

Evalueringsrapport

Evaluering anskaffelse ambulansflytjenester



Foto: Byline: Luftambulansetjenesten HF.

Innholdsfortegnelse:

1	Innledning.....	10
1.1	Mandat og avgrensing.....	10
1.2	Om Luftambulansetjenesten HF.....	10
1.3	Om utarbeidelse av rapporten.....	10
2	Kort om anbudsprosessen.....	11
3	Metode	12
4	Vurderingskriterier.....	13
4.1	Oppdragsgivers påvirkningsmuligheter til å sikre en forretningsmessig konkurranse	13
4.2	Genererisk plan for forberedelse og gjennomføring av ny kontraktsrunde.....	14
5	Kronologisk framstilling av anskaffelsesprosessen for inngåelse kontrakt for luftambulanseflytjenester (2019 – 2030)	15
5.1	Bakgrunn.....	15
5.2	Prosjekt del 1 – Strategi (forprosjekt)	15
5.2.1	Fase 1 høsten 2015 – Oppstart av anskaffelsesprosjektet	15
5.2.2	Organisering av anskaffelsesprosjektet.....	16
5.2.3	Fase 2 vinteren 2015/16 – Markedsundersøkelser, prosjektmøter og utarbeidelse av anskaffelsesstrategi.....	18
5.2.4	Vedtak av anskaffelsesstrategi.....	21
5.2.5	Risiko og sårbarhet i anskaffelsesstrategi	22
5.3	Prosjekt del 2 – Anskaffelsesprosjekt.....	28
5.3.1	Fase 1 – Utarbeide konkurransegrunnlag.....	28
5.3.2	Fase 2 – Konkurransegjennomføringen.....	31
5.4	Evalueringsprosessen, 20. februar 2017 – 22. april 2017	33
5.5	Melding om kontraktstildeling i anskaffelse av ambulanseflytjenester, 12. juni 2017	35
5.5.1	Oppsummering kvalitet:.....	35
5.5.2	Tildelingskriterium pris:	35
5.5.3	Oppsummering begrunnelse:	35
5.6	Kontrakt.....	37
5.7	Forberedelses- og mottaksprosjekt (2017 – 2019).....	37
6	Ustabilitet i tjenesten før og etter operatørbyttet 1. juli 2019.....	38
6.1	Våren 2018	38
6.2	Oktober 2018	39
6.3	Mars 2019.....	39
6.4	Operatørbyttet 1. juli 2019 - tilgjengelighetsdata for ambulanseflytjenesten etter oppstart ny kontrakt 40	
6.5	Operatørbytte 1. juli 2019.....	41
6.6	Oktober 2019	41

6.7	November 2019.....	42
6.8	Desember 2019.....	42
7	Vurdering.....	43
8	Læringspunkter fra evalueringen.....	47

Sammendrag

I foretaksmøte 14. januar 2020 ble det vist til at det siden våren 2018 periodevis har vært problemer med beredskapen i ambulanseflytjenesten. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene sørger for at det blir gjennomført en evaluering av prosessen med anskaffelse av ambulansefly, herunder at det blir gjort en vurdering av i hvilken grad problemene i tjenesten siden våren 2018 kan knyttes til denne. Helse Vest RHF er tildelt ansvar for å gjennomføre evalueringsoppdraget på vegne av de regionale helseforetakene. En evalueringsgruppe i Helse Vest RHF har med bistand fra Deloitte evaluert prosessen med anskaffelse av ambulanseflytjenester i tidsrommet 2019-2025, herunder om ustabilitet i tjenesten siden våren 2018 kan knyttes til selve anskaffelsesprosessen. Evalueringen omfatter anskaffelsens strategi-, oppstart-, konkurransedokument- og gjennomføringsfase. Etterlevelse av rettsregler som regulerer offentlige anskaffelser er ikke vurdert.

Anskaffelsen ble gjennomført i regi av Luftambulansetjenesten HF (LAT). Anskaffelsens egenart, kompleksitet, tidsperspektiv fra valg av leverandør til operatørbyttet (to år) og strategiske valg for å sikre reell konkurranse, medførte økt risiko for manglende stabilitet i tjenesten før og etter operatørbyttet. Anskaffelsen fremstår faglig krevende og omfattende med risiko for manglende måloppnåelse. Det var totalt 367 krav i konkurransegrunnlaget, hvorav 272 var obligatoriske krav. Tilbudene ble rangert etter de resterende 95 kravene samt pris. Tildelingskriteriene innebar at kvalitet ble vektet 60 % og pris ble vektet 40 %. Det var to leverandører som fikk sine tilbud evaluert, eksisterende operatør Lufttransport FW AS (Lufttransport) og Babcock Scandinavian AirAmbulance AB (Babcock). Det som ble utslagsgivende for valg av leverandør, var at Lufttransport lå betydelig høyere i pris enn Babcock.

Undersøkelsen viser at LAT gjennomførte en grundig anskaffelsesprosess. Anskaffelsen fulgte en metodikk som har vært benyttet tidligere i sammenlignbare anskaffelser og det ble utarbeidet en detaljert tidsplan for anskaffelsesprosessen samt prosjektplan som angir konkrete mål og suksesskriterier for anskaffelsesprosjektet. Anskaffelsesprosjektet er gjennomført i samsvar med disse planene og den anskaffelsesstrategi som ble vedtatt for anskaffelsen. Det ble etablert en prosjektgruppe og en styringsgruppe for anskaffelsen. Anskaffelsesprosjektet ble i all hovedsak tilført tilstrekkelige ressurser, og det er ikke indikasjoner på at manglende kapasitet eller kompetanse har hatt vesentlig negativ effekt på kvaliteten av konkurransegjennomføringen. Anskaffelsesprosessen er godt dokumentert og det er transparens når det gjelder vesentlige beslutninger som er fattet i løpet av anskaffelsen.

Undersøkelsen viser at beredskapsutfordringene som oppstod før og etter operatørbytte, skyldes forhold som i stor grad er vanskelig å regulere gjennom en anskaffelsesprosess hvor det forutsettes at kontrakter skal etterleves.

LAT valgte i konkurransegrunnlaget ikke å kreve virksomhetsoverdragelse dersom ny operatør ble tildelt oppdraget. Dette valget har hatt en negativ effekt som har skapt uro i pilotkorpset på grunn av problemstillinger knyttet til lønn, pensjon, ansiennitet og plassering av arbeidsplass. Et scenario der pilotene ikke går over til ny operatør medfører blant annet

risiko for å miste verdifull og kritisk kompetanse og erfaring. Det registreres at LAT i spørsmålet om virksomhetsoverdragelse i hovedsak har bygget sin vurdering på utredning gjort om temaet i forbindelse med helikopteranskaffelsen. I arbeidet med ambulanseflyanskaffelsen fikk LAT muntlige råd fra eksterne jurister om at det var juridisk risiko knyttet til å kreve virksomhetsoverdragelse/ overføring av personell på like eller bedre betingelser av to grunner:

- For det første at det ikke var mulig å si sikkert om virksomhetsoverdragelse ville utløses etter arbeidsmiljøloven kap. 16 før etter kontraktsinngåelse og faktisk kunnskap om hvordan ny operatør velger å løse oppdraget.
- For det andre var det usikkerhet knyttet til om hensynet til likebehandling og reell konkurranse ville bli godt nok ivarettatt dersom en likevel satte krav om virksomhetsoverdragelse eller overføring av personell på like eller bedre betingelser. Dette er viktig både i forhold til Lov om offentlige anskaffelser og EØS-retten.

I intervjuer opplyser representanter for anskaffelsesprosjektet at hensynet til å sikre reell konkurranse var et viktig moment når det ble valgt å ikke innta krav om virksomhetsoverdragelse som en del av konkurransegrunnlaget.

Det kan ikke, ut fra fremlagt dokumentasjon, ses at det i strategifasen ble beskrevet og vurdert et helhetlig risikobilde relatert til å kreve eller ikke kreve virksomhetsoverdragelse. I strategidokumentet risikovurderte LAT problemstillinger bl. a. knyttet til eventuelle arbeidskonflikter som kunne oppstå som en konsekvens av konkurranseutsettingen. Et risikoreduserende tiltak som ble drøftet i denne sammenheng var å tildele kontrakt til to leverandører. Det ble tatt et valg om at kun en leverandør ble tildelt kontrakt. Dette var begrunnet med forhold knyttet til praktisk avvikling av tjenesten og at to leverandører ville bli ikke uvesentlig dyrere.

Konsekvensen av valgt strategi når det gjeldt virksomhetsoverdragelse ble at LAT anskaffet et flyselskap de facto uten piloter før oppbemanning startet i samsvar med plan fremlagt i Babcocks tilbud. LAT påpekte i et informasjonsskriv i juni 2018 at det, blant mange høringsparter, kun var Norsk Flygerforbund, LO og Legeforeningen som omtalte temaer relatert til virksomhetsoverdragelse i sine høringsinnspill forut for anskaffelsen. I *Innspillsrunde - Kravspesifikasjon ambulanseflytjenester 2019* ble det påpekt fra LO 26. september 2016:

«Med en økende pilotmangel globalt og stor etterspørsel etter kompetente flygere, så er luftambulansetjenesten spesielt sårbar for usikkerhet. Et stort antall flygere kan lett få jobb hos de større ruteflyselskapene. Dette er en reell trussel mot en forsvarlig drift av luftambulansen. Dersom det skapes usikkerhet om fremtiden som ambulanseflyger kan dagens etterspørsel etter piloter fra andre selskap bidra til at tjenesten ikke engang kan drives de siste to årene fordi et kritisk antall piloter slutter. Dagens ambulanseflypiloter jobber allerede alle de timene de har lov til, så de pilotene som er igjen frem til et operatørskifte har heller ikke mulighet til å ta på seg ekstraarbeid».

Den Norske Legeforening skriver i sitt høringsinnspill 27. september 2016:

«Legeforeningen mener at flyoperativ kompetanse bør videreføres ved at det legges inn et krav om virksomhetsoverdragelse for flygerne i tjenesten. Man kan slik sikre at den kompetanse som er opparbeidet i systemet kan videreføres. Dette gir trygghet for flyleger, flysykepleiere, pasienter og pårørende for at erfarings, sikkerhets- og kompetansenivå fortsetter på samme standard, uten at det skjer en utilsiktet nivåsenkning i årene før og etter et operatørbytte»

Det er i oppdragsgivers interesse å forbygge at operatører ved et skifte ikke kommer i en situasjon hvor utenforliggende dynamikk i anskaffelsen vanskeliggjør kontraktsoppfyllelse for partene. Det registreres at det i forbindelse med mottaksprosjektet ble gjennomført et omfattende og systematisk risikoarbeid med ulike scenarioer etter hvert som ustabiliteten i tjenesten oppsto. Evalueringsgruppen i Helse Vest RHF mener at risiko knyttet til følger av valg om virksomhetsoverdragelse, kunne vært bedre utredet i en risikokontekst i strategifasen av anskaffelsen.

LAT har gjennom krav til leverandørene og mottaksprosjektet redusert risiko for manglende måloppnåelse og kontraktsetterlevelse. Anskaffelsen er innrettet med omfattende krav og oppfølging fra LATs side i mottaksprosjektet for å forhindre manglende kontraktsetterlevelse. I tillegg ble det fra LATs side iverksatt en ikke ubetydelig beredskap av eksterne leverandører/samarbeidspartnere for å sikre at tjenesten ikke brøt sammen i forbindelse med operatørbyttet 1. juli 2019.

Gjennomgangen viser at manglende samarbeid mellom forrige operatør Lufttransport og Babcock før operatørskiftet, har hatt negativ innvirkning på stabiliteten. Lufttransport og Babcock inngikk en SLA avtale hvor begge parter skulle tilpasse seg og etterstrebe at leveransen til LAT ikke ble skadelidende i prosessen med bytte av operatør.

Dokumentasjonen viser at LAT har påpekt at Lufttransport ikke har lagt til rette for samarbeid i samsvar med kontrakten som gjaldt fram til bytte av operatør 1.juli 2019. Dette har spesielt hatt påvirkning på muligheten til opplæring og utsjekk av piloter. På den annen side fører Babcocks ansettelse av piloter fra forrige leverandør til store utfordringer når de samme mannskapene både skulle utføre tjeneste for forrige leverandør og samtidig sikres opplæring og utsjekk på ny operatørs flyflåte. Dette forholdet førte til ustabilitet både før og etter operatørbyttet 1. juli 2019. Samtidig var det åpenbart en vanskelig situasjon for forrige operatør å både gjennomføre operasjoner med gradvis synkende pilotmengde og samtidig ivareta operative kontraktsfestede krav. Dette var også, slik evalueringsgruppen i Helse Vest RHF forstår det, en av grunnene til at avtroppende leverandør ikke klarte/ønsket å samarbeide om operatørskiftet i samsvar med kontraktskrav. Det forhold at en operatør skal levere tjenester i samsvar med kontrakt samtidig som selskapet skal bidra inn i opplæring med de samme mannskapene kan være utfordrende.

Undersøkelsen viser også at gjeldende arbeidsavtaler reduserte mulighetene til å plassere piloter etter behov når det gjaldt overtallige piloter stasjonært på Gardermoen i forbindelse med innfasing av jetfly.

En svakhet i kontrakten med tidligere leverandør var at kontrakten forutsatte operatørbytte på samtlige baser på samme helgedag i fellesferien, noe som økte sårbarheten knyttet til operatørbyttet 1.juli 2019. Evalueringen viser at Babcock var villig til å overta flere baser før 1. juli 2019 for å redusere risikoen ved operatørbytte, men at partene ikke kom til enighet om en slik løsning med daværende operatør.

Forhold knyttet til pilotmangel ligger i utgangspunktet utenfor LATs ansvar og kontroll. Leverandør skal levere en tjeneste og beredskap i samsvar med kontrakt. Krav om forsvarlig bemanning og beredskapsnivå er kontraktstyrt og dermed i utgangspunktet operatørs ansvar.

Gjennomgangen viser at LAT før under og etter operatørbyttet er prisgitt leverandør som må håndtere utfordringer i forbindelse med avvikling av kontrakten og ny operatør som skal bygge opp et pilotkorps med over 90 piloter. LAT kommer dermed i et kontraktsforhold hvor det er risiko for manglende stabilitet både hos avtroppende og påtroppende leverandør. I intervju gjennomført av Deloitte blir det påpekt at det er krevende å etablere alternativ operativ kapasitet dersom en eller begge leverandørene av ulike grunner ikke klarer å levere i samsvar med kontrakt før og/eller etter operatørskifte. Beredskap i kontrakten er dimensjonert ut fra en normal situasjon hvor alt fungerer i samsvar med kontraktens intensjon.

Nye fly og instrumenter har medført flere tekniske utfordringer som på kort sikt har medført redusert stabilitet i tjenesten. Dette er problemer som LAT forventet i tråd med ambisjoner om å fornye maskinparken, oppgradere navigasjonsutstyr, mm. LAT hadde etablert ekstra beredskap for å håndtere disse utfordringene, men de tekniske problemene ble større enn det LAT og ny operatør hadde estimert.

Anskaffelsesprosessen

Anskaffelsesprosessen er regulert i regelverk og interne styrende dokumenter herunder *plan for gjennomføring av anskaffelser LAT*. Prosjektet er organisert med styringsgruppe og prosjektgruppe. Det er også stilt til disposisjon anskaffelsesfaglig og juridisk kompetanse fra HINAS (nå Sykehusinnkjøp HF) samt fra eksternt advokatkontor. Undersøkelsen viser at LAT gjennomførte en grundig anskaffelsesprosess. Anskaffelsesprosjektet er gjennomført i samsvar med LATs etablerte anskaffelsesmetodikk, prosjektplaner og den anskaffelsesstrategien som ble vedtatt for anskaffelsen.

Gjennomgang av anskaffelsesprosessen viser at personell med relevant kompetanse i hovedsak har blitt tilstrekkelig involvert i anskaffelsesprosessen, men at det var et potensial for større involvering av personell med spisskompetanse på flytekniske tema.

Anskaffelsesprosessen er godt dokumentert og det er transparens når det gjelder vesentlige beslutninger som er fattet i løpet av anskaffelsen.

Dokumentasjonen synliggjør samtidig forbedringspotensial i anskaffelsesprosessen, blant annet når det gjelder (tid til) forankring av anskaffelsesstrategi og kvalitetssikring av kravspesifikasjonen.

Oppstart, organisering og strategifasen

I utgangspunktet har det vært tilstrekkelige forberedelser og tilrettelegging for gjennomføring av anskaffelsen. Det foreligger tilstrekkelig skriftlig behovsbeskrivelse/-vurdering i tilknytning til anskaffelsen. Det er utarbeidet en tilfredsstillende anskaffelsesstrategi med bred relevant involvering. Undersøkelsen viser at anskaffelsesprosjektet selv har identifisert potensial for

bedre prosesser for å forankre anskaffelsesprosessen og anskaffelsesstrategien. Det var ikke optimalt at anskaffelsesstrategien ble endret rett før utlysning, men undersøkelsen indikerer at dette ikke har hatt stor betydning på kvaliteten av konkurransegjennomføringen. Endelig vedtatt strategi er etter evalueringsgruppens mening etterlevd.

Organisering, styrings- og beslutningsprosesser

Anskaffelsesprosessen har hatt tilfredsstillende organisering, styrings- og beslutningsprosesser. Det er utarbeidet styringsdokumenter som beskriver rammene for gjennomføring av anskaffelsen mht. blant annet ansvar, roller, oppgaver, milepæler, beslutningsprosesser, kvalitetssikringsprosesser, m.v. som er fulgt i gjennomføringen. Viktige dokumenter og beslutningsunderlag er utarbeidet/kvalitetssikret/godkjent på rett kompetansenivå. Som påpekt over er det uheldig at kritiske styringssignaler kommer for sent i anskaffelsesprosessen og endrer den strategi som var godkjent som grunnlag for utarbeidelse av konkurransegrunnlaget.

Utarbeidelse, kvalitetssikring og godkjenning av konkurransedokumentene

Det er ikke identifisert forhold som indikerer mangelfulle prosesser for utarbeidelse, kvalitetssikring og godkjenning av konkurransedokumentene. Konkurransedokumentene framstår i hovedsak tilstrekkelig kvalitetssikret både av anskaffelsesfaglig personell, juridisk personell og personell med kompetanse på luftambulansetjenesten. Det er konsistens mellom behovsbeskrivelser, beslutningsunderlag i forberedelsesfasene, risikovurderinger, vedtatt anskaffelsesstrategi og innholdet i endelige konkurranse-dokumenter.

Konkurransedokumentene ivaretar kjente risikoforhold forbundet med leveransene som anskaffelsen skal dekke. Det er ikke fremlagt dokumentasjon som viser at det er gjennomført en overordnet strukturert risikokartlegging og -vurdering utover tekst i strategidokumentet og innsendte bidrag fra interessenter. Undersøkelsen synliggjør også at det var et potensial for at kravspesifikasjonen i større grad ble kvalitetssikret i et kostnadsperspektiv. Videre fremkommer det at det var enkelte unøyaktigheter i kravspesifikasjonen som ble korrigert basert på innspill fra leverandører.

Konkurransedokumentene sikrer at tilbydere skal dokumentere oppdragsforståelse, driftsforutsetninger, m.v. på en måte som gir oppdragsgiver sikkerhet for at tilbyder er i stand til å dekke oppdragsgivers behov.

Kvalifikasjonskriterier og tildelingskriteriene (inkludert vektning) fremstår gjennomgående som hensiktsmessige sammenlignet med oppdragsgivers mål og risikobilde for konkurransen, og det har vært tilstrekkelige vurderinger og beslutningsprosesser knyttet til fastsettelse av kriteriene.

Gjennomføring og kvalitetssikring av tilbudsevalueringen

Evalueringen viser at LAT har etablert tilfredsstillende verktøy, organisering og prosesser for gjennomføring og kvalitetssikring av tilbudsevalueringen. Prosessen er transparent gjennom dokumentasjon av evalueringsmodell, forhandlingsprosess og evalueringsresultater.

Ressurser fra Sykehusinnkjøp hadde involvering i alle evalueringsgruppene for å påse at resultatene ble fastsatt basert på objektive kriterier.

Læringspunkter fra evalueringen

Evalueringsgruppen har identifisert følgende hovedpunkter for læring i forbindelse med evalueringen:

- Følgene av valg med hensyn til om det skal legges til grunn virksomhetsoverdragelse eller ikke i forbindelse med anskaffelsen må utredes grundigere i en risikokontekst i strategifasen av anskaffelsen.
- Det bør i anskaffelsesdokumentene (kontrakten) legges økt vekt på incitament og/eller sanksjonsmuligheter for avtroppende og ny leverandør ved overføring av oppgaver, spesielt for samfunnskritiske funksjoner, herunder opplæring/overgang av personell.
- Kontrakten med tidligere leverandør forutsatte eventuelt operatørbytte på samtlige baser på samme helgedag i fellesferien. Det bør vurderes å fastsette en gradvis utfasing/innfasing av ny operatør gjennom en lenger periode.
- Flere leverandører av tjenestene ville kunne virke risikoreduserende. Den vedtatte base- og flystruktur bør vurderes slik at tilbud kan inngis for en tjeneste med flere leverandører.

1 Innledning

1.1 Mandat og avgrensing

Helse Vest RHF er på vegne av de regionale helseforetakene gitt ansvar for å gjennomføre en evaluering av prosessen med anskaffelse av ambulansefly, herunder at det blir gjort en vurdering av i hvilken grad problemene i tjenesten siden våren 2018 kan knyttes til denne. Deloitte har på oppdrag fra Helse Vest RHF bistått i denne evalueringen. Evalueringen omfatter anskaffelsens strategi-, oppstart-, konkurranse-dokument- og gjennomføringsfase. Etterlevelse av rettsregler som regulerer offentlige anskaffelser er ikke vurdert.

1.2 Om Luftambulansetjenesten HF

Luftambulansetjenesten HF (LAT) er eid av de fire regionale helseforetakene. Foretaket er en felles enhet for eierne, med formål om å oppfylle de regionale helseforetakenes "sørge for ansvar" for luftambulansetjenesten. Luftambulansetjenestens primære og prioriterte oppgave skal være å bidra til at befolkningen får nødvendig akuttmedisinsk behandling og er en integrert del av den offentlige akuttmedisinske beredskapen.

Helseforetakene (sykehusene) har det medisinske ansvaret og bemanner tjenestens fly med leger og sykepleiere. Ambulanseflyene er bemannet med to flygere og en spesialsykepleier med spesialutdanning innen anestesi og/eller intensivmedisin. Ved behov kan lege følge pasienten. Ambulansefly brukes i utstrakt grad til å transportere pasienter mellom sykehus. I Finnmark brukes flyene også til å transportere pasienter fra primærhelsetjenesten og inn til sykehus. Den operative delen av tjenesten er satt ut på anbud. Luftambulansetjenesten HF følger opp den flyoperative delen gjennom kontrakter med operatør etter anbud. Ambulansefly er lokalisert på syv steder (Kirkenes, Alta, Tromsø, Bodø, Brønnøysund, Ålesund og Gardermoen) med til sammen ni fly i tjeneste. Basene Alta og Gardermoen har to fly hver.

Foretaket har 30 ansatte fordelt på i underkant av 25 årsverk. Operatørene har til sammen ca. 300 årsverk knyttet til luftambulansetjenesten. Hvert år assisterer tjenesten ca. 20.000 pasienter. Ca. 45 prosent transporteres med ambulansefly og 40 prosent med ambulansehelikopter. De øvrige pasientene assisteres av redningshelikopter, Sysselmannens helikopter og legebil. Til sammen flys det om lag 20.000 timer i året.

Siden det ble opprettet en nasjonal luftambulansetjeneste i 1988, har den operative delen av tjenesten (fly og helikopter) blitt drevet av ulike private operatører. Nåværende kontrakt med Babcock varer i seks år fra 1. juli 2019, med mulighet for ytterligere forlengelse på opptil fem år fram til 2030.

1.3 Om utarbeidelse av rapporten

Helse Vest RHF oppnevnte i forbindelse med evalueringsoppdraget en intern prosjektgruppe, som har bestått av følgende:

Thomas Dag Iversen, seniorrådgiver (prosjektleder)
 Panchakulasingam Kandiah, assisterende fagdirektør
 Michael Brune, seniorrådgiver/jurist

Evalueringsoppdraget, herunder utarbeidelse av evalueringsrapport, er gjennomført med bistand fra Deloitte, som har deltatt med:

Stein Ove Songstad - Partner Risk Advisory
 Anders Dugstad - Director Risk Advisory

Luftambulansetjenesten HF er forelagt rapportutkast for å sikre at rapporten ikke gjengir tredjepartsinformasjon som må anses taushetsbelagt.

Evalueringsprosjektet har hatt en styringsgruppe bestående av eierdirektørene fra de regionale helseforetakene, samt to representanter fra KTV/KHVO. Eierdirektør i Helse Vest RHF har vært leder for styringsgruppen.

Helse Vest RHF har underveis i evalueringsoppdraget anmodet Helse- og omsorgsdepartementet om utsettelse av frist for gjennomføring av oppdraget til 28. februar 2021.

Evalueringsoppdraget er gjennomført etter følgende fremdriftsplan:

Mile-pæler	Beskrivelse	Frist	Ansvarlig
MP 1	Valg av tilbyder – konsulentbistand til evalueringsoppdraget etter minikonkurranse	16.10.20	HV RHF
MP 2	Oppstartsmøte evalueringsoppdrag	22.10.20	HV RHF
B1	Godkjenning av mandat og prosess for evalueringsoppdraget	28.10.20	Interregionalt AD-møte
MP 3	Ferdigstille evalueringsrapport	14.12.20	HV RHF
MP 4	Oversende utkast til evalueringsrapport til LAT HF for gjennomgang	15.12.20	HV RHF
MP 5	Oversende utkast til evalueringsrapport til styringsgruppen	07.01.21	HV RHF
MP 6	Styringsgruppemøte med gjennomgang av evalueringsrapport (innspill/kommentarer til rapport i møtet)	21.01.21	Leder styringsgruppen
B2	Godkjenning av evalueringsrapport	28.01.21	Styringsgruppen
B3	Fremleggelse og godkjenning av evalueringsrapport	15.02.21	Interregionalt AD-møte
MP 7	Oversendelse av rapport til HOD	26.02.21	HV RHF

2 Kort om anbudsprosessen

Luftambulansetjenesten HF og Sykehusinnkjøp HF har sammen hatt prosjektledelsen for anskaffelsen, mens juridisk kvalitetssikring er utført av eksternt advokatfirma. Det ble utarbeidet et konkurransegrunnlag, basert på en utarbeidet strategiplan, med til sammen 367 krav til leverandørene. Konkurransen ble utlyst 16. november 2016. Etter en prekvalifisering

var det to selskaper som leverte tilbud innen fristen 9. februar 2017, Lufttransport FW AS (Lufttransport) og Babcock Scandinavian AirAmbulance AB (Babcock)

Luftambulansetjenesten HF la i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF fram en innstilling til tildeling av kontrakt for ambulanseflytjenester 2019 - 2025. Innstillingen ble godkjent av styringsgruppen 15. mai 2017. De administrerende direktørene for de fire regionale helseforetakene godkjente 9. juni 2017 innstillingen til leverandør. Kontrakten ble tildelt det svenske selskapet Babcock Scandinavian AirAmbulance AB.

Kontrakten har virkning fra 1. juli 2019 og har i utgangspunktet seks års varighet med en verdi på nesten 2,6 milliarder NOK. Oppdragsgiver har en opsjon på å forlenge kontrakten ytterligere i til sammen fem år. Kontrakten inneholder drift av åtte Beechcraft King Air 250 (B250) som kortbanefly og ett Cessna Citation Latitude jettfly, stasjonert på Gardermoen. Ytterligere to B250 inngår som reservefly. I tillegg til den operative driften, inngår tekniske tjenester med hovedbase i Tromsø. Babcock har etablert et norsk selskap for å betjene kontrakten og har nødvendige norske sertifikater og godkjenninger, underlagt tilsyn av det norske Luftfartstilsynet. Babcock driver luftambulansetjenester for svenske og finske myndigheter med til sammen syv ambulansefly og 14 ambulanshelikoptre.

3 Metode

Evalueringsprosessen er basert på data som er samlet inn gjennom intervjuer og dokumentanalyse. Datainnsamlingen er rettet mot temaene som framgår av Mandatet. Gjennomgangen dekker i hovedsak perioden oktober 2015 til mars 2020.

Evalueringen er gjennomført i samsvar med allmenne prinsipper for evalueringer. Deloitte har sikret etterlevelse av relevante rettsregler i personvernlovgivningen og arbeidsmiljøloven. Deloitte har som ledd i oppdraget gjennomført tolv intervjuer av ansatte i LAT, Sykehusinnkjøp og helseforetakene. Intervjuobjektene er valgt på grunn av at de gjennom sine stillinger og roller forutsettes å ha informasjon eller kunnskap om saken som kan bidra til forståelse av fakta og forhold relatert til temaene i oppdraget fra Helse Vest RHF.

Deloitte har som ledd i bistanden til Helse Vest RHF fått tilgang til relevante dokumenter i anskaffelsen. Deloitte har i denne forbindelse vurdert kilder og dokumenter i henhold til alminnelige kildekritiske regler i gjennomgangen. For å sikre en etterprøvbar fremstilling er fremstillingen hovedsakelig basert på skriftlige kilder. Der det har vært nødvendig å basere seg på intervjuer går dette frem av teksten. Intervjuene er gjennomført basert på en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Når Deloitte har hatt spesifikk informasjon eller dokumentasjon om relevante forhold relatert til saken, har dette blitt presentert for intervjuobjektet, slik at han/hun har fått anledning til å kommentere forholdet.

4 Vurderingskriterier

4.1 Oppdragsgivers påvirkningsmuligheter til å sikre en forretningsmessig konkurranse

I forarbeidene til anvendt regelverk går det fram at: «Utvalget¹ anser det som svært viktig at det offentlige opptrer som profesjonell innkjøper og krevende kunde og stimulerer til konkurranse mellom et bredt spekter av leverandører. Dette vil bidra til kostnadsbevissthet, effektivitet og produktutvikling (...). Anskaffelsesregler (...) skal både ivareta hensynet til effektive anskaffelser og hensynet til rettssikkerhet for potensielle leverandører. (...)

Det er i første rekke kontraktsetableringsfasen som er dekket av nasjonalt og internasjonalt regelverk for offentlige anskaffelser. Men grunnlaget for en mest mulig effektiv anskaffelse legges primært i strategi utviklingsfasen, ved utforming av behovsverifikasjon og spesifisering. Senere vil det i mindre grad være muligheter for å påvirke for eksempel pris og kvalitet.

Fasen kontraktsetablering omfatter prosedyrene prekvalifisering, forespørsel, evaluering, forhandlinger og kontraktsinngåelse. (...) Når leverandør er valgt og kontrakt underskrevet, kommer *kontraktsoppfølgingsfasen*. (...) Det bør legges vekt på bruk av gode, balanserte kontrakter for å sikre effektive anskaffelser. (...). Oppfølgingsfasen er i liten grad omfattet av regelverket for offentlige anskaffelser. Det er derfor nødvendig at virksomheten utarbeider egne oppfølgings- og rapporteringssystemer, bl a for å sikre at leveransen er i samsvar med det som står i kontrakten.»

Figuren nedenfor (Deloitte) synliggjør at oppdragsgivers største påvirkningsmulighet ligger i forberedelsesfasen.



¹ I NOU 1997: 21.jf Anskaffelsen ble kunngjort i 2016 og det er derfor underlagt tidligere forskrift om offentlige anskaffelser

4.2 Genererisk plan for forberedelse og gjennomføring av ny kontraktsrunde

Anskaffelsen har fulgt LATs prosedyre for anskaffelser «Generisk plan for forberedelse og gjennomføring av ny kontraktsrunde». I forordet til dokumentet er det blant annet fastsatt følgende om dokumentet:

«Denne planen skal gi stegvis støtte for hvordan arbeidet med nye kontraktsrunder for både ambulansefly og ambulanshelikopter kan planlegges, gjennomføres og følges opp. Planen skal underbygge tjenestens overordnede målsetning: å bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsetninger, herunder "sørge for" ansvaret. Den primære og prioriterte oppgave er å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet. Selskapets ledelse og styre er ansvarlig for å prioritere tid og ressurser, slik at målsetningen med planen kan oppnås.

Planen er ingen fasit for en vellykket anskaffelse. Det er viktig at det foretas nødvendige vurderinger og tilpasninger for de stegene og aktivitetene som bør gjennomføres. Planen bør være et levende dokument, som endres og oppdateres både før, under og etter at den tas i bruk. Engasjement, involvering og forankring hos virksomhetens ansatte, styre og eiere er noen av suksesskriteriene for å lykkes.»

5 Kronologisk framstilling av anskaffelsesprosessen for inngåelse kontrakt for luftambulanseflytjenester (2019 – 2030)

5.1 Bakgrunn

Det ble i 1988 etablert en nasjonal luftambulansetjeneste der flyselskaper fikk kontrakt med Rikstrykdeverket om dedikert beredskap med spesialinnredete ambulansfly og -helikoptre (Statens Luftambulanse). Helsepersonellbemanningen ble besørget av fylkeskommunale sykehus.

Etter sykehusreformen i 2002 ble «sørge for»-ansvaret for luftambulansetjenesten overført til de 5 (nå 4) regionale helseforetakene. I 2004 etablerte disse et felles datterselskap, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, forkortet til Luftambulansetjenesten ANS. Selskapet ble formelt omgjort til et helseforetak med virkning fra 1. mai 2017, og heter nå Luftambulansetjenesten HF.

Siden opprettelsen i 1988 har den nasjonale luftambulansetjenesten vært basert på en modell der staten, etter hvert via de regionale helseforetakene, kjøper luftambulanseflytjenester (og -helikoptertjenester) fra private operatører.

I 2015 nærmet det seg utløp for avtalen (avtaleperiode 1.7.2009 – 30.6.2015 pluss opsjon 2 + 2 år) mellom LAT og daværende operatør av ambulanseflytjenesten. Det var besluttet å utløse opsjonene slik at avtalen ville løpe ut 30.6.2019. I oppdragsdokument til LAT i 2016 ble selskapet gitt følgende oppdrag: «Luftambulansetjenesten ANS skal inngå avtale om kjøp av ambulanseflytjenester for beredskap og planlagte oppdrag i luftambulansetjenesten fra 1. juli 2019».

Høsten 2015 startet Luftambulansetjenesten ANS arbeidet med å detaljplanlegge anskaffelsen av ny avtale for ambulanseflytjenester som skulle inngås (senest) 1.7.2017. og iverksettes 1.7.2019. Anskaffelsesprosessen var inndelt i to hovedfaser – strategifasen og anskaffelsesprosjektet.

5.2 Prosjekt del 1 – Strategi (forprosjekt)

5.2.1 Fase 1 høsten 2015 – Oppstart av anskaffelsesprosjektet

Høsten 2015 ble det opprettet et prosjekt for gjennomføring av anskaffelsen av luftambulanseflytjenester. Prosjektgruppen bestod av ressurser fra Sykehusinnkjøp HF (konsernansvar for innkjøp i de regionale helseforetakene) og LAT. Fra våren 2016, ved oppstart av arbeidet med kravspesifikasjonen, inneholdt prosjektgruppen også representanter fra de regionale helseforetakene. Sykehusinnkjøp og Luftambulansen gjennomførte 30. oktober 2015 oppstartsmøte for prosjektet.

Det ble i oppstartsfasen av prosjektet utarbeidet en detaljert tidsplan for prosessene fram mot tildeling og inngåelse av ny kontrakt 1.7.2017. Tidsplanen omfattet blant annet erfaringskartlegging fra eksisterende kontrakt, markedsundersøkelser, utarbeidelse av anskaffelsesstrategi, dialogkonferanser med aktuelle tilbydere, utarbeidelse av

kravspesifikasjon, gjennomføring av konkurranse, tilbudsevalueringprosesser og tildeling av kontrakt. Tidsplanen inneholder også en aktivitet for oppfølging av leverandør fra tildeling fram mot oppstart av ny kontrakt.

Anskaffelsesprosjektet har i anskaffelsen av ambulanseflytjenester fulgt LAT sin prosedyre «generisk plan for forberedelse og gjennomføring av ny kontraktsrunde». Prosedyren skal gi støtte til å kunne gjennomføre anskaffelser av helikopter- og ambulanseflytjenester etter en felles beste praksis. Prosedyren har vært benyttet i tidligere anskaffelser av tilsvarende tjenester, inkludert ved anskaffelse av ambulanshelikopter et år før denne anskaffelsen.

Det ble i strategifasen utarbeidet en prosjektplan² for anskaffelsesprosjektet. Prosjektplanen angir blant annet mål for anskaffelsen, suksesskriterier og en stegvis tilnærming for å lykkes med anskaffelsesprosjektet. En av de fastsatte suksesskriteriene var at det ble utarbeidet en realistisk tidsplan for anskaffelsen. Prosjektets tidsplan innebar at det var avsatt seks måneder til strategifasen, 13 måneder til anskaffelsesprosjektet etter vedtatt anskaffelsesstrategi og 2 år mellom kontraktstildeling og kontraktsoppstart.

Intervjuede prosjektdeltakere mener i hovedsak at det var satt av tilstrekkelig tid til gjennomføring av anskaffelsen. Både i intervjuer og interne erfaringsrapporter er det påpekt at det med fordel kunne vært satt av mer tid til å forankre anskaffelsesstrategien hos relevante interessenter. Flere har også trukket fram at det i fasen for utarbeidelse av konkurransegrunnlaget kunne vært avsatt mer tid slik at prosjektet hadde handlingsrom dersom det oppstod eventuelle flaskehalser i prosjektgjennomføringen. Likevel opplever prosjektdeltakerne at konkurransegrunnlaget ble utarbeidet med tilstrekkelig kvalitet og kvalitetssikring og uten at tidsfaktorer har hatt en negativ påvirkning på utformingen av konkurransegrunnlaget.

5.2.2 Organisering av anskaffelsesprosjektet

Anskaffelsesprosjektet bestod av en prosjektgruppe og en styringsgruppe. Styringsgruppen bestod av styret i LAT. Ansvarsfordelingen mellom prosjektgruppen og styringsgruppen fremkommer av nedenstående matrise:

Beskrivelse	Beslutningsnivå	
	PG	SG
Prosjektplan	U	B
Strategidokument	U	B
Prekvalifiseringsgrunnlag	U	B
Kravspesifikasjon	U	B
Konkurransegrunnlag	U	B
Gjennomføring av forhandlinger	U	
Evaluerings og tildeling	I	B
Kontrakt	U	B

I: Innstiller, B: Beslutter, U: Utarbeider utkast

² Prosjektplan Kjøp av ambulanseflytjenester 2019 versjon 2.2, datert 13.04.2016. Versjon 2.0 datert 11.01.2016

I tillegg ble sentrale beslutninger i prosjektet fremlagt for AD-møtet³ på grunn av den store økonomiske forpliktelsen anskaffelsen innebar for de regionale helseforetakene.

Prosjekteier for prosjektet var administrerende direktør i LAT. Prosjektlederrollen ble ivaretatt av representant fra Sykehusinnkjøp. Prosjektlederen hadde ikke direktekommunikasjon med prosjektets styringsgruppe. Kommunikasjonen mellom prosjektgruppen og styringsgruppen ble ivaretatt av en prosjektkoordinator som var ansatt i LAT. I tillegg var også prosjekteier sentral i fremleggelse av saker fra prosjektet overfor styringsgruppen. Relevant personell mener at informasjonsflyten mellom prosjektledelsen og styringsgruppen har fungert godt, og at organiseringen når det gjelder kommunikasjonslinjene ikke negativt har påvirket anskaffelsesprosessen. Samtidig opplyser prosjektlederen fra Sykehusinnkjøp at en slik innretning for kommunikasjon på et prinsipielt grunnlag ikke er optimal, og i framtidige anskaffelser bør prosjektleder legge frem saker for styringsgruppen.

I en spørreundersøkelse som er inkludert i en erfaringsrapport⁴ fra anskaffelsen, har prosjektdeltakerne gjennomgående gitt gode tilbakemeldinger på hvordan prosjektet ble styrt. Tilsvarende tilbakemeldinger er gitt i intervjuer i forbindelse med denne evalueringen.

Prosjektgruppen var organisert i fire arbeidsgrupper (hhv. økonomi/avtaleverk, operativ, medisinsk utstyr, kvalitet) som hadde ansvar for hver sin del av kravspesifikasjonen/konkurransegrunnlaget. Prosjektdeltakere vurderer at prosjektet i hovedsak ble tilført tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å kunne ivareta de oppgavene som prosjektet omfattet. Prosjektdeltakere ble frikjøpt fra andre oppgaver for å kunne delta i anskaffelsesprosjektet. Det er i intervjuer i liten grad gitt tilbakemeldinger om forhold ved anskaffelsesprosessen som ble mangelfullt ivaretatt på grunn av manglende kapasitet og kompetanse.

Undersøkelsen viser samtidig at det ble gjennomført flere endringer i kravspesifikasjonen etter utlysning av konkurransen og at dette spesielt gjaldt utarbeidelse av krav til kravspesifikasjonen fra én av arbeidsgruppene. Det er i intervjuer blitt opplyst om at denne arbeidsgruppen ikke hadde tilstrekkelig robust bemanning for å håndtere frafall underveis i anskaffelsesprosessen og at kontinuiteten i arbeidet derfor ikke ble optimal da en nøkkelperson sluttet. Det blir samtidig opplyst om at kravspesifikasjonen ble korrigert i samsvar med de innspillene som ble mottatt, og uten at det medførte vesentlige endringer i konkurransegrunnlaget.

Styret i LAT som også var styringsgruppen for prosjektet bestod av personell med lang erfaring fra luftambulansetjenestene, inkludert en del operativ erfaring, og som hadde deltatt i flere tidligere anskaffelser av operatører for luftambulansetjenestene. Deltakere i styringsgruppen og prosjektgruppen opplyser gjennomgående at samhandlingen mellom de to gruppene fungerte godt. Styringsgruppen fikk nødvendig saksunderlag for å kunne følge prosessen og ta nødvendige beslutninger, og prosjektgruppen fikk tilstrekkelige avklaringer fra styringsgruppen knyttet til utarbeidelse av sine leveranser.

³ Forum bestående av de fire administrerende direktørene fra hvert helseforetak

⁴ Erfaringsrapport datert 6.9.2017, Prosjekt anskaffelse av ambulansetjenester 2019

Enkelte intervjurespondenter har stilt spørsmål ved hensiktsmessigheten ved at styret i foretaket også er styringsgruppen for anskaffelsen, blant annet mht. at styret ikke bør ha overlappende roller samt at en styringsgruppe i større grad bør etableres basert på rene kompetansekriterier. Samtidig har ingen pekt på at det manglet noe konkret kompetanse i styringsgruppen som har påvirket kvaliteten av anskaffelsesprosessen, inkludert utforming av konkurransegrunnlag.

5.2.3 Fase 2 vinteren 2015/16 – Markedsundersøkelser, prosjektmøter og utarbeidelse av anskaffelsesstrategi

Innledende aktiviteter i anskaffelsesprosjektet omfattet erfaringsanalyse fra eksisterende kontrakt, kartlegging av markedssituasjonen og prioritere forbedringsområder samt utarbeidelse av forslag til strategiske målsetninger. Aktivitetene skulle gi input til arbeidet med anskaffelsesstrategi som igjen skulle legge føringene for utarbeidelse av kravspesifikasjon og øvrige konkurransedokumenter.

I prosjektplanen er det blant annet fastsatt følgende når det gjelder viktigheten av arbeidet med anskaffelsesstrategien: Kvalitetsmessig og økonomisk vil disse valgene være de meste sentrale for den videre anskaffelsen, og det er derfor helt nødvendig med en jevnlig og grundig involvering av de regionale helseforetakene. Dette vil bidra til å skape forståelse, eierskap og fastsette riktig ambisjonsnivå for tjenesten.

Anskaffelsesprosjektet gjennomførte 9. desember 2015 «dialogmøte/strategidag» med representanter fra de regionale helseforetakene knyttet til anskaffelsen av ambulanseflytjenester 2019. På møtet deltok 21 representanter fra de fire regionale helseforetakene. I referat fra møtet fremgår det at samtlige helseforetak presenterte sine innspill til mål og ambisjoner med ny kontrakt for luftambulanseflytjenesten. I oppsummeringen fra møtet fremgår blant annet følgende:

- Økende behov for ambulansefly i framtiden, spesielt mht. tilbakeføring av dårlige pasienter
- Bred støtte til forslaget om langdistansefly med større kabin plassert i Tromsø og Gardermoen
- Ikke ønske om flere flyenheter (Helse Midt-Norge ønsker opsjon på et ekstra fly)
- Gitt beslutning om langdistansefly plassert i Tromsø, og at antall fly ikke skal økes, vil Helse Nord vurdere hva som er mest hensiktsmessig struktur for lokalisering av de øvrige flyene i Troms/Finnmark
- Betenkeligheter med to operatører. Helseforetakene ønsker ikke to operatører på samme base
- Tjenesten må kunne håndtere utprøving og utskifting av medisinsk teknisk utstyr bedre enn i dag

I det første styringsgruppemøtet, 26. januar 2016, orienterte prosjektet om status for strategiprojektet og viktige milepæler frem mot AD - møtet 25. april 2016 hvor målsetningen var at strategidokumentet for ambulanseflyanskaffelsen skal godkjennes av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene. Rådgivere fra administrasjonen orienterte styringsgruppen om erfaringer fra inneværende kontraktsperiode, herunder produksjonsutvikling, tilgjengelighet, flyenes egnethet, begrensninger, spesielle utfordringer

som Svalbardoppdrag og spesialtransporter. I referatet fra møtet er det blant annet notert følgende fokusområder:

- Dimensjonering av framtidens ambulanseflytjeneste må ses i sammenheng med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Kapasiteten og beredskapen i tjenesten må gjenspeile forventet befolkningsvekst og større andel eldre i samfunnet.
- Ambulanseflyene har en særlig viktig beredskapsfunksjon i Helse Nord. Det synes å være gode argumenter for å opprettholde antall fly med kortbaneegenskaper i regionen selv om det innføres jetfly.
- Styret/styringsgruppen ser behovet for en mer egnet flytype for å styrke beredskapen for Svalbard.
- Styret/styringsgruppen ønsker at mulige scenarioer for plassering og antall fly beskrives grundig. Gevinster og ulemper, samt estimerte kostnadsbilder bør forsøkes belyst og beskrevet best mulig i strategidokumentet.
- Det framkom ingen motforestillinger mot administrasjonens foreløpig anbefalte struktur, men det ble understreket at det var viktig å beskrive alternative løsninger også.

Utkast til anskaffelsesstrategi ble sendt på en høring til nesten 500 instanser og samfunnsinteressenter i februar 2016. Anskaffelsesprosjektet fikk inn 44 innspill i 27 høringssvar.

Dialogkonferanse med aktuelle operatører 15. mars 2016

Anskaffelsesprosjektet gjennomførte som en del av strategiarbeidet, dialogkonferanser med det som ble vurdert som de mest aktuelle leverandørene for den nye kontrakten av ambulanseflytjenester. På dialogkonferansene deltok fire potensielle tilbydere (inkludert de to som senere fikk sine tilbud evaluert). På dialogkonferansen presenterte operatørene sin virksomhet med fokus på ambulanseflyleveranser.

I forkant av dialogkonferansen var operatørene bedt om å svare på i overkant av 20 spørsmål som gjaldt den forestående konkurransen og tilknyttet leveranse. Spørsmålene omhandlet blant annet basestruktur, kontraktslengde, antall operatører, egnede luftfartøy, reserveflykapasitet, kostnadsestimer, arbeidstidsordninger, flysikkerhet, flykoordinering og kravspesifikasjonen knyttet til eksisterende kontrakt. Det ble gitt relativt konsistente innspill fra operatørene. Det ble i liten grad gitt konkrete innspill som medførte store bidrag til- eller endringer i anskaffelsesprosjektets foreløpige strategi for anskaffelsen.

Styringsgruppemøte 31. mars 2016 – behandling av innspill til anskaffelsesstrategien

I det andre styringsgruppemøtet ble hovedtrekkene fra høringsinnspillene til anskaffelsesstrategien gjennomgått. Ifølge møtereferatet var ikke summen av innspill fra de regionale helseforetakene til fremtidig struktur i ambulanseflytjenesten direkte sammenfallende med noen av de alternative scenarioene i utkast til strategidokument. Det ble derfor skissert et nytt alternativ for fremtidig struktur i ambulanseflytjenesten - scenario 6:

Scenario 6:

- | | |
|---------------|---|
| ▶ Kirkenes | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Alta | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Tromsø | 1 kortbanefly (døgn) |
| | 1 jetfly (døgn) |
| ▶ Bodø | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Brønnøysund | 1 kortbanefly (dag) Ikke lørdag |
| ▶ Ålesund | 1 kortbanefly (døgn) + opsjon på 1 dagfly |
| ▶ Gardermoen | 1 kortbanefly (dag, alle hverdager) |
| | 1 jetfly (døgn) |

I møtereferatet fra styringsgruppemøte 31. mars 2016 fremkommer det at strategiprojektgruppen ønsket å drøfte en styrking av dette scenarioet (Scenario 6) med styringsgruppen. Strategiprojektgruppen mente at total kapasitet sett i et nasjonalt/over-regionalt perspektiv, og særlig kortbaneberedskapen i nord, burde drøftes og kvalitetssikres. Med utgangspunkt i analysene og diskusjonene, mente prosjektgruppen at det var et foretrukket alternativ 7 (scenario 7 under) som var en styrking av Scenario 6:

Scenario 7:

- | | |
|---------------|---|
| ▶ Kirkenes | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Alta | 1 kortbanefly (døgn) + opsjon på 1 dagfly |
| ▶ Tromsø | 1 kortbanefly (døgn) |
| | 1 jetfly (døgn) |
| ▶ Bodø | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Brønnøysund | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Ålesund | 1 kortbanefly (døgn) + opsjon på 1 dagfly |
| ▶ Gardermoen | 1 kortbanefly (dag, alle hverdager) |
| | 1 jetfly (døgn) |

3 reservefly (kortbanefly).

I møtereferatet er det notert at Helse Nord RHF har kommunisert at de ikke ønsker opsjon på dagfly i Alta, og heller ikke ser behov for tre reservefly. I endelig utkast til anskaffelsesstrategi som ble oversendt AD-møtet for beslutning fremkom følgende basestruktur:

- | | |
|----------------|---|
| ▶ Kirkenes, | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Alta, | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Tromsø, | 1 kortbanefly (døgn) og 1 langdistansefly (jet) (døgn) |
| ▶ Bodø, | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Brønnøysund, | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Ålesund, | 1 kortbanefly (døgn) |
| ▶ Gardermoen, | 1 kortbanefly (dag, alle hverdager) og 1 langdistansefly (jet) (døgn) |
| | 3 reservefly (kortbanefly). |

Under drøftings- og diskusjonsrunden i styringsgruppen ble ifølge referatet blant annet følgende momenter trukket fram som burde beskrives nærmere i strategidokumentet:

- Behov for bedre beskrivelse av reservekapasitet. Trekke fram fordeler og ulemper ved å fastsette et bestemt antall reservefly (...).
- Utdypende drøfting av det nasjonale perspektivet i ambulanseflytjenesten.
- En beredskapspakke med langdistansefly i Tromsø og på Gardermoen framstår som grunnlaget for en nasjonal beredskap for Svalbard.
- Muligheten for utvidelse av kontrakt (antall/sammensetning av fly) uten opsjoner avklares juridisk.

Videre besluttet styringsgruppen at framlegging av strategidokumentet til AD-møtet 25. april ble utsatt til AD-møte 23. mai og at dokumentet skulle revideres og legges fram for godkjenning i styringsgruppen 25. april.

5.2.4 Vedtak av anskaffelsesstrategi

Anskaffelsesstrategien ble godkjent av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene i forbindelse med AD-møtet 23. mai 2016. De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene anmodet imidlertid om enkelte endringer, herunder *at kravet for et tredje reservefly legges inn som opsjon i strategidokumentet.*

Prosjektgruppen har i oppdatert strategidokument skrevet at de oppfatter intensjonen med endringen til å være å få fram tilleggskostnaden for en forsterket reserveflyløsning. Prosjektgruppen ønsker derfor å be tilbyderne tilby og prise to alternative reserveflyløsninger, og beskrive hvilken tilgjengelighet disse løsningene kan gi.

I forbindelse med AD-møtet 14. november 2016, kort tid før utlysning av konkurransedokumentene, ba de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene om en endring til strategidokumentet. Endringen innebar at det ikke lenger skulle anskaffes et jetfly til Tromsø, mens det skulle settes inn et dagfly i Alta i henhold til tidligere basestruktur.

I prosjektets erfaringsrapport⁵ fra prosessen med utarbeidelse av anskaffelsesstrategi er det angitt følgende forbedringspunkter:

- Endring av strategi lenge etter at denne er vedtatt medfører utfordringer og kan potensielt føre til lavere kvalitet, økte kostnader på kontrakt, økte administrative kostnader i prosjektet og større tidsforbruk i prosjektet. I ambulanseflyanskaffelsen ble det gjort endringer i strategien da man i november 2016 valgte å ta inn igjen «Alta-2-flyet» og kutte et jetfly i Tromsø, etter at dette først var vedtatt i mai 2016.
- Mer tid til strategifasen anbefales, slik at eierne i større grad kan forankre strategien i egen organisasjon.
- Opplæring/kick off med eiere/interessenter vil være hensiktsmessig å gjennomføre før arbeidet med strategifasen begynner. Her bør eiere og andre interessenter få en innføring i prosessen og muligheter/begrensninger i gjennomføringen av et anskaffelsesprosjekt av denne typen. Rolleavklaring bør være en del av denne prosessen.
- Strategidokumentet bør sendes på en grundig høring til relevante interessenter. I ambulanseflyanskaffelsen var tiden avsatt til høring noe knapp.
- Eierne bør i strategifasen i enda større grad få informasjon om konsekvenser av strategien, herunder kostnadskonsekvenser.
- Markedsvurdering bør i enda større grad være en del av strategiprosessen.

⁵ Erfaringsrapport datert 6.9.2017, Prosjekt anskaffelse av ambulanseflytjenester 2019

5.2.5 Risiko og sårbarhet i anskaffelsesstrategi ⁶

I forbindelse med strategidokumentet er det av prosjektgruppen utarbeidet en risiko og sårbarhetsanalyse i forbindelse med anskaffelsen. Analysen bygger på erfaring og konkrete innspill basert på spørsmål i forbindelse med strategiarbeidet. I analysen går det bl.a, fram:

Generelt

«Risiko og sårbarhet er knyttet til kvalitet, differensiering av flytyper, reservekapasitet på fly, reservekapasitet på besetningsmedlemmer, spredning i vaktbyttetidspunkt mellom baser og antall operatører.

Kvalitet

Kvaliteten i tjenesten bestemmes ut fra de krav som stilles i kravspesifikasjonen. Kravene som stilles til ny avtaleperiode vil basere seg på de erfaringer og identifiserte forbedringsområder som er gjort i dagens tjeneste. Luftambulansetjenesten ANS vil videreføre sin tette oppfølging av leverandørene til daglig og gjennom faste årlige sikkerhets- og kvalitetsrevisjoner.

Flytyper

Det kan forekomme tilfeller ved en spesifikk flytype som innebærer ekstra inspeksjoner og tidkrevende feilsøking. I noen tilfeller kan det medføre begrensninger eller flyforbud for samtlige fly av samme type. I gjeldende kontrakt har vi erfart begrensninger for Beech 200 i forhold til operasjoner ved lavere temperatur enn minus 54 grader Celsius. En differensiert flåte med to forskjellige flytyper gir mindre sårbarhet for tjenesten totalt sett dersom en av flytypene blir rammet av begrensninger eller flyforbud.

Reservekapasitet på fly og besetningsmedlemmer

I dagens avtale får operatøren mindre betalt (avkortning i fast vederlag) dersom selskapet ikke er i stand til å yte tjenesten etter nærmere spesifiserte krav i avtalen og i teknisk- og operativ kravspesifikasjon. Dersom tilgjengeligheten ved en base faller under et bestemt nivå, vil det utløse avkortning. Det er ikke stilt konkrete krav om antall reservefly eller om en formell bakvaksordning for personell i inneværende kontrakt. Den gjennomsnittlige tilgjengeligheten for tjenesten ligger i dag i overkant av 95 %. Dagens operatør har to reservefly, og en større bakvaktpool med piloter (16-18 stk).

Det kan være et alternativ å stille krav om minimum antall reservefly i kravspesifikasjonen, i tillegg til tilgjengelighetskravene og avkortningsmekanismene. Fordelen med en slik spesifisering er at man reduserer sjansen for at en tilbyder spekulerer i for liten reserveflykapasitet, og tar en kalkulert risiko, for å kunne gi et mer gunstig pristilbud. Dette vil utilsiktet kunne gi en redusert tilgjengelighet på ambulansfly i enkelte perioder. Høye tilgjengelighetskrav og strenge avkortningsmekanismer minsker sjansen for at tilbydere vil spekulere i lav reservekapasitet. For strenge avkortningsmekanismer kan derimot føre til at tilbydere priser inn mer reservekapasitet enn nødvendig, og således gi en dyrere tjeneste.

I inneværende kontrakt, med nye fly ved oppstart av kontrakt og to reservefly, har gjennomsnittlig teknisk tilgjengelighet vært på et godt nivå. I snitt har flyene vært utmeldt

⁶ Styrende dokument: Prosjektplan Dok. id.: S1-0 Ambulanseflytjenesten 2019 Versjon: 3.0 Side: 18 av 62 Ansvarlig: BM
Verifisert: WS, PM, MH Godkjent: ØJ Dato: 27.04.16

1,45 % på grunn av teknisk de siste fire årene. Det er stort sett hele tiden ett fly inne til planlagt vedlikehold. Det betyr at det er ett reservefly igjen til å dekke uforutsett vedlikehold. Denne siste reserveflykapasiteten har vært utnyttet i nesten halvparten av tiden. Reell tilgjengelighet på reservefly har i snitt vært rundt 56 % de siste to årene. Trenden er økende timeuttak. Flere flydde timer medfører at flyene må oftere inn til planlagt vedlikehold, som styres etter timeintervaller eller antall bevegelser (landinger/avganger). Reell tilgjengelighet av reservekapasitet blir derfor lavere ved økende timeuttak i flyflåten.

Det har vært perioder hvor fly har vært utmeldt over flere dager grunnet uforutsette hendelser (for eksempel lynnedslag som viser en økende tendens), og hvor reserveflykapasiteten har vært brukt opp på grunn av sammenfallende hendelser og/eller planlagt vedlikehold. I slike tilfeller har dagflyene (Alta 2 og Gardermoen 2) noen ganger blitt tatt ut og omdisponert til døgnfly på hjemmebasen, eller satt inn som erstatning på andre baser som kun har ett fly. Ved å flytte Alta 2 til Tromsø og gjøre flyet om til jetfly kan det ikke påregnes samme tekniske tilgjengelighet som i dag for Alta 1, med mindre det plasseres et reservefly der, øremerket for Alta 1. Ved differensiering av flyflåten mister en noe av fleksibiliteten som ligger i «fri flyt» av enhetlige fly mellom basene, særlig med tanke på å opprettholde et godt beredskapsnivå for kortbaneflyplassene.

Det vil være perioder hvor jetflyene er inne til planlagt – eller uforutsett vedlikehold. Dersom en operatør vinner anbudet og bare har priset inn to reservefly, vil særlig kortbaneberedskapen være redusert. Når et reservefly er satt inn for jetflyet vil det bare være ett backup fly igjen for å ivareta reservekapasiteten for alle kortbaneflyene. Dette, i kombinasjon med at det blir færre kortbanefly totalt i tjenesten, gjør beredskapen for de regioner som har høy avhengighet av kortbanefly mer sårbar.

Det synes derfor mest hensiktsmessig å ha tre Kategori 1-fly (kortbanefly) som reservefly for hele flåten, siden kortbanefly fortsatt vil være bærebjelken i tjenesten. Disse flyene har større fleksibilitet i og med at de kan operere på alle aktuelle flyplasser og samtidig har en kapasitet til å fly til Svalbard. Jetflyene kan ikke lande på de korteste banene, og reservefly av denne typen vil derfor ikke være fullverdig reserve for kortbanefly. Videre vil en slik løsning være mer kostnadseffektiv enn å ha et eget jetfly i reserve for kun to Kategori 2-fly.

Løsningen fordrer tilstrekkelig antall piloter i bakvakt med utsjekk på Kategori 1- fly. Reservekapasitet er en nasjonal ressurs som settes inn på den basen hvor behovet oppstår. Eierne betaler derfor kostnadene til reservefly ut fra eierandel i Luftambulansetjenesten ANS.

På denne bakgrunn anbefales det at det stilles krav om minimum tre reservefly av typen Kategori 1- fly (kortbanefly). Disse tre flyene vil være reservekapasitet for hele flyflåten, også for Kategori 2- flyene. I tillegg vil det stilles tilgjengelighetskrav med tilhørende avkortningsmekanismer.

AD-møtet ber om at kravet for et tredje reservefly legges inn som opsjon i strategidokumentet.

Prosjektgruppen ser at det er uhensiktsmessig å stille absoluttkrav om antall reservefly. Operatørene har sine vedlikeholdsprogram og dataverktøy for beregning av reserveflykapasitet ut fra forventet timeuttak. Prosjektgruppen vet ikke om to eller tre reservefly er tilstrekkelig for å dekke dette. Dersom det settes et absoluttkrav er det vanskelig samtidig å kreve avkortning dersom tilgjengeligheten blir dårlig. Intensjonen med AD-vedtaket oppfattes til å være å få fram tilleggskostnaden for en forsterket

reserveflyløsning. Prosjektgruppen ønsker derfor å be tilbyderne tilby og prise to alternative reserveflyløsninger, og beskrive hvilken tilgjengelighet disse løsningene kan gi. På den måten kan eierne få presentert to alternative løsninger med forventet tilgjengelighet før endelig beslutning om reservekapasitet tas.

I Styringsgruppemøte 6. september 2016 konkluderte Styringsgruppen med at prosjektgruppens forslag til formulering i konkurransegrunnlaget er godt begrunnet og imøtekommer AD-møtets intensjon om å kunne velge nivå på reserveflykapasitet, basert på to prissatte alternativer. Konklusjon: Tilbyderne vil bli bedt om å tilby og prise to alternative reserveflyløsninger, og beskrive hvilken tilgjengelighet disse løsningene kan gi.

Ved uforutsett besetningsmangel, som for eksempel ved sykdom, tar det i dagens kontrakt ofte tid å få satt inn bakvakt. Bakvaktene må i mange tilfeller reise med fly fra et annet sted i landet. Det er tidkrevende og de pådrar seg også såkalt reiseduty som medfører at de ikke kan benyttes fullt ut når de går på vakt. Og som tidligere nevnt gjør dagens vaktordning og turnus at tjenesten er sårbar for utmeldinger påfølgende dag i de tilfeller hvor besetningen må benyttes på oppdrag som strekker seg ut over oppsatt vakt.

Det er verdt å merke seg de viktigste myndighetspålagte begrensninger som gjelder i forhold til hvor mye aktiv flytjeneste en besetning kan ha i løpet av en vakt. I henhold til gjeldende regelverk for ambulanseflyging er normal tilgjengelig flytjenesteperiode 13 timer. For å fullføre akutt/hasteoppdrag, inklusiv retur til basen, kan maksimal flytjenesteperiode utøkes med inntil to timer. Flytjenesteperioden reduseres med 30 minutter for hver landing fra og med tredje landing. Flyging om natten mellom klokken 02:00 og 06:00 gir dobbel telling i forhold til reduksjon av tilgjengelig flytjenesteperiode. Dersom kvelds/nattskiftet flyr mange oppdrag tidlig i vakta (sen ettermiddag/kveld) kan det føre til begrensninger i forhold til å kunne utføre oppdrag midt på natten eller tidlig morgen.

For å styrke beredskapen anbefales det strenge avkortningsmekanismer, særlig for utmeldinger som skyldes mannskapsmangel.

Spredning av vaktbyttetidspunkt

Ved oppstart av forrige kontraktsperiode hadde alle ambulanseflyene vaktbytte samtidig. I løpet av inneværende kontraktsperiode, ble det gjort endringer på oppstarttidspunkt basene imellom for å redusere problemene med gjennomføring av oppdrag rundt dette tidspunktet. Dette er særlig viktig i Nord Norge, og Finnmark spesielt, pga. oppdragsprofil med mange akutt og haster oppdrag.

Det er fra flere hold påpekt fortsatt problemer ved gjennomføring av oppdrag rundt vaktbyttetidspunkt, i tidsrommet 0400-0700 og 1600-1900. Det er derfor nødvendig å differensiere dette ytterligere basene i mellom, slik at man får en optimalisert tilgjengelighet samlet sett for ambulanseflyene. Dette er identifisert som et av tiltakene for å redusere risiko og sårbarhet.

Problemstillingen er drøftet med de medisinske baselederne ved ambulanseflybasene, og det er bred enighet om behov for endring.

En spredning i vaktbyttetid basene imellom på tre timer morgen og kveld, både i Sør og Nord, anses som nødvendig for å få ønsket effekt. De to legebemannede flyene i Nord-Norge er også foreslått med to timer imellom vaktbyttetid.

Antall operatører

Flere operatører i ambulanseflytjenesten vil være en fordel med tanke på redusert sårbarhet for arbeidskonflikter, tap av godkjenninger eller andre store avvik. Det vil også kunne være en fordel med tanke på utvikling av kvalitet i tjenesten.

Den anbefalte base- og flystruktur gir imidlertid noen utfordringer i forhold til hvordan eventuelle tilbud kan settes sammen i anbudet for å gi en optimal tjeneste. Det er utfordringer både i forhold til å dele inn i basepakker og å dele inn etter flykategori. Det er vurdert som mest hensiktsmessig og kostnadseffektivt for tjenesten at kortbanefly er reservefly for hele flyflåten. Det er derfor særlig fleksibiliteten i forhold til reservekapasitet og sirkulering av fly og operativt personell mellom basene som blir en utfordring ved flere enn en operatør. Det er utfordringer knyttet til å bytte fly mellom to ulike operatørers AOC (Air Operator's Certificate). Overføring av fly mellom to ulike AOC må godkjennes av luftfartsmyndighetene etter søknad, og dette kan ta tid. Videre vil det være utfordringer knyttet til å få etablert realistiske ordninger mellom operatørene i forhold til avgivelse av reservekapasitet til hverandre ved behov. I den daglige drift, når tilgjengelighetskravene skal ivaretas og avkortning i fast vederlag unngås, vil operatørene måtte ha stor fokus på egen drift og beskyttelse av reservekapasitet. Utlån av reservefly til en annen operatør vil gjøre utlånende operatør sårbar dersom tekniske problemer oppstår ved egne fly på beredskap. For medisinsk personell vil det også være krevende å ha to flyoperatører å forholde seg til på samme base. De medisinske aktørene anser det som akseptabelt, men ikke ønskelig.

Luftambulansetjenesten ANS vil understreke at behovet for mer enn én operatør i ambulansehelikoptertjenesten synes større enn i flytjenesten. Ambulansehelikoptertjenesten er en mer spesialisert tjeneste, både operativt og medisinsk.

En tjeneste med mer enn én operatør vil kunne medføre økte kostnader.

Konkurranses grunnlaget må, i følge jurist i HINAS, inneholde en beskrivelse av hva som vil kunne utløse valg av mer enn én operatør. Det er viktig å merke seg at en slik beskrivelse er bindende.

Ved forrige anskaffelse av ambulanseflytjenester ble det lagt til rette for en mulighet til å kunne velge de to økonomisk mest fordelaktige tilbudene. Dette var for å unngå monopol. Da tilbudene ble evaluert viste det seg at det ville medføre en merkostnad på 4,5 %.

Løsningen ble ikke anbefalt eierne.

På bakgrunn av dette anbefales det å lyse ut konkurransen som ett helhetlig anbud for samtlige baser og fly. Det vil innebære at det blir én operatør i ambulanseflytjenesten, slik det er i dagens tjeneste.

Faktorer som påvirker effektivitet

En effektiv gjennomføring av flyenes dagsprogram og øyeblikkelig hjelp-oppdrag forutsetter ikke bare en optimal base- og flystruktur. Også en rekke andre forhold påvirker tjenesten.

Dette er gjerne forhold som mange ulike aktører har ansvaret for og som ikke kan løses gjennom kontraktsforholdet til operatøren. Forbedringsarbeidet bør pågå kontinuerlig. Både Luftambulansetjenesten ANS og de regionale helseforetakene bør følge opp dette. Dette er også påpekt i flere høringsvar, blant annet fra Helse Nord RHF.

Kultur

Pasienter har blitt transportert i fly siden 1950-tallet. Flere steder i landet har det på bakgrunn av tradisjon og gamle forventninger utviklet seg transportmønstre som ikke lenger er like logisk i forhold til dagens infrastruktur og moderne ambulansetilbud. Et godt eksempel her, er forskjellen i bruk av ambulansefly og ambulansebil mellom Molde/Kristiansund –

Trondheim og Namsos – Trondheim, der førstnevnte tradisjonelt har brukt ambulansesfly og sistnevnte ambulansebil, selv om avstandene er omtrent de samme. Vi ser nå at for strekningen Molde/Kristiansund-Trondheim, så har innføringen av en fast tobåre-ambulanse, gitt veldig gode synergier inn mot bruken av ambulansesfly. Strekningen Kristiansand-Oslo er et annet eksempel der innføring av tobåre-ambulansebil har avlastet bruken av ambulansesfly i vesentlig grad. Det er viktig at de ansvarlige aktørene griper fatt i uhensiktsmessige rutiner og sørger for at de nasjonale retningslinjene for bruk av luftambulanse legges til grunn for virksomheten. AMK-sentralene er spesielt viktige her, men det er også viktig at befolkningen, lokalpolitikere, kommunehelsetjenesten og luftambulansetjenestens personell informeres og rettleides. Kulturendring er en møysommelig prosess som krever tid og tålmodighet.

Kommunikasjon

Fra en hendelse oppstår til pasienten er avlevert på riktig behandlingssted, foregår det en omfattende kommunikasjon mellom mange aktører. Det meldes, informeres, rapporteres og diskuteres. Dels avhenger god kommunikasjon av hensiktsmessige verktøy, som samband og elektroniske verktøy. Men kommunikasjon krever også kunnskap og disiplin. Det er grunn til å tro at effektiviteten i dagens tjeneste er hemmet av mangelfull informasjon og misforståelser. Dette medfører forsinkelser, bruk av feil ressurs, og i ytterste konsekvens redusert pasientsikkerhet. Det må legges til rette for god kommunikasjon, både på det tekniske plan og mellom flypersonell og andre involverte aktører. Innføring av digitalt nødnett er et stort framskritt, men fremdeles er det store mangler i elektroniske kommunikasjonsverktøy.

Medisinsk koordinering og AMK lege funksjon

Den flyoperative koordineringen skjer i dag fra ett sted i Norge, Flykoordineringssentralen i Tromsø. Den medisinske koordineringen (vurdering av hastegrad, ledsagerbehov m.m.) skjer imidlertid fra tre steder, AMK Tromsø, AMK Møre og Romsdal og Flybestillingen på Lørenskog. Luftambulansetjenesten ANS synes ikke dette er en optimal organisering, og flere instanser har tatt opp det samme i gjeldende avtaleperiode. Høringsinnspill, fra bl.a. de regionale helseforetakene, tilsier også at det bør gjøres et forbedringsarbeid som utreder nærmere hvorvidt det er riktig med tre slike koordineringspunkt, sett i lys av en helhetlig nasjonal medisinsk koordinering og prioritering av tjenesten. Innføring av langdistansefly i tjenesten aktualiserer en slik prosess ytterligere. Det vil alltid være oppdrag som krever involvering av en ansvarlig lege med tanke på behov, prioritet og ledsagerbehov i flyet. Dersom rekvisenten er lege eller jordmor, tillegges naturligvis disses vurderinger stor vekt, men i henhold til de nasjonale retningslinjene for bruk av luftambulanse ligger likevel beslutningsmyndigheten hos vakthavende lege ved aktuelt «medisinsk koordinerende punkt» (i praksis AMK-legen). Det er viktig at AMK-legen involveres der det kan være tvil om hvordan et oppdrag bør løses. En felles situasjonsforståelse og fører som regel til gode løsninger. Det er viktig at det legges til rette for slik dialog. Det er en bekymring at AMK-lege funksjonen ofte er kombinert med andre vaktfunksjoner, slik at vedkommende kan være vanskelig tilgjengelig.

Flylegeberedskap

Ved mange oppdrag er det behov for anestesilege. Disse har bakvakt ved basene i Tromsø, Bodø, Ålesund og Gardermoen. Gjennomføring av slike oppdrag blir forsinket når fly må ta omveier for å hente lege. Når slike behov oppstår ved transporter ut fra Kirkenes, for eksempel ved transport av dårlige pasienter til Tromsø, må flylege hentes fra Tromsø. Tidligere kunne anestesilege fra Kirkenes være med på ad hoc basis, men denne muligheten er sterkt redusert.

Tilbringertransport mellom flyplass og sykehus

I hver ende av et ambulanseflyoppdrag er det behov for en bilambulansetransport. Avstanden mellom flyplass og sykehus varierer og kan enkelte steder være stor. Venting på ambulanse er i dag et problem enkelte steder. Årsaken til at en ambulanse ikke er på plass når et ambulansefly lander for å hente eller avlevere en pasient kan ha mange årsaker. Det kan være dårlig kommunikasjon og misforståelser, forsinket klargjøring på sykehuset eller at ingen ambulanse er ledig. Det siste forholdet kan skyldes at ambulansekapasiteten på stedet er for liten. Helseforetakene har ansvaret for ambulansetjenesten og må ta behovet for en effektiv tilbringertransport til og fra flyplassene i betraktning når tjenesten dimensjoneres. Unødig venting på flyplassen går ikke bare utover ambulanseflytjenestens effektivitet og kapasitet, men kan også gå ut over pasientsikkerheten. Forbedringspotensialet i tilbringertransport mellom flyplass og sykehus er påpekt i høringsvar fra regionale helseforetak og andre høringsinstanser. Helse Nord RHF mener det bør vurderes etablert to-båre ambulanserbiler på alle sykehusnære ambulansestasjoner (...)

For å redusere risiko for at leverandørbyttet ikke blir gjennomført i samsvar med LATs forventninger ble det stilt en rekke krav til leverandørene i konkurransegrunnlaget, herunder (ikke uttømmende) (våre uthevninger):

- Oppdragsgiver legger vekt på at Tilbyder skal ha en **detaljert tidsplan** som er realistisk i forhold til driftsstarttidspunkt 01.07.19. Det skal også tas høyde for **uforutsette omstendigheter** som måtte oppstå i egen leveranse. Tilbyders gjennomføringsplan må vise **forståelse for oppgaven og vilje til å sikre den planlagte oppstarten**. Dette inkluderer et **tett samarbeid med lokale helseforetak**. Ambulanseflytjenesten er en viktig del av den akuttmedisinske kjeden. Fremdriftsplanen skal sikre at det ikke blir svekkelse i tjenesteinnhold og beredskap i overgangen til nye kontrakt. Ved evt. bytte av operatør ved baser, **skal Tilbyder ta initiativ til dialog og samarbeid med nåværende leverandør for en best mulig overgang**. I
- Tilbyder skal utarbeide en GAP-analyse eller tilsvarende for å kartlegge avviket mellom nåværende situasjonen og alle krav i det samlede konkurransegrunnlaget. O X
- Tilbyder skal utarbeide en **realistisk fremdriftsplan for perioden 01.10.17 fram til oppstart 01.07.19**. Det skal fremkomme at alle tidsfrister som er angitt i det samlede konkurransegrunnlaget blir overholdt. Alle aktiviteter skal beskrives med ansvarlige og viktige milepæler skal fremkomme i et Gantt diagram eller tilsvarende. Som grunnlag for planen skal det fremkomme at ny leverandør etablerer seg på evt. nye baser to måneder før oppstart. O X
- Tilbyder bes om å **beskrive alle aktiviteter for hele perioden fra 01.10.17 fram til oppstart 01.07.19**. Tilbyder bes om å beskrive en fremdriftsplan som minimum inneholder en detaljert skjematisk fremstilling med definerte milepæler og ressurser. Beskrivelsen **vil bli evaluert på**:
 - o Innhenting av nødvendige sertifiseringer/godkjenning (operative og tekniske)
 - o Etablering av systemer, rutiner og prosedyrer
 - o Etablering av bakketjenester inklusive de-ice og drivstoff
 - o Etablering av egne håndbøker
 - o Kvalitets og miljøsertifisering
 - o Etablering på baser
 - o Samarbeid og opplæring på FKS
 - o Etablering og organisering av teknisk vedlikehold på baser
 - o Etablering av samarbeidsavtale med aktuelle helseforetak
 - o Anskaffelse og implementering av luftfartøy EV 1 X
 - o Plan for finansiering
 - o Rekruttering og ansettelse av personell til alle kategorier
 - o Plan for trening av operativt og teknisk personell

- o Risikoanalyser for operasjonen
- o Plan og gjennomføring av trening av flysykepleier og medisinsk personell
- o Tilbydere egne aktiviteter og beskrivelser for samarbeid med interessenter
- o Øvrige punkter som fremgår av Tilbyders GAP-analyse/tilsvarende
- Tilbyder bes om å beskrive sitt forslag til samarbeid med Oppdragsgiver i etableringsfasen (prosjekt- og fremdriftsplan).
- Tilbyder skal etablere et samarbeidsorgan for å sikre god overgang, forutsigbarhet og dialog med alle helseforetak i etableringsfasen. Dette skal sikre en best mulig dialog frem til oppstart, og at dagens drift opprettholdes.
- Tilbyder skal, så snart forholdet er kjent for Tilbyder, skriftlig varsle Oppdragsgiver ved endringer eller forsinkelser i fremdriftsplanen.

5.3 Prosjekt del 2 – Anskaffelsesprosjekt

5.3.1 Fase 1 – Utarbeide konkurransegrunnlag

Det første møtet/seminaret i utvidet prosjektgruppe (dvs. etter at representanter fra de regionale helseforetakene var inkludert i prosjektgruppen) ble gjennomført i en samling 9. – 12. mai 2016. Fokus i møtene var på beredskapsstruktur i den nye avtalen og tilrettelegging av basefasiliteter knyttet til en eventuell ny operatør. Det siste punktet ble sendt videre til håndtering fra eksternt juridisk kvalitetssikrer.

Styringsgruppen for prosjektet avholdt et møte 13. juni 2016. Et viktig fokusområde i møtet var å få oversikt over statistikk over operatørs tilgjengelighet, som innspill til forbedrings- og effektiviseringstiltak som skulle gjennomføres som en del av den nye anskaffelsen. Videre var det et viktig fokusområde for styringsgruppen at opsjon for et tredje reservefly ble lagt inn i konkurransen på en måte som gjorde at tilbyderne ikke forsøkte å utnytte opsjonsmuligheten på en måte som ikke var fordelaktig for LAT. Herunder at operatørene ikke bevisst priset inn utilstrekkelig reservekapasitet.

Prosjektgruppen avholdt et møte/seminar med alle prosjektdeltakerne 15. – 17. juni 2016. Møtereferatet viser at prosjektgruppen er inndelt i separate arbeidsgrupper og arbeider med ulike deler av kravspesifikasjonen. Arbeidsgruppene presenterte foreløpige leveranser med utgangspunkt i anskaffelsesstrategien og tidligere kravspesifikasjon. I oppsummeringen fra møtet bes det om at gruppelederne gjennomgår foreløpige utkast til samtlige kravspesifikasjoner og flagger eventuelle punkter som ikke er sammenfallende.

Prosjektgruppen gjennomførte nytt møte/seminar 23.-25. august 2016. På seminaret ble arbeidsgruppenes leveranser til kravspesifikasjon gjennomgått. Ifølge møtereferatet ble det ikke løftet noen bekymringer knyttet til framdriften i arbeidet. I oppsummeringen er det angitt at arbeidet med kravspesifikasjonen er i rute, men at det er avklaringspunkter når det gjelder jetfly og basefasiliteter.

Det ble 2. september 2016 gjennomført et arbeidsgruppemøte i prosjektgruppen. I referatet fra møtet fremkommer det blant annet at det vil bli benyttet prekvalifisering i konkurransen og at dette ikke opprinnelig var planlagt som en del av anskaffelsesprosessen. Videre fremkommer det i referatet at prosjektet er i prosess med å sende utkast til kravspesifikasjon på høringsrunde.

Det ble gjennomført et nytt prosjektgruppemøte 8. september 2016. I referat fra møtet fremkommer det blant annet at det har vært diskutert om det skal aksepteres midlertidige løsninger fra operatører når det gjelder flyflåten, herunder tilbud av fly som ikke vil være på plass ved kontraktsoppstart. Det konkluderes med at en slik løsning innebærer for mye risiko hvilket er i samsvar med styringssignaler fra prosjekteier. I referat fra samme møte fremkommer det at LAT kontinuerlig benytter ekstern juridisk kvalitetssikring i tilknytning til utarbeidelse av konkurransegrunnlaget.

I referat fra prosjektgruppemøter 28. – 30. september 2016 fremkommer det at anskaffelsesprosjektet er i rute med konkurransegrunnlaget etter at dette har vært sendt ut på høringsrunde. Utkast til konkurransegrunnlag har mottatt 300 kommentarer fra 16 interessenter. I referatet opplyses det om at prosjektets arbeidsgrupper systematisk vil gjennomgå kommentarene i arbeidet med ferdigstilling av konkurransegrunnlag. I samme referat fremkommer det at Kvalitet vil vektes 60 % og Pris 40 %, og at dette er i samsvar med nylig gjennomført anskaffelse av helikoptertjenester. I referatet fremkommer det også at det er utarbeidet en modell for vekting av de ulike kravene i konkurransegrunnlaget.

I arbeidsgruppemøte (prosjektgruppen) 11. oktober 2016 fremkommer det at prosjektgruppen har fått indikasjoner på at jetfly i Tromsø vil bli erstattet av dagfly i Alta i anskaffelsesstrategien, og at dette må hensyntas ved utarbeidelse av konkurransegrunnlaget.

I styringsgruppemøte 20. oktober 2016 fremkommer det at anskaffelsesprosjektet er stanset i påvente av nye føringer fra styringsgruppen. I møtoreferatet står det blant annet følgende:

Styringsgruppen ble orientert om status i prosjektet, ref. styresak 76-2016 og Statusrapport nr. 4 med bilag. Som følge av Helse Nords beslutning om å endre strategi, var Anskaffelsesprosjektet stanset i påvente av nye føringer fra Styringsgruppen. Følgende saker ble spesielt drøftet/kommentert:

Framdrift i anskaffelsesprosjektet.

Det er beheftet med stor risiko å utsette anskaffelsen. Dersom ny strategi og konkurransegrunnlaget ikke behandles i AD-møtet 14. november, er det sannsynligvis ikke mulig å nå målet om kontraktsignering før St. Hans 2017. Tilbyder vil da få kortere tid til å forberede seg før oppstart. En forlengelse av eksisterende kontrakt er juridisk sett betenkelig og potensielt ulovlig. Styringsgruppen ønsker derfor en umiddelbar gjenopptakelse av anskaffelsesprosjektet og vil behandle et revidert konkurransegrunnlag i et ekstraordinært møte 25. oktober.

Endringene i anskaffelsesstrategi ble gjennomført på bakgrunn av AD-møtet 14. november 2016. Prosjektledelsen opplyser at den sene endringen i strategi ikke hadde betydning for kvaliteten i kravspesifikasjon/konkurransegrunnlag. Styringsgruppen godkjente prosjektgruppens framlagte konkurransegrunnlag 25. oktober 2016. Konkurransen ble lyst ut 16. november 2016 som en konkurranse med forhandling med pre-kvalifisering og to forhandlingsrunder.

Kravspesifikasjonen i utlyst konkurransegrunnlag inneholdt 367 krav, hvor av 95 var krav knyttet til tildelingskriterier (EV1-krav og EV2-krav). Fordelingen av krav fremkommer i tabellen nedenfor:

	O-krav	EV1-krav	EV2-krav	KK	SUM
1. Krav til luftfartøy	48	25	5	9	87
2. Krav til med. innredning	56	28	9	10	103
3. Krav til beredskap	4	5	0	30	39
4. Krav til kvalitet	5	5	1	48	59
5. Krav til kompetanse	5	4	0	32	41
6. Krav til flykoordinering	0	4	1	8	13
7. Krav til fremdrift	2	4	1	5	12
8. krav til godkjenninger	1	3	0	9	13
SUM	121	78	17	151	367

I erfaringsrapporten⁷ fra anskaffelsen, blir det blant annet gitt følgende kommentar til arbeidet med å utarbeide kravspesifikasjon:

Etter at kravspesifikasjonen var ferdig burde det ha blitt lagt opp til mer dialog mellom gruppene for å kvalitetssikre de ulike gruppenes arbeid.

I etterkant av publisering og gjennom spørsmål/svar-runde ble det avdekket at enkelte krav kunne vært fjernet eller endret. Det er imidlertid begrenset adgang til å endre en allerede publisert kravspesifikasjon, noe som understreker viktigheten av kvalitetssikring i kravspesifikasjonsarbeidet. Kanskje burde også evalueringskravene blitt sendt ut på høring, dette må i så fall vurderes juridisk.

Etter at kravspesifikasjonen var ferdig burde prosjektet ha utarbeidet/identifisert kostnadsdrivende krav og tatt en ny gjennomgang på om kravene var nødvendige og/eller om de burde blitt fjernet/endret. Kostnadselementet hadde fokus gjennom fastsettelsen av krav, men det kunne vært gjort som en eksplisitt øvelse mot slutten av kravspesifikasjonsarbeidet.

[Gruppenavn] var for liten og for mye ansvar ble lagt på enkeltpersoner. De andre gruppene hadde et større fagmiljø og dermed bedre mulighet for å utarbeide krav, samt drive kvalitetssikring. [Gruppenavn] måtte i stor grad belage seg på [gruppenavn] rådgivers kompetanse og kapasitet. Dette økte risikoen for feil.

De som utarbeider kravspesifikasjon bør ha et mer bevisst forhold til hvordan krav skal dokumenteres, samt hva som er «bransjestandard» å dokumentere, slik at man ikke ber om ting som vanskelig kan dokumenteres fra produsent.»

⁷ Erfaringsrapport datert 6.9.2017, Prosjekt anskaffelse av ambulanseflytjenester 2019

Kravspesifikasjon, og vil utgjøre følgende vektingsandeler av tildelingskriterium Kvalitet:

Krav	Vekting
Krav til luftfartøy	27,5 %
Krav til godkjenninger	
Krav til flykoordinering	
Krav til fremdrift	20 %
Krav til medisinsk innredning	25 %
Krav til kvalitet	20 %
Krav til kompetanse	
Krav til beredskap	7,5 %
Sum	100 %

Det skal tilbys åtte kategori 1-fly og ett kategori 2-fly (ikke inkludert reservefly). Av total kvalitet vektet kategori 1-fly 1/10 x 8stk., mens kategori 2-fly vektet 2/10 x 1stk., altså dobbelt så mye som hvert av kategori 1-flyene.

Innenfor hvert underkriterium under kvalitet er det tilordnet høyt vektete EV1-krav, vanlige EV1-krav og EV2-krav. Høyt vektete EV1-krav vil telle 4 ganger så mye som vanlige EV1-krav. EV1-krav vil telle 3 ganger så mye som EV2-krav. Et høyt vektet EV-1 krav vil altså telle 12 ganger så mye som et EV2-krav.

Vekten på det enkelte underkriterium vil fordeles mellom EV-kravene som er tilordnet underkriteriene. Dersom et underkriterium er vektet 20 % og det består av 1 EV1-krav høyt vektet, 2 EV1-krav normalt vektet og 2 EV2-krav, så vil EV1-kravet høyt vektet telle 12 %, de to EV1-krav normalt vektet vil hvert telle 3 %, mens de to EV2-kravene vil hvert telle 1 %.

Vekten til hvert EV1-krav høyt vektet, EV1-krav normalt vektet og EV2-krav vil dermed være ulikt i de ulike underkriteriene.

Det gjøres spesielt oppmerksom på at følgende EV1 krav ilegges større vekt enn øvrige EV1 krav innenfor hvert tildelingskriterium:

5.3.2 Fase 2 – Konkurransgjennomføringen

Etter utlysning av konkurransen 16. november 2016, var det fire leverandører som søkte prekvalifisering til hovedkonkurransen. En av disse tilbyderne ble avvist på grunn av manglende oppfyllelse av obligatoriske krav. De tre resterende leverandørene leverte tilbud i hovedkonkurransen, men én leverandør ble avvist på grunn av at tilbud ble levert etter fristens utløp. Det var dermed to leverandører som fikk sine tilbud evaluert etter tilbudsfristens utløp 9. februar 2017. Dette var Babcock SAA og eksisterende operatør, Lufttransport AS. Leverandørene leverte, i henhold til tilbudsforespørselen, to tilbud hver og hvor leverandørenes ulike tilbud blant annet synliggjorde ulike løsninger for reservekapasitet og tilhørende kostnader.

I et prosjektmøte etter tilbudskonferanse 9. januar 2017, der de tre kvalifiserte tilbyderne deltok, blir det pekt på behovet for å få innsyn i eksisterende operatørs avtaler med sine ansatte. Det konkluderes med at det er viktig at tilbyderne har kunnskap om kostnadsbildet tilknyttet en eventuell virksomhetsoverdragelse når de utformer sine tilbud.

Det var i konkurransegrunnlaget ikke inntatt krav om virksomhetsoverdragelse knyttet til et eventuelt bytte av operatør. I konkurransegrunnlaget er det samtidig inntatt følgende informasjon når det gjelder en eventuell virksomhetsoverdragelse:

Overføringene av oppgavene fra eksisterende operatør til ny operatør vil kunne utgjøre en virksomhetsoverdragelse i henhold til arbeidsmiljøloven, og vil kunne medføre at leverandøren ved kontraktstildelingen blir bundet av de rettigheter og plikter som følger av arbeidsmiljølovens kapittel 16. Arbeidstakers rettigheter ved virksomhetsoverdragelse. I så fall vil leverandøren være ansvarlig for etterlevelse av disse reglene.

Spørsmålet om krav til virksomhetsoverdragelse hadde blitt diskutert og vurdert av anskaffelsesprosjektet, også med bistand fra ekstern juridisk rådgiver. I forbindelse med offentliggjøring av dokumenter 6. juni 2018, skriver⁸ LAT blant annet følgende om tematikken:

«I arbeidet med ambulanselyanskaffelsen fikk Luftambulansetjenesten HF muntlige signaler fra eksterne jurister om at det var juridisk risiko knyttet til å kreve virksomhetsoverdragelse/overføring av personell på like eller bedre betingelser. Dette av to grunner. For det første at det ikke var mulig å si sikkert om virksomhetsoverdragelse ville utløses etter arbeidsmiljøloven kap. 16 før etter kontraktsinngåelse og faktisk kunnskap om hvordan ny operatør velger å løse oppdraget. For det andre var det usikkerhet knyttet til om hensynet til likebehandling og reell konkurranse ville bli godt nok ivarettatt dersom en likevel satte krav om virksomhetsoverdragelse eller overføring av personell på like eller bedre betingelser. Dette er viktig både i forhold til Lov om offentlige anskaffelser og EØS-retten. (...)

dokumentet "Anbudskonkurranse for luftambulansetjenester - vurdering av reglene om virksomhetsoverdragelse" fra 26. november 2015, omhandler spørsmålet om ambulanselikopteranskaffelsen skal anses som en virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven. Konklusjonen her var at det ikke var mulig å fastslå dette sikkert før konkurransen var gjennomført. Denne utredningen ble også lagt til grunn for ambulanselyanskaffelsen året etter.

I ettertid har Luftambulansetjenesten HF fått kraftig kritikk for at det ikke ble satt krav om nettopp virksomhetsoverdragelse/overføring av personell på like eller bedre betingelser. Det til tross for at det kun var Norsk Flygerforbund, LO og Legeforeningen som omtalte dette forholdet i sine høringsinnspill forut for anskaffelsen. Ingen av de konkurrerende selskapene, medregnet Lufttransport FW AS, og ingen helseforetak eller andre institusjoner, ga innspill om dette.»

I innspillene som det vises til skriver LO følgende 26. september 2016:

«Med en økende pilotmangel globalt og stor etterspørsel etter kompetente flygere, så er luftambulansetjenesten spesielt sårbar for usikkerhet. Et stort antall flygere kan lett få jobb hos de større ruteflyselskapene. Dette er en reell trussel mot en forsvarlig drift av luftambulansen. Dersom det skapes usikkerhet om fremtiden som ambulanselynger kan dagens etterspørsel etter piloter fra andre selskap bidra til at tjenesten ikke engang kan drives de siste to årene fordi et kritisk antall piloter slutter. Dagens ambulanselypiloter jobber allerede alle de timene de har lov til, så de pilotene som er igjen frem til et operatørskifte har heller ikke mulighet til å ta på seg ekstraarbeid».

Den Norske Legeforening skriver i sitt høringsinnspill 27. september 2016:

«Legeforeningen mener at flyoperativ kompetanse bør videreføres ved at det legges inn et krav om virksomhetsoverdragelse for flygerne i tjenesten. Man kan slik sikre at den kompetanse som er opparbeidet i systemet kan videreføres. Dette gir trygghet for flyleger,

⁸ Informasjonsskriv fra Luftambulansetjenesten 6. juni 2018 «Virksomhetsoverdragelse i ambulanselyanskaffelsen – offentliggjøring av dokumenter».

flysykepleiere, pasienter og pårørende for at erfarings, sikkerhets- og kompetansenivå fortsetter på samme standard, uten at det skjer en utilsiktet nivåsenkning i årene før og etter et operatørbytte»

Ved stevning datert 28. mai 2019 anla 90 piloter søksmål mot Babcock. Saksøkerne hadde gjort gjeldende at arbeidsmiljøloven kapittel 16 om arbeidstakernes rettigheter ved virksomhetsoverdragelse kommer til anvendelse for deres arbeidsforhold i Babcock. Resultatet av tingrettsdommen ble at partene ble enige om at avgjørelsen innebærer at ansienniteten fra Lufttransport skal medregnes i ansettelsesforholdet i Babcock i alle sammenhenger der dette har betydning for arbeidstakernes rettigheter. Det var ikke omtvistet at overdragelsesvilkåret var oppfylt. Spørsmålet for retten var om enhetsvilkåret og identitetsvilkåret var oppfylt.

Innspill fra leverandørene til konkurransegrunnlaget etter utlysning

I referat fra styringsgruppemøter fremkommer det at prosjektet etter utlysning i november 2016 mottok mer enn 80 spørsmål til konkurransegrunnlaget, de fleste fra daværende operatør, og at styringsgruppen ble orientert om innholdet i spørsmål og svar. Spørsmålene resulterte i flere justeringer i kravspesifikasjonen. Prosjektgruppen sørget for juridisk kvalitetssikring av endringene slik at det ikke ble gjennomført «vesentlige endringer i konkurransegrunnlaget» som kunne medføre at anskaffelsen måtte utlyses på nytt.

I en erfaringsrapport⁹ fra anskaffelsesprosessen er det blant annet gitt følgende kommentar knyttet til endringene i kravspesifikasjonen/konkurransegrunnlaget:

«Etter at konkurransen var utlyst, kom det inn mange kommentarer og spørsmål som medførte endringer i kravspesifikasjonen. Dette var uheldig og måtte begrenses mot slutten for at endringene ikke skulle bli vesentlige. Kravspesifikasjonen bør kvalitetssikres enda bedre før utlysning.»

5.4 Evalueringsprosessen, 20. februar 2017 – 22. april 2017

Tilbudsevalueringsprosessen ble påbegynt 20. februar 2017 og de opprinnelige tilbudene ble evaluert i tidsrommet 20. – 23. februar. Ved oppstart av evalueringsprosessen ga prosjektledelsen en detaljert beskrivelse av evalueringsprosessen overfor prosjektgruppen. Beskrivelsen er forankret i en presentasjon¹⁰ på 39 sider som detaljert redegjør for prosess og modell som blir benyttet i evaluering av tilbudene. Evalueringsmodellen innebar at prosjektets arbeidsgrupper fastsatte en score per evalueringskriterium innenfor sitt område og at modellen deretter sørget for en automatisk aggregering av score per delområde, per hovedområde *Kvalitet* og *Pris*, samt totalscore.

Evalueringsgruppene var delt inn i to grupper som hver for seg skulle evaluere *Kvalitet* og én gruppe som skulle evaluere *Pris*. Formålet med å dele inn i to grupper som hver for seg skulle evaluere *Kvalitet*, var å få en forsikring om riktigheten av de scorene som ble avlagt. De ulike arbeidsgruppene hadde ikke innsyn i hverandres scoring på de ulike kriteriene. I gjennomføring av evalueringsprosessen hadde arbeidsgruppene representasjon fra deltakere fra Sykehusinnkjøp som skulle påse at evalueringene ble gjennomført faktabasert

⁹ Erfaringsrapport datert 6.9.2017, Prosjekt anskaffelse av ambulanseflytjenester 2019

¹⁰ «Presentasjoner fra prosjektledelsen – hovedevaluering», 20. februar 2017

og i henhold til etablert metodikk. Det blir i intervjuer opplyst at det i liten grad var variasjoner når det gjaldt de to separate gruppenes evaluering av evalueringskriteriene på *Kvalitet*. Etter den gruppevise evalueringen, foretok prosjektledelsen en kalibrering og oppsummering av resultatene fra tilbudsevalueringen.

Etter evaluering av de opprinnelige tilbudene, innkalte oppdragsgiver leverandørene til forhandlingsmøter 8. mars 2017. I forhandlingsmøtene ble leverandørene gitt opplysninger om hvordan deres tilbud foreløpig var rangert på Pris og Kvalitet og det ble gitt konkrete tilbakemeldinger om forhold ved tilbudene som ikke inneholdt god nok besvarelse sammenlignet med oppdragsgivers krav og forventninger. På enkelte områder ble det også gitt tilbakemeldinger om forhold ved tilbudet som ikke var godt nok sammenlignet med det tilbudet som på daværende stadium av evalueringsprosessen var best rangert.

Etter forhandlingsmøte 1 mottok oppdragsgiver reviderte tilbud 17. mars 2017. Prosessen med å evaluere reviderte tilbud og gjennomføre forhandlingsmøte 2 ble utført etter samme metodikk som ved evaluering av opprinnelig tilbud.

Dokumentasjonen viser at prosjektgruppen benytter ekstern juridisk rådgiver i prosessen med å kvalitetssikre innspillene som blir gitt til tilbyderne i forbindelse med forhandlingsmøtene i tilknytning til leverandørenes tilbud.

Etter mottak av reviderte tilbud, og i prosessene mellom revidert og endelig tilbud, mottok prosjektets styringsgruppe en orientering om status i anskaffelsesprosessen fra prosjektgruppen 30. mars 2017. I referat fra statusmøtet fremkommer det at tilbudsprisene gir vesentlige høyere kostnader i luftambulanseflytjenestene enn det kostnadsnivået som er presentert i anskaffelsesstrategien. Kostnadene i tilbudet med den laveste prisen er ca. 25 % høyere enn det som er skissert i anskaffelsesstrategien. Det fremkommer at styringsgruppen vurderer at det er en reell risiko for at eierne ikke vil akseptere det prisnivået som tilbudene innebærer. Det fremkommer av referatet at tilbyderne er informert om at det høye prisnivået kan medføre at konkurransen avlyses. Videre fremkommer det at ekstern juridisk rådgiver er bedt om å utarbeide en juridisk betenkning knyttet til handlingsrommet for å avlyse konkurransen med tilhørende prolongering av eksisterende kontrakt utover avtalt kontraktsperiode. I møtoreferatet er det angitt at styringsgruppen planlegger et nytt møte på telefon 21. april, der de på grunnlag av tilbudte endelige priser kan drøfte hvilke råd som skal gis i AD-møtet 24. april 2017.

Endelige tilbud ble mottatt 18. april 2017. Oppdragsgivers tilnærming til evalueringsprosessen av tilbudene fulgte i hovedsak den modellen som var blitt benyttet i tidligere evalueringsrunder. Det ble samtidig foretatt en endring ved at arbeidsgruppene ble gjort mindre ved at det ikke deltok representanter fra helseforetakene.

Resultatet fra evalueringen av de endelige tilbudene viser at tilbud 1 fra Babcock SAA er det høyest rangerte tilbudet med en score på 9,70. Lufttransport AS sitt høyest rangerte tilbud er gitt en score på 9,60. Det var mulig å maksimalt oppnå 10 poeng i aktuell konkurranse.

I referat fra styringsgruppemøte 21. april 2017, etter at tilbudsevalueringen var ferdigstilt, fremkommer det at vinnende tilbud har priser som tilsier ca. 16 % høyere kostnader enn det som ble skissert i vedtatt anskaffelsesstrategi.

I referat fra styringsgruppemøte 15. mai 2017 fremkommer det at styringsgruppen godkjenner prosjektgruppens innstilling til kontraktstildeling og at det vil fremlegges anbefaling om slik godkjenning overfor AD-møtet 9. juni 2017.

5.5 Melding om kontraktstildeling i anskaffelse av ambulanseflytjenester, 12. juni 2017

Melding om kontraktstildeling ble sendt ut til tilbyderne 12. juni 2017. Nedenfor er det beskrevet utdrag fra tildelingsbrevet til tapende leverandør som gjelder kvalitet, pris og totalvurdering.

5.5.1 Oppsummering kvalitet:

Begge tilbyderne har levert meget gode tilbud, og scorer høyt på nesten alle evalueringskrav. I kategori 1 er forskjellen totalt sett svært liten mellom tilbudene. Medisinsk innredning i tilbudene fra Babcock SAA scorer litt bedre på grunn av bedre teknisk installasjon.

I kategori 2 er det svært små forskjeller i kvalitet. Tilbudet fra Babcock SAA scores litt høyere på krav til lufttransport, mens Lufttransports tilbud A scores høyest på krav til medisinsk innretning.

Alle tilbud scores likt på krav til kompetanse.

Lufttransports tilbud scorer høyest på alle andre øvrige krav, bortsett fra krav til godkjenninger, der Babcock SAA scorer høyest fordi selskapet tilbyr egen godkjenning for design og produksjon av flydeler (DOA/POA). Babcock SAAs tilbud på beredskap scorer lavest, særlig tilbud 1, fordi selskapet tilbyr færre piloter og færre reservefly.

5.5.2 Tildelingskriterium pris:

Det valgte tilbudet er best på pris. Det skiller ca. (...) Dette utgjør en differanse på 11 %.

5.5.3 Oppsummering begrunnelse:

Det vinnende tilbudet er rangert som nr. 4 på kvalitet. Dette skyldes primært at tilbudt beredskap er lavest med færre piloter og færre reservefly enn konkurrerende tilbud. Den prismessige fordelene mer enn oppveier den redusert kvaliteten.

I melding om kontraktstildeling til tilbyderne går det fram:

«(...) Hovedevalueringen er foretatt av en gruppe sammensatt av fagpersonell fra de fire regionale helseforetakene, Sykehusinnkjøp HF, Luftambulansetjenesten HF, representanter for det medisinske miljøet og verneombud. Den endelige evalueringen, basert på hovedevalueringen, er gjennomført av Sykehusinnkjøp HF og Luftambulansetjenesten HF. Evalueringen er blitt gjennomført opp mot tildelingskriteriene slik de framkommer i Konkurranses grunnlagets kapittel 11 Avgjørelse av konkurransen. (...)

Krav til beredskap

(...) For krav til beredskap har begge Lufttransports tilbud scoret 10 mot Babcock SAAs tilbud 1, 6,73 og tilbud 2, 8,45. I krav 3.2.12 vaktordning piloter II, har Lufttransport i begge sine tilbud tilbudt flest piloter og tilbudt en løsning med å bemanne et ekstra reservefly i Tromsø på døgnbasis. Babcock SAAs tilbud 1 scores lavest fordi det tilbys lavest antall piloter og kun bakvakt i Alta på nattestid. Babcock SAAs tilbud 2, scores noe høyere fordi dette inkluderer noen flere piloter i vaktrotasjon. I krav 3.2.14 Vaktordning teknisk personell er alle tilbudte løsninger vurdert som likeverdige og scores likt. I krav 3.4.3 Opplegg for reservefly – løsning 1, scorer Babcock SAAs tilbud 1 lavere enn andre tilbud, da det tilbys to fly i reserve, mot tre i de andre tilbudene. I krav 3.4.4 Opplegg for reservefly – løsning 2, scorer Babcock SAAs tilbud 1 lavere enn andre tilbud, da det tilbys tre fly i reserve, mot fire i de andre tilbudene. Her scorer også begge Lufttransports tilbud noe høyere enn Babcock SAAs tilbud 2, på grunn av kortere oppgitt responstid på reserveflyene. I krav 3.4.7 Krav til innleie av flymateriell er alle tilbudte løsninger vurdert som likeverdige og scores likt. (...)

Krav til kompetanse

(...) Her har begge tilbydere tilbudt samme kompetanse i sine respektive to tilbud og scoret svært godt på alle krav. Begge tilbydere scorer 10 på alle evalueringskrav. (...)

Krav til fremdriftsplan

(...) Her har begge tilbydere tilbudt samme løsninger i sine respektive to tilbud. I krav til fremdriftsplan har Lufttransports tilbudte løsninger score 10 mot Babcock SAA, 9,05. Begge tilbydere har tilbudt fremdriftsplaner som er omfangsrike og dekker alle evalueringspunktene. I krav 7.1.4 Fremdriftsplan II scorer Lufttransport noe høyere. Deres tilbud angir aktiviteter innenfor hver milepæl, slik at man kan lese hva den enkelte aktivitet innebærer. Tilbudt metodikk gir en god oversikt over hvilke aktiviteter som skal gjennomføres og hva de innebærer av ulike aktiviteter. I krav 7.1.7 Samarbeidsorgan II scorer Lufttransport noe høyere.(..) Siden krav 7.1.4 Fremdriftsplan II er vektet særlig høyt (11 % av kvalitet), slår det sterkt ut at Lufttransport her har en noe bedre score. (...)

Oppsummering kvalitet

(...) Begge tilbyderne har levert meget gode tilbud, og scorer høyt på nesten alle evalueringskrav. I kategori 1 er forskjellen i kvalitet totalt sett svært liten mellom tilbudene. Medisinsk innredning i tilbudene fra Babcock SAA scorer litt bedre på grunn av bedre elektrisk installasjon. I kategori 2 er det svært små forskjeller i kvalitet. Tilbudene fra Babcock SAA scores litt høyere på krav til luftfartøy, mens Lufttransports tilbud A scores høyest på krav til medisinsk innredning. Alle tilbud scores likt på krav til kompetanse. Lufttransports tilbud scorer høyest på alle andre øvrige krav, bortsett fra krav til godkjenninger, der Babcock SAA scorer høyest fordi selskapet tilbyr egen godkjenning for design og produksjon av flydeler (DOA/POA). Babcock SAAs tilbud på beredskap scorer lavest, særlig tilbud 1, fordi selskapet tilbyr færre piloter og færre reservefly. (...)

Tildelingskriterium Pris

(...) Totalsum til evaluering viser prisdifferanse fordelt over seks år. Det valgte tilbudet er best på pris. Det skiller ca. 101 MNOK (ca. 17 MNOK årlig) mellom Babcock SAA tilbud 1 og tilbud 2. Mellom Babcock SAA tilbud 1 og Lufttransport tilbud A skiller det over 284 MNOK (ca. 47 MNOK årlig). Dette utgjør en differanse på 11 %. Babcock SAAs tilbud 1 er det økonomisk mest fordelaktige tilbudet. Tilbudet er best på pris. Det vinnende tilbudet er rangert som nr. fire på kvalitet. Dette skyldes primært at tilbudt beredskap er lavest med færre piloter og færre reservefly enn konkurrerende tilbud. Den prismessige fordelene mer enn oppveier den reduserte kvaliteten. Etter en samlet vurdering av de angitte tildelingskriteriene i henhold til den fastsatte vektingen er tilbud 1 til Babcock SAA rangert som nr. 1.»

5.6 Kontrakt

Kontrakten er ment å bidra til å heve kvaliteten på tjenesten. Det er nye kortbanefly på alle baser. Disse flyene har bedre og mer moderne navigasjons- og sikkerhetsutstyr samt forbedret rekkevidde i kaldt vær. De nye flyene har en medisinsk innretning som gir mulighet for mer spesialisert behandling. Kontrakten omfatter også et mellomstort jetfly stasjonert på Gardermoen, som erstattet et propellfly under forrige kontrakt. Jetflyet kan nå Svalbard og Nord-Norge med mye utstyr og flere leger og sykepleiere om bord. Kontrakten forutsetter også en besetning i bakvakt som kan hentes inn ved sykdom og fravær. Dette er nytt og vil gi tjenesten økt tilgjengelighet og bedre beredskap.

5.7 Forberedelses- og mottaksprosjekt (2017 – 2019)

Babcock utarbeidet en detaljert framdriftsplan, som skulle sikre en sømløs overgang til den nye kontrakten. Selskapet skulle ha en prosjektleder i full stilling for å sikre dette arbeidet. LAT etablerte et mottaksprosjekt med en dedikert prosjektleder. Det ble også etablert et samarbeidsorgan med representanter for de viktigste interessentene. Samtidig ble det forutsatt at forrige operatør, Lufttransport fortsatte sin tjeneste uten forstyrrelser de siste to årene av sin kontrakt. Lufttransport og Babcock inngikk i desember 2017 en SLA avtale hvor begge parter skulle tilpasse seg og etterstrebe at leveransen til LAT ikke ble skadelidende i prosessen med bytte av operatør.

6 Ustabilitet i tjenesten før og etter operatørbyttet 1. juli 2019

6.1 Våren 2018

Blant annet mangel på piloter ga en redusert beredskap i perioden mars til august 2018. Tabellen nedenfor viser krav til beredskap (%) og faktisk leveranse (%).

Tilgjengelighet innenfor leverandørs kontroll for perioden mars tom. august 2018										
	Alta	Alta (dagfly)	Bodø	Brønnøy	Oslo	Oslo (dagfly)	Kirkenes	Tromsø	Vigra	Total
Krav	100	90	95	95	95	95	95	95	95	
Mars	95.08	54.47	93.03	91.39	92.81	95	84.83	94.9	97.5	90.61
April	94.64	75.3	93.26	83.69	82.27	91.52	69.21	91.44	95.89	86.67
Mai	86.2	69.13	98.57	81.99	93.75	78.95	84.7	92.13	95.58	88.75
Juni	91.09	87.05	96.5	97.74	97.01	86	89.19	86.89	83.13	91.15
Juli	94.32	65.93	94.91	97.48	98.7	97	94.32	88.65	98.94	93.67
August	96.12	93.65	95.13	96.3	96.51	93.48	95.12	95.58	96.53	95.66

Våren 2018 var det forhandlinger mellom Norsk Flygerforbund og Babcock om tariffavtale for pilotene.

Norsk Flygerforbund ønsket i utgangspunktet en virksomhetsoverdragelse der alle pilotene kunne bli ansatt i Babcock på samme vilkår som de hadde i Lufttransport. Partene kom ikke til enighet om ny tariffavtale, og forhandlingene brøt sammen fredag 27. april 2018. Alle ambulansfly gikk av beredskap fredag 27. april 2018 kl. 16.30, foruten Brønnøysund og Gardermoen II (dagfly) som gjennomførte sine påbegynte oppdrag. Beslutningen om å sette alle flyene (evt. operasjonen) på bakken ble tatt av flygersjef i Lufttransport. Deres vurdering var at flysikkerheten var truet av det faktum at deres personell ikke var skikket til å fly på grunn av stress og frustrasjon. Ved bytte av flybesetning på lørdag 28 april ettermiddag var samtlige baser på beredskap, med unntak av Tromsø som hadde meldt seg «unfit» for nattevakten.

En rekke tiltak ble iverksatt, bl.a. to bemannede helikoptre fra Forsvaret i Finnmark, innleie av et ekstra fly fra framtidig leverandør Babcock og daglig rapportering. Bemanningen på AMK-sentralen og flykoordinerings-sentralen i Tromsø ble styrket. Det ble også satt inn tiltak for å styrke den akuttmedisinske beredskapen lokalt og den øvrige ambulansetjenesten.

Risikoanalyser gjennomført i etterkant av at ambulansflyene gikk av beredskap 27. april 2018 synliggjør to forhold som er knyttet til stor risiko; mange flygere slutter og oppdragsgiver iverksetter økonomiske sanksjoner.

9. mai 2018 sendte Babcock et nytt tilbud til Norsk Flygerforbund, der samtlige flygere i Lufttransport fikk tilbud om jobb i selskapet som et ledd i å få i gang forhandlingene igjen. Forhandlingene mellom partene ble gjenopptatt 28. mai. 20. juni 2018 ble det enighet om en tariffavtale. Samtlige ambulansflypiloter som jobbet hos daværende operatør Lufttransport, ble tilbudt jobb i Babcock. Avtalen sikret at pilotene fikk beholde sine stillinger som kaptein eller styrmann og arbeidssted ved samme base som de hadde hatt hos Lufttransport. Det var også enighet om lønn og andre betingelser.

6.2 Oktober 2018

I LATs styresak datert 24. oktober 2018 ¹¹ går det fram at Lufttransport i oktober 2018 leverte tilnærmet normal beredskap. Det ble påpekt at dersom et større antall piloter valgte å slutte i selskapet og gå ut av turnus før avslutningen av avtalen, ville dette kunne medført at selskapet ikke hadde tilstrekkelig personell til å dekke vakter. Det er også referatført at selskapet er sårbart dersom et større antall piloter skulle bli syke og ikke kunne stille på vakt.

6.3 Mars 2019

Pilotene fra Lufttransport krevde i mars 2019 virksomhetsoverdragelse for alle piloter. LAT og Babcock ønsket i utgangspunktet å få til en gradvis overgang mellom operatørene, ved at ny operatør skulle overta én og én base i tiden før 1. juli 2019. Hensikten var å gjøre prosessen så smidig som mulig og å redusere risiko knyttet til overgangen. I referat fra styremøtet i LAT 13.3.2019, går det fram at ledelsen i Lufttransport opplyste at det var en krevende periode med mye uro hos pilotene, men at de hadde stor tro på at de kunne levere avtalt beredskap frem til avslutning av avtalen. Selskapet ble bedt om tilbakemelding på eventuelle ekstra ressurser etter 1.7.2019 og det ble diskutert mulig overtakelse av basen Alta og Kirkenes på et tidligere tidspunkt. Dette var ledelsen i Lufttransport positive til, men det ble antatt at det ville bli vanskelig å få pilotene med på dette.

I LATs styremøte 1. april 2019, styresak 38-2019 pkt 2.e) går det fram at Lufttransport i et fellesmøte mellom ledelsen i Babcock, Lufttransport og LAT¹ 18. mars 2019 beskrev en svært dårlig stemning i pilotkorpset. Lufttransport gav uttrykk for at Babcock måtte forsøke å bedre forholdet mellom Babcock og pilotene. Lufttransport mente derfor at det var umulig på dette stadiet å diskutere løsninger som innebærer at Babcock overtok basene før 1.7.2019. Lufttransport var avhengig av velvillige piloter og ville ikke utøve noe press overfor disse. Selskapet er bl.a. avhengig av ca. 100 fridagssalg ut kontraktperioden. Babcock fremmet sitt behov knyttet til adgang til basene for bl. a. revisjoner, HMS gjennomganger, mm. Dette var forhold som måtte på plass for å få nødvendige godkjenninger fra Luftfartstilsynet for å kunne operere ut fra sine baser.

Styremøte i LAT 29. mars 2019 inneholder en evaluering av den trening som er gjennomført av Babcock for i alt 22 piloter. Konklusjonen i evalueringen er at Lufttransport ikke ville delta på trening med Babcock før «de avvik vi dokumenterer er korrigert». I tillegg underkjente Lufttransports flygerforening, støttet av Norsk flygerforbund, treningen som ble gjennomført for 22 piloter, og krevde at treningen måtte gjennomføres på nytt. Styret understreker at Babcock har ansvar for trening av piloter. Styret peker videre på at Luftfartstilsynet har godkjent Babcock sitt treningsprogram. I tillegg er styret informert om at tilsynet har gjennomført en inspeksjon av treningen som er gjennomført uten merknader. Trening av piloter ansees som en viktig faktor for å redusere risiko for at Babcock ikke ville ha tilstrekkelig med personell til å overta operativ drift fra 1.7.2019 med full beredskap. Lufttransports flygerforening og Norsk flygerforbund trakk senere sin vurdering og anerkjente at det er Luftfartstilsynet som kan godkjenne/underkjenne treningsopplegget.

¹¹ Styresak 77-2018 24. oktober 2018 Beredskapssituasjonen ambulansefly

6.4 Operatørbyttet 1. juli 2019 - tilgjengelighetsdata for ambulanseflytjenesten etter oppstart ny kontrakt

I kontraktperioden fram til 1. juli 2019, hadde tilgjengeligheten ved ordinær drift i ambulanseflytjenesten vært på ca. 95 % i snitt.

Tabellen under viser grad av ustabilitet i Babcocks beredskap gjennom tilgjengelighetstall etter operatørbyttet for ambulanseflyene 1.7. – 25.11.2019.

Base	Juli	August	September	Oktober	November	Totalt
Kirkenes	63,00 %	81,65 %	90,79 %	88,93 %	85,42 %	81,76 %
Alta 1	89,99 %	96,14 %	89,81 %	86,13 %	91,86 %	90,75 %
Alta 2	43,82 %	90,21 %	82,44 %	85,42 %	87,42 %	77,40 %
Tromsø	76,47 %	88,15 %	93,52 %	90,84 %	92,74 %	88,13 %
Bodø	37,57 %	94,60 %	91,34 %	88,51 %	92,90 %	80,43 %
Brønnøysund	60,88 %	88,99 %	91,28 %	93,62 %	92,97 %	85,21 %
Gardermoen 1	95,00 %	99,40 %	99,25 %	98,54 %	97,92 %	98,02 %
Gardermoen 2	51,15 %	67,15 %	82,76 %	100,00 %	73,34 %	74,89 %
Ålesund	85,50 %	93,88 %	86,55 %	87,43 %	98,79 %	90,12 %
Totalt	69,86 %	90,70 %	90,82 %	90,65 %	92,06 %	86,57 %

Tabellen under viser tilgjengelighetsleveransen for ambulanseflytjenesten 1. halvår etter oppstart ny kontrakt i hhv **2009 og 2019**. Tilleggsressursene som ble satt inn i 2019 av Babcock og LAT, fremkommer i egne linjer.

TILGJENGELIGHET 2009/2019														
	JULI		AUGUST		SEPTEMBER		OKTOBER		NOVEMBER		DESEMBER		TOTALT 2. HALVÅR	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019
Innenfor operatørs ansvar	95,31 %	69,86 %	95,54 %	90,70 %	93,61 %	90,82 %	93,63 %	90,65 %	92,58 %	91,56 %	92,23 %	90,33 %	93,82 %	87,27 %
Inkl ekstraressurser operatør		80,03 %		91,10 %		90,90 %		90,65 %		93,28 %		95,57 %		90,23 %
Samlet	89,86 %	68,38 %	92,60 %	88,53 %	92,36 %	87,66 %	89,99 %	88,27 %	89,08 %	89,14 %	89,78 %	87,82 %	90,61 %	84,92 %
Samlet inkl ekstra flyressurser operatør		78,55 %		88,93 %		87,73 %				90,86 %		93,06 %		87,88 %
Samlet inkl ekstra flyressurser LAT HF		85,59 %										97,85 %		89,87 %
Samlet inkl Bell og ekstra flyressurser		96,60 %		89,75 %						96,88 %		110,67 %		95,00 %

I intervju blir det påpekt at etter oppstartsproblemene de første månedene av kontraktperioden så har Babcock vist god stabilitet i beredskapen.

Tilgjengelighetsprosent 2020 innenfor leverandørens kontroll						
BASE	1.kvartal	2.kvartal	1.halvår	3.kvartal	4.kvartal ¹	2.halvår ²
Kirkenes	93,65	96,73	95,19	98,23	97,01	97,92
Alta 1	97,44	98,08	97,76	97,74	95,16	97,09
Alta 2	90,19	96,56	95,58	96,95	98,28	97,29
Tromsø	94,54	97,61	96,08	97,83	93,90	96,84
Bodø	95,86	98,58	97,22	98,37	96,31	97,85
Brønnøysund	92,32	99,30	95,81	96,46	96,67	96,51
Gardermoen 1	96,47	98,56	97,51	97,19	94,42	96,49
Gardermoen 2	95,97	98,23	97,05	98,73	94,80	97,74
Ålesund	97,18	97,78	97,48	98,65	98,64	98,65
Totalt	95,33	98,00	96,66	97,77	96,11	97,35

6.5 Operatørbytte 1. juli 2019

1. juli 2019 var kun 30 piloter trent, under en tredel av pilotkorpset. Omfattende trening måtte derfor foregå den første tiden etter operatørbyttet. Denne treningen ble gjennomført ved hvert vaktbytte de første par ukene. Dette medførte at ambulansfly i perioder ikke var i beredskap. Det var derfor behov for å sette inn kompensierende tiltak for å opprettholde tilfredsstillende beredskapsnivå på tjenesten. Pilotene som skulle fly det nye jettflyet, var ferdig trent da operatørbyttet fant sted.

I juli måned 2019 var tilgjengeligheten for de ordinære ambulansflyene på 69,86 %. Den totale tilgjengeligheten med innleide fly og Forsvarets helikopter er beregnet til 98,19 prosent. Til sammenligning var tilgjengeligheten av ambulansfly i snitt 93,55 % for hele 2018 og 95,97 % første halvår 2019. Avtalen har ikke krav til prosentvis tilgjengelighet (som en hadde i forrige kontrakt der 95 % kvartalsvis tilgjengelighet var det generelle kravet). I ny kontrakt for ambulansflytjenester er det lagt inn krav til beredskap og tilgjengelighet tilsvarende ambulans- helikoptertjenesten i over ti år. Dette systemet blir opplyst å gi høy regularitet og samtidig ivareta flysikkerheten på en god måte. Babcock har flere piloter ansatt enn det tidligere leverandør hadde, men videreføring av tidligere arbeidsavtaler innebærer overtallighet ved noen baser og mangler ved andre.

I de første månedene etter operatørbyttet dukket det opp et teknisk problem knyttet til de nye flyenes navigasjonssystemer. Denne feilen medførte alene at man mistet om lag 600 timer ambulansfly- beredskap i perioden august til oktober 2019. Feilen ble etter hvert løst sammen med produsenten. Beredskapsnivået som Babcock leverte, var ikke i samsvar med den kontrakten som var inngått med selskapet.

6.6 Oktober 2019

I oktober fortsatte mangelen på piloter. I sitt tilbud hadde Babcock forpliktet seg til å etablere en ordning med fire piloter på bakvakt 24 timer i døgnet, tilgjengelig for å kunne gå inn i vakter ved alle landets baser 365 dager i året. Pilotene skal kunne aktiveres innen 60 minutter og kunne nå enhver base innen 4 timer. Ordningen blir i intervju opplyst å ikke ha fungert etter hensikten. Babcock ga alle pilotene i Lufttransport tilbud om fortsatt jobb i ambulansflytjenesten. I de nye arbeidsavtalene fikk de fleste pilotene beholde arbeidssted med fast base. På Gardermoen ble et propellfly byttet med et jettfly i den nye kontrakten.

Jetflyet krever en

annen kompetanse hos pilotene, og var derfor satt opp med et nytt mannskap ved oppstart. Dette førte til

at en for stor andel av kortbanepilotene kontraktsmessig var knyttet til basen på Gardermoen. Det var syv piloter

mer enn behovet på Gardermoen, samtidig som basene i Kirkenes, Brønnøysund og Alta manglet syv piloter. Etter hvert så man også at det var utfordringer knyttet til å dekke opp vaktplanene på enkelte baser i Nord-Norge. Dette må ses i sammenheng med avtalen operatøren hadde med pilotene om basetilhørighet. En endring i dette krevde framforhandling av en ny tariffavtale mellom Babcock og Luftambulansetjenestens flygerforening. Forhandlingene om ny tariffavtale startet 16. oktober, men ble brutt dagen etter. Parallelt

med dette gjennomførte Babcock bl.a. nyrekruttering av piloter.

6.7 November 2019

Den 7. november ble forhandlingene mellom partene gjenopptatt, og 8. november ble det kjent at det hadde blitt forhandlet fram en ny tariffavtale mellom Babcock og Luftambulansetjenestens flygerforening, under forutsetning av godkjenning i en uravstemning. Avtalen ble godkjent av og iverksatt 1. desember. Med den nye avtalen ble det etablert en løsning for bedre disponering av pilotene mellom Østlandet og Nord-Norge, samt enighet om endringer som vil sørge for at stand by-pilotene raskere kan komme seg til baser hvor det er sykdom eller andre forfall.

6.8 Desember 2019

I begynnelsen av desember oppsto en ny teknisk utfordring med konsekvenser for beredskapen og Babcock valgte av hensyn til flysikkerheten å sette fem av sine fly på bakken. Årsaken til dette var et teknisk problem som gjaldt samspillet mellom motor og propell, og som medførte korte vridninger av flyet under innflygning, Det ble samtidig besluttet at sikkerhetsmarginene på de øvrige flyene skulle høynes, noe som innebar at flyene fikk strengere restriksjoner for hvilket vær de kunne fly i.

7 Vurdering

Anskaffelsen ble gjennomført i regi av Luftambulansetjenesten HF (LAT). Anskaffelsens egenart, kompleksitet, tidsperspektiv fra valg av leverandør til operatørbyttet (to år) og strategiske valg for å sikre reell konkurranse, medførte økt risiko for manglende stabilitet i tjenesten før og etter operatørbyttet. Anskaffelsen fremstår faglig krevende og omfattende med risiko for manglende måloppnåelse. Det var totalt 367 krav i konkurransegrunnlaget, hvorav 272 var obligatoriske krav. Tilbudene ble rangert etter de resterende 95 kravene samt pris. Tildelingskriteriene innebar at kvalitet ble vektet 60 % og pris ble vektet 40 %. Det var to leverandører som fikk sine tilbud evaluert, eksisterende operatør Lufttransport FW AS (Lufttransport) og Babcock Scandinavian Air Ambulance AB (Babcock). Det som ble utslagsgivende for valg av leverandør, var at Lufttransport AS lå betydelig høyere i pris enn Babcock.

Undersøkelsen viser at LAT gjennomførte en grundig anskaffelsesprosess. Anskaffelsen fulgte en metodikk som har vært benyttet tidligere i sammenlignbare anskaffelser og det ble utarbeidet en detaljert tidsplan for anskaffelsesprosessen samt prosjektplan som angir konkrete mål og suksesskriterier for anskaffelsesprosjektet. Anskaffelsesprosjektet er gjennomført i samsvar med disse planene og den anskaffelsesstrategi som ble vedtatt for anskaffelsen. Det ble etablert en prosjektgruppe og en styringsgruppe for anskaffelsen. Anskaffelsesprosjektet ble i all hovedsak tilført tilstrekkelige ressurser, og det er ikke indikasjoner på at manglende kapasitet eller kompetanse har hatt vesentlig negativ effekt på kvaliteten av konkurranse gjennomføringen. Anskaffelsesprosessen er godt dokumentert og det er transparens når det gjelder vesentlige beslutninger som er fattet i løpet av anskaffelsen.

Undersøkelsen viser at beredskapsutfordringene som oppstod før og etter operatørbytte, skyldes forhold som i stor grad er vanskelig å regulere gjennom en anskaffelsesprosess hvor det forutsettes at kontrakter skal etterleves.

LAT valgte i konkurransegrunnlaget ikke å kreve virksomhetsoverdragelse dersom ny operatør ble tildelt oppdraget. Dette valget har hatt en negativ effekt som har skapt uro i pilotkorpset på grunn av problemstillinger knyttet til lønn, pensjon, ansiennitet og plassering av arbeidsplass. Et scenario der pilotene ikke går over til ny operatør medfører blant annet risiko for å miste verdifull og kritisk kompetanse og erfaring. Det registreres at LAT i spørsmålet om virksomhetsoverdragelse i hovedsak har bygget sin vurdering på utredning gjort om temaet i forbindelse med helikopteranskaffelsen. I arbeidet med ambulanseflyanskaffelsen fikk LAT muntlige råd fra eksterne jurister om at det var juridisk risiko knyttet til å kreve virksomhetsoverdragelse/ overføring av personell på like eller bedre betingelser av to grunner:

- For det første at det ikke var mulig å si sikkert om virksomhetsoverdragelse ville utløses etter arbeidsmiljøloven kap.16 før etter kontraktsinngåelse og faktisk kunnskap om hvordan ny operatør velger å løse oppdraget.

- For det andre var det usikkerhet knyttet til om hensynet til likebehandling og reell konkurranse ville bli godt nok ivarettatt dersom en likevel satte krav om virksomhetsoverdragelse eller overføring av personell på like eller bedre betingelser. Dette er viktig både i forhold til Lov om offentlige anskaffelser og EØS-retten.

I intervjuer opplyser representanter for anskaffelsesprosjektet at hensynet til å sikre reell konkurranse var et viktig moment når det ble valgt å ikke innta krav om virksomhetsoverdragelse som en del av konkurransegrunnlaget.

Det kan ikke, ut fra fremlagt dokumentasjon, ses at det i strategifasen ble beskrevet og vurdert et helhetlig risikobilde relatert til å kreve eller ikke kreve virksomhetsoverdragelse. I strategidokumentet risikovurderte LAT problemstillinger bl. a. knyttet til eventuelle arbeidskonflikter som kunne oppstå som en konsekvens av konkurranseutsettingen. Et risikoreduserende tiltak som ble drøftet i denne sammenheng var å tildele kontrakt til to leverandører. Det ble tatt et valg om at kun en leverandør ble tildelt kontrakt. Dette var begrunnet med forhold knyttet til praktisk avvikling av tjenesten og at to leverandører ville bli ikke uvesentlig dyrere.

Konsekvensen av valgt strategi når det gjeldt virksomhetsoverdragelse ble at LAT anskaffet et flyselskap de facto uten piloter før oppbemanning startet i samsvar med plan fremlagt i Babcocks tilbud. LAT påpekte i et informasjonsskriv i juni 2018 at det, blant mange høringsparter, kun var Norsk Flygerforbund, LO og Legeforeningen som omtalte temaer relatert til virksomhetsoverdragelse i sine høringsinnspill forut for anskaffelsen.

Det er i oppdragsgivers interesse å forbygge at operatører ved et skifte ikke kommer i en situasjon hvor utenforliggende dynamikk i anskaffelsen vanskeliggjør kontraktsoppfyllelse for partene. Det registreres at det i forbindelse med mottaksprosjektet ble gjennomført et omfattende og systematisk risikoarbeid med ulike scenarioer etter hvert som ustabiliteten i tjenesten oppsto. Evalueringsgruppen i Helse Vest RHF mener at risiko knyttet til følger av valg om virksomhetsoverdragelse som ble tatt i strategifasen, kunne vært bedre utredet i en risikokontekst.

LAT har gjennom krav til leverandørene og mottaksprosjektet redusert risiko for manglende måloppnåelse og kontraktsetterlevelse. Anskaffelsen er innrettet med omfattende krav og oppfølging fra LATs side i mottaksprosjektet for å forhindre manglende kontraktsetterlevelse. I tillegg ble det fra LATs side iverksatt en ikke ubetydelig beredskap av eksterne leverandører/samarbeidspartnere for å sikre at tjenesten ikke brøt sammen i forbindelse med operatørbyttet 1. juli 2019.

Gjennomgangen viser at manglende samarbeid mellom forrige operatør Lufttransport og Babcock før operatørskiftet, har hatt negativ innvirkning på stabiliteten. Lufttransport og Babcock inngikk en SLA avtale hvor begge parter skulle tilpasse seg og etterstrebe at leveransen til LAT ikke ble skadelidende i prosessen med bytte av operatør.

Dokumentasjonen viser at LAT har påpekt at Lufttransport ikke har lagt til rette for samarbeid i samsvar med kontrakten som gjaldt fram til bytte av operatør 1.juli 2019. Dette har spesielt hatt påvirkning på muligheten til opplæring og utsjekk av piloter. På den annen side fører

Babcocks ansettelse av piloter fra forrige leverandør til store utfordringer når de samme mannskapene både skulle utføre tjeneste for forrige leverandør og samtidig sikres opplæring og utsjekk på ny operatørs flyflåte. Dette forholdet førte til ustabilitet både før og etter operatørbyttet 1. juli 2019. Samtidig var det åpenbart en vanskelig situasjon for forrige operatør å både gjennomføre operasjoner med gradvis synkende pilotmengde og samtidig ivareta operative kontraktsfestede krav. Dette var også, slik evalueringsgruppen i Helse Vest RHF forstår det, en av grunnene til at avtroppende leverandør ikke klarte/ønsket å samarbeide om operatørskiftet i samsvar med kontraktskrav. Det forhold at en operatør skal levere tjenester i samsvar med kontrakt samtidig som selskapet skal bidra inn i opplæring med de samme mannskapene kan være utfordrende.

Undersøkelsen viser også at gjeldende arbeidsavtaler reduserte mulighetene til å plassere piloter etter behov når det gjaldt overtallige piloter stasjonært på Gardermoen i forbindelse med innfasing av jetfly.

En svakhet i kontrakten med tidligere leverandør var at kontrakten forutsatte operatørbytte på samtlige baser på samme helgedag i fellesferien, noe som økte sårbarheten knyttet til operatørbyttet 1. juli 2019. Evalueringen viser at Babcock var villig til å overta flere baser før 1. juli 2019 for å redusere risikoen ved operatørbytte, men at partene ikke kom til enighet om en slik løsning med daværende operatør.

Forhold knyttet til pilotmangel ligger i utgangspunktet utenfor LATs ansvar og kontroll. Leverandør skal levere en tjeneste og beredskap i samsvar med kontrakt. Krav om forsvarlig bemanning og beredskapsnivå er kontraktstyrt og dermed i utgangspunktet operatørs ansvar.

Gjennomgangen viser at LAT før under og etter operatørbyttet er prisgitt leverandør som må håndtere utfordringer i forbindelse med avvikling av kontrakten og ny operatør som skal bygge opp et pilotkorps med over 90 piloter. LAT kommer dermed i et kontraktsforhold hvor det er risiko for manglende stabilitet både hos avtroppende og påtroppende leverandør. I intervju gjennomført av Deloitte blir det påpekt at det er krevende å etablere alternativ operativ kapasitet dersom en eller begge leverandørene av ulike grunner ikke klarer å levere i samsvar med kontrakt før og/eller etter operatørskifte. Beredskap i kontrakten er dimensjonert ut fra en normal situasjon hvor alt fungerer i samsvar med kontraktens intensjon.

Nye fly og instrumenter har medført flere tekniske utfordringer som på kort sikt har medført redusert stabilitet i tjenesten. Dette er problemer som LAT forventet i tråd med ambisjoner om å fornye maskinparken, oppgradere navigasjonsutstyr, mm. LAT hadde etablert ekstra beredskap for å håndtere disse utfordringene, men de tekniske problemene ble større enn det LAT og ny operatør hadde estimert.

Anskaffelsesprosessen

Anskaffelsesprosessen er regulert i regelverk og interne styrende dokumenter herunder *plan for gjennomføring av anskaffelser LAT*. Prosjektet er organisert med styringsgruppe og prosjektgruppe. Det er også stilt til disposisjon anskaffelsesfaglig og juridisk kompetanse fra

HINAS (nå Sykehusinnkjøp HF) samt fra eksternt advokatkontor. Undersøkelsen viser at LAT gjennomførte en grundig anskaffelsesprosess. Anskaffelsesprosjektet er gjennomført i samsvar med LATs etablerte anskaffelsesmetodikk, prosjektplaner og den anskaffelsesstrategien som ble vedtatt for anskaffelsen.

Gjennomgang av anskaffelsesprosessen viser at personell med relevant kompetanse i hovedsak har blitt tilstrekkelig involvert i anskaffelsesprosessen, men at det var et potensial for større involvering av personell med spisskompetanse på flytekniske tema.

Anskaffelsesprosessen er godt dokumentert og det er transparens når det gjelder vesentlige beslutninger som er fattet i løpet av anskaffelsen.

Dokumentasjonen synliggjør samtidig forbedringspotensial i anskaffelsesprosessen, blant annet når det gjelder (tid til) forankring av anskaffelsesstrategi og kvalitetssikring av kravspesifikasjonen.

Oppstart, organisering og strategifasen

I utgangspunktet har det vært tilstrekkelige forberedelser og tilrettelegging for gjennomføring av anskaffelsen. Det foreligger tilstrekkelig skriftlig behovsbeskrivelse/-vurdering i tilknytning til anskaffelsen. Det er utarbeidet en tilfredsstillende anskaffelsesstrategi med bred relevant involvering. Undersøkelsen viser at anskaffelsesprosjektet selv har identifisert potensial for bedre prosesser for å forankre anskaffelsesprosessen og anskaffelsesstrategien. Det var ikke optimalt at anskaffelsesstrategien ble endret rett før utlysning, men undersøkelsen indikerer at dette ikke har hatt stor betydning på kvaliteten av konkurransegjennomføringen. Endelig vedtatt strategi er etter evalueringsgruppens mening etterlevd.

Organisering, styrings- og beslutningsprosesser

Anskaffelsesprosessen har hatt tilfredsstillende organisering, styrings- og beslutningsprosesser. Det er utarbeidet styringsdokumenter som beskriver rammene for gjennomføring av anskaffelsen mht. blant annet ansvar, roller, oppgaver, milepæler, beslutningsprosesser, kvalitetssikringsprosesser, m.v. som er fulgt i gjennomføringen. Viktige dokumenter og beslutningsunderlag er utarbeidet/kvalitetssikret/godkjent på rett kompetansenivå. Som påpekt over er det uheldig at kritiske styringssignaler kommer for sent i anskaffelsesprosessen og endrer den strategi som var godkjent som grunnlag for utarbeidelse av konkurransegrunnlaget.

Utarbeidelse, kvalitetssikring og godkjenning av konkurransedokumentene

Det er ikke identifisert forhold som indikerer mangelfulle prosesser for utarbeidelse, kvalitetssikring og godkjenning av konkurransedokumentene. Konkurransedokumentene framstår i hovedsak tilstrekkelig kvalitetssikret både av anskaffelsesfaglig personell, juridisk personell og personell med kompetanse på luftambulansetjenesten. Det er konsistens mellom behovsbeskrivelser, beslutningsunderlag i forberedelsesfasene, risikovurderinger, vedtatt anskaffelsesstrategi og innholdet i endelige konkurranse-dokumenter.

Konkurransedokumentene ivaretar kjente risikoforhold forbundet med leveransene som anskaffelsen skal dekke. Det er ikke fremlagt dokumentasjon som viser at det er gjennomført en overordnet strukturert risikokartlegging og -vurdering utover tekst i strategidokumentet og innsendte bidrag fra interessenter. Undersøkelsen synliggjør også at det var et potensial for at kravspesifikasjonen i større grad ble kvalitetssikret i et kostnadsperspektiv. Videre fremkommer det at det var enkelte unøyaktigheter i kravspesifikasjonen som ble korrigert basert på innspill fra leverandører.

Konkurransedokumentene sikrer at tilbydere skal dokumentere oppdragsforståelse, driftsforutsetninger, m.v. på en måte som gir oppdragsgiver sikkerhet for at tilbyder er i stand til å dekke oppdragsgivers behov.

Kvalifikasjonskriterier og tildelingskriteriene (inkludert vekting) fremstår gjennomgående som hensiktsmessige sammenlignet med oppdragsgivers mål og risikobilde for konkurransen, og det har vært tilstrekkelige vurderinger og beslutningsprosesser knyttet til fastsettelse av kriteriene.

Gjennomføring og kvalitetssikring av tilbudsevalueringen

Evalueringen viser at LAT har etablert tilfredsstillende verktøy, organisering og prosesser for gjennomføring og kvalitetssikring av tilbudsevalueringen. Prosessen er transparent gjennom dokumentasjon av evalueringsmodell, forhandlingsprosess og evalueringsresultater. Ressurser fra Sykehusinnkjøp hadde involvering i alle evalueringsgruppene for å påse at resultatene ble fastsatt basert på objektive kriterier.

8 Læringspunkter fra evalueringen

Oppsummert angir rapporten følgende hovedpunkter for læring i forbindelse med evalueringen, for oppfølging av aktører med ansvar i forbindelse med kommende anskaffelser av luftambulansetjenester:

- Utfordringer og muligheter forbundet med konkurranseutsetting av luftambulansetjenester må utredes i god tid før neste anskaffelse skal skje.
- Alle aktørers roller og ansvar må tydeliggjøres i planleggingen av anskaffelsesprosessen. Dette gjelder også eiere og styret for Luftambulansetjenesten HF. Rollen som styringsgruppe bør holdes adskilt fra styrets ansvar. Styringsgruppe for anskaffelsen bør settes sammen basert på kompetansekriterier.
- Tidsplan for anskaffelsesprosessen må fastlegges så tidlig som mulig. Det må sikres nødvendig tid for forankring av anskaffelsesstrategi og kvalitetssikring og slutføring av kravspesifikasjon.
- Strategiske valg og konsekvenser av kravspesifikasjon skal belyses og kvalitetssikres kostnadmessig.
- Anskaffelsens kompleksitet må reflekteres i helhetlige risikovurderinger gjennom alle faser, fra strategiutforming til implementering av ny leverandør. Risikovurderinger forankres i styringsgruppen og forelegges styret for luftambulansetjenesten HF og eierne.
- Følgene av valg med hensyn til om det skal legges til grunn virksomhetsoverdragelse eller ikke i forbindelse med anskaffelsen må utredes grundig i en risikokontekst i

strategifasen av anskaffelsen. Herunder må risiko for å miste verdifull og kritisk kompetanse og erfaring vurderes særskilt.

- Alle juridiske vurderinger skal dokumenteres skriftlig.
- Kontraktsutforming må søke å forbygge at operatører ved et skifte ikke kommer i en situasjon hvor utenforliggende forhold vanskeliggjør kontraktsoppfyllelse for partene.
- Anskaffelsesdokumentene (kontrakten) må underbygge forutsetningen om samarbeid mellom avtroppende og påtroppende leverandør. Det må videre legges vekt på incitament og/eller sanksjonsmuligheter for avtroppende og ny leverandør ved overføring av oppgaver, spesielt for samfunnskritiske funksjoner, herunder opplæring/overgang av personell.
- Ved operatørbytte må det legges til rette for gradvis utfasing/innfasing av ny operatør gjennom en lenger periode.
- Flere leverandører av tjenestene ville kunne virke risikoreduserende. Den vedtatte base- og flystruktur bør vurderes slik at tilbud kan inngis for en tjeneste med flere leverandører.

Vedlegg: Innspill fra RHF-ene med kommentarer fra evalueringsgruppen