

Møte 5-2024 Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Dato: 04.09.2024
Kl.slett: Hovedmøte kl 13.00 – 15.30
Sted: Digital deltakelse via Teams

SAKSLISTE

- Sak 41/24 Innkalling og dagsorden**
- Sak 42/24 Handlingsplan 2024-2026 Helsefelleskapet Troms og Ofoten**
- Sak 43/24 Regional revisjon: Trygg akuttmedisin v. 2.0**
- Sak 44/24 Rekrutterings- og samhandlingstilskudd - oppdatering**
- Sak 45/24 Plan for høy aktivitet i UNN**
- Sak 46/24 Omstilling UNN**
- Sak 47/24 Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**
- Sak 48/24 Referatsaker**
- Sak 49/24 Neste møte og kommende saker**

Sak: 41/24
Tittel: Innkalling og dagsorden
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 04.09.2024

SSUs leder David Johansen, ønsker velkommen til møte i strategisk samarbeidsutvalg. Referat fra møtet 30.05.24 er godkjent via e-postrunde. Referat fra ekstraordinært møte 24.06.24 er godkjent via e-postrunde til stemmeberettigede medlemmer. Begge referat er publisert på www.helsefellesskapet.no

Forslag til vedtak:

Innkalling og dagsorden er godkjent.

Sak: 42/24
Tittel: Handlingsplan høst 2024-vår 2026: Oppdatering og delbehandling
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: SSU-ledelsen og sekretariatet (saksbehandler: Guri Lajord)
Møtedato: 04.09.2024

Sammendrag

Handlingsplaner for helsefellesskapet skal først og fremst rettes inn mot faglig nivå, og skal inneholde konkrete tiltak som er gjennomførbare og i tråd med Ishavserklæringen. For to av satsingsområdene i erklæringen er det etablert egne faglige samarbeidsutvalg (FSU), og det avventes forslag fra de to aktuelle FSU-ene før handlingsplanen kan endelig ferdigstilles. Den delen av handlingsplanen som legges fram til behandling i dagens møte, omhandler Ishavserklæringens satsingsområde kalt «bærekraftige helsetjenester og helhetlige pasientforløp».

Bakgrunn

I Partnerskapsmøtet 18. april 2024 ble det vedtatt ny partnerskaps erklæring, Ishavserklæringen 2024-2027. I vedtaket ble det også bedt om at det skal utarbeides handlingsplaner for ett til to år av gangen basert på Ishavserklæringens tre satsingsområder, som er:

- Tettere samarbeid om sikkerhet og beredskap
- Bærekraftige helsetjenester og helhetlige pasientforløp
- Beholde og rekruttere kvalifisert helsepersonell

Handlingsplanen kan justeres årlig, og skal fornyes for perioden vår 2026-2027.

I SSU-møtet 30. mai i år var det gjennomført en innspillrunde hvor medlemmene kom med forslag til delmål og tiltak. Det ble også framsatt ønske om at handlingsplaner som utarbeides gjerne kan være mer spisset og ikke så omfattende som forrige handlingsplan. Ut fra disse innspillene fikk sekretariatet, sammen med ledelsen i SSU, i oppdrag å utarbeide forslag til en handlingsplan som operasjonaliserer helsefellesskapets aktivitet i første halvdel av Ishavserklæringens virkeperiode.

Handlingsplanen rettes inn mot faglig, utøvende nivå (nivå 3 i helsefelleskapet) i størst mulig grad. Det er av den grunn vurdert som mest riktig å involvere de faglige samarbeidsutvalgene som er oppnevnt innenfor to av satsingsområdene. FSU Beredskap og FSU rekruttering/stabilisering får derfor i oppdrag å lage forslag til delmål og tiltak til de to områdene. Innspillene fra SSU viderefremmes til FSU-ene som tar det med inn i sine vurderinger. Begge utvalgene skulle avholdt møter i månedsskiftet august/september, men har måtte utsette møtene. Innhold til de delene av handlingsplanen vil derfor ikke foreligge før senere i høst.

For satsingsområdet «bærekraftige helsetjenester og helhetlige pasientforløp» legges det fram forslag til delmål og tiltak, og SSU bes ta stilling til forslaget.

Forslag til vedtak:

1. SSU godkjenner delmål og tiltak for satsingsområdet «bærekraftige helsetjenester og helhetlige pasientforløp» i forslag til handlingsplan 2024-2026.
2. SSU ber om forslag til helhetlig handlingsplan senest november 2024 når faglige samarbeidsutvalg har utarbeidet delmål og tiltak for områdene «tettere samarbeid om sikkerhet og beredskap» og «beholde og rekruttere kvalifisert helsepersonell».

Vedlegg 1: Utkast handlingsplan for Helsefelleskapet Troms og Ofoten 2024-2026

Sak: 43/24
Tittel: Regional revisjon: Trygg akuttmedisin v. 2.0
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Regional prosjektledelse Trygg akuttmedisin (saksbehandler: Stein Gunnar Widding)
Møtedato: 04.09.2024

Sammendrag

Overgangen og prosess fra Trygg akuttmedisin v. 1.0 til regional Trygg akuttmedisin versjon v. 2.0. Prosjektet har brukt første halvdel av 2024 til å planlegge, organisere og gjennomføre en omfattende og nyskapende medisinskfaglig revisjonsprosess som omfatter alle deler av den organiserte akuttmedisinske kjede, basert på tre viktige prinsipper: demokratisk, inkluderende og evidensbasert.

Bakgrunn

Gjennom en grundig prosess og i nært samarbeid med lokale prosjektledere i regionens fire Helsefelleskap, har regional prosjektledelse innhentet representanter fra de tre hovedaktørene i den akuttmedisinske kjeden. Representanter fra primærhelsetjenesten, ambulanse- og nødmeldetjenesten og spesialisthelsetjenesten ble oppnevnt til tre ulike regionale revisjonsgrupper for akutt hjerteinfarkt, hjerneslag og sepsis.

Revisjonsgruppene har gjennomført felles videokonferanser med gode diskusjoner kombinert med detalj-oppfølging og innspill i e-postrunder mellom møtene. Den faglige, konsensus-baserte enigheten i hver revisjonsgruppe dannet så grunnlag for at regional prosjektledelse i samarbeid med lederne av de tre revisjonsgruppene, kunne fortsette samarbeidet om grafisk utforming med Lærdal Medical.

Det åpenbare fraværet av overordnede og oppdaterte regionale – og nasjonale - prosedyrer, med unntak av én enkeltstående regional retningslinje ([Behandling av akutt koronart syndrom i Helse Nord, PR53116](#)), gjorde at vårt revisjonsarbeid ble tidkrevende og tidvis komplekst.

Revisjonsgruppene har i stor grad støttet seg til gjeldene oppdaterte retningslinjer og anbefalinger. Uenighetene har vært saklige og diskusjonene livlige med mål om å bevare det felles faglig-pedagogiske uttrykket i gjeldende Trygg akuttmedisin v. 1.0. Et svært viktig felles fokus har vært eksakte og oppnåelige tidsmål i arbeidet rundt den enkelte akutt syke pasient. Takket være solid lokal og regional forskning – sammen med internasjonal vitenskapelig litteratur og retningslinjer, har vi hatt god evidens for hvor de viktigste tidstyvene i regionen gjemmer seg.¹

Vi har lyktes med en bred representasjon og skapende engasjement fra kommunehelsetjenestene, ambulanse- og nødmeldtjenesten og spesialisthelsetjenesten i alle fire helsefelleskap (se vedlegg 1). Revisjonsprosessen var nødvendig for å være oppdatert i samsvar med oppdaterte nasjonale og internasjonale retningslinjer. Dette er en viktig del av arbeidet for å få alle Helsefelleskapene med på felles utrulling, teamtrening og vedlikehold av Trygg akuttmedisin, og samtidig utvikle regionalt eierskap til prosess og prosedyrer. Denne revisjonsprosessen kan danne skole for tilsvarende viktige felles faglige og operative prosedyrer for andre tidskritiske medisinske tilstander (barn, traumer, psykiatri osv.)

Vurdering

- De tre regionale revisjonsgruppene for Trygg akuttmedisin har vært bredt sammensatt med representanter fra hele den akuttmedisinske kjede på tvers av de fire Helsefelleskapene i Nord.
- Trygg akuttmedisin ved regional prosjektledelse og lokale prosjektledere ber om at styringsgruppen godkjenner de ferdig reviderte prosedyrene og at de er gyldige i Helse Nord og de fire Helsefelleskapene våre.

Forslag til vedtak:

1. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) tar informasjon om regional revisjon av prosedyrer tilknyttet Trygg akuttmedisin til orientering
2. SSU stiller seg bak revisjonen og godkjenner prosedyrene til bruk i Helsefelleskapet Troms og Ofoten

Vedlegg:

Vedlegg 2 - Oversikt medlemmer regionale revisjonsgrupper Trygg akuttmedisin 2.0

Vedlegg 3 - Trygg akuttmedisin Pasientforløp AKS 25.06.2024

Vedlegg 4 - Trygg akuttmedisin Pasientforløp Hjerneslag 25.06.2024

Vedlegg 5 - Trygg akuttmedisin Pasientforløp Sepsis 25.06.2024

Sak: 44/24
Tittel: Rekrutterings- og samhandlingstilskudd - oppdatering
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet (saksbehandler: Lene Kristiansen)
Møtedato: 04.09.2024

I statsbudsjettet får Helse Nord RHF til sammen 130 millioner (40 + 90) årlig fremover som varig tilskudd til rekruttering og samhandling. Midlene skal benyttes etter enighet mellom helseforetak og kommune. Av de første 40 millionene som Helse Nord mottok ble Helsefelleskapet Troms og Ofoten tildelt kr. 18 mill. I dagens møte får SSUs medlemmer oppdatering på hvem som er tildelt midler i første runde, samt oppdatering hva som skal skje med de siste 90 millionene som Helse Nord mottok i revidert statsbudsjett.

Forslag til vedtak:

SSU tar saken til orientering.

Sak: 45/24
Tittel: Plan for høy aktivitet i UNN
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Prosjektleder Joakim Sjöbäck, rådgiver i direktørens stab ved UNN
Møtedato: 04.09.2024

Bakgrunn:

UNN har i mange år vært i en situasjon med overbelegg på mange poster og avdelinger. Dette utfordrer kvalitet, effektivitet, arbeidsmiljø, og er en utfordring for ansatte og ledere i UNN.

Det finnes i dag sporadiske tiltak som gjøres ved høy aktivitet, men de er i liten grad samlet, systematisert og nedfelt i skriftlige prosedyrer. Med andre ord mangler det et planverk med forskjellige nivåer som basert på beleggstill utløser tiltak på trinnvist nivå i sengepostene, og som på en god måte beskriver hvordan samarbeid på tvers av klinikkene skal foregå for å unngå å ende opp i en beredskapssituasjon.

Våren 2023 ble det besluttet i direktørens ledergruppe om å lage en beredskapsplan for «kapasitetsbrist» i UNN. Bakgrunnen for arbeidet var en erkjennelse av at det manglet en samlet plan for økt beredskap med tilhørende tiltak dersom det skulle skje en betydelig økt pasienttilstrømning over tid eller at sengepostene, i andre situasjoner, opplevde kapasitetsutfordringer.

I begrunnelsen for oppstart for dette arbeidet ble det vurdert som svært hensiktsmessig at det ble utarbeidet et planverk med ulike trinn for økt beredskap, vurderinger av nedtrekk i elektiv drift og eventuell omdisponering av ansatte. Planverk for høy aktivitet (PHA) er en forutsetning for å kunne utforme og ta i bruk en velfungerende overordnet beredskapsplan uten å bruke unødvendige ressurser på et overordnet nivå.

Vurdering:

Prosjektet består av to deler. Delene har avhengighet til hverandre. Del en: Plan for høy aktivitet er å utvikle en plan for den daglige håndteringen av pasientflyten på tvers av organisasjonen.

Del to: Beredskapsplan for kapasitetsbrist er å utvikle tiltak som iverksettes i de tilfeller hvor planene for høy aktivitet ikke klarer å snu en alvorlig situasjon med de tiltak som ligger i plan for høy aktivitet. Beredskapsplanen skal da beskrive hvordan organisasjonen videre håndterer situasjonen gjennom nedfelte tiltak.

Prosjektet er et omfattende prosjekt med mange delleveranser, som krever involvering av store deler av organisasjonen og kommunene.

Prosjektleder Joakim Sjöbäck, rådgiver i direktørens stab ved UNN, gir i dagens møte en kort informasjon om det pågående prosjektarbeidet planer for høy aktivitet (PHA) samt beredskapsplan for kapasitetsbrist ved UNN. I forbindelse med arbeidet med beredskapsplanen vil det være samarbeidsflater mot kommunene som ønskes å involveres i prosjektet med bakgrunn i de planene og tiltakene som skal nedfelles. I møtet er det også ønskelig å diskutere hvordan kommunene kan involveres i arbeidet, slik at vi sikrer at samarbeid mellom kommunene og UNN om beredskapsplaner er i samsvar med samarbeidsavtale mellom kommunene og UNN (retningslinje 9)

Forslag til vedtak:

1. SSU takker for informasjonen og tar denne til orientering
2. SSU ber prosjektgruppen legge frem beredskapsplanen for kapasitetsbrist for FSU Beredskap og be om innspill til hvordan sikre involvering fra kommunene, brukere og fastlegene

Sak: 46/24
Tittel: Omstilling UNN - Oppdatering
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet (saksbehandler: Lene Kristiansen/Glenn Hattmann)
Møtedato: 04.09.2024

Bakgrunn:

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) står overfor store utfordringer, både økonomisk og strukturelt. Den nye Nasjonal helse- og samhandlingsplanen 2024-2027 understreker viktigheten av at hver helseregion har et regionsykehus som regionens hovedsykehus. For UNN innebærer dette en forventning om at sykehuset skal tilby høyspesialiserte behandlingstjenester, samtidig som det koordinerer og gir faglig rådgivning til øvrige sykehus i regionen. Samtidig er UNN avhengig av å drifte innenfor sine økonomiske rammer for å sikre nødvendige investeringer og videre utvikling. I UNNs styremøte 20.03.2024 ble sak 26-2024 Omstillingsprogram i UNN, behandlet.

Omstillingens omfang:

I lys av de økonomiske og strukturelle utfordringene etableres omstillingsprogrammet «Vi fornyer UNN» for perioden 2024-2027. Programmet skal sikre at UNN opprettholder sin rolle som Nord-Norges region- og universitetssykehus. Hovedområdene for omstillingen inkluderer styrking av operasjonskapasiteten, korrigerende av behandlingsskapasitet, reduksjon av innkjøpskostnader, bemanningsjusteringer, samt økt samhandling gjennom digitalisering og pasientfokus. Målet er å skape et økonomisk handlingsrom på minimum 400 millioner kroner i perioden.

Omstillingsprogrammet vil organiseres gjennom arbeidsgrupper dedikert til hvert hovedområde, støttet av en overordnet koordineringsgruppe. Det vil utarbeides handlingsplaner som konkretiserer mål, tiltak og forventede effekter. Planene vil implementeres fortløpende fra oktober 2024, med kontinuerlig oppfølging fra direktørens ledergruppe og styret. Risikoen som mangel på helsepersonell og midler til investeringer adresseres direkte gjennom tiltakene i omstillingsprogrammet.

Informasjon om omstillingsprosessen i UNN ble lagt frem for SSU den 12.04.24 der det ble fattet følgende vedtak: *SSU ber UNN sikre tidlig og god kommunal involvering i sykehusets omstillingsprosess som er under planlegging, for de delene av omstillingsprogrammet som vil berøre kommunehelsetjenesten direkte eller indirekte.*

Kommunen har meldt inn og fått deltakelse i omstillingens arbeidsgruppe 5. I dagens møte vil SSU bli oppdatert på omstillingsprosessen så langt.

Forslag til vedtak:

SSU tar saken til orientering

Sak: 47/24

Tittel: Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene

Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Fra: Sekretariatet

Møtedato: 04.09.2024

Representantene for partnerne i helsefelleskapet informerer kort om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon.

Forslag til vedtak:

Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering

Sak: 48/24

Tittel: Referatsaker

Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Fra: Sekretariatet

Møtedato: 04.09.2024

Det har ikke vært avholdt møter i de faglige samarbeidsutvalgene siden SSU-møtet 30.05.2024. Møtereferat publiseres på www.helsefelleskapet.no etter hvert som de er godkjent.

Forslag til vedtak:

SSU tar informasjon til orientering

Sak: 49/24
Tittel: Neste møte og kommende saker
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 04.09.2024

Neste møte i SSU avholdes digitalt den 09.10.2024.

Kommende saker høsten 2024:

- Forsterkning av koordineringsordningene i UNN
- Handlingsplan 2024-2026
- Samarbeid om pasientforløp, forebygging og utskrivningsklare pasienter
- Oppdatering rekrutterings- og samhandlingstilskudd
- FSU-struktur – helhetlig gjennomgang
- Omstilling UNN

Saker kan meldes fortløpende til sekretariatet. Saker meldes og framstilles på egen mal. Malen finnes på www.helsefellesskapet.no. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes lene.kristiansen@unn.no med kopi til guri.moen.lajord@tromso.kommune.no

Forslag til vedtak:

SSU tar informasjonen om neste møte og rutine for innmelding av saker til orientering

HANDLINGSPLAN 2024-2026



*«Innbyggerens helsetjeneste - en sammenhengende
helsetjeneste for best mulig livskvalitet»*

Innhold

| | |
|---|------|
| 1. Innledning | s. 3 |
| 2. Innsatsområder | s. 4 |
| 2.1 Tettere samarbeid om sikkerhet og beredskap | |
| 2.2 Bærekraftige helsetjenester og helhetlige pasientforløp | |
| 2.3 Beholde og rekruttere kvalifisert helsepersonell | |
| 3. Veien videre | s. 6 |

Forkortelser i dokumentet:

| | |
|-----------|--|
| SSU: | Strategisk samarbeidsutvalg |
| FSU FLR: | Faglig samarbeidsutvalg for fastleger og UNN (Fastlegerådet) |
| FSU BU: | Faglig samarbeidsutvalg barn og unge |
| FSU AM: | Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling |
| FSU REST: | Faglig samarbeidsutvalg for rekruttering og stabilisering |
| FSU PHR: | Faglig samarbeidsutvalg for psykisk helse og rus |
| FSU BER: | Faglig samarbeidsutvalg for helseberedskap |
| FSU DS: | Faglig samarbeidsutvalg for digital samhandling |
| PM: | Partnerskapsmøtet |
| SEKR: | Helsefellesskapets sekretariat |
| NHSAP: | Nasjonal helse- og samhandlingsplan |

1 INNLEDNING

Helsefellesskapet Troms og Ofoten viktigste oppgave er å skape gode og sammenhengende helsetjenester for innbyggerne, med utgangspunkt i pasientenes og pårørendes behov. De overordnede målsettingene er beskrevet i [Ishavserklæringen 2024-2027](#) (helsefellesskapets partnerskaps erklæring) og [Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027](#) (NHSAP). Handlingsplanene for helsefellesskapet fram mot 2027 vil i hovedsak baseres på de to nevnte styringsdokumentene, og skal bidra til å operasjonalisere hvordan helsefellesskapets vedtatte satsinger følges opp. Denne handlingsplanen gjelder fram til våren 2026.

NHSAP peker på seks områder for å utvikle gode og bærekraftige helsetjenester på tvers av kommunene og helseforetaket.

6 hovedgrep i NHSAP for en bærekraftig helsetjeneste

- [Tiltak for å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse](#)
- [Endre finansieringsordningene](#)
- [Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd](#)
- [Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene](#)
- [Forenkle og tydeliggjøre regelverk](#)
- [En god og tilgjengelig allmennlegetjeneste](#)

Ishavserklæringen inneholder tre satsingsområder:

- Tettere samarbeid om sikkerhet og beredskap
- Bærekraftige helsetjenester og helhetlige pasientforløp
- Beholde og rekruttere kvalifisert helsepersonell

(Punktene er nærmere beskrevet i Ishavserklæringen.)

For området *sikkerhet og beredskap* er det etablert et faglig samarbeidsutvalg. Utvalget har et [mandat](#) som omfatter alle krav i henhold til [samarbeidsavtalens retningslinje 9](#), samt ønsker som er framkommet gjennom arbeidsprosess i SSU. Tiltak for dette området i handlingsplanen er derfor utarbeidet av FSU Beredskap.

For det andre området; *bærekraftige helsetjenester og helhetlige pasientforløp*, er det per i dag ikke etablert et eget faglig samarbeidsutvalg. Tiltakene som beskrives er etter innspill fra Strategisk samarbeidsutvalg.

For området *beholde og rekruttere helsepersonell* gjelder det samme som for sikkerhet og beredskap. Det er etablert et faglig samarbeidsutvalg med et dekkende [mandat](#). FSU REST har med utgangspunkt i mandatet og innspill fra SSU utarbeidet tiltak for del 3 av handlingsplanen.

2 INNSATSOMRÅDER FOR HELSEFELLESSKAPET TROMS OG OFOTEN

2.1 TETTERE SAMARBEID OM SIKKERHET OG BEREDSKAP

(Innhold kommer fra FSU BER)

2.2 MÅL OG TILTAK FOR BÆREKRAFTIGE HELSETJENESTER OG HELHETLIGE PASIENTFORLØP

Mange pasienter i dag opplever helsetjenesten som fragmentert og ikke godt nok koordinert. Det kan være spesielt utfordrende dersom du har et sammensatt sykdomsbilde som gir behov for tjenester fra flere aktører og på tvers av kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Samtidig er helsetjenesten under press, blant annet på grunn av mangel på personell. Samarbeidspartnerne i Helsefellesskapet Troms og Ofoten vil derfor arbeide for en bærekraftig og helhetlig helsetjeneste til personer med sammensatte behov gjennom tre hovedmålsettinger med underliggende delmål og tiltak. Hovedmålsettingene må ses i sammenheng, og tiltak som er satt opp under ett område kan i stor grad ha innvirkning på de øvrige to områdene.

Hovedmål 1: Videreutvikle helsetjenesten for pasienter med sammensatte og komplekse behov, basert på prinsippene personsentrert, helhetlig og proaktiv

| Delmål | Tiltak | Ansvarlig |
|--|--|---|
| Unngå unødvendige ledd i pasientforløpet, samt redusere ressursbruk og redusere belastning for pasienten | <ul style="list-style-type: none">I planlagt omstillingsarbeid og samhandlingsprosjekter identifisere flaskehals og unødvendige ledd i pasientforløpGjøre kjent samhandlingsressurser som allerede er utarbeidet (samarbeidsavtaler, retningslinjer, sjekklister, ledsageravtalen med videre) | Ledere og prosjektledere i UNN og kommunene Samhandlingssjef/ samhandlingsleder |
| Utskrivningsprosesser skal forsterkes gjennom bedre samarbeid og økt pasientmedvirkning | <ul style="list-style-type: none">Tidlig i sykehusoppholdet, sammen med pasient og pårørende, kartlegge forutsetninger for utskrivning til eget hjemForebygge reinnleggelser gjennom felles pasientoppfølging etter utskrivning når behov | Sengepost og kommunal saksbehandler Pasientansvarlig lege i kommunen og UNN |
| Styrke koordineringsordningene for pasienter med uavklarte koordineringsbehov | <ul style="list-style-type: none">Det etableres eget koordineringsmottak i UNN, og tilbys opplæring og veiledning om koordineringsordningene til klinisk personellFastsette kvalitetsindikatorer som støtter videreutvikling av koordineringsordningene i helsefellesskapet | Koordinerende enhet UNN SSU |

Hovedmål 2: Bruke innovasjon som fremmer tjenesteutvikling, samhandling og digital pasientoppfølging

| Delmål | Tiltak | Ansvarlig |
|--|---|---|
| Ta i bruk oppgave- og ansvarsfordeling som støtter nødvendig omstilling i vår felles helsetjeneste | <ul style="list-style-type: none"> Gjennomføre TØRN samhandling Etablere (ambulerende) fagteam som understøttes av digitale verktøy | Personalavd. UNN og kommuner Fagavd. i UNN og kommuner |
| Tilrettelegge for fellesopplæring og kompetanseoverføring | <ul style="list-style-type: none"> Etablere system for hospiteringsordning Bruk av SIM-senter til felles kurs og trening Etablere felles verktøykasse og metodikk for å identifisere, dele og ta i bruk innovasjon | FSU REST Ledere i pasientnær tjeneste Innovasjonsteamet i UNN |
| Minimum 15% av pasientoppfølgingen skal skje via videokonsultasjoner og digital samhandling | <ul style="list-style-type: none"> Bruke KI til å identifisere pasienter til digital oppfølging Utvide samhandling via digital hjemmeoppfølging | ESI UNN og kommunene |

Hovedmål 3: Utvide samarbeidet om tilbudet av helsetjenester som tilbys i pasientens hjem og nærmiljø, med vekt på forebygging og egenmestring

| Delmål | Tiltak | Ansvarlig |
|--|--|--|
| Pasienten tilbys behandling i eget hjem så langt det er mulig | <ul style="list-style-type: none"> Bruke samvalg som metode for å avklare riktig behandlingssted Koble på ambulerende team der dette er tilgjengelig | Pasientansvarlig klinisk personell Pasientansvarlig klinisk personell |
| Felles gjennomgang av pasientforløp for læring og økt forebygging i alle ledd | <ul style="list-style-type: none"> Bruk av Helsedirektoratets veileder ved gjennomgang av uønskete hendelser Bruke læringsnotat og sjekklister utarbeidet av FSU Samhandlingsavvik | Ledere i ansvarlig enhet for avvik UNN og kommunene |
| Redusere omfang av helsetjenester og bruke ressursene riktig og mere målrettet | <ul style="list-style-type: none"> Økt bruk av Kloke valg-metodikk Etterspørre lærings- og mestringstilbud som bidrar til egenmestring i hjemmet | Pasientansv. leger SSU |

2.3 BEHOLDE OG REKRUTTERE KVALIFISERT HELSEPERSONELL

(Innhold kommer fra FSU REST)

3 VEIEN VIDERE

Ishavserklæringen som ble vedtatt i Partnerskapsmøtet 2024 har samme virkeperiode som NHSAP, det vil si ut 2027. PM har vedtatt at handlingsplaner knyttet til Ishavserklæringen skal gjennomgås årlig ut erklæringens virkeperiode, og eventuelt justeres. I UNN pågår i samme periode omstillingsprogrammet «Vi fornyer UNN», hvor kommunene involveres i deler av programmet. Sykehuset får i tillegg sitt årlige oppdrag fra Helse Nord RHF. Dette vil kunne påvirke samhandlingen mellom UNN og kommunene i arbeidet med vår felles helsetjeneste. Fag- og tjenesteutvikling innen helse og omsorg pågår fortløpende og vil virke inn også på samhandling. Det legges derfor opp til at handlingsplanen for helsefellesskapet er et dynamisk dokument som jevnlig tilpasses endringer og behov i utøvende tjeneste.

FORSLAG

Regionale revisjonsgrupper Trygg akuttmedisin 2.0

Akutt hjerteinfarkt

Ilona Siplä, fastlege Karasjok kommune

Margaret Kristiansen, fagutvikler Ambulanseavdelingen Finnmarkssykehuset

Morten Andre Olsen, ambulansarbeider AMK Finnmarkssykehuset

Trond Adrian Johansen, fagutvikler Ambulanseavdelingen Universitetssykehuset Nord-Norge

Jan Mannsverk, overlege/ kardiolog Hjertemedisinsk avdeling Universitetssykehuset Nord-Norge

Line Okkenhaug Rengård, avdelingsleder AMK Nordlandssykehuset

Hanne Bjørnstad, overlege/ kardiolog Medisinsk avdeling Nordlandssykehuset

Øystein Furnes, kommuneoverlege Hattfjelldal kommune

Steffen Franco Hollup, fagutvikler Ambulanseavdelingen Helgelandssykehuset

Niels Hagh Møller, overlege/ kardiolog Medisinsk avdeling Helgelandssykehuset

Hjerneslag

Anne H. Davidsen, Kommuneoverlege Alta kommune og Rådgivende lege Alta kommunale legevakt

Margaret Kristiansen, fagutvikler Ambulanseavdelingen Finnmarkssykehuset

Morten Andre Olsen, ambulansarbeider AMK Finnmarkssykehuset

Tone Hagerup, overlege Medisinsk avdeling Finnmarkssykehuset

Thomas Wilson, avdelingsoverlege Ambulanseavdelingen Universitetssykehuset Nord-Norge

Agnethe Eltoft, overlege Nevrologisk avdeling Universitetssykehuset Nord-Norge

Svein Arne Monsen, klinikkjef Prehospital Nordlandssykehuset

Maria Carlson, overlege Nevrologisk avdeling Nordlandssykehuset

Rolv-Jørgen Bredesen, kommuneoverlege og fastlege Sømna

Steffen Franco Hollup, fagutvikler Ambulanseavdelingen Helgelandssykehuset

Aloys Sjo-De Windt, nevrolog Medisinsk avdeling Helgelandssykehuset

Monica Storkjørren, overlege Medisinsk avdeling Helgelandssykehuset

Sepsis

Britt Larsen Mehmi, kommuneoverlege Vadsø

Margaret Kristiansen, fagutvikler Ambulanseavdelingen Finnmarkssykehuset

Morten Andre Olsen, ambulansarbeider AMK Finnmarkssykehuset

Vivian Shubira Amundsen, LIS2 Medisinsk avdeling Finnmarkssykehuset

Lars Jøran Andersson, avdelingsoverlege Ambulanseavdelingen Universitetssykehuset Nord-Norge

Ingvild Pedersen, overlege Akutt- og mottaksmedisin Universitetssykehuset Nord-Norge

Gregory Hautois, medisinsk faglig rådgiver Prehospital Nordlandssykehuset

Hanne W Kvarenes, overlege Infeksjonsmedisinsk avdeling Nordlandssykehuset

Rolv-Jørgen Bredesen, kommuneoverlege og fastlege Sømna

Steffen Franco Hollup, fagutvikler Ambulanseavdelingen Helgelandssykehuset

Monica Storkjørren, overlege Medisinsk avdeling Helgelandssykehuset

Akutt hjerteinfarkt (AKS)

Sterke smerter midt i brystet mer enn fem minutter



Symptomer på hjerteinfarkt



AMK

Første medisinske kontakt

som kan ta 12-avl. EKG



Koble multimonitor

STEMI?

Ja

Nei

Mindre enn 90 min. til PCI-senter

Mer enn 90 min. til PCI-senter

Ustabil*

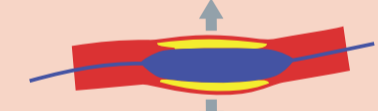
Stabil

Prehospital trombolyse (PHT)?

Ja

Nei

PHT gitt



PCI-senter

Lokalsykehus

Diff. diagnostikk: Ekko? CT?
Vurder tidlig overføring til PCI-senter

Indikasjoner for PHT

- 1 Symptomer på akutt hjerteinfarkt
- 2 EKG med ST-elevasjoner i minst 2 tilgrensende avledninger, se kriterier under
- 3 Symptomvarighet under 12 timer
- 4 PCI-senter kan ikke nås innen 90 min. fra diagnose er stilt
- 5 Ingen kontraindikasjoner

EKG-kriterier for STEMI:

| | Mann | | Kvinne |
|-------------|----------|----------|------------|
| | < 40 år | > 40 år | Alle aldre |
| V2 eller V3 | > 2,5 mm | > 2,0 mm | > 1,5 mm |
| V7-V9 | > 0,5 mm | | |
| Alle andre | > 1 mm | | |

Tidsmål

Innen første 10 min. fra første medisinske kontakt (FMK):
Tiltak utført: Pads, medikamentell behandling av hjerteinfarkt, PVK, EKG tatt, overført og tolket; STEMI? Klinisk undersøkelse gjennomført (ABCDE)

Innen neste 10 min. ved STEMI:
Ha besluttet type reperfusjon, PHT eller pPCI.
Velges PHT skal IV-trombolyse være gjennomført (altså innen 20 min. fra FMK til gjennomført PHT)

Mindre enn 90 min. fra STEMI-diagnose til PCI-senter:
Primær PCI (pPCI) er førstevalget

Mer enn 90 min. fra STEMI-diagnose til PCI-senter:
PHT er førstevalget

Innen 20 min. etter ankomst sykehus:
Hvis trombolyse gis på sykehus, skal den være gitt innen 20 min. etter ankomst, dør-til-nål tid

Kontraindikasjoner mot PHT

Absolutte

- 1 Tidligere hjerneblødning eller hjerneslag av ukjent årsak
- 2 Iskemisk hjerneslag siste 3 mnd.
- 3 Intrakraniell skade, svulst eller AV-malformasjon
- 4 Større traume/operative inngrep/hodeskade siste 4 uker
- 5 Blødning fra mage/tarm siste 4 uker
- 6 Kjent blødningsforstyrrelse (unntatt menstruasjon)
- 7 Aortadisseksjon
- 8 Ikke komprimerbare punksjoner siste 24 timer (f.eks. leverbiopsi, lumbalpunksjon)

Relative

PHT kan gis ved sterke indikasjoner

- 1 TIA siste 3 mnd.
- 2 Peroral antikoagulasjon (OAK)
- 3 Graviditet eller første uke etter fødsel
- 4 Vedvarende hypertensjon tross behandling (BTsyst > 180 mmHg og/eller BTdiast > 110 mmHg)
- 5 Langt kommet leversykdom
- 6 Infeksiøs endokarditt
- 7 Aktivt magesår
- 8 Langvarig eller traumatisk HLR

Prehospital primærtiltak

Helst parallell jobbing, fordel oppgavene i teamet, bruk sjekklister:

- Rask primærundersøkelse og tiltak etter ABCDE
 - SpO₂, RF, puls og blodtrykk
 - Ikke gi O₂-tilskudd ved SpO₂ ≥ 90%

Innen 10 min. fra FMK

- Koble multimonitor og start live-overføring
- Legg pads
- Ta 12-avl EKG: STEMI?
- Ta evt. bakvevgs-EKG

Videre tiltak

- Legg to gode PVK eller intraossøs (io) hvis mulig
- Start medikamentell behandling av hjerteinfarkt
- Forbered PHT i påvente av endelig EKG-tolking

Innen neste 10 min. ved STEMI

- Bestemt type reperfusjon, (PHT eller PCI)
- Gjennomført PHT ved IV-bolus trombolyse

Ustabil*

- Livstruende arytmier
- Kald og klam (cardiogent sjokk)
- Akutt hjertesvikt
- Vedvarende smerter tross behandling
- Dynamiske EKG-forandringer

Hjerneslag



Første medisinske kontakt

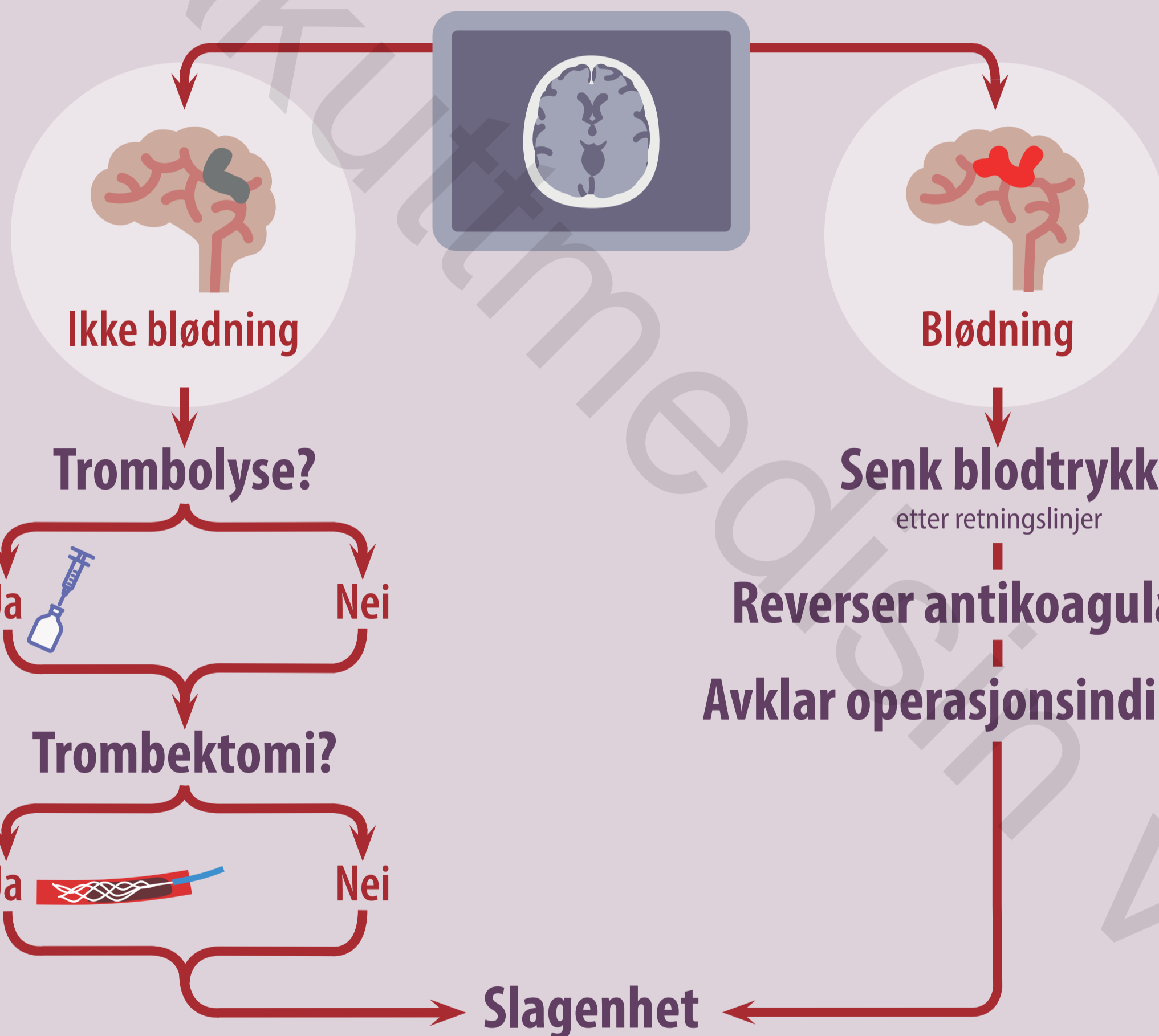
som kan gjennomføre NIHSS undersøkelse

Start flerpartsamtale ved kriterier for slagalarm

Mistenkes storkar-okklusjon: Inkluder regional AMK-LA og nevrolog ved trombektomisenter i flerpartsamtalen

25 min. fra første medisinske kontakt

Start transport til nærmeste CT-lab eller trombektomisenter



4,5 timer
Ved oppvåkningsslag og i tidsvinduet 4.5-9 timer etter symptomdebut kan trombolyse vurderes etter MR/CT perfusjon

24 timer

Kriterier for slagalarm

- Ett eller flere vedvarende symptomer
- Oppstått innen siste 24 timer

Tidsmål

Raskest mulig:
Gjennomfør primærundersøkelse: ABCDE og NIHSS/eSTROKE. Starte flerpartsamtale.

Raskest mulig og innen:
25 min. etter første medisinske kontakt
Start transport til nærmeste CT-lab eller trombektomisenter

30 min. etter ankomst til sykehus
Trombolyse gitt ved indikasjon (dør-til-nål-tid)

4,5 timer etter symptomstart
Bolus trombolyse gitt etter CT-undersøkelse. Ved oppvåkningsslag og i tidsvinduet 4.5-9 timer etter symptomdebut kan trombolyse vurderes etter MR/CT perfusjon

24 timer etter symptomstart
Trombektomi skal være utført ved indikasjon

Symptomer på hjerneslag

Akutt oppstått:

- Problemer med å prate, smile eller løfte arm/bein
- Halvsidig: styringsvansker, nedsatt sensibilitet eller synsfeltutfall
- Hyperakutt hodepine
- Neurologiske symptomer ledsaget av redusert bevissthet

Mistenkes storkar-okklusjon?

Hvis ja på 3 av 4 spørsmål eller NIHSS ≥ 8 mistenkes storkar-okklusjon:

| | | | |
|---|--|----|-----|
| 1 | Blikkdeviasjon? | Ja | Nei |
| 2 | Ansiktslammelse? | Ja | Nei |
| 3 | Faller arm eller ben til underlaget når den slippes etter å ha blitt løftet? | Ja | Nei |
| 4 | Taleproblemer? | Ja | Nei |

Inkluder regional AMK-LA og nevrolog ved trombektomisenter i flerpartsamtalen. Ved kontraindikasjon mot trombolyse eller kort tidstap (<1 time) kan direkte-transport til trombektomisenter vurderes.

Prehospitalt primærtiltak

Helst parallell jobbing, fordel oppgavene i teamet, bruk sjekklister:

- Rask primærundersøkelse og tiltak etter ABCDE
 - SpO₂, RF, puls, blodtrykk, blodsukker og temperatur
 - Gi O₂-tilskudd ved SpO₂ < 90% med mål 94-96%. KOLS-pasienter: mål 88 - 92%
- Undersøk symptomer på hjerneslag med NIHSS/eSTROKE
- Koble multimonitor og start live-overføring

Tiltak - uten at transport forsinkes:

- Hev overkropp til 30°
- Legg to gode PVK hvis mulig
- Senk temperatur dersom > 37,5°C
- Behandle hyperglykemi >10 mmol/L og hypoglykemi < 3 mmol/L
- Behandle blodtrykk systolisk >220 mmHg
- Behandle kramper
- Ta utskrift av hjerterytm
- Hvis mulig ta blodprøver: Trc og INR

Avklar før flerpartsamtalen:

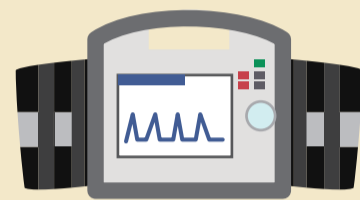
- Aktuelle symptomer og tidspunkt for debut
- Vitale parametre
- Bruk av antikoagulasjon (type, siste dose)
- Tilstander som gir økt blødningsrisiko
- Pasientens funksjonsnivå

Sepsis



Første medisinske kontakt

som kan ta blodkultur og starte antibiotika



Koble multimonitor

Sepsis?

Helhetsvurdering av risikofaktorer, symptomer og kliniske funn

Skåringsystemene kan brukes som støtte

Antibiotikabehandling

ved mistanke om fokus i:

Luftveier eller ukjent fokus:

gentamicin 6-7 mg/kg justert kroppsvekt
+ benzylpenicillin 3 g

Urinveier:

gentamicin 6-7 mg/kg justert kroppsvekt
+ ampicillin 2 g

Septisk sjokk eller alvorlig kronisk nyresykdom*:

cefotaxim 2 g

Sepsis hos barn (< 12 år):

cefotaxim 50 mg/kg

Merk: gentamicin doseres etter justert kroppsvekt, maks 480 mg. Ved alvorlig penicillinallergi ringes vakthavende lege ved nærmeste sykehus.

* eGFR < 30. Forsiktighet også ved polyfarmasi og skrøpelige eldre.

MAP < 65 evt. sBT ≤ 90 Hypoperfusjon som ikke lar seg korrigerer med oppstart av væskebehandling

Sannsynlig septisk sjokk



Sikre biologisk materiale
– blodkultur, urin

Iv- eller io- væskebehandling

10-30 ml/kg første 30 min.

Vurder klinisk respons

Iv- eller io- antibiotikabehandling

qSOFA 2-3 og/eller NEWS ≥ 7

Sannsynlig sepsis



Sikre biologisk materiale
– blodkultur, urin

Vurder iv- eller io- væskebehandling

10 ml/kg første 30 min.

Iv- eller io- antibiotikabehandling

qSOFA 1 og/eller NEWS 5-6

Mulig sepsis

Vurder annen diagnose
Videre utredning



Dersom fortsatt mulig sepsis:

Sikre biologisk materiale

– blodkultur, urin

Vurder væske

Vurder iv- eller io-antibiotikabehandling

Ved mistenkt infeksjon

Risikofaktorer?

- Graviditet og barselstid
- Sykehjemsbeboer
- Alder >75 år eller <ett år
- Nylig gjennomgått kirurgi
- Sår eller skade på hud
- Kateter, pacemaker, protese eller andre fremmedlegemer
- Svekket immunforsvar grunnet sykdom eller medikamenter
- Malignitet, diabetes eller kronisk organsvikt (nyre, lever, lunger)
- Alkohol/rusmisbruk

Tegn til organ dysfunksjon?

- Endret mental status
- Påvirket sirkulasjon
- Økt respirasjonsfrekvens
- Redusert urinproduksjon
- Nedsatt kapillærfylling mm.

qSOFA-kriterier

| | |
|---|---------|
| Endret mental status | 1 poeng |
| Systolisk BT ≤100 mmHg | 1 poeng |
| Resp. frekvens ≥22/minutt | 1 poeng |
| qSOFA ≥ 2 poeng indikerer sepsis | |

NEWS2

| Fysiologiske parametere | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---------------------------------|-------|---------|-----------|----------------------|---------------|---------------|-------------|
| Respirasjonsfrekvens (per min.) | ≤8 | | 9-11 | 12-20 | | 21-24 | ≥25 |
| SpO ₂ skala 1 (%) | ≤91 | 92-93 | 94-95 | ≥96 | | | |
| SpO ₂ skala 2 (%) | ≤83 | 84-85 | 86-87 | 88-92 ≥93 på luft | 93-94 på luft | 95-96 på luft | ≥97 på luft |
| Luft eller oksygen? | | Oksygen | | Luft | | | |
| Systolisk blodtrykk (mmHg) | ≤90 | 91-100 | 101-110 | 111-219 | | | ≥220 |
| Pulsfrekvens (per min.) | ≤40 | | 41-50 | 51-90 | 91-110 | 111-130 | ≥131 |
| Bevisstetsnivå | | | | Våken | | | CVPU |
| Temperatur (°C) | ≤35,0 | | 35.1-36.0 | 36.1-38.0 | 38.1-39.0 | ≥39.1 | |

Prehospital primært tiltak

Helst parallell jobbing, fordel oppgavene i teamet, bruk sjekkliste:

- **Rask primærundersøkelse og tiltak etter ABCDE**
 - SpO₂, RF, puls, blodtrykk og temperatur
 - Gi O₂-tilskudd ved SpO₂ < 90% med mål 90-96%. KOLS-pasienter: mål 88 - 92%
- **Koble multimonitor og start live-overføring**
- **Klinisk vurdering**
 - Bruk evt. skåringsystemene qSOFA og NEWS2
 - Er pasienten allergisk mot antibiotika?
 - Vurder blodprøver: Hematologisk status, CRP og blodgass/laktat
- **Legg to gode PVK eller intraossøs (io) hvis mulig**
- **Ta mikrobiologiske prøver hvis mulig (sendes med pasient)**
 - Blodkultur, 2 sett
 - Urinprøve for urinstitks og dyrking, ustikset urin sendes på rent glass
- **Start behandling raskt**
 - Iv antibiotika
 - Gi infusjon med iv Ringer-acetat: 10 ml/kg, i løpet av 5-30 min. inntil 30 ml/kg første 3 timer
 - effekt og videre væskebehov vurderes før nytt vækestøt
 - iv- eller io- væskebehandling kan være nødvendig med inntil 30 ml/kg første 30 min.
- **Alle antibiotika kan gis io eller im hvis PVK mislykkes**

Tidsmål

30 min. Ved transporttid til sykehus over 30 min. vurderes antibiotika-behandling før eller under transport.

1 time Raskest mulig og seinest innen 1 time etter første medisinske kontakt skal pasienter med septisk sjokk og sannsynlig sepsis gis antibiotika og væske.

3 timer Mulig sepsis kan vente inntil 3 timer.