær- og tilbakeføringsoppdrag.

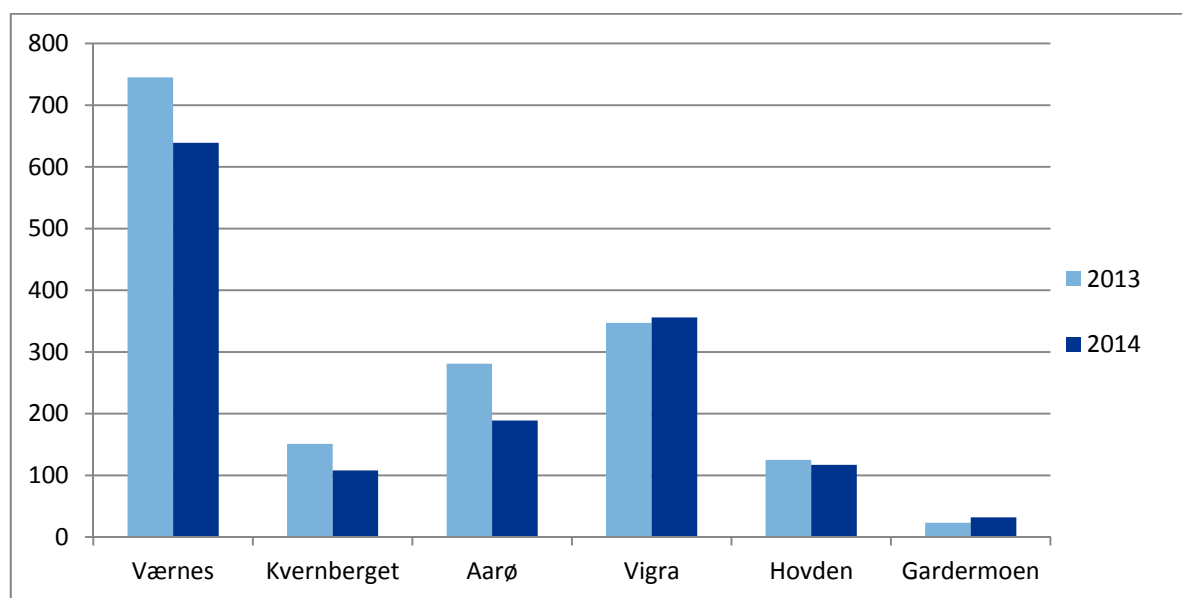
Ved basen i Alta har flysykepleierne på vakt gjennom flere år i samarbeid med legevakt og ambulanse rykket ut og assistert ved akutsituasjoner i nærområdet. Et seks års-materiale (2005-2010) viste at 63 % av pasientene hadde potensiell eller manifest livstruende tilstand. Sykepleierne bidrar med akuttmedisinske tiltak, og en tredel transporteres videre til sykehus i luftambulanse. I 2014 var det 24 slike

utrykninger, mot 26 året før. Ålesund-flyet melder om større utfordringer med å utføre

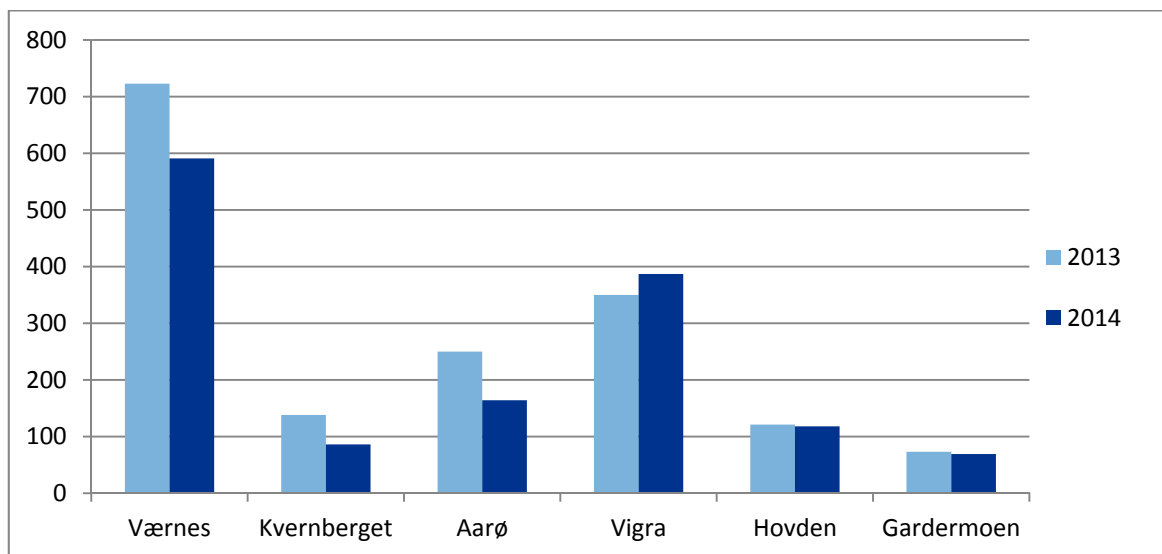
programmet på søndager, både fordi oppdragsmengden er høy og fordi åpningstidene på flyplassene er korte på søndager. På hverdagene ble basen sterkt avlastet med sekundær- og tilbakeføringsoppdrag fordi det ble etablert en fast «rute» med en to-båre ambulanse på strekningen Molde/Kristiansund – Trondheim t/r. Oppdragsmengden for denne ambulansen var i 2014:

Fra St. Olavs Hospital: 132 pasienter. Til St. Olavs Hospital: 166 pasienter.

Dette tilsvarer langt på vei endringen av oppdragsmengden for Ålesund-flyet på den aktuelle strekningen. Se figurene 7 og 8.



Figur 7 Antall pasienter som er hentet ved ulike flyplasser (Ålesund-flyet)



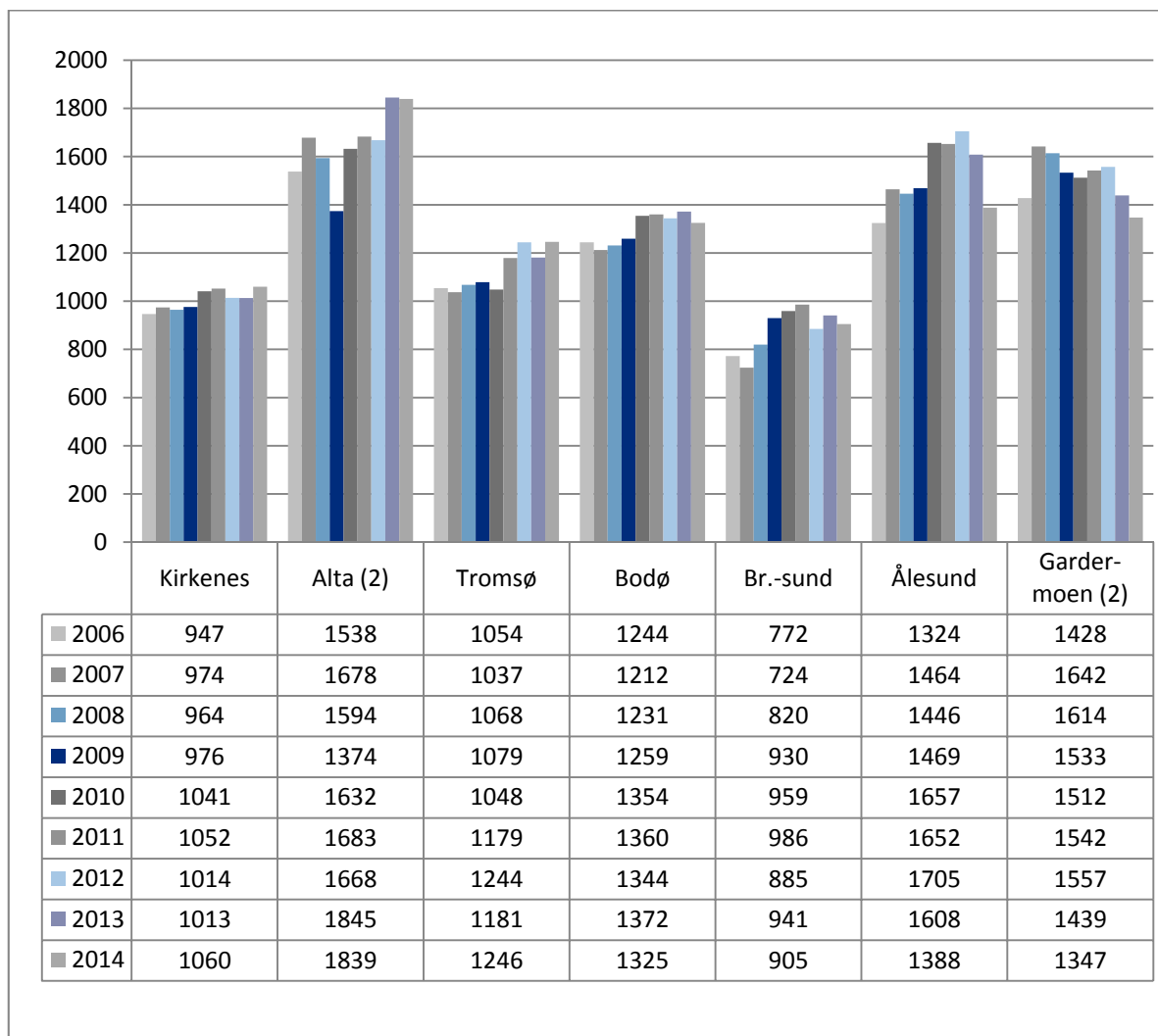
Figur 8 Antall pasienter som er avlevert ved ulike flyplasser (Ålesund-flyet)

For ambulanseflyene på Gardermoen er Gardermoen fortsatt både hyppigste hente- og leveringsflyplass. 63 % (61 % i 2013) av pasientene ble transportert til eller fra Gardermoen/de store Oslo-sykehusene. Tendensen til at Helse Vest står for en stor andel av pasientene fortsetter også i 2014; hele 72 % av pasientene har hente- og/eller leveringsflyplass i Helse Vest. Flesland/Bergen er den flyplassen Gardermoen-flyene hyppigst er på etter Gardermoen. Deretter følger Stavanger/Sola og Trondheim/Værnes. Andelen pasienter som transporteres til/fra Kjevik er uendret og relativt lavt.

Antall transporter til/fra Nord-Norge holder seg høyt/ er fortsatt noe økende. 14,2 % av

pasientene til Gardermoen-flyene hentes eller leveres i Nord-Norge (12% leveres i Nord-Norge; 47 stk til Bodø og 55 til Tromsø). 56 pasienter (3,9 %, fallende antall/andel) er hentet eller levert i andre land enn Norge (i praksis i Norden). Dette er stort sett pasienter som kommer inn under Nordisk konvensjonsavtale. Transportene går hyppigst til Danmark, men også mange til Sverige. Noen få av pasientene flyttes på grunn av kompetansemangel i Norge.

Se figur 9.



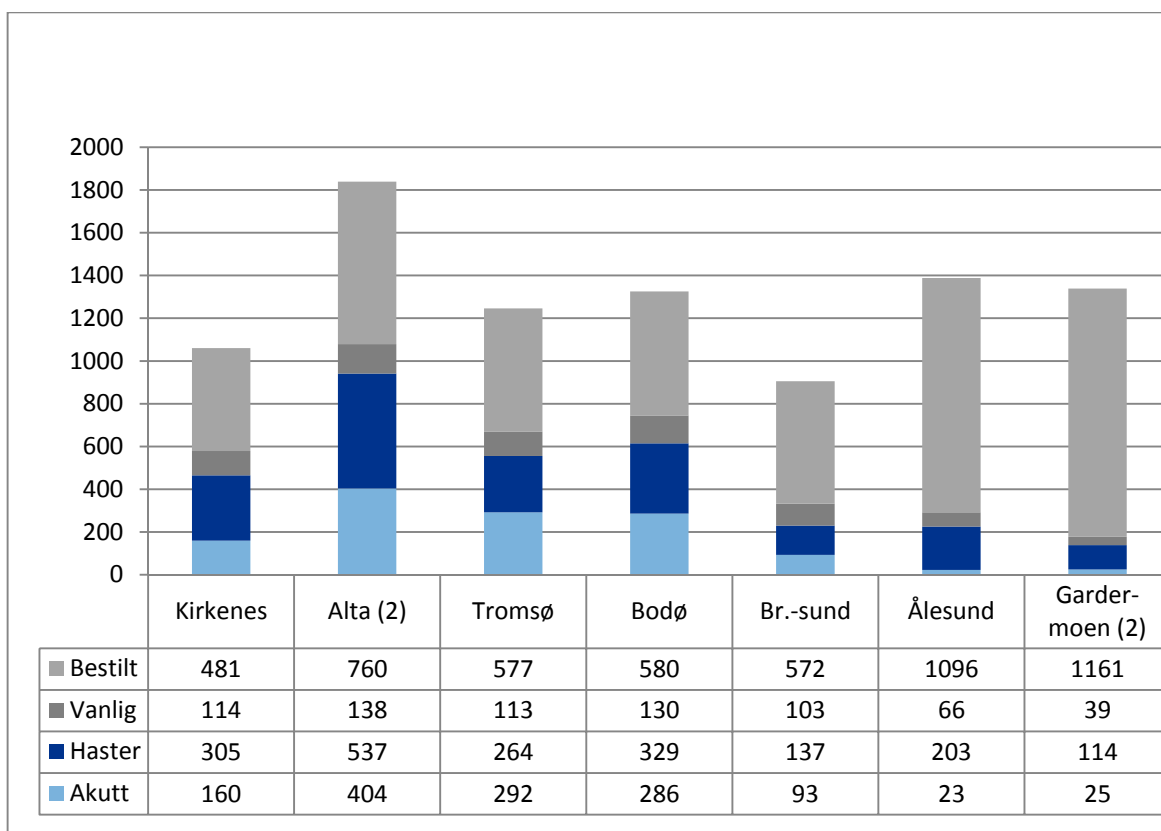
Figur 9 Antall gjennomførte oppdrag 2006-2014

Hastegrad og oppdragstyper

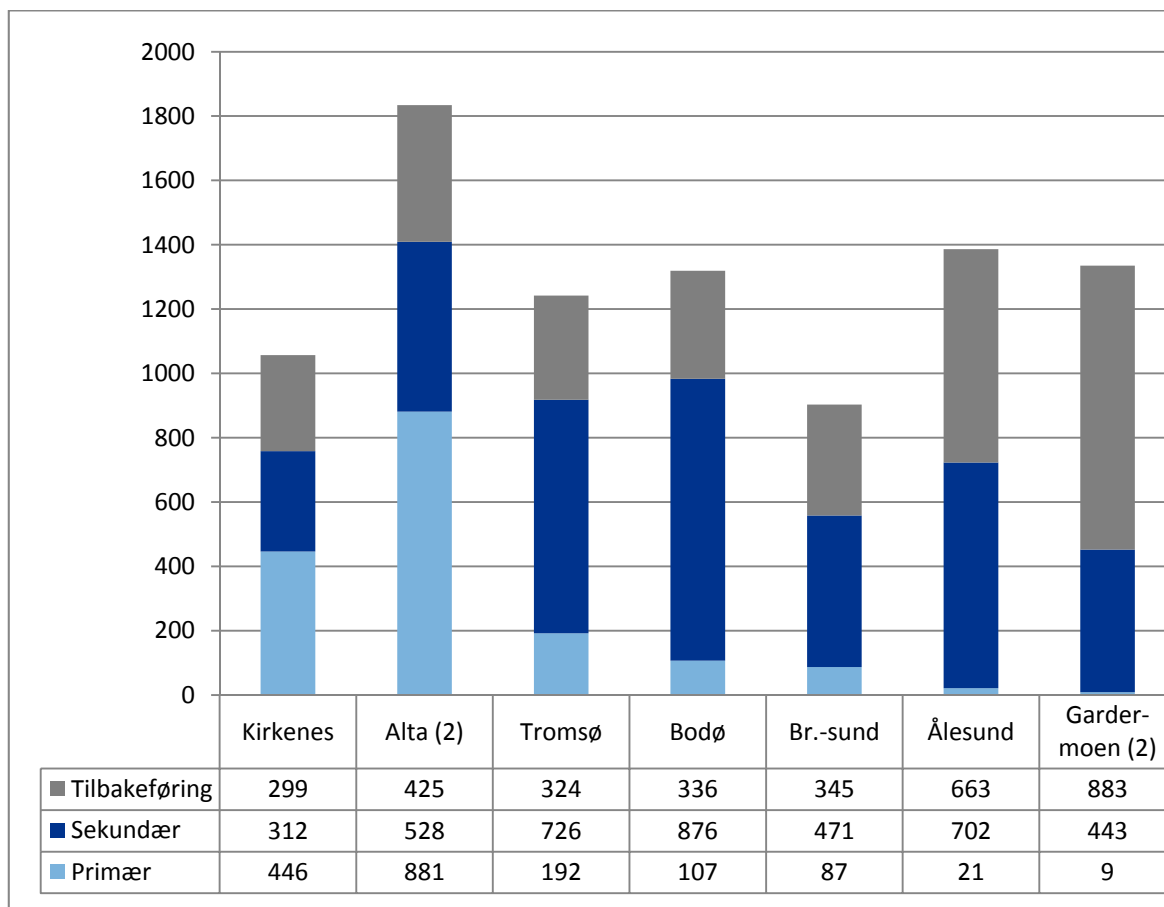
Som tidligere, ser vi at det er langt flere akutt-oppdrag for ambulansflyene i Nord-Norge enn i Sør-Norge, og dette reflekterer de ulike oppdragsprofilene i nord og sør. Når ambulansfly benyttes i primæroppdrag, er

hastegraden oftest høy. Dette er langt på vei et Finnmark-fenomen. Det er også viktig å merke seg at en del sekundæroppdrag har høy hastegrad. Dette gjelder både i nord og i sør.

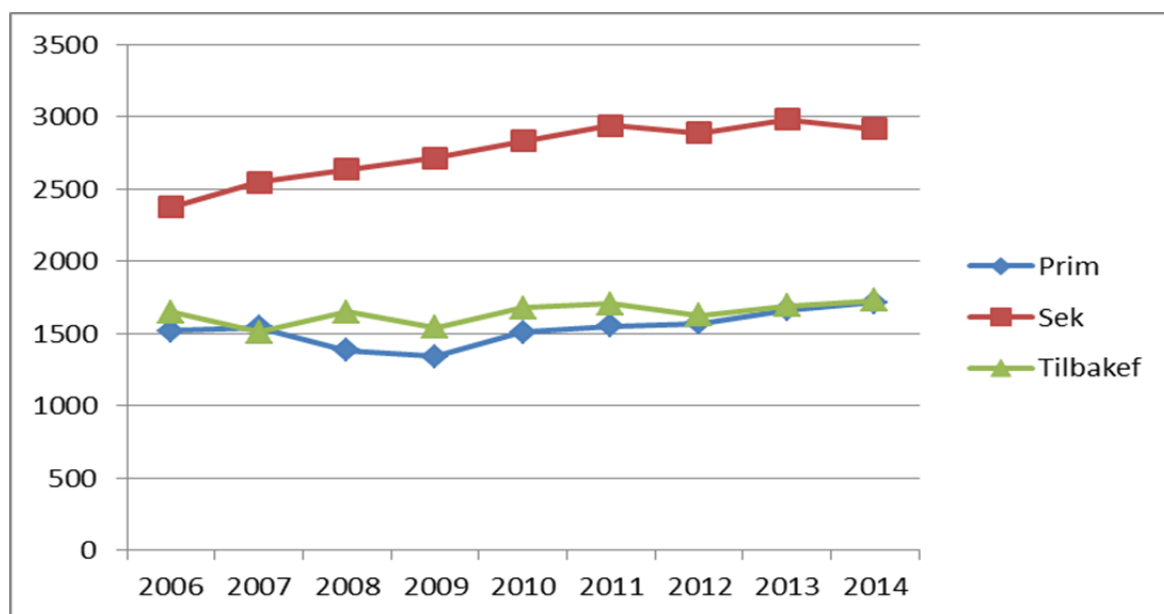
Se figurene 10, 11, 12 og 13.



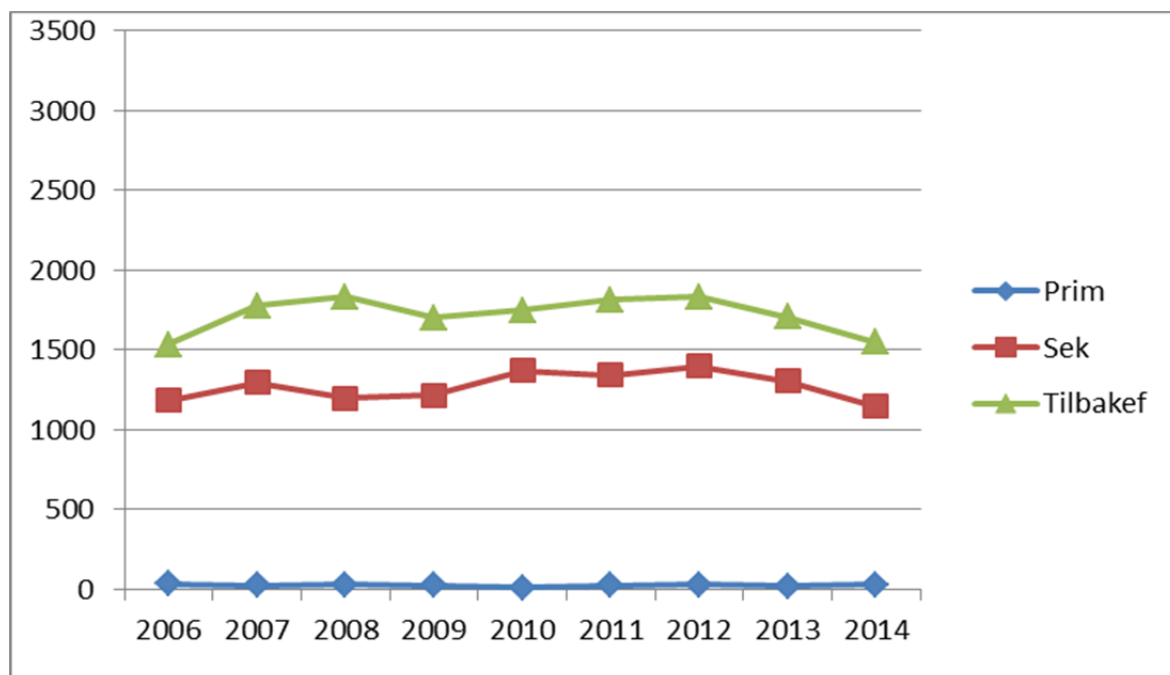
Figur 10 Hastegrad (gjennomførte oppdrag)



Figur 11 Oppdragstyper (Gjennomførte oppdrag)



Figur 12 Trend Nord-Norge (Gjennomførte oppdrag)



Figur 13 Trend Sør-Norge (Gjennomførte oppdrag)

Flykoordineringssentralen

Flykoordineringssentralen (FKS) er bemannet med flykoordinator(er) på døgntkontinuerlig basis og er samlokalisert med AMK Tromsø. Det er et nært samspill mellom disse enhetene i ivaretagelse av beredskap og iverksettelsen av oppdrag.

FKS utfører flight following, koordinerer alle flyoppdrag og flybevegelser av ambulanseflyene som opererer iht. inngåtte kontrakter om ambulanseflytjenester med operatør i Norge.

I samarbeidet med de medisinske koordineringsansvarlige (Nord-Norge: vakthavende lege ved AMK Tromsø, Sør-Norge: vakthavende flyleger Ålesund og Gardermoen) skal det iverksette nødvendige tiltak for at dette kan la seg gjennomføre på en best mulig måte. Ansvar for forsvarlig tilsyn og pasientbehandling i tilknytning til ambulansoppdragene tilhører den medisinske besetning.

FKS har også ansvar for varsling ved havari og ved beredskapssvikt utover 24 timer

(teknisk feil, ikke planlagt vedlikehold), mannskapsmangel, streik, naturkatastrofer, etc.) etter prosedyre Varslingsplan for luftambulansetjenesten.

Lokalene som huser AMK Tromsø og FKS ble i løpet av 2013 bygget om og utvidet. I 2014 ble disse tatt i bruk.

I 2014 er det gjennomført kurs i CRM (Crew Resource Management), SMS (safety management system) og ACDM (Airport Collaborative Decision Making). Det har blitt byttet til et nyere system for flight-planning (PPS8), som har krevd litt innkjøringstid.

FKS har innledet et samarbeid med Västerbotten Läns Landsting i Sverige, og skal bistå i deres prosjekt med å bygge opp en nasjonal ambulanseflykoordinering for Sverige.

Man har hatt fokus på et tettere samarbeid med operatør. Dette har resultert i en tett og god dialog med Lufttransport AS gjennom året.



Foto: Øystein Eugene Herstad

Ambulansehelikoptertjenesten

Luftambulansetjenesten ble hardt rammet av det fatale havariet på Sollihøgda 14. januar 2014. Et helikopter fra Norsk Luftambulanse AS havarerte da det traff et kraftspenn og styrtet under landing i forbindelse med en trafikkulykke. Pilot Bjørn Nergård (52) og anestesilege Anders Nakstad (38) omkom i ulykken, mens redningsmann Sondre Bjartland (52) ble alvorlig skadet. Ulykken har vært gransket av politiet og av Statens Havarikommisjon for Transport (SHT). Politiet fant i sin etterforskning ingen straffbare forhold, og henla saken i november i fjor. Rapporten fra SHT forventes å bli ferdigstilt før sommeren 2015. Det er allerede planlagt/iverksatt flere tiltak i tjenesten som følge av ulykken, og alle tilrådninger og anbefalinger i den endelige rapporten vil bli effektivert så raskt som mulig.

Ambulansehelikoptrene fløy 8311 timer i 2014, mot 8396 timer i 2013 (nedgang på 1,0 %). Dette var 265 timer under budsjett. Tilgjengeligheten i 2014 var høyere enn foregående år hos begge operatører med

97,9 % (opp 0,4 %) på Norsk Luftambulanse AS sine åtte baser, og 95,6 % (opp 0,8 %) på Lufttransport AS sine tre baser. De to primære årsakene til utmeldinger var også i 2014 uventede tekniske hendelser og arbeids og hviletidsbestemmelser. Tilgjengeligheten på 330 skvadronens seks baser var til sammenligning 98,6 % (opp 0,3 %).

Norsk Luftambulanse AS fikk også sommeren 2014 dokumentert utfordringer ved tilgjengelighet på Lørenskog-basen forårsaket av svært høy oppdragsaktivitet, og tilhørende behov for utmeldinger (arbeids- og hviletid). Operatøren er på nytt anmodet om å fremme forslag til tiltak som vil bedre situasjonen for senere år.

I 2014 ble det innført personlige nødpeilesendere til alle besetningsmedlemmer i helikoptertjenesten, samt fullverdige nattsyn (NVG) briller også til legene ombord.

| | Jan. | Feb. | Mar. | Apr. | Mai | Juni | Juli | Aug. | Sept. | Okt. | Nov. | Des. |
|-------------|------|------|------|------|-----|------|------|------|-------|------|------|------|
| Tromsø | 54 | 51 | 57 | 59 | 60 | 54 | 76 | 67 | 63 | 69 | 52 | 41 |
| Brønnøysund | 37 | 48 | 39 | 40 | 44 | 60 | 53 | 58 | 41 | 51 | 44 | 17 |
| Ålesund | 45 | 62 | 49 | 65 | 67 | 75 | 54 | 77 | 50 | 53 | 46 | 29 |
| Trondheim | 58 | 62 | 69 | 61 | 63 | 62 | 80 | 67 | 65 | 65 | 57 | 44 |
| Førde | 50 | 64 | 43 | 57 | 71 | 76 | 71 | 67 | 72 | 63 | 43 | 32 |
| Bergen | 40 | 31 | 58 | 54 | 49 | 46 | 62 | 48 | 39 | 25 | 45 | 34 |
| Stavanger | 39 | 39 | 54 | 47 | 60 | 65 | 72 | 51 | 48 | 54 | 44 | 37 |
| Ål | 35 | 37 | 57 | 52 | 58 | 50 | 106 | 79 | 60 | 48 | 30 | 41 |
| Arendal | 42 | 36 | 70 | 64 | 69 | 97 | 99 | 72 | 72 | 45 | 40 | 63 |
| Dombås | 49 | 53 | 61 | 67 | 64 | 69 | 113 | 100 | 76 | 57 | 41 | 60 |
| Lørenskog | 101 | 64 | 121 | 155 | 150 | 167 | 168 | 142 | 140 | 121 | 78 | 99 |
| Sum | 555 | 553 | 682 | 726 | 761 | 826 | 958 | 831 | 729 | 655 | 525 | 503 |

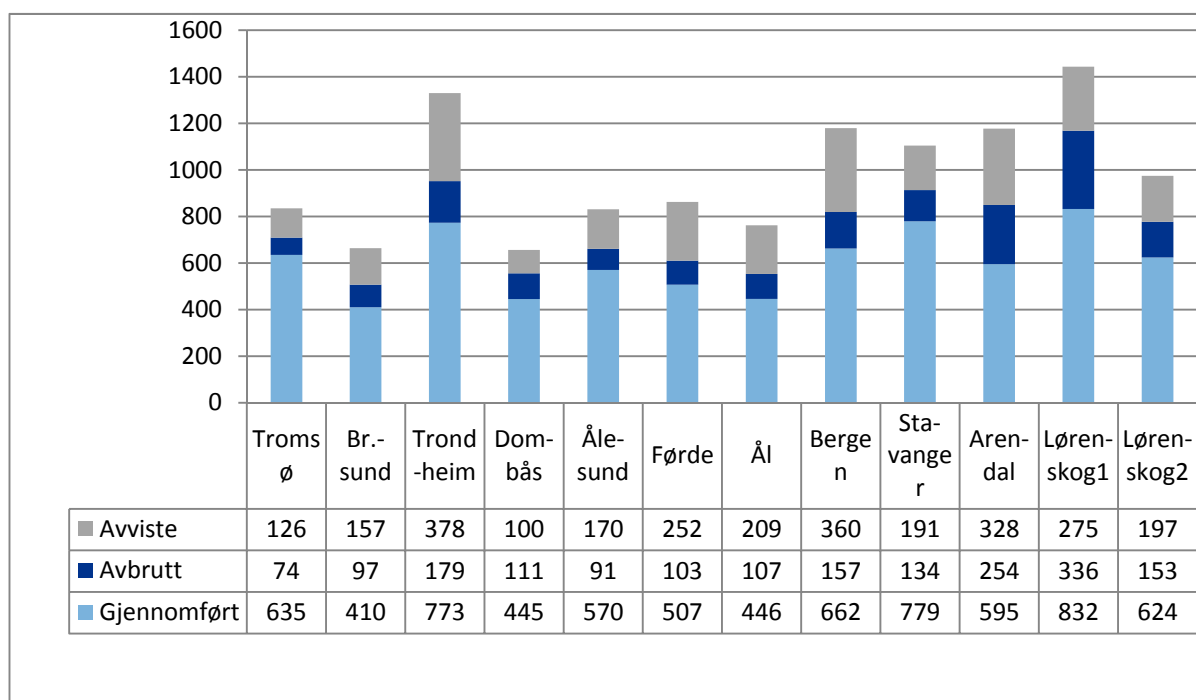
Figur 14 Timeforbruk ambulansehelikopter 2014

Antall henvendelser

Antall henvendelser om oppdrag er et uttrykk for hvor mange ganger AMK-sentralene alarmerer ambulansehelikopter som ressurs. Med unntak av to baser (Trondheim og Bergen), var det færre henvendelser om oppdrag i 2014 i forhold til året før. Terskelen for når AMK velger å varsle luftambulansbasen kan variere og avhenger blant annet av lokal kompetanse og lokale rutiner. Et oppdrag er iverksatt idet helikopteret letter fra bakken. Noen oppdrag iverksettes ikke (avvises), enten på grunnlag av de foreliggende medisinske

opplysningene eller fordi flyging av en eller annen grunn ikke kan gjennomføres. Andre oppdrag avbrytes før man har nådd fram til pasienten (avbrytes). Vakthavende luftambulanselege har beslutningsmyndighet vedrørende medisinsk indikasjon, mens fartøysjefen (flygeren) har beslutningsmyndighet knyttet til operative forhold. (Årsaker til avvisning og avbrudd er vist i figur 17).

Se figur 15.



Figur 15 Antall henvendelser om oppdrag og gjennomføring

Antall iverksatte helikopteroppdrag 2006 – 2014

(ikke avviste)

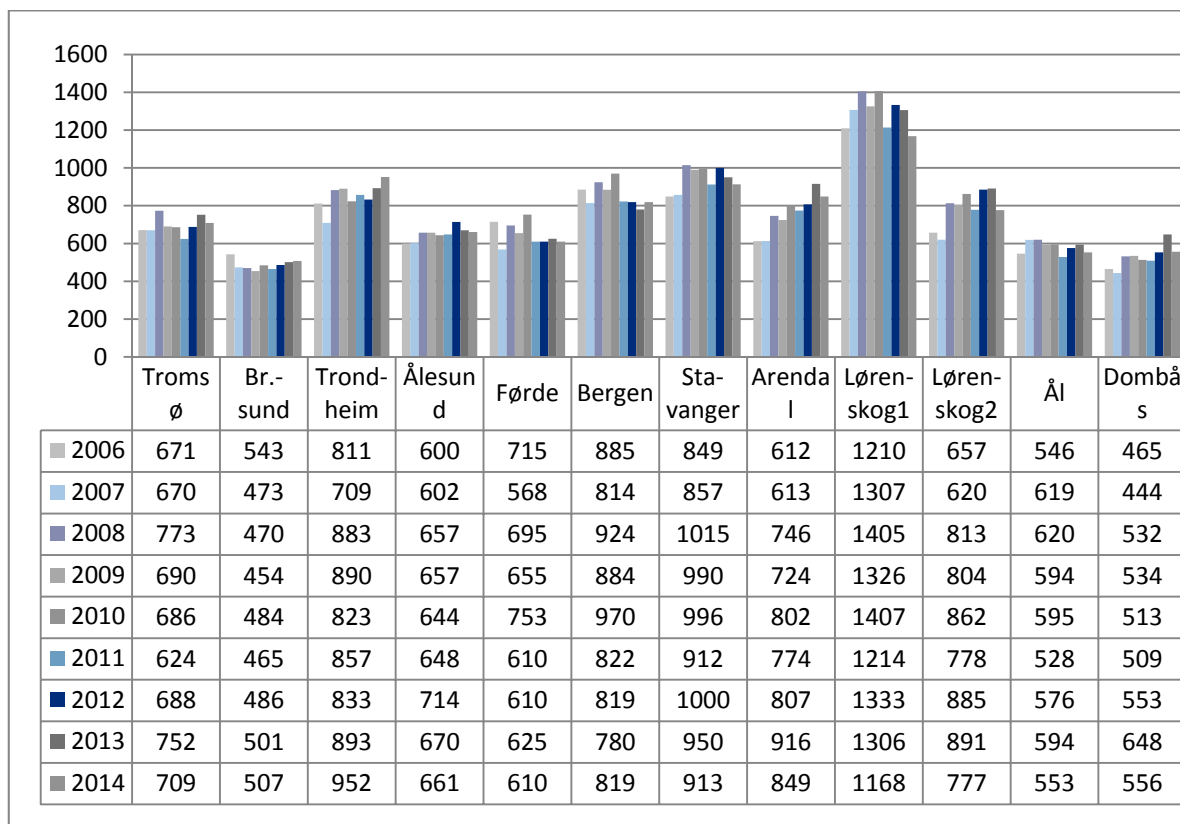
Antall iverksatte oppdrag falt 4,7 % fra 2013 til 2014. De to foregående årene var det en stigning, mens det i året før det igjen var et fall. Det er altså årlige variasjoner, men også variasjon mellom basene. I et flere-års perspektiv viser mange baser en ganske stabil aktivitet, mens andre har større aktivitetssvingninger. Dette har ingen enkel forklaring, men endringer i sykehusenes funksjoner i området antas å være en viktig faktor. Hvilke sykehus som skal ha PCI-beredskap og traumefunksjon er eksempler på beslutninger som i stor grad påvirker aktiviteten i luftambulansetjenesten. I framtiden forventes organisering av slagbehandling å ha en tilsvarende betydning for aktivitetsutviklingen.

Et svært viktig fenomen er den økende etableringen av interkommunale legevakter. Større legevaktdistrikter, med ofte bare én lege på vakt, medfører at legevaktlegen

sjeldnere rykker ut eller reiser på sykebesøk. Dersom det er behov for en rask legevurdering av pasient som befinner seg langt fra legevakten, er luftambulansenlegen lett å ty til. Flere baser melder nå at de har en økende oppdragsmengde til slike pasienter, der legevaktlege tidligere var den naturlige ressursen. Denne utviklingen representerer en trussel for luftambulansetjenesten og er neppe samfunnsøkonomisk lønnsom.

Helikopter nr. 2 på Lørenskog var i begynnelsen av avtaleperioden også reservehelikopter og derfor ikke fullt ut tilgjengelig for basen. Dette endret seg fra sommeren 2008, da det ble oppgradert til ordinær beredskap.

Se figur 16.



Figur 16 Antall iverksatte oppdrag 2006-2014

Avvik

Noen oppdrag avvises i AMK-sentralen og fanges da ikke opp av luftambulansetjenestens virksomhetsregistrering. Det er derfor en underreportering av avvising, siden vår statistikk har luftambulansebasene som kilde. Når oppdrag avbrytes underveis, skyldes det gjerne at ambulansepersonell eller lege som er ankommet pasienten først, melder at tilstanden er mindre alvorlig enn først antatt (ikke behov). Vær- og siktforhold er også en vanlig årsak til avvising og avbrudd. I 2014 ble 8,4 % av alle henvendelsene avvist eller avbrutt grunnet værmessige forhold, omtrent som året før. Det er variasjon mellom basene og naturligvis variasjon gjennom året. FartøYTEKNISKE forhold er en mer uvanlig årsak til avvik.

Som man ser av figur 17, er det en meget stor variasjon mellom basene i avvikstypen «ikke behov». Dette skyldes blant annet ulike rutiner i samspillet mellom AMK-sentralene og luftambulansebasene. Noen steder har AMK en lav terskel for å drøfte henvendelser med luftambulanselegen, mens andre har høyere terskel. Dette slår ut i statistikken. En annen ulikhet mellom basene er terskelen for å rykke ut raskt versus avvente mer pasientinformasjon før beslutning tas.

Samtidigetskonflikter som avviksårsak kan være en indikator på kapasitetsproblemer i et område og bør derfor følges nøye. På nasjonalt nivå så man en lett økende tendens fram til 2010, men tendensen ble brutt i 2011.

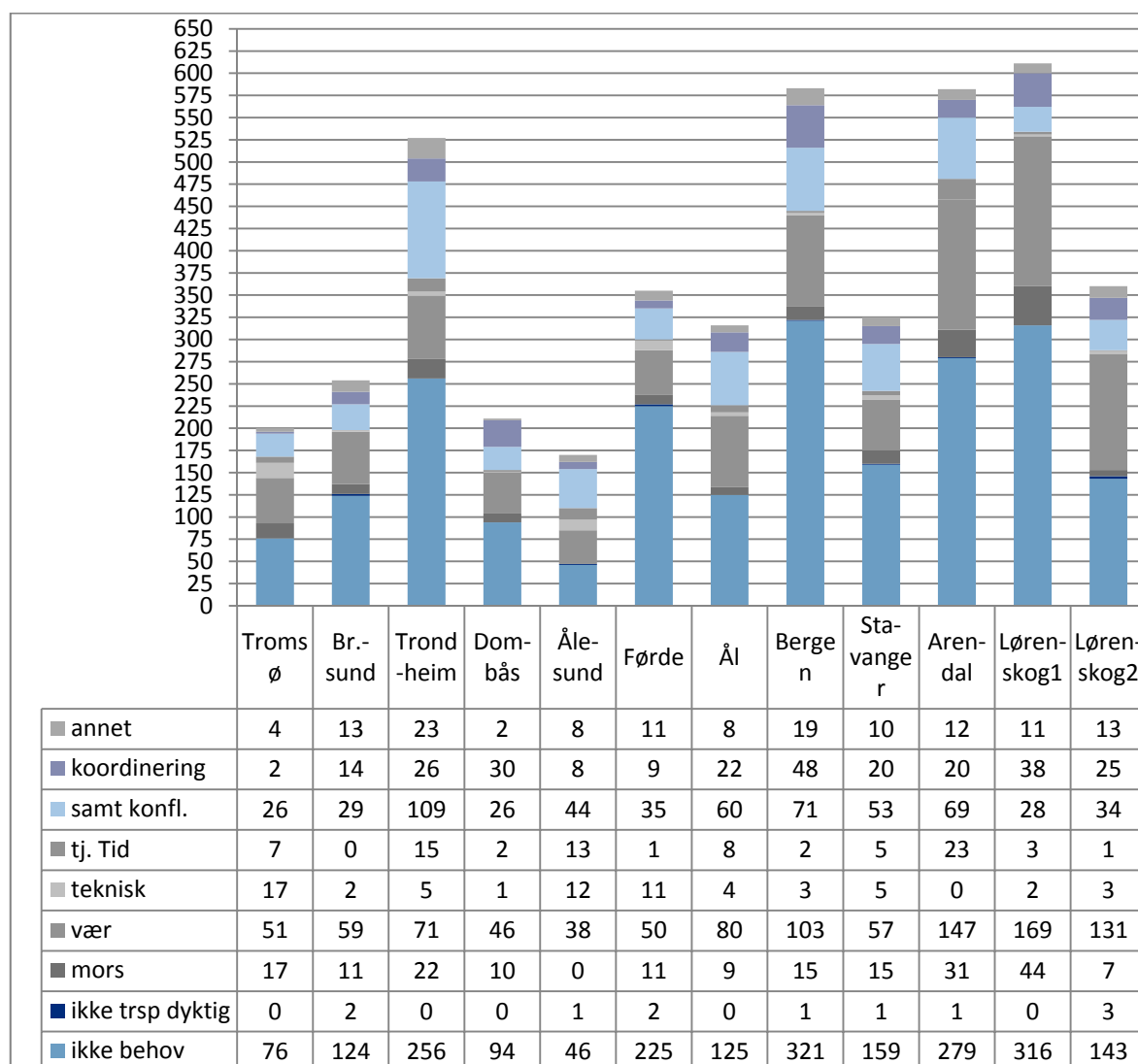
Nå nærmer vi oss 2010-nivået igjen, 4,9 %. Trondheim-basen ligger på topp (8,2 %) og uttrykker bekymring rundt dette. Ofte, men ikke alltid, kan andre luftambulanseressurser utføre oppdraget hvis primær-basen er opptatt.

Utmelding grunnet arbeidstidsbestemmelsene fortsetter å være et moderat problem på nasjonalt nivå, men det er store variasjoner mellom basene.

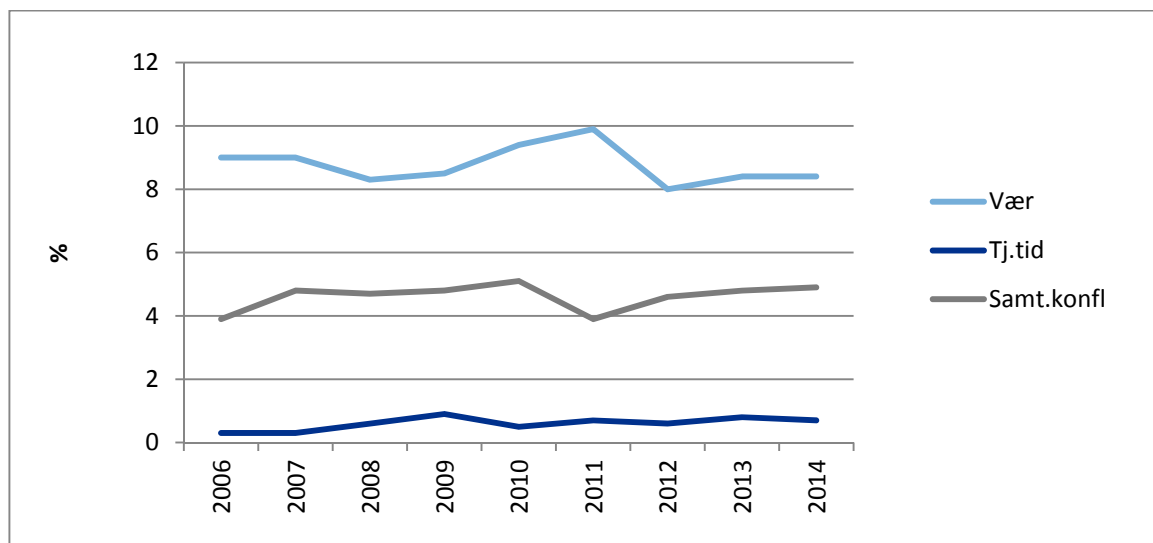
På Lørenskog er ett av helikoptrene relativt ofte utmeldt av denne grunn, men svært sjelden begge samtidig (bare én gang i 2014). Arendal-basen melder at utmeldinger på denne bakgrunn er en betydelig utfordring i fellesferien.

Avvikstypen «koordinering» innebærer at basen i samarbeid med AMK finner at bruk av en annen ressurs er mer hensiktsmessig.

Se figurene 17 og 18.



Figur 17 Avviks årsak, (avvist eller avbrutt) Helikopter



Figur 18 Trender avviksårsak (avvist eller avbrutt) alle baser i prosent av antall henvendelser

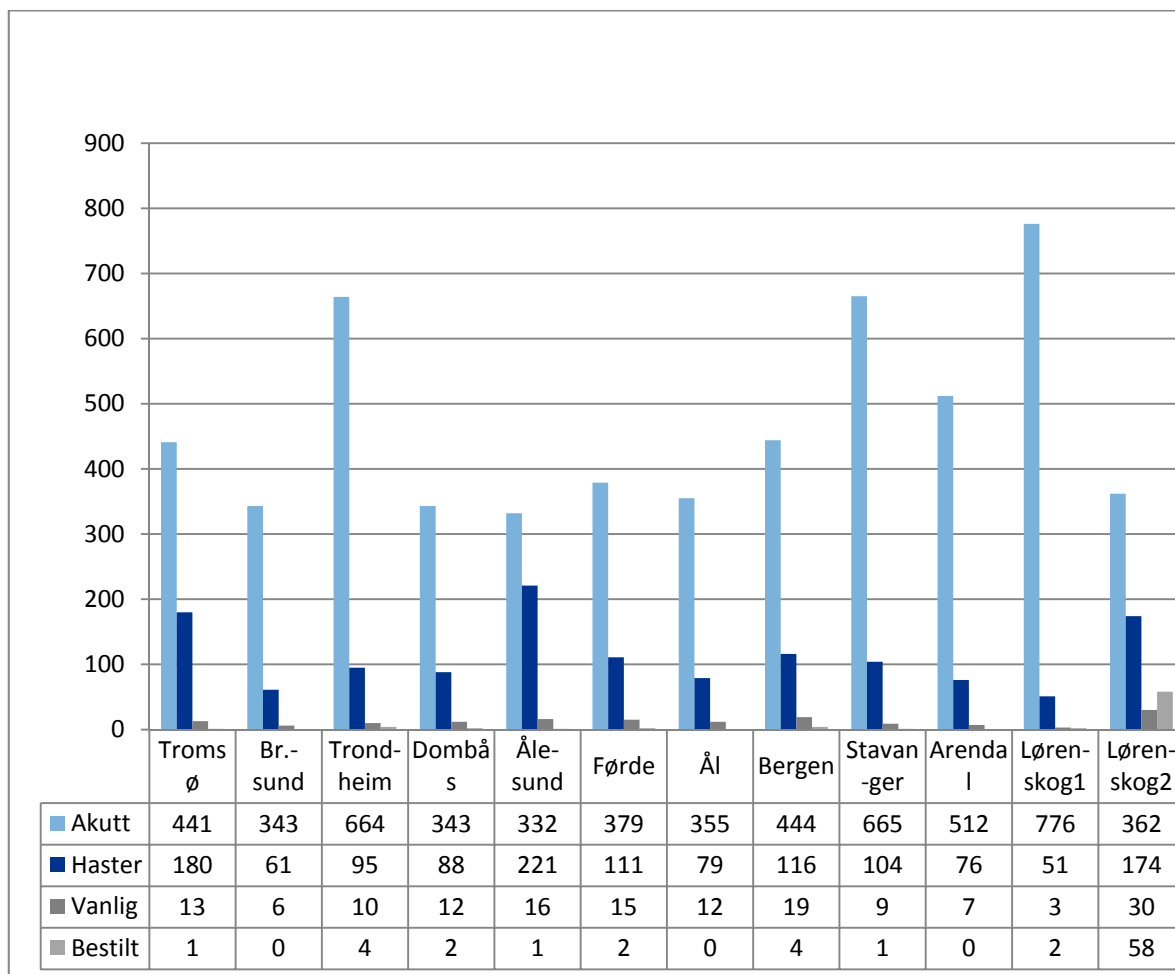
Hastegrad

(gjennomførte oppdrag)

Hastegrad varierer mye mellom basene. Dette kan reflektere ulik bruk av ambulansehelikopter rundt om i landet, noe også ulik fordeling av oppdragstyper viser (se under). På nasjonalt nivå utgjorde akuttoppdrag i 2014 ca. 77 % av alle gjennomførte oppdrag. Hasteroppdrag utgjorde ca. 19 %. Dette er en ganske stabil fordeling fra år til år.

Helikopter nr. 2 på Lørenskog skiller seg ut som den eneste helikopterressursen som har et visst volum av bestilte oppdrag.

Se figur 19.



Figur 19 Hastegrad ved gjennomførte oppdrag

Oppdragstype

(gjennomførte oppdrag)

Ved primæroppdrag befinner pasienten seg utenfor helseinstitusjon. Dette er for eksempel utrykning til et skadested eller pasientens hjem. Sekundæroppdrag er overføring av pasient mellom to sykehus fra lavere til høyere omsorgsnivå, eventuelt overføring til et sykehus med en spesialisert funksjon. Tilbakeføring er overføring til sykehus på et lavere omsorgsnivå, oftest tilbakeføring til pasientens lokalsykehus. Ambulansehelikoptre, i motsetning til ambulanseflyene, utfører i svært liten grad tilbakeføringsoppdrag. Helikopter nr. 2 på Lørenskog er et unntak. Siden det er to helikoptre ved denne basen, kan akuttberedskapen likevel ivaretas.

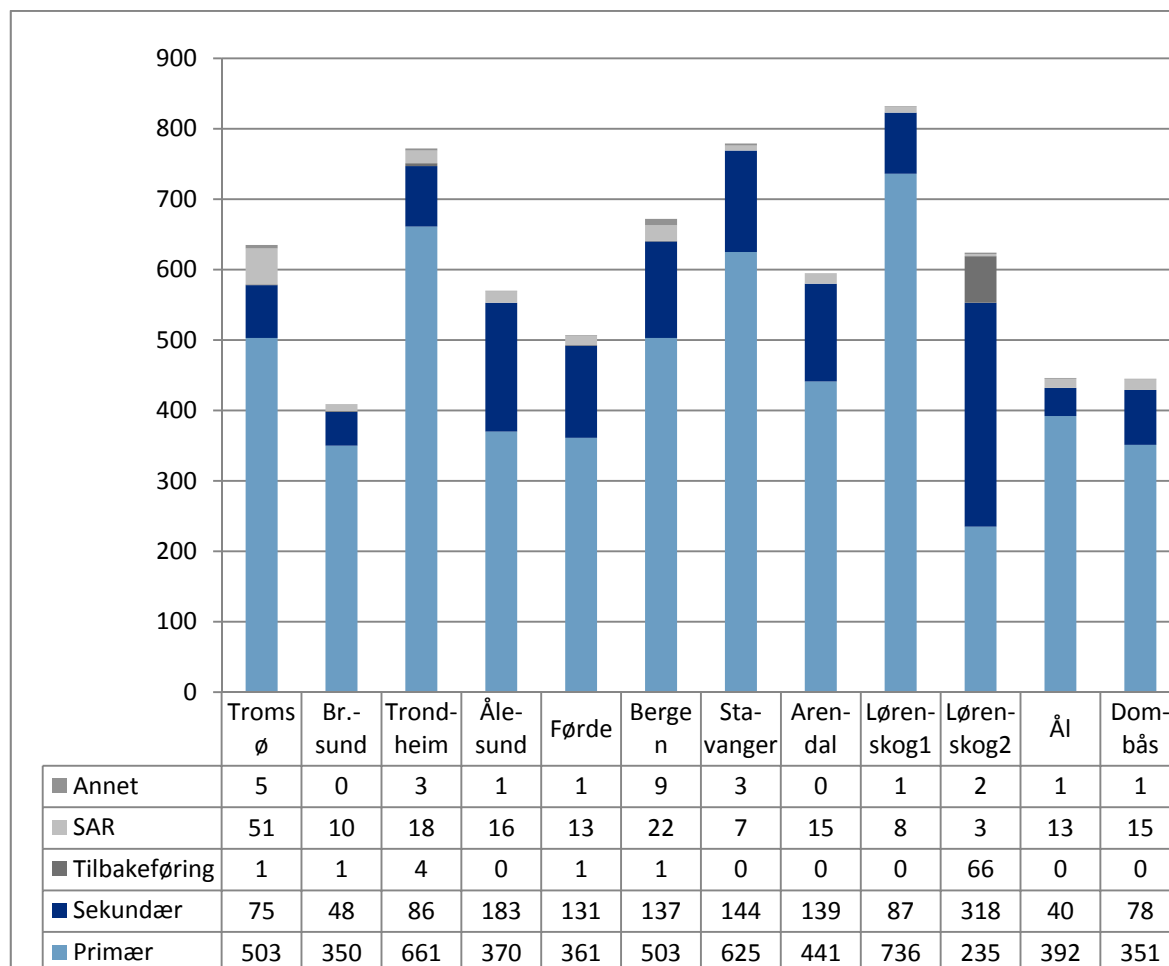
De siste års strukturendringer og funksjonsfordeling mellom sykehusene skulle tilsi at stadig flere pasienter må flys fra lokal- til de større sykehusene (sekundæroppdrag). Men andelen sekundæroppdrag ligger stabilt på 20 – 21 % på nasjonalt nivå. Flere baser forklarer dette ved at lokalsykehusene "overflys", altså at man velger å fly pasienten direkte fra åstedet til et ressursykehus. De mest aktuelle pasientgruppene her er alvorlig traume og hjerteinfarkt som er aktuelle for primær PCI. Dette vitner om god «felt-triage» og et godt behandlingstilbud som en

følge av dette. Ganske ofte har sekundæroppdragene høy hastegrad, og pasientene er svært behandlingskrevende. Det er få oppdrag, men et økende behov for spesialisert behandling i form av ECMO, aorta-ballongpumpe og NO-gass. Bare Lørenskog-basen utfører slike oppdrag regelmessig. Det må legges bedre til rette for denne type transport i framtiden.

SAR-oppdrag er søk- og redningsoppdrag. De er oftest rekvirert av politiet eller en av hovedredningssentralene. Basene Tromsø,

Brønnøysund og Ålesund hadde på grunn av et teknisk problem ikke beredskap for redning med underhengende tau i ca. 1/3 av året 2013. Dette kan ha påvirket antall SAR-oppdrag. Tromsø-basen har flest SAR-oppdrag, og det kan ha sammenheng med at redningshelikoptre fra Banak eller Bodø bruker langtid på å nå fram til dette området. Det vises for øvrig til egen omtale av redningsteknisk aktivitet annet sted i årsrapporten.

Se figur 20.



Figur 20 Oppdragstype, gjennomførte med helikopter

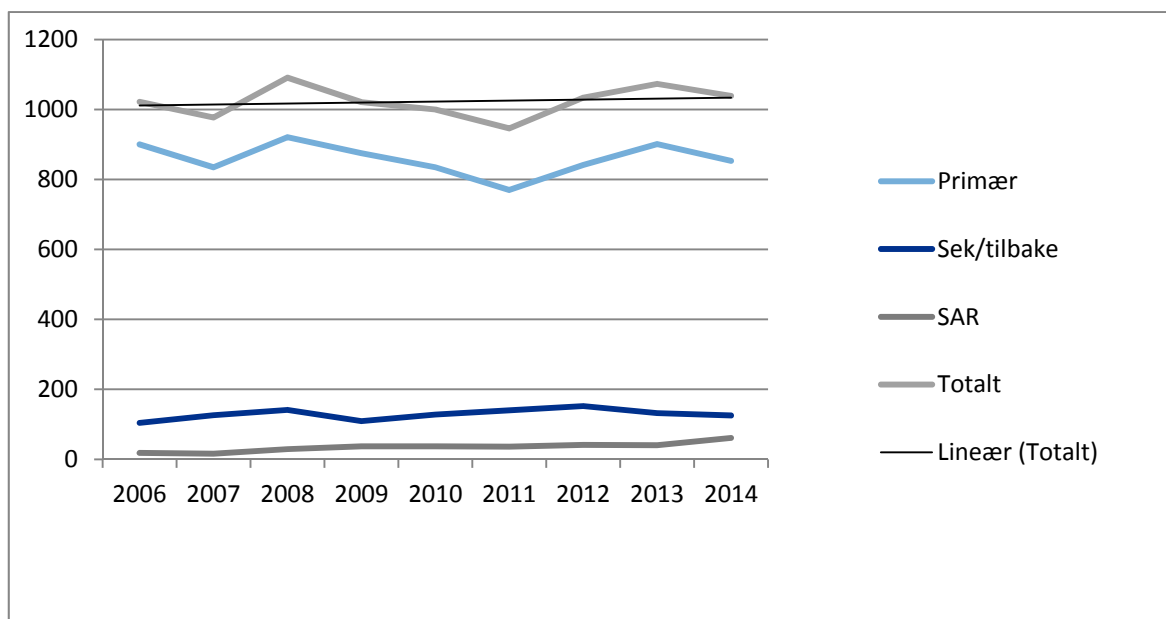
Oppdragstype

(regionale trender)

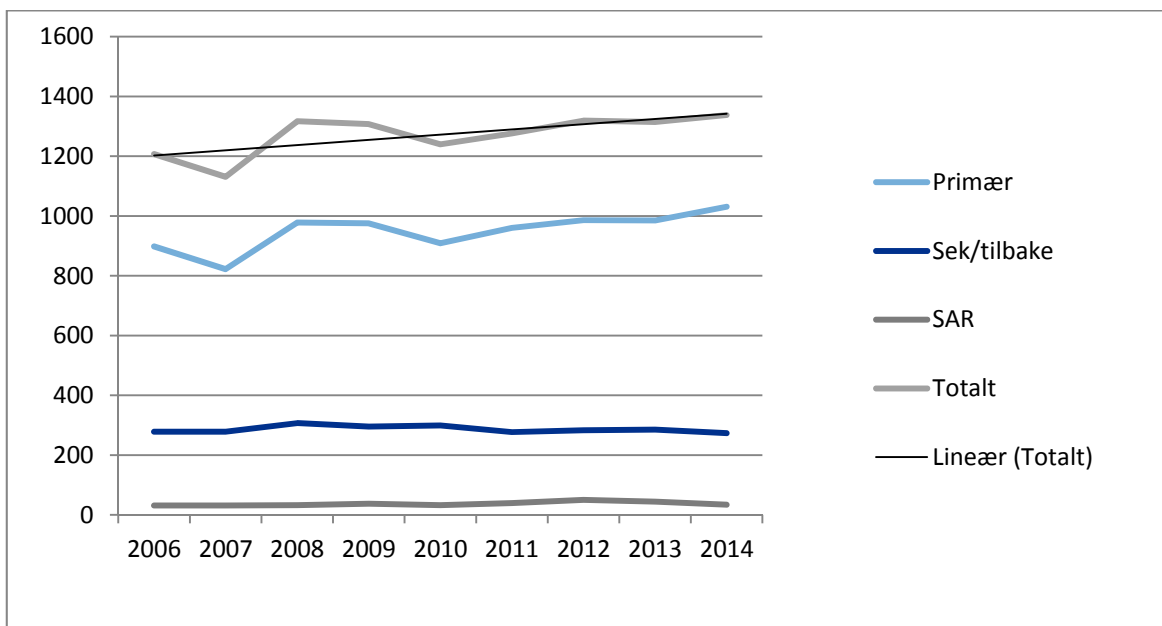
Utvikling av oppdragstyper over tid kan reflektere regionale utviklingstrekk innen sykehusstruktur, legevaktstruktur og ikke minst innen den land- og sjøbaserte ambulansetjenesten. Økende kompetanse i ambulansetjenesten samt etablering av intensivambulanser og legebiler kan avlaste behovet for legebemannet helikopterutrykning. På den annen side er det en mulighet for at sentralisering av ambulansestrukturen kan medføre flere helikopteroppdrag i distriktene.

Endringer i organiseringen av kommunal legevakt i retning av større dekningsområder kommenteres i rapportene fra stadig flere baser. Det er en tendens til flere henvendelser fra slike distrikter. Behov for rask legevurdering av pasienter som befinner seg langt fra legevakt, kan utløse luftambulanseoppdrag. Det er ikke en ønsket utvikling at luftambulansetjenesten overtar oppgavene til kommunal legevakt.

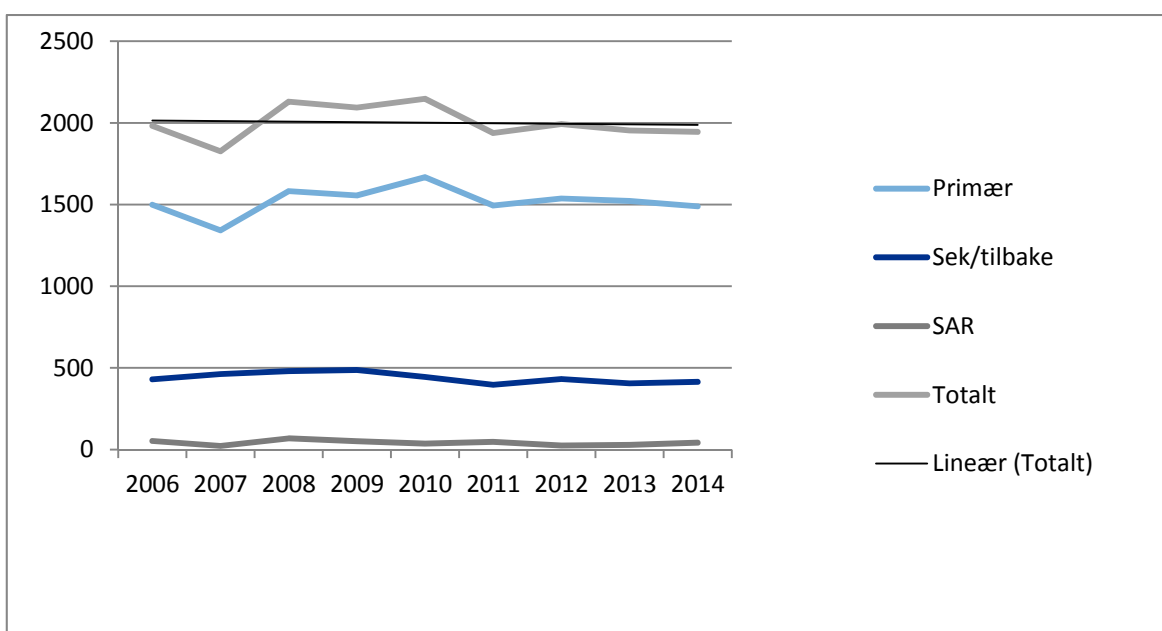
Se figurene 21, 22, 23 og 24.



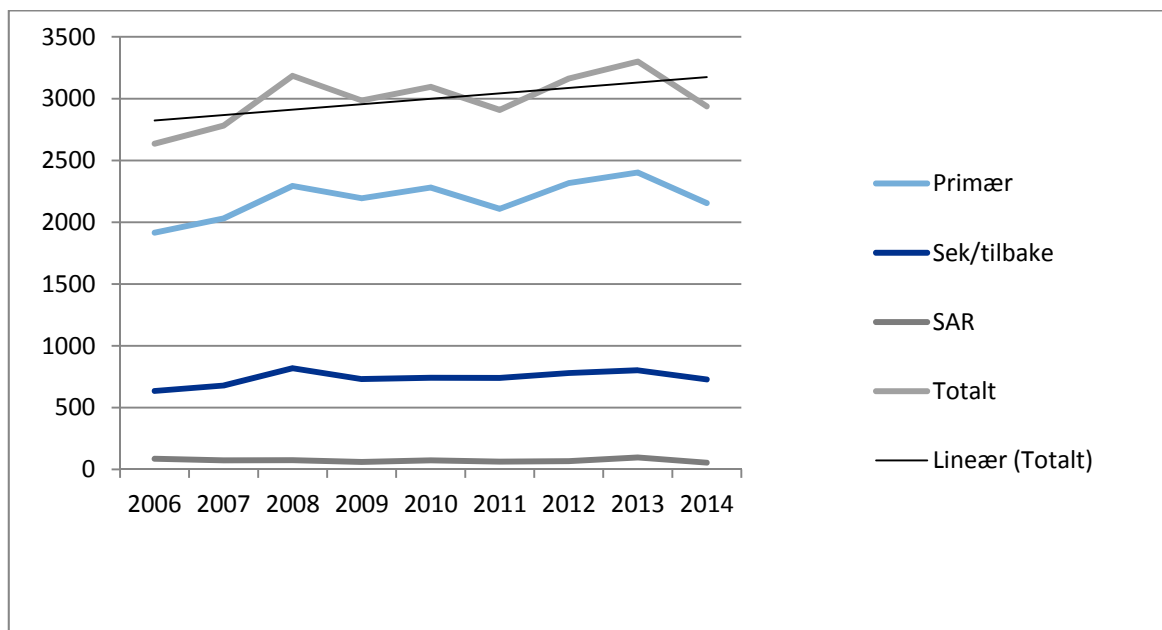
Figur 21 Oppdragstyper Helse Nord RHF 2006-2014 (2 baser)



Figur 22 Oppdragstyper Helse Midt-Norge RHF 2006-2014 (2 baser)



Figur 23 Oppdragstyper Helse Vest RHF 2006-2014 (3 baser)



Figur 24 Oppdragstyper Helse Sør-Øst RHF 2006-2014 (4 baser og 5 helikoptre)



Foto: Øystein Eugene Hermetstad

Koordinering av ambulansehelikoptrene

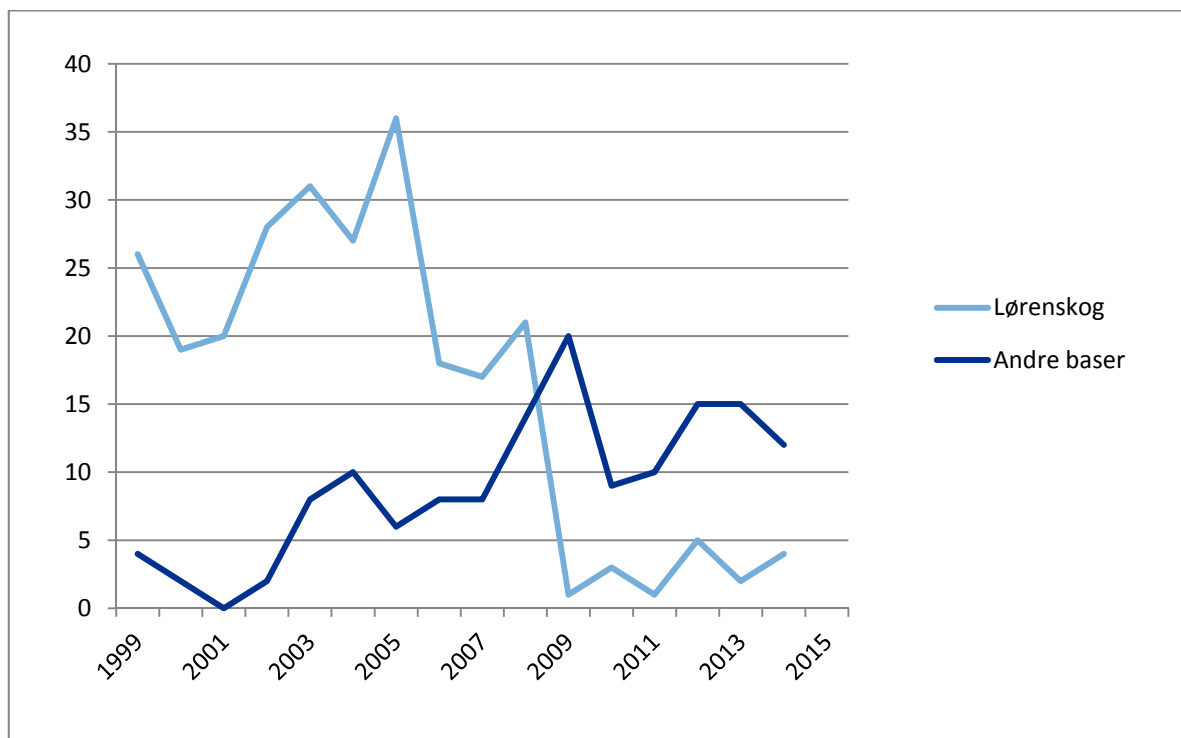
Ambulansehelikoptrene har vært koordinert av like mange AMK-sentraler som antall baser, altså elleve. Disse AMK LA-sentralene utfører flight following for sine respektive helikoptre. Ved flere anledninger, ikke minst i evalueringsrapportene fra 22. juli-massakren, har det vært kommentert at ambulansehelikoptrene bør koordineres mer enhetlig. Dette tilsier færre AMK LA-sentraler. En mer sentralisert og enhetlig koordinering vil kunne gi en bedre fordeling av oppdrag, mer effektiv styring av ressursene og en bedre kontinuerlig oversikt over beredskapssituasjonen og aktiviteten. Helse Sør-Øst har etter en omfattende utredning besluttet at AMK Oslo/Akershus skal koordinere alle ambulansehelikoptrene i regionen. Overgangen fra fire til én AMK LA-sentral startet høsten 2014 og fullføres i løpet av 2015. De foreløpige erfaringene er gode.

Oppdrag i Sverige

I mange år har norske ambulansehelikoptre utført oppdrag på svensk side av grensen når svenske alarmsentraler har bedt om assistanse. Det har gjerne vært ulykkestilfeller i grenseområdet. Mange av pasientene har vært norske, og de har ofte

blitt transportert direkte til norske sykehus. Fram til 2006 forelå det en avtale med Värmland Läns Landsting som innebar at Lørenskog-basen fløy både norske og svenske traumepasienter fra Värmland til Ullevål universitetssykehus. Oppdragene ble kompensert økonomisk. Etter at denne avtalen ble terminert, har aktiviteten i Sverige for denne basen avtatt kraftig. Imidlertid har andre baser hatt en økende oppdragsmengde i Sverige. Det ble i 2014 etablert en ambulansehelikopterbase i Karlstad (Värmland), og det planlegges en base i Mora (Dalarna). Dette vil bedre beredskapen i grenseområdet og samtidig redusere behovet for norsk innsats i Sverige. Iverksatte ambulansehelikopteroppdrag i 2014 var 16 (17 i 2013). I tillegg iverksatte redningshelikoptre fra Bodø og Ørland 7 oppdrag. I 2014 signerte de seks svenske landstingene langs grensen og de fire norske regionale helseforetakene en samarbeidsavtale. Denne legger til rette for gjensidig bruk av hverandres luftambulanseressurser i grenseområdet. Det er etablert et samarbeidsråd som skal sikre implementering av avtalen. Dette forventes å ta noe tid.

Se figur 25.



Figur 25 Iverksatte oppdrag til Sverige 1999-2014

Redningshelikopter

Redningshelikopterbasene ved Sola, Ørland, Bodø, Banak, Rygge, og Florø inngår i luftambulansetjenesten i henhold til avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet. Samtlige baser har tilstedevakt og kan rykke ut på kort varsel. Også redningshelikoptrene er anestesilegebemannet og har samme medisinske utstyr som de sivile ambulanshelikoptrene. Hovedredningssentralene på Sola og i Bodø disponerer redningshelikoptrene og avgir dem til ambulansoppdrag når en AMK-sentral anmoder om det og dersom SAR-oppdrag ikke må prioriteres.

Antall iverksatte oppdrag

Antall iverksatte oppdrag økte nesten 7 % fra 2013 – 2014. Året før falt tallet 3 %.

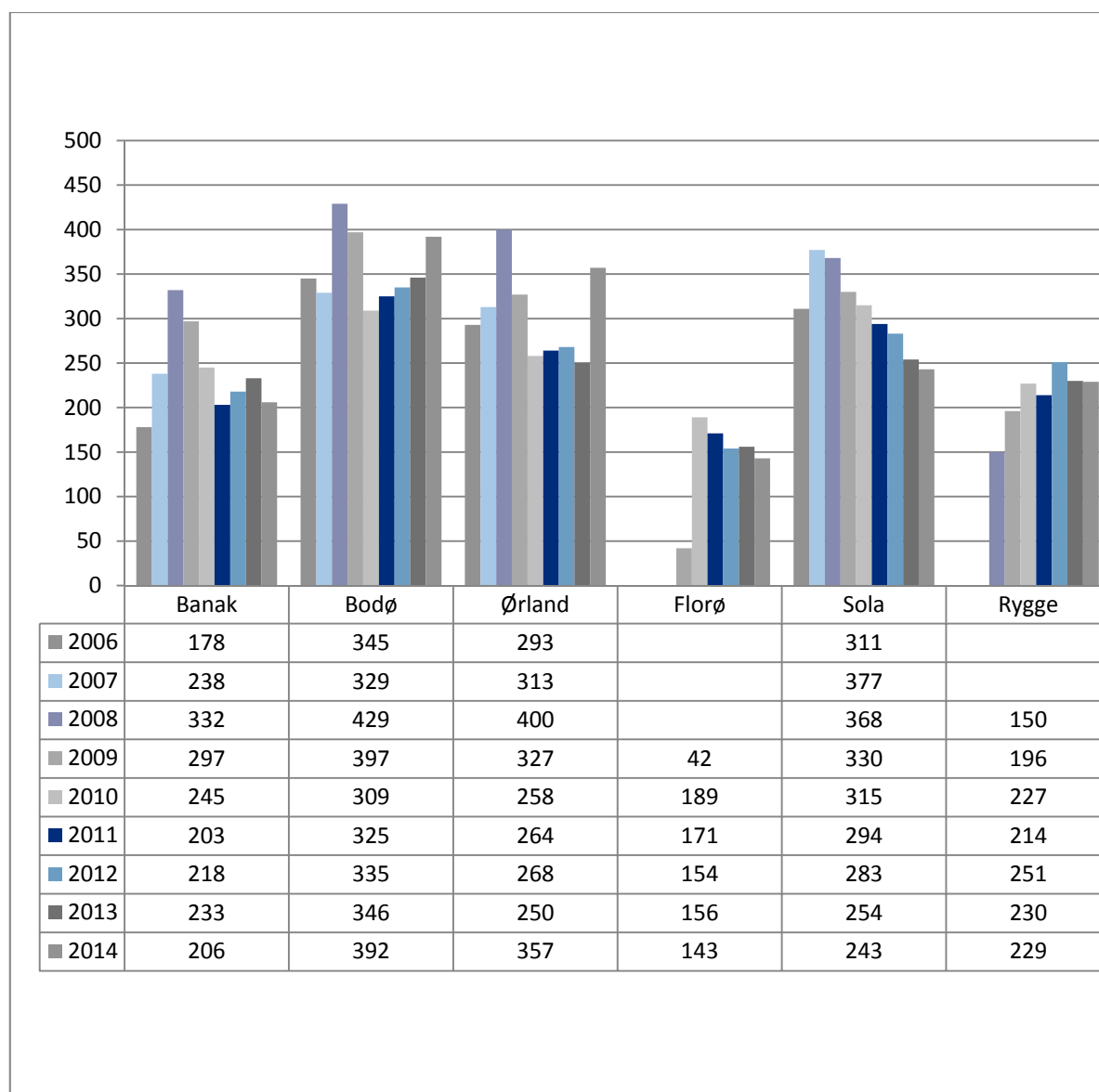
Redningshelikoptrene har på grunn av sitt utstyrsnivå og operative bemanningskonsept svært få avvik knyttet til værforholdene, og

de aller fleste avvisinger og avbrudd skyldes manglende medisinsk behov. Dette er vurderinger som gjøres av vakthavende lege i samråd med rekvirent eller andre ressurser på stedet. Justisdepartementet inngikk i desember 2013 kontrakt med Agusta Westland om kjøp av 16 nye AW 101 redningshelikoptre. Disse vil ha «all weather»-kapasitet, og det betyr at de også ville kunne fly under isingsforhold. Dermed vil gjennomføringsevnen bli enda bedre enn i dag. De vil også fly vesentlig raskere og ha

mye større rekkevidde enn dagens Sea King. AW 101 har to fullverdige bæreplasser og ved behov installasjon av ytterligere seks katastrofebårer.

Det forventes at nye redningshelikoptre innføres i årene 2018 – 2020.

Se figur 26.



Figur 26 Iverksatte oppdrag 2006-2014. (Florø etablert september 2009 og Rygge inngikk i luftambulansesstrukturen i 2008)

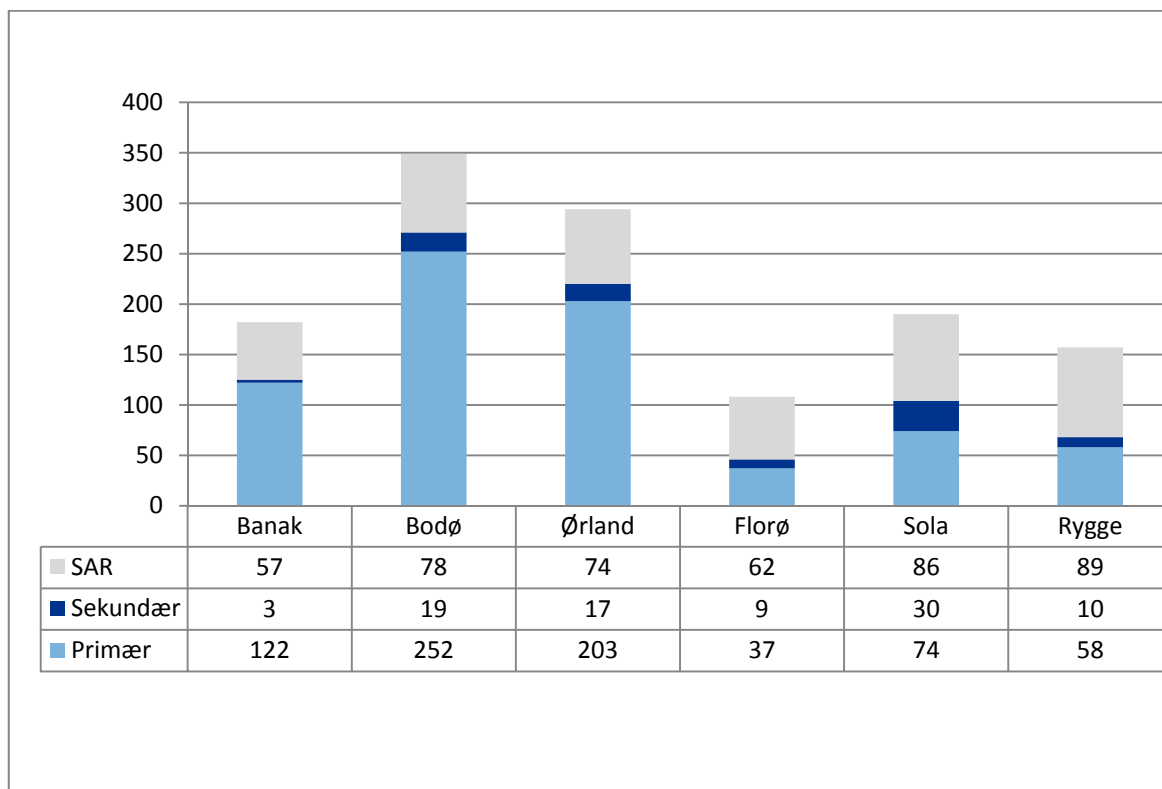
Oppdragstyper

(gjennomførte oppdrag)

I henhold til internasjonale konvensjoner er ambulanseoppdrag til skip definert som SAR-oppdrag, og de fleste SAR-oppdrag langt til havs er av denne kategorien. Oppdragstype varierer mye fra base til base, og dette skyldes blant annet hvorvidt det også er ambulansehelikopter i området. Redningshelikoptrene på Banak og i Bodø er eneste helikopterressurs i sine nærområder. Ambulansetransporter med redningshelikopter skjer under til dels meget dårlige værforhold, og redningshelikoptrene kan karakteriseres som helsetjenestens «dårlig vær-ressurs».

Det gjøres oppmerksom på at tallene i denne rapporten avviker fra 330-skvadronens og hovedredningssentralenes statistikk, da disse benytter andre oppdragsdefinisjoner. I henhold til luftambulansetjenestens definisjon av «gjennomførte» oppdrag, steg antallet ambulanseoppdrag i 2014 kraftig, mens økningen i antall SAR-oppdrag var mer moderat. Økningen i ambulanseoppdrag var spesielt sterk ved Ørland-basen.

Se figur 27.



Figur 27 Oppdragstyper. Primær og sekundær er ambulanseoppdrag. (OBS: gjennomførte oppdrag i henhold til Luftambulansetjenestens definisjon. 330-skv. teller flere SAR-oppdrag enn dette)

Legebil

Stiftelsen Norsk Luftambulansse finansierer legebiler med utstyr ved alle ambulansse- og redningshelikopterbasene. Basene Bodø, Ørland og Sola hadde ikke dedikerte legebiler tidligere, men fikk det i 2013. Legebil benyttes ofte som alternativt transportmiddel når et helikopteroppdrag ikke kan gjennomføres på grunn av vær- eller fartøytekniske forhold. I andre tilfeller velges bil når det anses som mest hensiktsmessig (kort avstand). Hovedredningssentralene har, for å opprettholde en god redningsberedskap, bestemt at legebilene ved redningshelikopterbasene skal holde seg innenfor en radius på 15 minutter.

Ved legebiloppdrag samarbeides det alltid med bilambulansse. Pasientene transporteres i ambulansse, gjerne med følge av luftambulansselegen. Dette bidrar til et godt faglig samarbeid mellom luft- og bilambulansser. Tjenestens legebilberedskap forsterker det akuttmedisinske tilbudet på en svært kostnadseffektiv måte, siden den ikke genererer økt personellbehov. Ambulanssehelikopterets eller redningshelikopterets redningsmann har formell utrykningskompetanse og kjører legebilen.

Typiske oppdrag for legebilene er sirkulasjonsstans i nærområdet eller pasient i behov av kvalifisert luftveishåndtering.

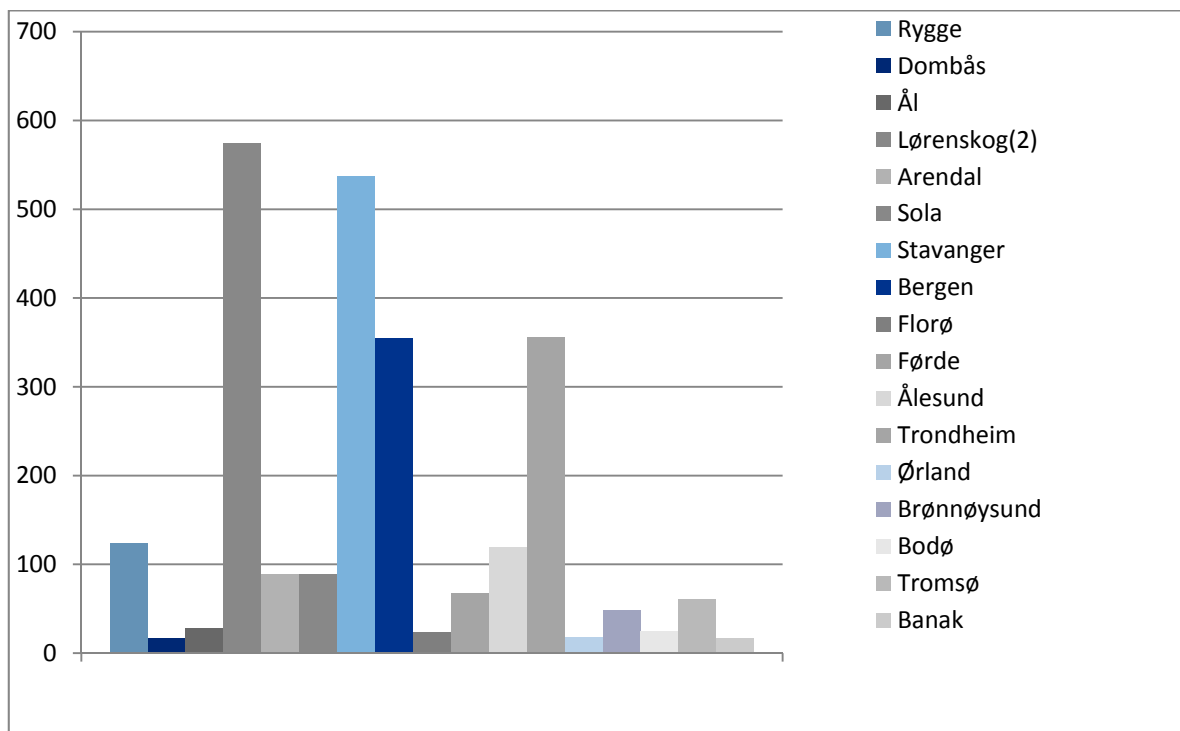
Alvorlighetsgraden er derfor svært høy ved de fleste oppdragene. Det ble utført hjerte-lungeredning hos nesten 20 % av pasientene. Ca. 14 % av pasientene ble erklært død på stedet, eventuelt etter resusciteringsforsøk. 97 % var akutt-oppdrag.

Antall gjennomførte legebiloppdrag steg 8,7 % fra 2013 til 2014. Det har alltid vært stor forskjell på legebilaktiviteten mellom basene. Spesielt i de større byene, der potensialet for mange oppdrag er størst, samarbeides det nært med legevaktene for å avgrense legebilens rolle.

Enkelte oppdrag starter med legebil for deretter å bli fullført med helikopter. Dette gjelder særlig Banak, Ål, Dombås og Brønnøysund. Disse blir registrert som helikopteroppdrag i statistikken. Dette skyldes at det ved ett og samme oppdrag (hendelse) bare kan registreres én fartøytype i databasen. Det blir derfor en viss underreportering av legebiloppdrag.

Av de iverksatte legebiloppdragene ble 24 % avbrutt, oftest fordi det likevel ikke var medisinsk behov.

Se figur 28.



Figur 28 Iverksatte legebiloppdrag 2014

Sysselemandens helikopter på Svalbard

Sysselemandens helikopter på Svalbard inngår ikke formelt i luftambulansetjenesten, men utfører både ambulanse- og søks- og redningsoppdrag. Krav til redningsmannen er i henhold til Nasjonal Standard. Lege og sykepleier fra Longyearbyen sykehus er med ved behov i henhold til disse retningslinjene:

Lege skal være med på alle turer hvor medisinske problemstillinger er sannsynlig. (Dette inkluderer også søk).

Sykepleier skal være med dersom der meldingen varsler om kritisk sykdom/skade som kan true sirkulasjon eller luftveier.

I avklarte tilfeller kan redningsmann og eller sykepleier være eneste medisinske personell ombord.

I løpet av 2012 fikk Longyearbyen økt legebemanning fra tre til fire leger. Det er innført et bakvaktsystem som muliggjør at lege er med på alle nødvendige oppdrag med helikopter uten at dette svekker legeberedskapen i Longyearbyen. Dette er videreført i 2013 og 2014. I enkelte tilfeller foregår utrykning med helikopter uten lege. Dette bestemmes av vakthavende lege i hvert enkelt tilfelle og beslutningen avhenger av situasjonen og tilgjengelig kompetanse.

Tjenesten vurderes av Longyearbyen Sykehus å være relativt bra utstyrt både når det gjelder helikopter, medisinsk utstyr og beredskapsutstyr. Luftambulansetjenesten ANS har utstyrt helikopteret med medisinsk utstyr på linje med redningshelikoptrene på fastlandet.

Totalt var det i 2014 69 oppdrag, hvorav 30 av oppdragene bestod i henting av pasienter med akutte medisinske eller kirurgiske tilstander/skader i Svea/Barentsburg/Ny Ålesund. De øvrige 39 var rene SAR-oppdrag sjø/land.

Ikke alle oppdragene var av alvorlig art, men alle pasientene trengte legebehandling. Helikopter er eneste mulighet for transport av pasienter over store deler av Svalbard og brukes i tilfeller hvor man ville ha brukt bilambulanse på fastlandet.

Redningsteknisk kapasitet

Alle helikopterbasene i luftambulansetjeneste har en standardisert redningsteknisk kapasitet. Dette innebærer et metodesett for bakkeredning, redning i bratt terreng, innsats i snøskred, redning på bre og underhengende operasjoner.

De underhengende oppdragene utføres ved at redningsmann løftes i et fast tau til pasienten der helikopteret ikke kan lande nær pasienten. Pasienten kan da løftes ut horisontalt på en spesial bære/vakuum-madrass eller løftes i en redningsele. Fra vann løftes den nødstedte i en redningsslynge sammen med redningsmann. Dette er anerkjente metoder som også benyttes internasjonalt.



Fotograf Fredrik Naumann

Sikkerhet

Tjenesten har et høyt fokus på sikkerhet innenfor det redningstekniske fagområdet. Det gjennomføres analyser av virksomhetsdata og er løpende dialog med operatørene. I 2014 ble SAR registreringen - forbedret slik at operatørene også kan melde inn avvik på samhandling og koordinering av oppdrag. Dette gir et bedre grunnlag for å forbedre samvirke og koordinering av oppdrag der lokalt politi (LRS) AMK og HRS er involvert.

Det arrangeres operativt forum for luftambulansetjenesten. Nasjonal redningsmannsamling ble ikke arrangert i 2014 men planlegges arrangert i september 2015 i forbindelse med ambulanseforum.

Slike aktiviteter bidrar til økt sikkerhet, bedre samarbeid og optimalisering av det redningstekniske fagområdet.

Tjenesten bruker også mye tid på trening av redningstekniske operasjoner, særlig gjelder dette underhengende operasjoner.

Denne treningen øker sikkerheten for helikopterbesetningen.

LAT ANS har ikke mottatt rapporter om alvorlige hendelser i forbindelse med redningstekniske operasjoner i 2014.

Skredberedskap

Det ble i 2014 innført skredsekker til redningsmann og legen på alle baser.

Skredsekkene inneholder en ekspansjonsballong på 120 liter som kan løses hvis redningsmannskapene skulle bli utsatt for et skred.

Prinsippet med utstyret er at den forulykkede skal forbli på snøoverflaten når skredmassene stopper.

Dette utstyret kan være en «siste sikkerhet». Det er viktig å understreke at ballongen kan kollapse og at slikt utstyr ikke skal forlede redningsmannskaper til å ta økt risiko.

Samarbeid

Ambulansehelikopterbasene samarbeider med lokale redningsressurser. Dette samarbeidet kan variere fra base til base. Det er i 2014 startet et samarbeidsprosjekt med NARG, Norske alpine redningsgrupper.

Samarbeidsprosjektet planlegger for utrykning med «små lag». Dette defineres som to klatrere og utstyr som en første respons på enklere redningsoppdrag.

Egentreningen, som helikoptermannskapene må utføre, kan også brukes til samarbeid med frivillige organisasjoner.

Eksempler på dette er redningsdykkere, skipatruljer, alpine redningsgrupper, redningshund-ekvipasjer og andre frivillige organisasjoner. Slik samtrening er avgjørende for effektiv og sikker innsats under oppdrag.

Redningsteknisk virksomhetsdata

Redningsteknisk virksomhet blir basert på operatørenes egen registrering og «SAR – rapport» som ble tatt i bruk 1. januar 2012.

Alle søk og redningsoppdrag som er rekvirert fra politi/hovedredningssentralene får et «SAR nummer» og blir så registrert i dette systemet.

I løpet av 2014 ble SAR registreringssystemet forbedret slik at det også var mulig å registrere avvik.

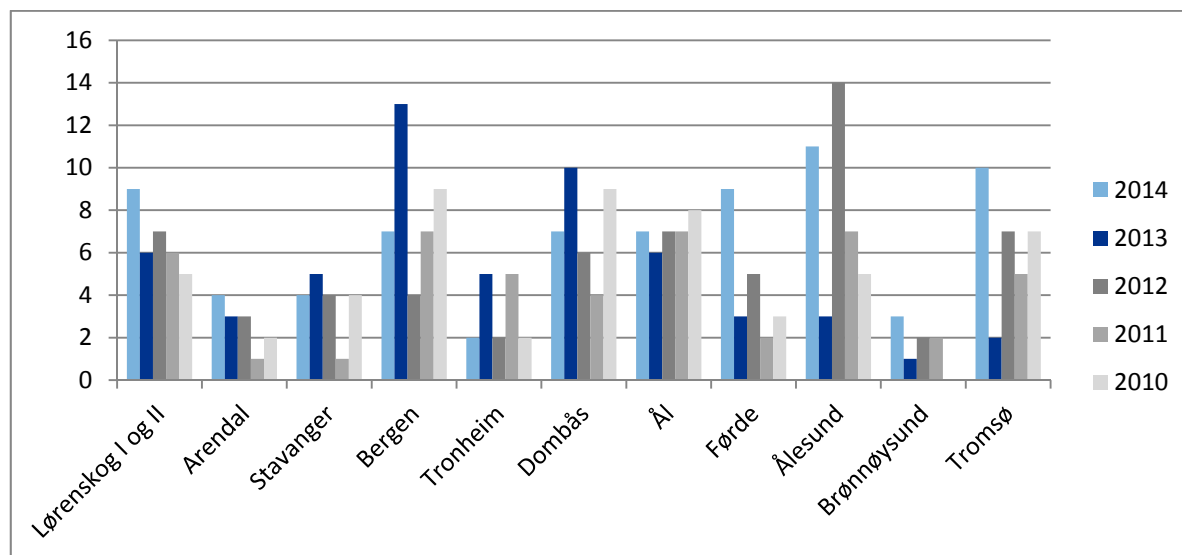
Det er dessuten lagt inn mulighet for å registrere oppdrag med redningsteknisk tilsnitt uten at oppdraget får et HRS oppdragsnummer.

I 2014 har tjenesten høyeste antall registrert underhengende oppdrag.

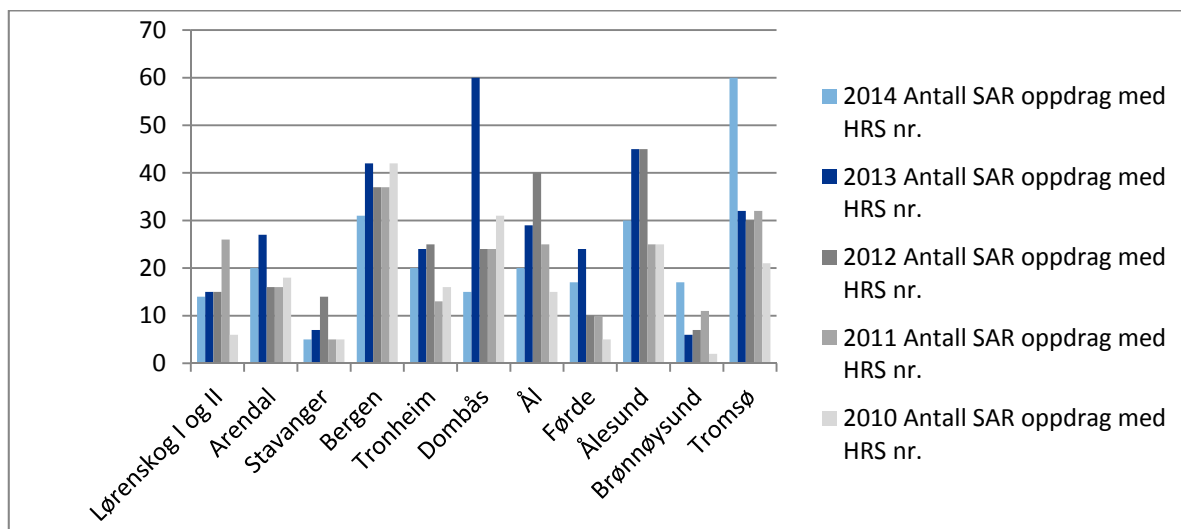
Utrykninger til snøskred har gått litt ned, dette må regnes å ligge innenfor rammen av variasjon fra år til år.

| Baser | Underhengende oppdrag over land | Underhengende oppdrag over vann/sjø | SAR oppdrag med HRS nr. | Flytid SAR oppdrag med HRS nr. | Redningsteknisk oppdrag u/ HRS nr. | Snøskred innsats | Bakke-redning |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------|---------------|
| Lørenskog I og II | 9 | 1 | 14 | 10:47:00 | 11 | 0 | 1 |
| Arendal | 4 | 0 | 20 | 18:20:00 | 3 | 1 | 1 |
| Stavanger | 4 | 0 | 5 | 3:25:00 | 8 | 0 | 2 |
| Bergen | 7 | 0 | 31 | 24:52:00 | 5 | 0 | 0 |
| Trondheim | 2 | 0 | 20 | 15:42:00 | 0 | 0 | 2 |
| Dombås | 7 | 0 | 15 | 20:29:00 | 4 | 3 | 3 |
| Ål | 7 | 0 | 20 | 22:24:00 | 6 | 1 | 0 |
| Førde | 9 | 1 | 17 | 21:07:00 | 3 | 0 | 2 |
| Ålesund | 11 | 1 | 30 | 21:07:00 | 15 | 0 | 15 |
| Brønnøysund | 3 | 0 | 17 | 18:05:00 | 4 | 0 | 4 |
| Tromsø | 10 | 5 | 60 | 54:03:00 | 20 | 4 | 28 |
| Totalt | 73 | 8 | 249 | 230:21:00 | 79 | 9 | 58 |

Figur 29 Antall redningsteknisk aktivitet 2014



Figur 30 Underhengende oppdrag 2010-2014



Figur 31 Antall SAR oppdrag med HRS nummer 2010-2014

Styrets årsberetning

Innledning

Helseforetakenes nasjonale Luftambulansetjeneste ANS (Luftambulansetjenesten ANS) ble stiftet 16. januar 2004 og er et heleid selskap av de fire helseregionene i Norge med en 20 % andel på Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF og 40 % andel på Helse Sør-Øst RHF. Selskapet skal bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger, herunder "sørge for" ansvaret. Selskapets primære og prioriterte oppgave er å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet gjennom å drive den flyoperative ambulansetjenesten på vegne av de fire regionale helseforetakene.

Luftambulansetjenesten ANS har kontoradresse i Bodø, Tromsø og Trondheim. Den flyoperative virksomheten utføres fra baser spredt over hele landet.

Utvikling og resultat

Luftambulansetjenesten ANS er finansiert gjennom tilskudd fra de fire eierne beregnet ut fra aktiviteten i den enkelte region. For 2014 utgjorde dette 759,7 mill. kr. fra eierne. I tillegg har selskapet hatt refusjonsinntekter på 3,9 mill. kr. Sum inntekter er med det 763,6 mill. kr. Selskapet har lagt bak seg et driftsår med et driftsresultat på 1,6 mill. kr. og et årsresultat på 2,9 mill. kr. Styret foreslår at årsresultatet for 2014 tillegges egenkapital.

Finansielt

Luftambulansetjenesten ANS har ingen låneopptak, verken kortsiktig eller langsiktig. Selskapet har heller ikke inngått noen leasingavtaler.

Fortsatt drift

Årsoppgjøret er avlagt under forutsetning av fortsatt drift. Eierne har vedtatt overføringer til selskapet i henhold til budsjett for 2015.

Driften i selskapet

Følgende større saker var under arbeid ved utgangen av 2014

- Strategiprosess for selskapet.
- Bistand til prosjekt NAWSARH (anskaffelse av nye redningshelikoptre og forberedelse til mottak av disse).
- Dialog med Avinor rundt partenes behov og utfordringer.
- Tilrettelegging for nytt nødnett i helikopter og fly krever mye oppfølging. Det er inngått avtale med begge operatørene, hvor disse stiller med undervisning og utarbeidelse av prosedyrer mellom brukere og AMK-LA sentraler.
- Arbeid med nasjonal standard for kuvøsetransporter i luftambulansetjenesten.
- Anskaffelser av transportkuvøser, ultralydapparater, kapnografer og defibrillatorer.
- Etablering av basefasiliteter for ny ambulanshelikopterbase på Evenes.
- Oppfølging av tiltak etter 22. juli, bl.a. standardiserte rutiner for Flight Following på tvers av regionsgrenser.
- Forberedelser til oppstart av ny anbudsrunde for ambulanshelikoptertjeneste, oppstart nye kontrakter er 1. juni 2018.
- Deltakelse i Helsedirektoratets prosjekt Nasjonalt kodeverk for ambulansetjenesten (delprosjekt under hovedprosjektet Prehospital strategisk satsing).
- Selskapet har påbegynt arbeidet med å etablere en nasjonal low-level IFR struktur, og offentlig finansierte GPS-innflygninger til sykehus.

Følgende større saker ble ferdigstilt i 2014

- Gjennomført anskaffelse av helikoptertjenester for ny luftambulansebase på Evenes.
- Standard luftambulansebase helikopter.
- Kommunikasjonsstrategi for selskapet.
- Oppfølgingsrevisjon av miljø- og kvalitetsstyringssystem for selskapet.
- Økonomisk revisjon hos begge operatørene.
- Omorganisering på medisinsk teknisk verksted og ansettelse av en ny rådgiver.
- Planlegging, gjennomføring og evaluering av Øvelse Svalbard.
- Prosjekt «Luftburen ambulanssjukvård» ble avsluttet og Avtale om grensesamarbeid vedrørende ambulanshelikopter ble signert av de norske regionale helseforetakene og seks svenske landsting.
- Helikopterbasene i Bergen og Førde flyttet inn i nye lokaler. Helikopterbasen i Tromsø ble bygget ut.
- Kvalitetsrevisjon for flybasen i Kirkenes, for helikopterbasen i Førde, fly og helikopter hovedkontor Lufttransport AS samt helikopter hovedkontor hos Norsk Luftambulanse AS.
- GPS-innflygninger til sykehusene i Harstad, Mo i Rana og Ålesund. Operatøren gjennomfører arbeidet.

Ambulanseflyene fløy 9967 timer i 2014. Dette er ubetydelig ned (0,02 %) fra toppnoteringen året før hvor det ble fløyet 9988 timer. Produksjonen i 2014 endte på 72 timer over budsjett. Det ble ikke benyttet innleid ekstern ressurs. Tilgjengeligheten var 95,17 %, en oppgang på 0,17 % fra året før. De største enkeltårsakene til utmeldingene er manglende reservekapasitet på besetningsmedlemmer, uforutsette tekniske hendelser og arbeids og hviletidsbestemmelser.

Ambulansehelikoptrene fløy 8311 timer i 2014, mot 8396 timer i 2013 (nedgang på 1,0 %). Dette var 265 timer under budsjett. Tilgjengeligheten i 2014 var høyere enn foregående år hos begge operatører med 97,9 % (opp 0,4 %) på Norsk Luftambulanse AS sine åtte baser, og 95,6 % (opp 0,8 %) på Lufttransport AS sine tre baser. De to primære årsakene til utmeldinger var også i 2014 uventede tekniske hendelser og arbeids og hviletidsbestemmelser. Tilgjengeligheten på 330 skvadronens seks baser var til sammenligning 98,6 % (opp 0,3 %).

Luftambulansetjenesten opplevde et fatalt havari 14. januar 2014. Et helikopter fra Norsk Luftambulanse havarerte på Sollihøgda. Helikoptret traff et kraftspenn og styrtet under landing i forbindelse med en trafikkulykke på stedet. Pilot Bjørn Nergård (52) og anestesilege Anders Nakstad (38) omkom i ulykken, mens redningsmann Sondre Bjartland (52) ble alvorlig skadet.

Ulykken har vært gransket av politiet og av Statens Havarikommisjon for Transport (SHT). Politiet fant i sin etterforskning ingen straffbare forhold, og henla saken i november i fjor. Det er foreløpig ikke klart når rapporten fra SHT foreligger og hva kommisjonens konklusjon rundt årsak er. Det som imidlertid er kjent fra SHTs første undersøkelser, er at helikoptret traff en høyspentledning som gikk i anslagsvis 20-30 meters høyde.

Etter havariet opprettet Norsk Luftambulanse AS umiddelbart en intern tverrfaglig granskningsgruppe, som grundig har gjennomgått ulykken og vurdert forslag til sikkerhetsfremmende tiltak. Gruppens rapport er ferdigstilt og levert til SHT. Luftambulansetjenesten ANS har hatt to møter med SHT i forbindelse med ulykken. Det jobbes kontinuerlig med sikkerhetsfremmende tiltak, og det vil bli spesiell fokus på oppfølging av de sikkerhetstilrådninger som SHT kommer med i sin endelige rapport.

Luftambulansetjenesten ANS bidro gjennom året til utvikling av den medisinskfaglige tjenesten gjennom støtte til flere tiltak, så som kurs i flymedisin og støtte til gjennomføringen av kompetanseheving for luftambulanselger. Nasjonal samhandling og forankring av selskapets prosjekter sikres blant annet gjennom arbeid i nettverk som operativt forum, medisinsk nettverk og flysykepleiernes baseledermøter. Luftambulansedager ble gjennomført i Tromsø 4. - 5. februar 2014 med stor deltakelse fra både operatører og ansatte i luftambulansetjenesten. Det ble også gitt støtte til utvikling av relevante europeiske standarder (CEN). Selskapet har deltatt aktivt i flere av helseforetakenes utredninger og prosjekter knyttet til beredskap og prehospitale tjenester på ulikt nivå. Dette gjelder bl.a. rapporten Beredskapsmessige forhold Luftambulansetjenesten, og prosjekter i Helse Sør-Øst (Prehospitale tjenester - Styring av luftambulanse og Etablering av én AMK-LA-sentral).

Styret har i 2014 gjennomført 13 styremøter og behandlet 71 saker. Styret har i 2014 bestått av

Daniel Haga, styreleder, Helse Midt-Norge RHF

Tor-Arne Haug, nestleder, Helse Nord RHF

Ingvill Skogseth, styremedlem, Helse Vest RHF

Arild Østergaard, styremedlem, Helse Sør-Øst RHF

Randi Nordtorp Mølmen, styremedlem, Helse Sør-Øst RHF

Ansatte og arbeidsmiljø

Selskapet har ved årets slutt 25 ansatte fordelt på 20 årverk. Tre ansatte pendler mellom Sør- og Nord-Norge. Sykefravær i 2014 utgjorde 8,2 prosent. Økningen i sykefravær fra 2013 knyttes til langtidssykemeldinger. Det har ikke forekommet arbeidsuhell eller ulykker som har medført personskader eller materielle skader. Selskapet benytter seg av fleksible arbeidstidsordninger der det er mulig for å gi den enkelte ansatte minst mulig belastning i jobbsammenheng.

Likestilling

Gjennom året har selskapets styre bestått av to kvinner og tre menn. Ved årets slutt er seks av 25 ansatte kvinner. Alle seks er heltidsansatte. Begge kjønn er underlagt de samme rammebetingelsene i selskapet. Selskapet er bevisst på ikke å diskriminere i forhold til alder, kjønn, funksjonshemming eller etnisitet.

Det ytre miljø

Luftambulansetjenesten ANS er leietaker for lokaler til egne ansatte i Tromsø, Bodø og Trondheim. Ved samtlige steder forholder vi oss til utleiers system for energi og avfallshåndtering. I Bodø har utleier etablert sjøvarme som oppvarmingskilde. I Trondheim er oppvarming basert på fjernvarme. I Trondheim leveres EE avfall til kommunalt mottak. Medisinsk teknisk utstyr leveres til godkjent mottak for destruksjon.

Luftambulansetjenesten ANS er leietaker også for helikopter- og flybasene. For disse varierer det hvilken type energi utleier har basert seg på. Noen baser benytter fjernvarme fra forbrenningsanlegg, mens andre bruker kun strøm. Ved en del baser er det tatt i bruk varmepumper for oppvarming.

Ved samtlige luftambulansebaser er det etablert sortering av avfall. Risikoavfall behandles i henhold til særlige krav og veiledninger (olje, batteri o.l.). Medisinske avfallsstoffer leveres helseforetakene for destruering.

Operatørene er tilsluttet NOx-fondet og betaler bidrag i forhold til faktiske utslipp. Samtlige maskiner i drift er av nyere modell og med teknologi som er noe mer gjerrig på drivstofforbruk enn eldre.

For å motvirke støyforurensning er innflygingsprosedyrene optimalisert ved kortest mulig operasjon i lav høyde og redusert nedkjølingstid for motorer etter landing.

Framtidig utvikling

Selskapets drift er fullt ut finansiert av eierne. Selskapets organisasjonsform innebærer at eierne er gjensidig ansvarlig for selskapets drift, herunder dekning av eventuelle underskudd. Eierne styrer selv, delvis gjennom sine underlagte helseforetak, i stor grad aktivitetsnivået i tjenesten selskapet er satt til å forvalte.



Daniel Haga
Styreleder



Tor-Arne Haug
Nestleder



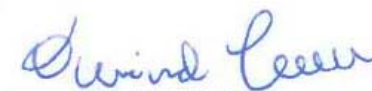
Randi Nordtorp Mølmen
Styremedlem



Ingvill Skogseth
Styremedlem



Arild Østergaard
Styremedlem



Øyvind Juell
Daglig leder


Resultatregnskap

| DRIFTSINNETEKTER OG DRIFTSKOSTNADER | Note | 2014 | 2013 |
|--|------|--------------------|--------------------|
| Refusjonsinntekter | 1 | 3 982 083 | 4 741 000 |
| Annen driftsinntekt | 1 | 759 701 149 | 726 772 082 |
| Sum driftsinntekter | | 763 683 231 | 731 513 082 |
| Lønnskostnad | 3,4 | 17 433 716 | 16 512 130 |
| Avskrivning på varige driftsmidler | 5 | 4 062 568 | 3 339 380 |
| Annen driftskostnad | 3,6 | 740 581 681 | 724 706 993 |
| Sum driftskostnader | | 762 077 965 | 744 558 503 |
| DRIFTSRESULTAT | | 1 605 266 | -13 045 421 |
| FINANSINNETEKTER OG FINANSKOSTNADER | | | |
| Annen renteinntekt | | 1 347 812 | 1 678 715 |
| Annen finansinntekt | | 1 099 | 149 |
| Sum finansinntekter | | 1 348 912 | 1 678 864 |
| Annen rentekostnad | | 916 | 451 |
| Annen finanskostnad | | 2 376 | 5 750 |
| Sum finanskostnader | | 3 292 | 6 201 |
| NETTO FINANSPOSTER | | 1 345 620 | 1 672 663 |
| ÅRSRESULTAT | | 2 950 886 | -11 372 758 |
| OVERF. OG DISPONERINGER | | | |
| Overføringer annen egenkapital | 7 | 2 950 886 | -11 372 758 |
| SUM OVERFØRINGER OG DISPONERINGER | | 2 950 886 | -11 372 758 |

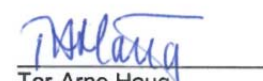
Balanse pr. 31.12.2013

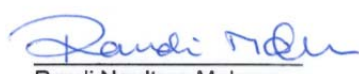
| EIENDELER | Note | 2014 | 2013 |
|--------------------------------------|-------------|-------------------|--------------------|
| ANLEGGSMIDLER | | | |
| Varige driftsmidler | | | |
| Medisinsk teknisk utstyr | 5 | 19 138 305 | 12 779 787 |
| Flyoperativt utstyr | 5 | 3 767 703 | 2 799 351 |
| IKT utstyr | 5 | 356 968 | 411 743 |
| Driftsløsøre, inventar o.a utstyr | 5 | 2 560 070 | 960 447 |
| Sum varige driftsmidler | | 25 823 045 | 16 951 328 |
| Finansielle anleggsmidler | | | |
| Andre fordringer | | 105 789 | 83 446 |
| Sum finansielle anleggsmidler | | 105 789 | 83 446 |
| SUM ANLEGGSMIDLER | | 25 928 834 | 17 034 774 |
| OMLØPSMIDLER | | | |
| Fordringer | | | |
| Kundefordringer | 8 | 0 | 629 000 |
| Andre fordringer | | 425 233 | 400 818 |
| Sum fordringer | | 425 233 | 1 029 818 |
| Bankinnskudd, kontanter o.l. | 9,10 | 69 579 893 | 86 519 903 |
| SUM OMLØPSMIDLER | | 70 005 126 | 87 549 722 |
| SUM EIENDELER | | 95 933 960 | 104 584 496 |

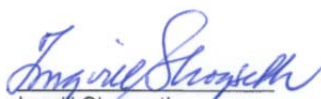
| EGENKAPITAL OG GJELD | Note | 2014 | 2013 |
|--|------|-------------------|--------------------|
| EGENKAPITAL | | | |
| Innskudd egenkapital | 7 | 17 474 330 | 17 474 330 |
| Sum innskutt egenkapital | | 17 474 330 | 17 474 330 |
| Annen egenkapital | 7 | 37 210 264 | 34 259 378 |
| Sum opptjent egenkapital | | 37 210 264 | 34 259 378 |
| SUM EGENKAPITAL | | 54 684 594 | 51 733 708 |
| GJELD | | | |
| Langsiktig gjeld | | | |
| Avsetning for forpliktelser | | | |
| Pensjonsforpliktelser | 4 | 1 785 190 | 2 299 185 |
| Andre avsetninger for forpliktelser | 11 | 5 700 000 | 5 700 000 |
| Investeringsstilskudd | 12 | 711 035 | 1 035 812 |
| Sum avsetning for forpliktelser | | 8 196 225 | 9 034 997 |
| SUM LANGSIKTIG GJELD | | 8 196 225 | 9 034 997 |
| Kortsiktig gjeld | | | |
| Leverandørgjeld | | 21 901 974 | 12 564 879 |
| Skyldig offentlige avgifter | | 1 260 762 | 1 120 987 |
| Annen kortsiktig gjeld | | 9 890 405 | 30 129 925 |
| SUM KORTSIKTIG GJELD | | 33 053 141 | 43 815 791 |
| SUM GJELD | | 41 249 366 | 52 850 788 |
| SUM EGENKAPITAL OG GJELD | | 95 933 959 | 104 584 496 |


 Øyvind Juell
 Daglig leder


 Daniel Martin Haga
 Styreleder


 Tor-Arne Haug
 Nestleder


 Randi Nordtorp Mølmen
 Styremedlem


 Ingvill Skogseth
 Styremedlem


 Arild Østergaard
 Styremedlem

Noter

Regnskapsprinsipper:

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapslovens bestemmelser og god regnskapsskikk.

Refusjonsinntekter/tilskudd

Tjenester inntektsføres etter hvert som de blir levert.

Tilskudd inntektsføres i henhold til sammenstillingsprinsippet.

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet, samt poster som knytter seg til varekretsløpet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmiddel/langsiktig gjeld.

Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet.

Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost, men nedskrives til virkelig verdi ved verdifall som ikke forventes å være forbigående. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer føres opp i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til påregnelig tap. Avsetning til påregnelig tap gjøres på grunnlag av en individuell vurdering av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler føres opp i balansen og avskrives over driftsmidlets forventede økonomiske levetid. Varige driftsmidler nedskrives til virkelig verdi ved verdifall som forventes ikke å være av forbigående art. Nedskrivninger blir reversert når grunnlaget for nedskrivningen ikke lenger finnes å være til stede. Direkte vedlikehold av driftsmidler kostnadsføres løpende under driftskostnader, mens påkostninger eller forbedringer tillegges driftsmidlets kostpris og avskrives i takt med driftsmidlet.

Pensjoner

Pensjonskostnader og pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening basert på forventet sluttlønn. Beregning er basert på en rekke forutsetninger herunder diskonteringsrente, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden, fremtidig avkastning på pensjonsmidler samt aktuarmessige forutsetninger om dødelighet og frivillig avgang. Pensjonsmidler er vurdert til virkelig verdi og fratrasket i netto pensjonsforpliktelser i balansen. Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endring i og avvik i beregningsforutsetningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid hvis avvikene ved årets begynnelse overstiger 10 % av det største av brutto pensjonsforpliktelser og pensjonsmidler.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metode. Kontanter og kontantekvivalenter omfatter kontanter, bankinnskudd og andre kortsiktige, likvide plasseringer.

Bruk av estimater

Utarbeidelsen av årsregnskapet i henhold til god regnskapsskikk forutsetter at ledelsen benytter estimater og forutsetninger som påvirker resultatregnskapet og verdsettelsen av eiendeler og gjeld, samt opplysninger om usikre eiendeler og forpliktelser på balansedagen.

Betingede tap som er sannsynlige og kvalifiserbare, kostnadsføres løpende.

Note 1 - Driftsinntekter

Selskapets inntekter består i hovedsak av tilskudd fra de fire regionale helseforetakene. Tilskuddene beregnes ut fra baseplassering og aktivitet i den enkelte region.

| | Refusj.innt 2014 | Tilskudd 2014 |
|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| Helse Nord | | 320 041 927 |
| Helse Midt-Norge | | 118 673 656 |
| Helse Vest | | 92 076 365 |
| Helse Sør-Øst | | 228 909 201 |
| Inntektsbringende oppdrag | 3 982 083 | |
| Totalt | 3 982 083 | 759 701 149 |

Note 2 - Nærstående parter

Som nærstående parter regnes Helse Nord RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF med tilhørende datterselskaper.

Foretaket har i 2014 hatt følgende transaksjoner med nærstående parter:

| | |
|----------------------|---|
| Helse Nord RHF | Tilskudd for å drive den flyoperative ambulansetjenesten. |
| Helse Vest RHF | Tilskudd for å drive den flyoperative ambulansetjenesten. |
| Helse Sør-Øst RHF | Tilskudd for å drive den flyoperative ambulansetjenesten. |
| Helse Midt-Norge RHF | Tilskudd for å drive den flyoperative ambulansetjenesten. |
| Øvrige helseforetak | Mellomregningsforhold i forbindelse med forskudd/utlegg av kostnader. |

Note 3 - Lønnskostnader / Antall ansatte / Godtgjørelser / Lån til ansatte / Pensjoner mm

| Spesifikasjon av lønnskostnader | 2014 | 2013 |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Lønninger | 14 449 095 | 13 338 279 |
| Annen godtgjørelse | 90 114 | 65 203 |
| Arbeidsgiveravgift | 1 389 482 | 1 265 250 |
| Pensjonskostnader | 1 082 941 | 1 641 546 |
| Andre lønnsrelaterte ytelser | 422 084 | 201 852 |
| Totalt | 17 433 716 | 16 512 130 |
| Antall årsverk | 20,05 | 19,95 |
| Godtgjørelse (i kroner) | daglig leder | |
| Lønn | 1 114 166 | |
| Ytelse til pensjonsforpliktelser | 18 604 | |
| Annen godtgjørelse | 6 024 | |

Daglig leder har oppsigelsesvern på 6 mnd. lønnsvederlag ved oppsigelse fra arbeidsgiver. Daglig leders lønn justeres årlig av styret. Lønnsjustering foretas etter at øvrige lønnsoppgjør i helsevesenet er gjennomført. Resultatet fra disse danner grunnlag for daglig leders lønnsjustering.

Det er ikke gitt lån, eller stilt sikkerhet for lån til selskapets ledelse/styre.

Revisor

Godtgjørelse til revisor for lovpålagt revisjon er kostnadsført med kr. 65 875 inkl. mva. Av dette utgjør andre honorarer kr 0 inkl. mva. og resten lovpålagt revisjon.

Note 4 - Pensjonskostnader og forpliktelser

Selskapet er pliktig til å ha tjenstepensjonsordning etter lov om obligatorisk tjenstepensjon. Selskapet har en ytelsesbasert pensjonsordning som oppfyller kravene etter denne loven.

| | 2013 | 2014 |
|---|------------------|------------------|
| Årets opptjente pensjonsrettigheter | 1 604 098 | 1 878 064 |
| Rentekostnad på opptjente pensjonsrettigheter | 460 289 | 565 101 |
| Adm. Kostnad | 82 139 | 112 394 |
| Forventet avkastning | -290 824 | -381 641 |
| Periodisert arbeidsgiveravgift | 159 256 | 186 566 |
| Resultatført aktuarielt tap | 5 033 | 173 203 |
| Resultatført estimatavvik | 6 324 | 32 471 |
| Resultatført planendring | 0 | -1 129 593 |
| Netto pensjonskostnad | <u>2 026 315</u> | <u>1 436 565</u> |
| Beregnete pensjonsforpliktelser | 13 279 277 | 16 994 713 |
| Pensjonsmidler | 7 854 443 | 10 712 832 |
| Netto forpliktelse før arb.avgift | <u>5 424 834</u> | <u>6 281 881</u> |
| Arbeidsgiveravgift | 465 559 | 539 111 |
| Ikke resultatf. Estimatavvik eksl.aga | -3 307 370 | -4 637 787 |
| Ikke resultatført aga estimatavvik | -283 838 | -398 015 |
| Netto pensjonsforpliktelser etter arb.avg | <u>2 299 185</u> | <u>1 785 190</u> |
| Økonomiske forutsetninger: | | |
| Diskonteringsrente | 4,00 % | 2,30 % |
| Forventet lønnsvekst | 3,75 % | 2,75 % |
| Forventet G-regulering | 3,50 % | 2,50 % |
| Forventet avkastning | 4,40 % | 3,20 % |
| Antall aktive | 22 | 23 |
| Antall oppsatte | 6 | 6 |
| Antall pensjoner | 1 | 3 |

Note 5 - Varige driftsmidler

| | Medisinsk- teknisk Utstyr | Flyoperativt Utstyr | IKT- utstyr | Driftsløssøre, inventar, utstyr | Sum |
|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------|---------------------------------------|-------------------|
| Anskaffelseskost pr. 1/1 | 27 931 168 | 6 866 519 | 5 337 819 | 1 897 770 | 42 033 276 |
| + Tilgang | 9 296 253 | 1 813 873 | 81 875 | 2 033 030 | 13 225 031 |
| - Nto avgang | 290 745 | 0 | 0 | 0 | 290 745 |
| Anskaffelseskost pr. 31/12 | 36 936 676 | 8 680 392 | 5 419 694 | 3 930 800 | 54 967 562 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Akk. av/nedskr. pr 1/1 | 15 151 381 | 4 067 168 | 4 926 076 | 937 323 | 25 081 948 |
| + Ordinære avskrivninger | 2 646 990 | 845 521 | 136 651 | 433 407 | 4 062 568 |
| - Tilbakeførte avskrivninger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Akk. av/nedskr. pr. 31/12 | 17 798 371 | 4 912 689 | 5 062 727 | 1 370 730 | 29 144 516 |
| Balanseført verdi pr 31/12 | 19 138 305 | 3 767 703 | 356 968 | 2 560 070 | 25 823 045 |

| | | | | |
|-------------------|------|-----------|-------|----------|
| Økonomisk levetid | 7 år | 3 - 10 år | 10 år | 3 - 7 år |
|-------------------|------|-----------|-------|----------|

Note 6 - Andre driftskostnader

Enkeltransaksjoner

Spesifikasjon av større poster:

Selskapet betaler månedlige faste vederlag for følgende tjenester:

| | 2013 | 2014 | |
|-----------------------|--------------------|--------------------|---|
| Leverandør | Kostnadsført | Kostnadsført | Tjeneste |
| Lufthavn AS | 345 535 705 | 363 165 381 | Helikopter: Operasjon av basene i Tromsø, Brønnøysund og Ålesund samt reservehelikopter. Fly: Operasjon av basene Kirkenes, Alta (2 stk), Tromsø, Bodø, Brønnøysund, Ålesund, Gardermoen (2 stk.) samt reservefly (2 stk). |
| Norsk Luftambulans AS | 171 373 051 | 178 766 251 | Helikopter: Operasjon av basene Trondheim, Førde, Bergen, Stavanger, Arendal, Ål, Lørenskog (2 stk), Dombås samt reservehelikopter. |
| Justisdepartementet | 22 413 000 | 23 197 000 | Kjøp av redningshelikoptertjenester. |
| Totalt | 539 321 756 | 565 128 632 | |

Selskapet har kostnadsført følgende variable vederlag for følgende tjenester:

| | 2013 | 2014 |
|----------------------------|--------------------|--------------------|
| Tjeneste | Kostnadsført | Kostnadsført |
| Timeuttak | 59 409 304 | 59 506 285 |
| Drivstoff | 60 812 396 | 64 126 374 |
| Diverse operative utgifter | 9 268 133 | 12 157 713 |
| Luftfartsavgifter | 14 731 126 | 14 487 767 |
| Totalt | 144 220 959 | 150 278 139 |

Note 7 - Egenkapital og eierforhold

HF Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS er et ansvarlig selskap som eies av de regionale helseforetak.

| | Eierandel | Stemmerett |
|----------------------|--------------|--------------|
| Helse Nord RHF | 20 % | 20 % |
| Helse Midt-Norge RHF | 20 % | 20 % |
| Helse Vest RHF | 20 % | 20 % |
| Helse Sør-Øst RHF | 40 % | 40 % |
| Sum | 100 % | 100 % |

| | Innskutt egenkapital | Opptjent annen EK | Sum |
|---------------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| Årets endring i egenkapitalen: | | | |
| Egenkapital pr 01.01.2013 | 17 474 330 | 34 259 378 | 51 733 708 |
| Årsresultat | | 2 950 886 | 2 950 886 |
| Egenkapital Pr 31.12.2013 | 17 474 330 | 37 210 264 | 54 684 594 |

Note 8 - Fordringer, gjeld

Kundefordringer er vurdert til pålydende.

Foretaket har ingen fordringer med forfall senere enn ett år, og har heller ingen gjeld som forfaller til betaling senere enn fem år etter regnskapsårets slutt.

Note 9 - Bundne midler

Skattetrekkinnskudd utgjør pr 31.12 i år kr 775 213.

Note 10 – Garantiforpliktelser

Foretaket har ikke stilt garantier for andre.

Note 11 - Avsetning forpliktelse

Posten gjelder i sin helhet terskelverdier i forbindelse med kontrakt vedr. ambulansehelikoptertjenester. Ved flydde 14 800 timer utløses ekstra kostnader. Luftambulansetjenesten ANS har foretatt avsetninger for å dekke den forventede kostnadsøkningen. Noe lavere timeproduksjon, blant annet på grunn av at helikoptrene ble satt i drift senere enn avtalt, gjør at det knyttes usikkerhet til om når terskelverdien utløses.

Note 12 - Annen kortsiktig gjeld

Posten består av investeringstilskudd fra Helse Sør-Øst med kr. 1 028 482 og Investeringstilskudd fra Helse Midt-Norge med kr. 275 030, som inntektsføres i takt med forventet brukstid på driftsmidler tilskuddet omfatter. Årlig periodisering for 2014 var kr 324 778 fordelt med kr 42 221 knyttet til Helse Midt-Norge og kr 282 557 knyttet til Helse Sør-Øst.

Note 13 - Finansiell markedsrisiko

Endring i rente og valutakurser har liten betydning for foretakets virksomhet.

