

Strategisk plan for Nasjonalt råd og fagnettverk for akuttmedisinske tjenester

Først publisert: 19.08.2020

Sist faglig oppdatert: 19.08.2020



Innhold

1. Innledning	3
2. Rammer og utfordringsbildet	4
3. Satsingsområder og tiltak	7
4. Mandat NRA og NFA	9

Innledning

NOU 2015:17 Først og fremst presenterte et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. En hovedutfordring som ble pekt på var en fragmentert tjeneste med behov for sterkere og bedre samarbeid og samhandling mellom aktørene. Utvalget anbefalte en tydelig nasjonal strategi for å møte utfordringene med blant annet felles planer for kommuner og helseforetak, et kvalitetsløft for bedre kompetanse, mer forskning og kvalitetsmåling, mer kunnskap om sammenheng mellom endringer i sykehusstruktur og legevakt, samt behov for større kapasitet i de prehospitale tjenestene.

På bakgrunn i forslag fra NOU 2015:17 og Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld.St.11 2015-2016), fikk Helsedirektoratet i oppdrag å etablere en struktur for samhandling og samordning av aktørene i de akuttmedisinske tjenestene fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2016.

Denne strategien retter seg mot tiltak som nasjonale helsemyndigheter, kommunene og helseforetakene kan iverksette innenfor eksisterende lover og rammeverk og bygger på utfordringsbildet og behovene på fagområdet. Strategien skal understøtte og være veiledende for det bærekraftige reformarbeidet kommuner og regionale helseforetak planlegger i perioden.

Strategien er avgrenset mot områder som er berørt i andre nasjonale strategier og satsinger som for eksempel:

- [Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022](#)
- [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#)
- [Sammen redder vi liv – Nasjonal førstehjelpsstrategi](#)
- Nasjonal anskaffelse av ny IKT-løsning til AMK-sentralene.
- Anskaffelse av EPJ i ambulansetjenesten, Helse Sør Øst.

Imidlertid vil relevante aktiviteter og tiltak fra disse programmene kunne bli innarbeidet i handlingsplanen der det er relevant og hensiktsmessig.

Rammer og utfordringsbildet

2.1

Akuttmedisinforskriften

Akuttmedisinforskriften regulerer de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.

Med akuttmedisin menes i henhold til forskriften medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått eller forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse. Med akuttmedisinsk beredskap menes planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester.

Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Forskriften skal også bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom behandlingsenhetene, til mobile enheter og til samarbeidende etater.

Det er utarbeidet flere veiledere til forskriften og den nyeste er på legevaktområdet. "Veileder for legevakt og legevaktsentral" ble publisert februar 2020.

2.2

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse og omsorgstjenesten

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten slår fast toppledelsens ansvar for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Den nye forskriften tydeliggjør hvilke oppgaver denne plikten omfatter. Forskriften utdyper også kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. For å understøtte dette arbeidet, har Helsedirektoratet utarbeidet en veileder til forskriften.

2.3

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak

2.4

Fremtidens primærhelsetjeneste

Denne meldingen viser bl.a. til at behovet for økte tjenester vil gi bærekraftutfordringer. Det pekes på sårbarheten i den akuttmedisinske beredskapen fordi flere legevaktdistrikter blir større og at mange store legevaktdistrikter kun har en lege på vakt, noe som igjen fører til at antall sykebesøk er synkende.

Meldingen ble lagt frem i 2015, samtidig med reviderte akuttmedisinforskriften. For å sikre den akuttmedisinske beredskapen, ble det i forskriften stilt flere nye krav til legevaktjenesten, bl.a. krav til minimumskompetanse for leger som skal ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt og til at alle legevaktsleger skal gjennomgå kurs i akuttmedisin og vold- og overgrepshåndtering. Dette vil kunne styrke kompetansen på legevakt, og legge til rette for at uerfarne legevaktleger får bedre veiledning. Men i distriktslegevakter med få leger, hyppige vakter og rekrutteringsproblemer, setter det krav til samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenestene og til nye modeller for organisering av tjenestene for å få til bærekraftige tjenester.

2.5

Nasjonal helse- og sykehusplan

I Nasjonal helse- og sykehusplan er akuttmedisinske tjenester omtalt som et av de viktigste områdene.

Det legges opp til en fortsettelse av dagens desentraliserte og differensierte sykehusstruktur. Vesentlige endringer i oppgavedeling mellom sykehus får stor betydning for organisering og dimensjonering av de akuttmedisinske tjenestene. Oppgavedeling mellom sykehus og ambulansetjenester må ses i sammenheng. Dersom det gjøres endringer i akuttberedskapen ved sykehus, må det samtidig vurderes om det er behov for å styrke bil-, båt- og luftambulansetjenesten for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse. I meldingen vektlegges behovet for å styrke kompetansen til analyse, forskning og utviklingsarbeid i akuttmedisinske tjenester ved å etablere et fagnettverk med utgangspunkt i eksisterende kompetansemiljøer. Samtidig er det behov for å etablere flere nasjonale retningslinjer, veiledere og standarder på det akuttmedisinske området. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommuner skal utvikles og konkretiseres, slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy.

2.6

Utviklingsplaner

I styringsdokumentene for 2017 og 2018 til de regionale helseforetakene er det stilt krav om at alle helseforetakene skal ha utviklingsplaner. Samhandling, oppgavedeling og sykehus som virker sammen i nettverk, skal være basis for utviklingsplanene. Det overordnede målet er å legge til rette for god og framtidsrettet pasientbehandling og god bruk av ressurser.

Alle de regionale helseforetakene har nå utarbeidet utviklingsplaner basert på en felles veileder. I veilederen pekes det spesielt på at ivaretagelsen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, som følge av for eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt, akuttpsykiatri, ulykker og andre akuttmedisinske situasjoner som har betydning for hele helseforetakets utvikling.

2.7

NOU 2015:17 Først og fremst

I denne utredningen presenteres et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Her drøftes hvordan den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus kan forbedres og hva som kan gjøres for å sette befolkningen i stand til å hjelpe seg selv og andre ved akutt sykdom og skade.

Akuttutvalget foreslo utvikling av nasjonale veiledere, revitalisering og videreutvikling av lovpålagte samarbeidsavtaler (tjenesteavtale 11) og etablering av et nasjonalt prehospitallt lederorgan for å sikre bedre samordning av de akuttmedisinske tjenestene. Akuttmeldingen er fulgt opp i Proposisjon 1 S til Stortinget for budsjettåret 2017.

2.8

Utfordringsbildet

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus er i endring i Norge og vi ser de samme trendene i andre land. Befolkningsvekst, lenger levealder og raskt økende andel eldre øker behovet for helsetjenester, inkludert akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

De demografiske endringene stiller oss overfor større utfordringer enn de vi har hatt de foregående tiårene. Økt ressurstilførsel alene er ikke nok til å løse utfordringene. I møte med strammere offentlige budsjetter legger regjeringen vekt på at det må stilles betydelig effektiviseringskrav til offentlig sektor. Dette foreslås gjort gjennom å prioritere strengere, bedre styring, utnytte digitaliseringens muligheter og generelle strukturendringer. En forutsetning for bærekraft i spesialisthelsetjenesten er også at primærhelsetjenesten lykkes i sitt omstillings- og utviklingsarbeid og at samhandlingen mellom kommunene og sykehusene videreutvikles.

For å sikre en bærekraftig utvikling må derfor omstillingstakten økes sammenliknet med tidligere år. Det vil være krevende å få til, og vil stille både tjenesten og det politiske systemet overfor store utfordringer.

Akuttmedisinske tjenester står i en særstilling i forhold til befolkningens opplevelser av trygghet og tilgang på gode helsetjenester når det haster med å få hjelp. Befolkningen har høye forventninger til helsetjenesten og når også behandlingsmulighetene blir flere, vil kostnadene stige i en tid hvor statens økonomiske rammer ikke øker i samme takt som før. Veksten i antall henvendelser til nødnumrene 113 og 116 117 har vært høyere enn befolkningsveksten de siste årene.

Samtidig som det skjer en sentralisering og spesialisering i spesialisthelsetjenesten er flere helsetjenester flyttet ut av sykehusene. og Ny teknologi og behandlingsformer har økt mulighetene for diagnostikk og behandling utenfor sykehus.

Satsingsområder og tiltak

3.1

Kriterier for prioritering av nasjonale tiltak

Fagnettverkets formål er å bidra til en nasjonal faglig konsensus om behandling, prioritering og/eller organisering som berører omfanget av akuttmedisinske forløp.

I arbeidet med prioritering av nasjonale aktiviteter er det utarbeidet følgende kriterier:

1. Tiltak skal bidra til at befolkningen mottar forsvarlige, likeverdige og koordinerte akuttmedisinske tjenester frem til rett behandlingssted.
2. Tiltak skal bidra til å øke kunnskap og tilgjengelighet i de akuttmedisinske tjenestene.
3. Tiltakene skal bidra til likeverdighet mellom de enkelte delene av de akuttmedisinske tjenestene.

3.2

Satsingsområder og aktiviteter

Bedre innsikt og forståelse

Innsikt, forståelse og systematisk utvikling av den akuttmedisinske kjede skal bygge relevant og pålitelig styringsinformasjon og registerdata av høy kvalitet. For å bidra til dette prioriteres følgende tiltak:

- a. Utvikle og etablere et godt kunnskapsgrunnlag for hele den akuttmedisinske kjede.
- b. Utarbeide en plan for forskning for de akuttmedisinske tjenestene, som kan gi økt kunnskap på området.
- c. Foreslå nasjonale kvalitetsindikatorer og system for oppfølging og utvikling av de akuttmedisinske tjenestene.
- d. IKT-systemer som sikrer informasjonsflyt og informasjonsdelingen i sanntid i hele pasientforløpet, uavhengig av organisasjon.

Styrke samarbeid og samhandling

Koordinerte akuttmedisinske tjenester av høy kvalitet bygges gjennom systematisk samarbeid og samhandling mellom aktørene i kommunene og de regionale helseforetakene.

For å bidra til dette prioriteres følgende tiltak:

- a. Identifisere tiltak og virkemidler som sikrer at de akuttmedisinske tjenestene er et helhetlig tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivå. (Møteplasser)

- b. Revisjon av samarbeidsavtale 11, om «omforente beredskapsplaner» og «planer for den akuttmedisinske kjede», herunder utvikle veiledningsmateriell, finansieringsordninger og metodikk for implementering.
- c. Utvikle nasjonale behandlingsforløp for utvalgte prioriterte pasientgrupper.
- d. Incentivsystemer og/eller refusjonsordninger som understøtter behandlingsforløpene.
- e. Utvikle en felles definisjon av hastegrader i den akuttmedisinske kjeden.

Kompetent og beredt

Kompetente og beredte medarbeidere skapes gjennom opplæring i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid med andre medarbeidere i den akuttmedisinske kjede.

For å bidra til dette prioriteres følgende tiltak:

- a. Utvikle nasjonal metodikk og materiell for tverrfaglig teamtrening i samhandling på tvers av forvaltningsnivåene.
- b. Utarbeide minimumskrav til opplæring av relevante grupper i akuttmedisinske tjenester.
- c. Utvikle nasjonale modeller for fagstoff, felles prosedyrer og rutiner for bruk på alle nivå i kommuner og helseforetak.

Omstilling mot bærekraft

Aktivitetsvekst, endringer i bosettingsmønsteret, endret ansvars- og oppgavedelingen, sentralisering av spesialiserte funksjoner og nye behandlingsformer, driver frem behov for omstilling og endring av arbeidsform og oppgavedeling i den akuttmedisinske kjede.

For å bidra til dette prioriteres følgende tiltak:

- a. Prøve ut nye tjenestemodeller på tvers av forvaltningsnivåene for å styrke tilbudet til pasientene.
- b. Prøve ut nye former for diagnostikk og beslutningsstøtte som kan endre behandlingsforløp og optimalisere ressursinnsats ved behov for akuttmedisinske tjenester.
- c. Videreutvikle AMK- og Legevaktsentralenes kommunikasjon med, og veiledning av befolkningen i akuttmedisinske situasjoner.

Mandat NRA og NFA

Mandat for Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester

Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester skal bidra til å initiere og koordinere prosjekter og virksomhet innen fagutvikling, evaluering, forskning, kunnskapsspredning og kvalitetsforbedring innenfor det akuttmedisinske området.

Dette kan bl.a. gjøres gjennom å:

- bidra til gjensidig informasjon om utfordringer, muligheter, oppdrag oppgaver og prosjekter i regi av Helsedirektoratet, KS, kommunene og de regionale helseforetakene innenfor akuttmedisinske området.
- være et bindeledd mellom pågående myndighetsoppdrag og prosjekter i sektoren for å bidra til informasjonsutveksling, dialog og mulighet til å drøfte utfordringer og prioriteringsbehov.
- opptre som referansegruppe for myndighetsoppdrag og prosjekter når dette er naturlig og avtalt, og bidra til god prioritering av omfang og rekkefølge.
- bidra til at forslag og tiltak som Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester eller fagnettverkstrukturen foreslår og som bør være nasjonale, tas videre til de aktuelle besluttende organene. På denne måten kan disse bidra til en nasjonal og koordinert utbredelse.
- bidra til Helsedirektoratets oppdrag om etablering, oppfølging og drift av en fagnettverkstruktur.

Sammensetning av NRA

Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester består av:

- Tre medlemmer oppnevnt av KS
- Ett medlem oppnevnt av Helse Nord RHF
- Ett medlem oppnevnt av Helse Midt RHF
- Ett medlem oppnevnt av Helse Vest RHF
- To medlemmer oppnevnt av Helse Sør-Øst RHF
- To medlemmer oppnevnt av Helsedirektoratet

Navn	Oppnevnt av
Jostein Svendsen (leder)	Helse Sør-Øst RHF
Helge Garåsen (nestleder)	KS (Trondheim kommune)
Torun Risnes	KS
Kennet Johansen	KS (Alta kommune)
Randi Spørck	Helse Nord RHF (vara for T. Elsbak)
Steinar Bjørås	Helse Midt-Norge RHF
Christel G. Meyer	Helse Sør-Øst RHF
Kandiah Panchkulasingam	Helse Vest RHF, ass. fagdirektør
Steinar Olsen	Helsedirektoratet

Mandat for Nasjonalt fagnettverk for akuttmedisinske tjenester

Nasjonale fagnettverk for akuttmedisinske tjenester skal:

- være en samarbeidsstruktur for kompetansemiljøer i både primær- og spesialisthelsetjenesten bl.a. arbeider med analyse, forskning og eller fagutvikling innenfor det akuttmedisinske området.
- bidra til oversikt over pågående aktiviteter og prosjekter, samt at erfaringer og kunnskap deles og formidlet til aktuelle mottakere.
- foreslå prioriterte områder for analyse, forskning og fagutvikling.
- gi råd om behov for normerende dokumenter innen det akuttmedisinske området og som en følge av dette anbefale hva som bør utarbeides av Helsedirektoratet og hva som bør være oppgaver for fagmiljøene eller andre aktører.

Sammensetning av NFA

Fra Spesialisthelsetjenesten:

- Et medlem oppnevnt av Helse Nord RHF
- Et medlem oppnevnt av Helse Midt RHF
- Et medlem oppnevnt av Helse Vest RHF
- Et medlem oppnevnt av Helse Sør-Øst RHF

Fra kommunehelsetjenesten:

- Fire medlemmer fra kommunehelsetjenesten

Fra nasjonale kompetanseaktører:

- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)
- Nasjonal kompetansetjeneste for prehospitalet akuttmedisin (NAKOS)
- Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume)
- Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)
- Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)
- Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE- medisin
- Teknolog og e-helse forskning (ikke oppnevnte)

Fra Helsedirektoratet:

- En representant fra Avdeling legevakt og akuttmedisin
- En representant fra Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester.

Navn	Oppnevnt av	Rolle og arbeidssted
Jesper Blinkenberg	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLm)	Leder, NKLM
Jan Erik Nilsen	Nasjonal kompetansetjeneste for prehospitalet akuttmedisin (NAKOS)	Leder, NAKOS
Torben Wisborg	Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume)	Forskningsleder NKT-Traume
Anette	Nasjonalt senter for distriktsmedisin	

Fosse	(NSDM)	Leder, NSDM
Guttorm Brattebø	Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)	Leder KoKom
Magnus Hjortdahl	KS	Allmennlege, forsker UiT
Kine Jordbakke	KS	Seljord kommune
Gry Elise Albrechtsen	KS	Prosjektleder pilot legevakt Sunnfjord og Ytre Sogn, Fagansvarlig lege Florø legevakt i Kinn kommune
Einar Bråthen	KS	Leder for samfunnshelse, kommuneoverlege Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal kommuner.
Magnus Filseth	Helse Nord RHF	UNN HF
Sindre Mellesmo	Helse Sør-Øst RHF	OUS leder Fagråd for prehospitale tjenester og akuttmottak Helse Sør-Øst
Lena Ailin Heimvik	Helse Vest RHF	Klinikkshjef for prehospital klinikk, SUS
Kjetil A. H. Karlsen	Helse Midt-Norge RHF	Klinikkshjef i Klinikk for akutt- og mottaksmedisin, St. Olavs Hospital og leder av fagnettverk for prehospitale tjenester
Steinar Olsen	Helsedirektoratet	Avdelingsdirektør avdeling legevakt og akuttmedisin
Kine Lynum	Helsedirektoratet	Seniorrådgiver, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

