



Akuttmedisinsk fagplan for Helse Midt-Norge 2026-2030

Sammen om akuttpasienten





Samlet FRAMover

HELSE  MIDT-NORGE – sterk på prehospital akuttmedisin gjennom felles løsninger og samarbeid

Foto: Prehospitale fellestjenester / Truls Melbye og Jon-Ola Wattø
Forside: Illustrasjonsfoto Truls Melbye
Design: Dynamis Design

INNHold

Forord	9
Samarbeid og omstilling for trygg beredskap	9
1 Innledning	10
1.1 Hva er akuttmedisinske tjenester?	10
1.2 Verdigrunnlaget for de akuttmedisinske tjenestene i Midt-Norge	11
1.3 Planens virkeområde og avgrensing	11
1.4 Formålet med fagplanen	12
1.4.1 Anbefalt innhold i del 2 – gjennomføringsplanen	12
2 Drivkrefter for endring og utviklingstrekk	13
2.1 Drivkrefter for endring av tjenestene	13
2.1.1 Teknologi som endrer praksis	13
2.1.2 Fra siloorganisering til integrerte og standardiserte tjenester	13
2.1.3 Flere eldre	14
2.2 Utviklingen i legevaktområder i Norge	16
2.3 Utviklingen i befolknings sammensetningen	17
2.4 Forventet tilgang på helsepersonell fram mot 2040	17
2.5 Tolking av framskrivingene (vedlegg A)	18
3 Utfordringsbildet	20
3.1 Strukturelle endringer kan øke behovet for mobile akuttmedisinske ressurser	20
3.2 Det akuttmedisinske systemet må rustes for klimaendringene	20
3.3 Beredskapen må rustes for nye trusler	21
3.4 Manglende digital modenhet hemmer tjenesteutvikling og funksjon	21
3.5 Akutte og andre uplanlagte pasientforløp må standardiseres	22
3.6 Endret forventning og mestringssevne i befolkningen øker belastningen for 113 og ambulansetjenesten	23
3.7 Pasientgrupper som krever særskilte tilpasninger	24
3.7.1 Eldre pasienter med sammensatt og langvarig sykdom	25
3.7.2 Pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser	25
3.8 Vold, trusler og etiske dilemmaer	26
4 Pasientens akuttmedisinske tjenester – strategiske prioriteringer	27
4.1 Likeverdige tjenester – sammenhengende og mer standardiserte pasientforløp	27
4.1.1 Differensierte løsninger for et likeverdig tilbud	27
4.1.2 Helhetlige forløp på tvers av organisatoriske grenser	29
4.1.3 Mer standardisering – men med rom for klinisk skjønn	30
4.1.4 Nødmeldetjenesten som nav tidlig i den akuttmedisinske kjeden	33
4.1.5 Videreutvikling av ambulansetjenesten som klinisk ressurs	33
4.1.6 Akuttmottakene som nøkkel i kvalitetsmonitorering	34
4.2 Behandling nær pasienten	36
4.2.1 Samhandling med kommunene	36
4.2.2 Hjemmesykehus og hjemmebaserte løsninger	36
4.2.3 Digital støtte der pasienten er	37
4.2.4 Styrket medisinsk støtte i felt	37
4.2.5 Samarbeid med psykisk helsevern, rusbehandling og kommunale tjenester	37
4.2.6 Ambulansetjenesten som klinisk ressurs	38
4.2.7 Luftambulansetjenesten – viktig bindeledd for distriktene	38
4.2.8 Styring og evaluering for videreutvikling og forbedring	38



4.3	Styrket innsats for skrøpelige eldre og sårbare pasienter	38
4.3.1	Systematisk vurdering av skrøpeligheit – CFS	39
4.3.2	Behandling nær pasienten når gevinsten ved sykehusopphold er usikker	39
4.3.3	Styrket geriatrisk kompetanse i hele kjeden	39
4.3.4	Praksisnær utvikling og samarbeid om akuttforløp for eldre	40
4.4	Robust beredskap	40
4.4.1	Prinsipper og ansvar i beredskapsarbeidet	40
4.4.2	Kapasitet og fleksibilitet i ordinær drift	40
4.4.3	Kritiske funksjoner i beredskapen	41
4.4.4	Akuttmottakenes rolle i beredskapskjeden	41
4.4.5	Robusthet i teknologi og grunnleggende drift	42
4.4.6	Samvirke med andre tjenester og forsvarlige forhold for personell	42
4.5	Riktig bemanning og kompetanse	42
4.5.1	God utnyttelse av kapasitet og kompetanse	43
4.5.2	Utvikling av tydelige roller og klinisk kompetanse	44
4.5.3	Operativ kompetanse og nasjonal harmonisering	45
4.5.4	Ledelse som nøkkel til rekruttering og stabilitet	45
4.5.5	Forskning, utvikling og innovasjon i prehospitale tjenester	45
4.6	Kloke valg i den akuttmedisinske kjeden	46
4.6.1	Pasientens opplevelse og medvirkning	47
4.6.2	Standardisering og arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet	47
4.6.3	Ledelse for stabil drift og kontinuerlig forbedring	47
4.6.4	Teknologi og digitalisering som virkemiddel i pasientens helsetjeneste	48
4.7	God ressursbruk og bærekraftige prioriteringer	49
4.7.1	Endringer for mer effektiv drift og bedre ressursutnyttelse	49
4.7.2	Samfunnsansvar og miljømessig bærekraft	50
5	Oppsummering og prioritering	52
	Definisjoner av sentrale begreper	54
	Vedlegg A: Framskrivinger for Midt-Norge	56
	Framskrivning av innbyggertall	56
	Overordnet utvikling	56
	De demografiske framskrivingene må justeres for trender	56
	Geografiske forskjeller	57
	Befolkningsvekst og alderssammensetning per helseforetaksområde	58
	Demografisk framskrivning på kommunenivå	60
	Framskrivning av aktivitet for de enkelte fagområdene	62
	Framskrivning av henvendelser til AMK-sentralene	63
	Framskrivning av antall akutte innleggelser	64
	Framskrivning av antall oppdrag i den ordinære ambulansetjenesten (bil og båt)	66
	Vedlegg B: Mandat for arbeidet	68
	Vedlegg C: Prosjektorganisering og medvirkning	70
	Vedlegg D: Presentasjon av medarbeiderundersøkelsen	71
	Hva de ansatte peker på som viktigst å få til	71
	Oppsummering av medarbeiderundersøkelsen	72



AMBULANSE

M21

AMBULANSE

FORORD

Samarbeid og omstilling for trygg beredskap

De akuttmedisinske tjenestene er selve kjernen i helsetjenestens samfunnsoppdrag. Det er kommunene og de regionale helseforetakene som i fellesskap har ansvaret for de akuttmedisinske tjenestene, og sammen skal de sørge for en koordinert og hensiktsmessig innsats. Samfunnsnyttene ligger ikke bare i håndteringen av enkelthendelser eller pasientforløp, men også i selve beredskapen og tryggheten tjenestene gir befolkningen.

Når noen rammes av akutt sykdom eller skade, skal hjelpen være rask, trygg og faglig forsvarlig, uansett hvor pasienten befinner seg. Dette er en grunnleggende forventning i befolkningen og en del av helsetjenestens samfunnsoppdrag. For at denne forventningen skal kunne innfris over tid, må tjenestene være økonomisk bærekraftige. Trygghet måles derfor ikke bare i antall ambulanser, men i et helhetlig system som virker når det trengs.

Den akuttmedisinske fagplanen for Helse Midt-Norge beskriver hvordan beredskapen i regionen skal videreutvikles i perioden 2026–2030, med et langsiktig perspektiv mot 2040. Planen bygger på nasjonale føringer, regionale strategier og bred involvering fra fagråd og fagmiljøer. Framtidens utfordringer lar seg ikke løse med mer ressurser alene. Økonomiske og demografiske endringer krever at vi tenker nytt og bruker ressursene mer effektivt for å sikre likeverdige akuttmedisinske tjenester til alle. Planen gir derfor ikke løfter om økte ressurser, men viser strategiske grep som gjør at gode tjenester også kan leveres når forutsetningene endres.

Vi lever i en tid med store endringer. Det blir flere eldre, sykdomsbildet blir mer sammensatt, tjenester sentraliseres, ungdom flytter til byene, og tilgangen på helsepersonell blir mer krevende. Samtidig gir ny teknologi, digitalisering og tverrfaglig samarbeid store muligheter. Vi kan behandle flere hjemme, kommunisere raskere og ta beslutninger på et bedre grunnlag enn noen gang før.

Planen peker ut retningen for hvordan vi utnytter disse mulighetene slik at pasientsikkerheten styrkes, kvaliteten øker og bærekraften sikres. Ambisjonen er at den akuttmedisinske kjeden, fra nødmeldesentral og ambulanse til mottak i sykehus, skal være trygg, lærende og endringsdyktig. Tjenestene skal stå støtt i fred, krise og krig og utvikle seg i takt med tiden. Det krever tydelig lederskap, kunnskap, vilje til endring og samarbeid på tvers med pasientens behov som utgangspunkt.

Formuleringen «Helse Midt-Norge vil» går igjen i fagplanen. Den brukes når planen beskriver faglige føringer og intensjoner utarbeidet av det prehospitalt fagmiljøet i samarbeid med linjeledelsen. Formuleringen uttrykker altså ikke formelle vedtak på RHF-nivå.

Trude Basso

Fagdirektør Helse Midt-Norge RHF

1 Innledning

Dette kapitlet gir en kort innføring i strukturen for akuttmedisinske tjenester og verdigrunnlaget for tjenestene i Midt-Norge. Det klargjør også hva som er fagplanens målgrupper og formål, forankret i nasjonale føringer.

Sentrale begreper og faguttrykk som brukes i planen, er definert i en egen ordliste bakerst.

1.1 Hva er akuttmedisinske tjenester?

Akuttmedisinske tjenester er de delene av helse- og omsorgstjenesten som har som hovedoppgave å gi øyeblikkelig hjelp ved akutte sykdommer, skader eller andre livstruende tilstander, både i og utenfor sykehus. Kommunene og helseforetakene i Midt-Norge har et delt, lovpålagt ansvar for tjenestene og må planlegge, drive, følge opp og forbedre dem i fellesskap.

- De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus består av den kommunale legevaktordningen og ambulansetjenesten. I tillegg inngår den medisinske nødmeldetjenesten, som organisatorisk ligger under spesialisthelsetjenesten (sykehusene), men som operativt håndterer nødmeldinger utenfor sykehus.
- De akuttmedisinske tjenestene i sykehus omfatter akuttmottak og akuttmedisinsk behandling i kliniske avdelinger – i tillegg til støtte fra ambulans- og luftambulansetjeneste ved transport og behandling av akutte pasienter.
- I denne fagplanen brukes begrepet prehospitaltjenester om helseforetakenes akuttmedisinske tjenester før innleggelse i sykehus, det vil si AMK, ambulansetjenesten og luftambulansetjenesten.



Figur 1 Pasientens vei gjennom den akuttmedisinske kjeden – fra nødmelding og første respons til transport, vurdering og endelig behandling i sykehus. Figuren viser hvordan AMK-sentral (113), legevakt, ambulansetjeneste, luftambulansetjeneste, akuttmottak og sykehus samarbeider for å sikre helhetlig og koordinert akuttmedisinsk behandling.

Akuttmedisinforskriften, sammen med helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, stiller krav til organisering, samhandling og beredskap i den akuttmedisinske kjeden, for å sikre at befolkningen får rask og forsvarlig øyeblikkelig hjelp når behovet oppstår.

1.2 Verdigrunnlaget for de akuttmedisinske tjenestene i Midt-Norge

De akuttmedisinske tjenestene skal redde liv, redusere varig men og lindre lidelse gjennom likeverdige, samordnede og teknologisk støttede løsninger.

Den akuttmedisinske kjeden skal fungere sømløst fra første kontakt til pasienten er forsvarlig ivaretatt. Det fordrer rask og korrekt vurdering, tidlig diagnostikk og målrettet innsats – med behandling på stedet når det er mulig, og med transport til riktig behandlingsnivå når det er nødvendig. Pasienten skal få riktig oppfølging enten hjemme, i legevakt eller i akuttmottak, og ved behov under transport, uten unødvendig tidstap. Primær- og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide tett i mobile, kompetente og godt utrustede team.

Pasientforløpene starter ofte i hjemmet eller andre steder i lokalsamfunnet og skal så langt som mulig ta utgangspunkt i standardiserte forløp beskrevet på systemnivå. Tjenestene skal bindes sammen i et felles digitalt informasjonssystem som gir relevant beslutningsstøtte, delte pasientjournaler og kontinuerlig læring.

Ambulansetjenesten er en forlenget arm for sykehusene og de tunge fagressursene.

1.3 Planens virkeområde og avgrensing

Den akuttmedisinske fagplanen for Helse Midt-Norge er et strategisk plandokument for alle organisatoriske enheter i Helse Midt-Norge RHF som inngår i den akuttmedisinske kjeden:

- den medisinske nødmeldetjenesten – AMK-sentralene
- den ordinære ambulansetjenesten med bil og båt
- Helse Midt-Norges virksomhet for Statens luftambulansetjeneste • akuttmottakene

Planen gjelder også for fagfeltet CBRNE-beredskap, som omfatter forebygging, forberedelse og respons ved hendelser med kjemiske, biologiske, radioaktive, nukleære eller eksplosive stoffer som kan forårsake alvorlig skade.

Planen er dessuten relevant for Pasientreiser, som samarbeider nært med ambulansetjenesten og AMK-sentralene om pasienttransport og logistikk. Et godt samarbeid mellom de prehospitaltjenestene og Pasientreiser er en forutsetning for å utvikle et mer hensiktsmessig tilbud for pasienttransport. Helseforetakene har et omfattende beredskapsplanverk. Denne planen berører området, men griper ikke inn i beredskapsplanverket.

Fagplanen gjelder ikke for kommunale helse- og omsorgstjenester, og dermed heller ikke legevaktordningen, men forutsetter tett samarbeid med kommunene.

1.4 Formålet med fagplanen

Akuttmedisinsk fagplan skal være et strategisk verktøy for de prioriteringene spesialisthelsetjenesten må gjøre for at befolkningen i Midt-Norge skal ha tilgang til effektiv og faglig forsvarlig akuttmedisinsk helsehjelp på riktig nivå også i årene fram mot 2040.

Fagplanen utgjør del 1 av en todelt plan og fastsetter overordnede mål, strategier og faglige føringer for spesialisthelsetjenesten. De tjenestene som skal sikre befolkningen gode akuttmedisinske tjenester, forutsetter at primærhelsetjenesten deltar som en likeverdig part. Grunnlaget for dette ligger i lov og forskrift og må konkretiseres i del 2. Arbeidet med del 2 starter etter at del 1 (dette dokumentet) er slutført.

Del 2 skal være en lokal gjennomføringsplan som operasjonaliserer fagplanens mål, prinsipper og faglige føringer i hvert helseforetak og i samarbeid og konsensus med kommunene/helsefelleskapene.

Den akuttmedisinske fagplanen (del 1) skal dermed inngå i grunnlaget for dialog med kommunehelsetjenesten om foretaksvis planer (del 2), med avtaler for samarbeidet i den akuttmedisinske kjeden, slik dette er beskrevet i Meld. St. 23 (2024–2025), som helseforetakene fikk i oppdrag å følge opp høsten 2025. Videre skal fagplanen danne grunnlag for konkrete handlingsplaner for aktuelle enheter i de underliggende helseforetakene – Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF – i årene framover.

Planen er underordnet Helse Midt-Norges Strategi 2030 og vår overordnede regionale utviklingsplan. Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 og akuttmedisinforskriften gir direkte føringer for prioriteringene som inngår i planen. Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisin utenfor sykehus gir føringer som er lagt til grunn i planarbeidet.

1.4.1 Anbefalt innhold i del 2 – gjennomføringsplanen

Del 2 skal beskrive hvilke konkrete tiltak som skal gjennomføres, hvem som har ansvar, hvilke avhengigheter som foreligger, og hvordan effekter på kvalitet, pasientsikkerhet, tilgjengelighet og ressursbruk skal måles og følges over tid. Videre skal den beskrive hvordan tiltak og endringer skal forankres i helsefelleskap og øvrige samhandlingsarenaer, og hvordan framdrift og resultater skal rapporteres og følges opp i ordinær styringslinje.

Del 2 skal utformes og forankres lokalt av det enkelte helseforetaket i samarbeid med tilhørende kommuner, slik at tiltak, ansvar og gjennomføring kan tilpasses lokale behov og forutsetninger.

Del 2 bør minst inneholde:

- prioriterte tiltak (anbefalt maks 10–15 tiltak) med tydelig kobling til fagplanens strategiske retning
- rolle- og ansvarsavklaringer (RACI/ansvarskart) på tvers av nivåer og relevante virksomheter
- tidslinje med milepæler og avhengigheter
- ressurs- og kompetansebehov (inkludert behov for opplæring/simulering og frigjort tid til implementering)
- en plan for implementering (kommunikasjon, opplæring, støtteverktøy, revisjon)
- valg av indikatorer, utgangsverdier og mål/ambisjoner for perioden, inkludert hvordan pasientsikkerhet skal overvåkes ved endret nivåplassering

2 Drivkrefter for endring og utviklingstrekk

Samfunnet er i rask og omfattende endring. Det stiller nye krav til helse- og beredskapstjenestene når det gjelder evnen til å tilpasse seg befolkningens behov og samhandle effektivt på tvers av nivåer og virksomheter. Kapittel 2 beskriver drivkrefter og utviklingstrekk som påvirker de akuttmedisinske tjenestene i Midt-Norge, og gir dermed et viktig kunnskapsgrunnlag for prioriteringene i planen.

Det er gjennomført omfattende framskrivninger av demografi og aktivitet for de ulike fagområdene, inkludert analyser på kommunenivå. Hele dette datagrunnlaget er samlet i vedlegg A.

2.1 Drivkrefter for endring av tjenestene

Kreftene som setter retning for tjenestene de neste årene, omfatter både globale og nasjonale rammebetingelser, demografi og ressursmangel, teknologiske og faglige nyvinninger samt organisatoriske utfordringer. Til sammen påvirker de kapasiteten, beredskapen, kvaliteten og behovet for samhandling.

2.1.1 Teknologi som endrer praksis

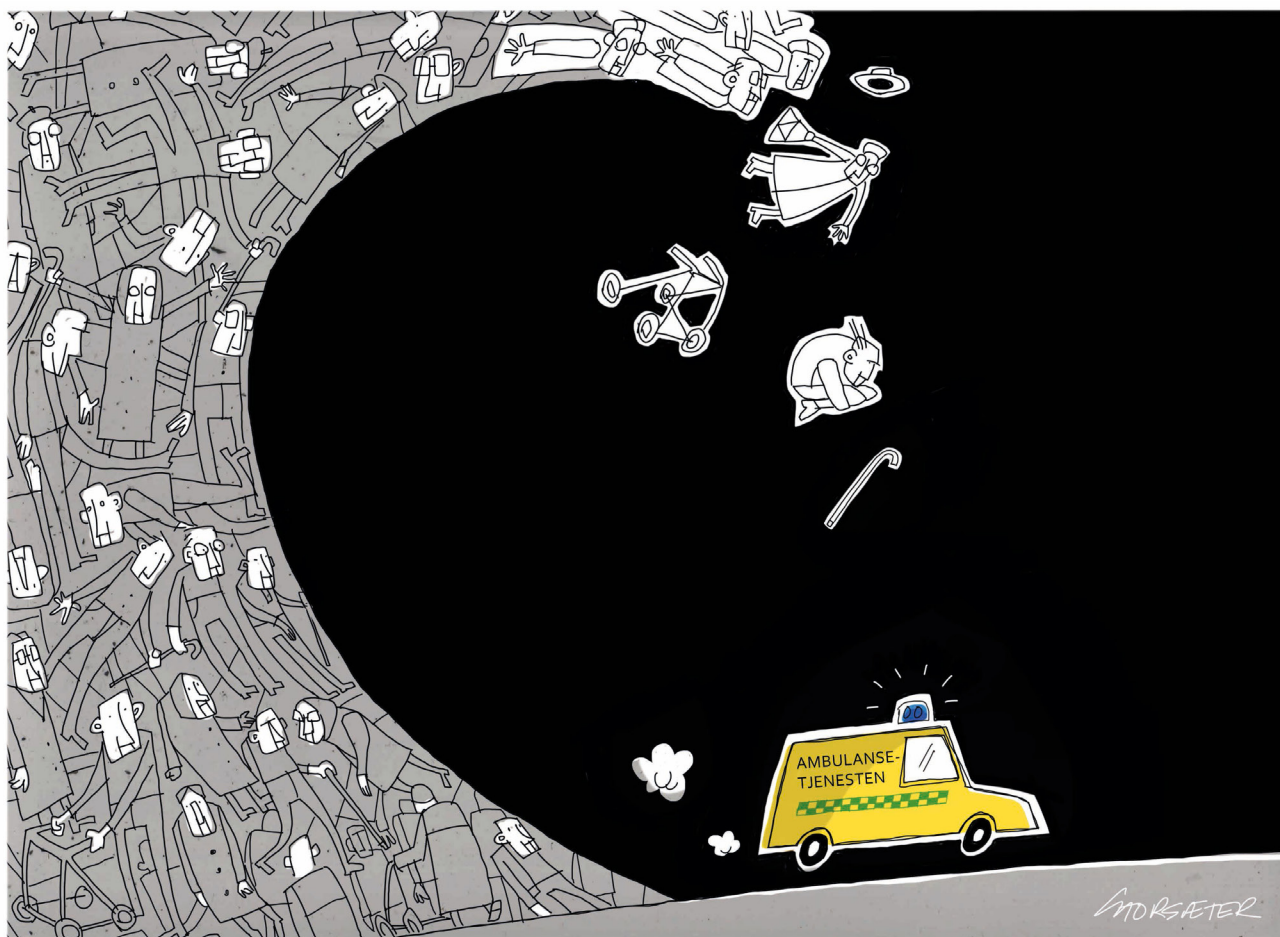
Ny teknologi og faglig innovasjon kan endre måten de prehospitale tjenestene arbeider på. Kunstig intelligens, sensorteknologi, sanntidsdata, «point-of-care»-diagnostikk (analyser som utføres der pasienten er) og digital samhandling muliggjør tidlig vurdering og behandling – ofte i pasientens eget hjem. Dette understøtter forløpstenkning «fra hjem til hjem» og bidrar til at hjelp kan gis på riktig nivå tidligere i forløpet.

2.1.2 Fra siloorganisering til integrerte og standardiserte tjenester

Akuttmedisinske tjenester er sterkt preget av siloorganisering, manglende eller mangelfull planlegging, deling av data og kunnskapsgrunnlag, omforente handlingsplaner, synergier og samhandling – både innad i de prehospitale tjenestene, internt i helseforetakene ellers og mellom helseforetak og kommuner. Dette øker risikoen for feilprioritering av pasienter, unødvendig ressursbruk og dobbeltarbeid, forsinket hjelp, unødvendige transporter og innleggelser.

Da det midlertidige foretaket Ambulans Midt-Norge HF skulle avvikles, så man at det var behov for å beholde og videreutvikle felles løsninger for ambulansetjenesten i helseregionen. Dermed ble Prehospitale fellestjenester etablert. Det var et organisatorisk grep som for Helse Midt-Norge ble et viktig tidlig bidrag til målsettingen om integrerte og enhetlige tjenester. Etter hvert har Prehospitale tjenester blitt en tydelig nasjonal aktør som har vært med og lagt grunnlaget for interregional utvikling med samme målsetting. Utviklingen går da også mot flere felles løsninger og mer integrerte tjenester. Felles teknologi for AMK-sentraler, nasjonal prehospital

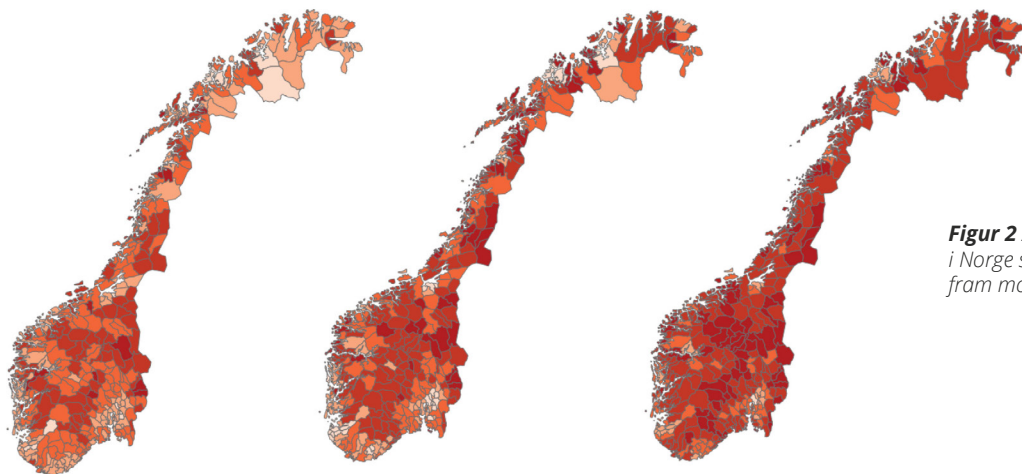
elektronisk pasientjournal (PEPJ) og nasjonalt samarbeid om faglige retningslinjer legger til rette for bedre informasjonsflyt og mer standardiserte pasientforløp – både akutte og andre uplanlagte forløp som starter utenfor sykehus. Erfaringer fra FRAM-samarbeidet, som begynte i Midt-Norge og på få år ble et nasjonalt samarbeid om felles retningslinjer for ambulansetjenesten, viser at interregionalt samarbeid kan gi langt større effekt enn lokale tiltak isolert. Dette understreker behovet for strategisk samarbeid, et felles mål bilde og teknologisk samspill for å møte framtidens behov innenfor prehospitale tjenester.



2.1.3 Flere eldre

De store etterkrigskullene går nå inn i de eldre årsklassene. Andelen eldre øker dermed raskt, og ifølge beregninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) vil andelen personer over 80 år om lag dobles i Midt-Norge fram mot 2040. Det vil gi økt behov for helsetjenester generelt og akuttmedisinske tjenester spesielt, selv om flere også lever lenger med god helse.

Befolkningsendringer, sentralisering og rekrutteringsutfordringer forsterker behovet for fleksible og bærekraftige tjenester. Fram mot 2040 må helsetjenesten levere adekvat, nødvendig og likeverdig hjelp med begrensede ressurser. Det krever kloke prioriteringer, tydelig arbeidsdeling, effektivt samarbeid og rasjonell bruk av personell, kompetanse og teknologi.



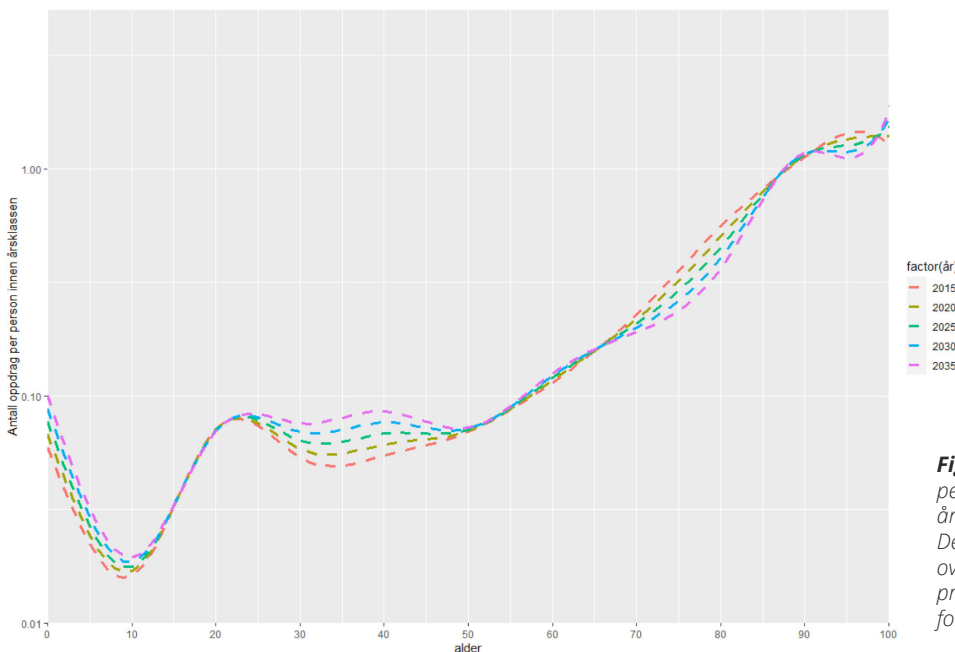
Andel av befolkningen 67 år og eldre. 1.1. 2004.

Andel av befolkningen 67 år og eldre. 1.1. 2022.

Andel av befolkningen 67 år og eldre. 1.1. 2040.

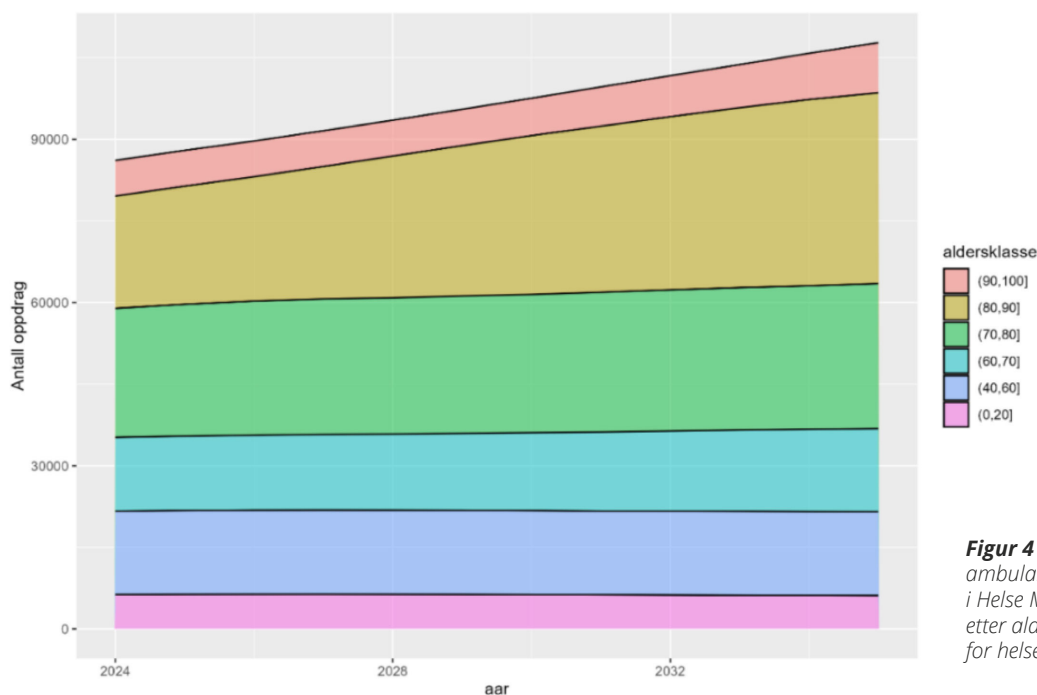
Figur 2 Andel av befolkningen i Norge som er 67 år og eldre, fram mot 2040. Kilde: SSB 2023

Utviklingen i Midt-Norge følger de nasjonale trendene og gir et tydelig bilde av hvordan demografiske endringer vil påvirke behovet for akuttmedisinske tjenester i regionen. Befolkningen i Midt-Norge forventes å øke jevnt fram mot 2040, med en tydelig forskyvning mot eldre aldersgrupper, samtidig som andelen personer i yrkesaktiv alder reduseres. Bruken av helsetjenester øker markant med alder. Som vist i figur 3 bruker for eksempel 85-åringene ambulansetjenesten om lag 10 ganger mer enn 55-åringene, basert på virksomhetsdata fra ambulansetjenesten i vår region.



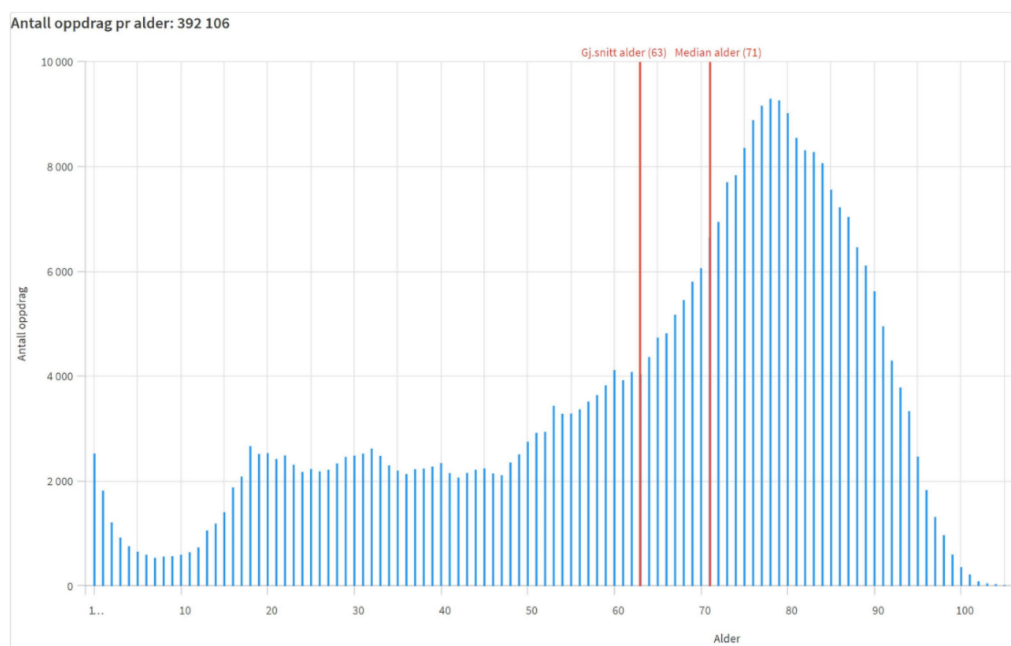
Figur 3 Antall årlige ambulanseoppdrag per person etter alder (0–100 år) for fem utvalgte år – 2015, 2020, 2025, 2030 og 2035. De stiplede linjene illustrerer utviklingen over tid og viser at eldre har høyere bruk av prehospitaltjenester. Kilde: Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) 2025

Siden antall oppdrag øker betydelig med alderen, vil veksten i de eldste aldersgruppene dominere den samlede aktivitetsveksten når vi framskriver oppdragsmengde etter aldersgrupper.



Figur 4 Framskrevet antall ambulanseoppdrag per år i Helse Midt-Norges opptaksområde, etter aldersgrupper. Kilde: Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) 2025

Figur 5 viser aldersfordelingen for 392 106 oppdrag utført av ambulansetjenesten i Midt-Norge i perioden 2022–2025. Som figuren viser, gjelder en stor andel av oppdragene pasienter som er 65 år og eldre; gjennomsnittsalderen er 63 år og medianalderen 71 år. Når det særlig er i gruppen 80 år og eldre vi får den sterkeste befolkningsveksten fram mot 2040, vil det trekke aktiviteten videre opp.

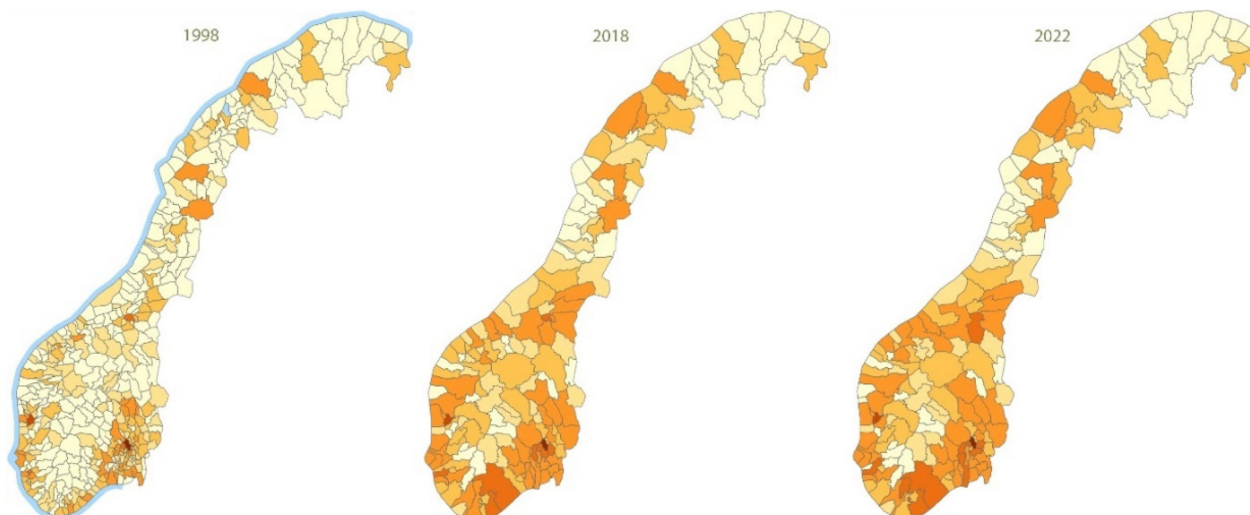


Figur 5 Antall oppdrag for ambulansetjenesten i Midt-Norge 2022–2025 fordelt på pasientenes alder (0–100 år). Gjennomsnittsalder 63 år, medianalder 71 år. Kilde: Ambulansetjenesten i Midt-Norge ved Prehospitalt fellestjenester 2026

2.2 Utviklingen i legevaktområder i Norge

Akuttmedisinforskriften slår fast at alle kommuner skal ha en legevaktordning som sikrer øyeblikkelig hjelp hele døgnet, og at legevakten skal kunne rykke ut umiddelbart når det er nødvendig. Måten legevakten er organisert på, har endret seg betydelig de siste årene. Enhetene har blitt større og mer sentralisert, og avstanden til pasientene har økt. Legen sitter oftere et annet sted og bistår via telefon eller video. Utrykningsplikten gjelder fortsatt, men avstandene gjør at ambulanspersonell oftere må gjøre de kliniske vurderingene og beslutningene på hendelsesstedet uten lege til stede.

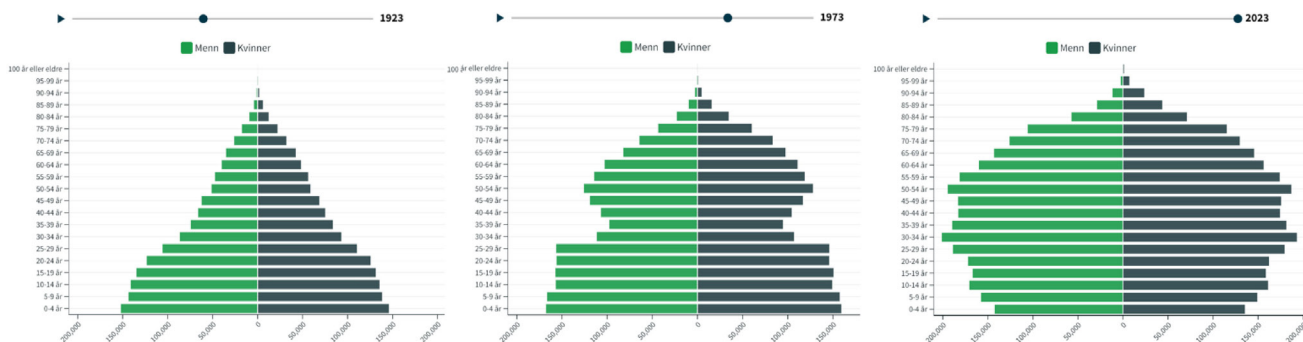
Kartene i figur 6 viser hvordan legevaktområdene i Norge har utviklet seg fra 1998 til 2022. I 1998 var strukturen preget av mange små, lokalt forankrede enheter, ofte organisert på kommunenivå. Gradvis sammenslåing, først som et resultat av interkommunale samarbeid, senere gjennom mer formelle strukturendringer og regionalisering, har gitt dagens struktur med få og geografisk omfattende legevaktområder i store deler av landet. Utviklingen reflekterer både endringer i befolkningsgrunnlaget og krav til faglig kvalitet, og legevaktene har blitt mer profesjonalisert. Samtidig har det medført at mange innbyggere, særlig i grisgrendte områder, har fått lengre avstand til nærmeste legevakt. Én enkelt transport til legevakt for ambulansetjenesten kan legge store områder uten beredskap, og risikoen for samtidighetskonflikter øker. Det stiller større krav til samhandling mellom nivåer i helsetjenesten, til prioritering og til digitale løsninger som sikrer tilgjengelighet og et likeverdig akuttmedisinsk tilbud.



Figur 6 Utvikling i legevaktområder 1998–2022. Fargene indikerer antall innbyggere (mørkere oransje = flere innbyggere).
Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) / forskningsinstituttet Norce

2.3 Utviklingen i befolknings sammensetningen

Figur 7 viser SSBs befolkningspyramider for Norge i 1923, 1973 og 2023. Pyramidene illustrerer hvordan befolkningen fordeler seg etter alder og kjønn, og gjør det mulig å se lange linjer i den demografiske utviklingen. I 1923 hadde Norge en ung befolkning med mange barn og relativt få eldre. I 1973 ser vi etterkrigstidens store barnekull som brede årganger i yrkesaktiv alder, mens andelen eldre fortsatt er moderat. I 2023 har bildet endret seg tydelig. Det fødes færre barn, samtidig som flere lever lenger. Resultatet er en mer «aldrende» befolkning. Denne utviklingen får direkte betydning for behovet for helse- og omsorgstjenester.

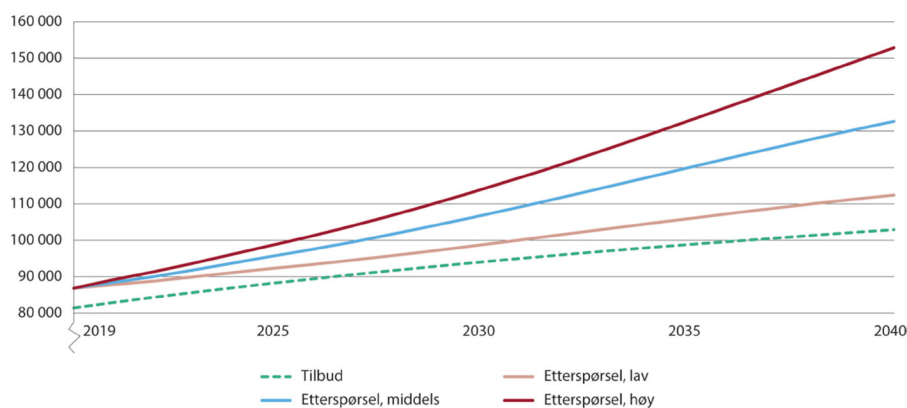


Figur 7 Befolkningspyramider for 1923, 1973 og 2023. Kilde: SSB 2023

2.4 Forventet tilgang på helsepersonell fram mot 2040

Når flere lever lenger med kroniske sykdommer, funksjonstap og sammensatte behov, øker etterspørselen etter tjenester både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Samtidig blir de yrkesaktive aldersgruppene relativt mindre, noe som forsterker utfordringene knyttet til rekruttering, bemanning og bærekraft i tjenestene – særlig i distriktene (se vedlegg A).

Framskrivninger viser at en stadig større del av den yrkesaktive befolkningen må arbeide i helse- og omsorgssektoren dersom dagens tjenestenivå skal opprettholdes. Beregninger fram mot 2040 indikerer et mulig underskudd på om lag 30 000 sykepleierårsverk og over 24 000 helsefagarbeiderårsverk i Norge dersom utviklingen fortsetter som i dag (SSB 2023).



Figur 8 Framskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for sykepleiere fram til 2040 under ulike forutsetninger om etterspørselen.
Kilde: Helsepersonellkommissjonen 2023

Helsepersonellkommissjonen peker samtidig på at Norge allerede har en betydelig mangel på helsepersonell, og at det ikke er realistisk å dekke den forventede veksten i behovet bare gjennom å utdanne og rekruttere flere. Det vil kreve at en stadig større andel av den yrkesaktive befolkningen arbeider i helse- og omsorgstjenestene på bekostning av andre sektorer. Kommisjonen konkluderer derfor med at tjenestene må utvikles og organiseres annerledes, med tydeligere prioritering, bedre oppgavedeling og mer effektiv bruk av personell og teknologi for å være bærekraftige over tid (Helsepersonellkommissjonen, NOU 2023: 4).

For Helse Midt-Norge innebærer dette at utfordringene med rekruttering og tilgang på kompetent helsepersonell vil forsterkes framover. Vi forventer svakere rekruttering til helse- og omsorgstjenestene i distriktene. Befolkningsnedgang og aldring, kombinert med flytting mot byene, forsterker ubalansen mellom behov og tilgjengelig kompetanse. Utfordringene handler ikke bare om antall ansatte, men også om tilgangen på helsepersonell med relevant og spesialisert kompetanse.

2.5 Tolking av framskrivingene (vedlegg A)

De mest framtrepende demografiske trendene er allerede synlige i Midt-Norge. Flere distriktskommuner har befolkningsnedgang og økende gjennomsnittsalder. Samtidig vokser byer og større tettsteder – særlig Trondheim og kommunene rundt.

Befolkningsframskrivingene viser at alle deler av regionen får flere eldre, og at veksten blir størst i gruppen over 80 år. Siden behovet for helsetjenester øker markant med alder, innebærer dette økt etterspørsel etter akuttmedisinske tjenester, både fordi antall hendelser øker, og fordi pasientforløpene blir mer komplekse. Framskrivingene for AMK-sentralene, ambulansetjenesten og akuttmottakene peker samlet mot en tydelig aktivitetsvekst fram mot 2040 dersom dagens organisering og samhandlingsmønstre videreføres. Selv i hovedscenariet anslås veksten til om lag 20–30 prosent innen flere områder. Dette tilsier at dagens kapasitet, bemanningsmodeller og arbeidsformer ikke vil være tilstrekkelige på sikt. Selv om framskrivingene er usikre, peker alle scenarioene likevel i samme retning.

Aktivitetsveksten er samtidig geografisk skjevt fordelt. Den konsentreres i større og mer sentrale kommuner, mens mindre og mer perifere kommuner får lavere vekst i absolutte tall, til tross for en aldrende befolkning. Det innebærer at tjenestene må håndtere to parallelle utfordringer: økt volum og press i bynære områder, og vedvarende sårbarhet knyttet til rekruttering, beredskap og responstid i distriktene.

Framskrivingene synliggjør også et særlig behov for bedre samordning i grensesnittene mellom AMK-sentral, ambulansetjeneste og akuttmottak. Beslutninger om responsnivå påvirker belastningen i ambulansetjenesten, og ambulansetjenestens prioriteringer påvirker pasienttilstrømming og kapasitetsbehov i akuttmottakene. Økt aktivitet i ett ledd forplanter seg raskt til de andre. Det forsterker behovet for tidligere, tettere og mer systematisk dialog mellom leddene og et mer forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten. Samlet sett understreker framskrivingene behovet for helhetlig og langsiktig planlegging på tvers av nivåene, slik at tiltak kan vurderes og iverksettes i god tid.



3 Utfordringsbildet

Utfordringene er omfattende og er beskrevet i en rekke utredninger og publikasjoner, blant annet i NOU 2023: 4 Tid for handling – personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (Helsepersonellkommissjonen) og regjeringens perspektivmeldinger. Utfordringsbildet for de akuttmedisinske tjenestene er i hovedsak det samme som for helsetjenesten for øvrig. I dette kapittelet beskriver vi kort utfordringene for de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden.

De fleste fagområdene innenfor prehospitaltjenester påvirkes i begrenset grad av urbaniseringsprosesser. Et unntak er den ordinære ambulansetjenesten, som utgjør den mest desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten, og som allerede opplever tydelige konsekvenser av befolkningskonsentrasjon og endret bosetting. Effekten forsterkes av at legevakttjenestene siden tusenårsskiftet gradvis har blitt mer sentralisert, og at utrykninger og hjemmebesøk har fått mindre plass i legevakt. Det har resultert i at ambulansetjenesten ofte står som den eneste mobile akuttressursen i mange distrikter.

3.1 Strukturelle endringer kan øke behovet for mobile akuttmedisinske ressurser

Endringer i samfunnet og strukturelle tiltak i helsetjenesten påvirker behovet for akuttmedisinske tjenester og disponeringen av mobile ressurser. Når deler av den medisinske diagnostikken, behandlingen og omsorgen flyttes til høyere nivåer og samles på færre steder, øker behovet for lange ambulansetransporter.

Denne utviklingen krever bedre planlegging, samhandling og ressursdisponering i den prehospitaltjenesten for å sikre alle innbyggere likeverdig tilgang til akuttmedisinske tjenester, uavhengig av hvor de bor. Norge er et av landene med best dekning av helsepersonell per 1000 innbyggere. Utfordringen handler med andre ord ikke bare om tilgang på helsepersonell, men om hvordan ressursene samvirker og utnyttes i den akuttmedisinske kjeden. Alle kommuner har for eksempel en omfattende og kompetent hjemmebasert omsorgstjeneste (HBO). Det er en tjeneste som kjenner pasientene sine godt, er mobil og har døgndrift. Likevel har ikke HBO noen rolle i den akuttmedisinske kjeden. Selv om HBO har høy arbeidsbelastning og utnytter ressursene sine godt, er det statistisk sannsynlig at noen av disse ressursene kan være ledige, tilgjengelige og mulig livreddende ved akutte hendelser i eget nærområde – trolig også for pasienter de alt kjenner. Det ligger derfor et stort potensial i å kunne koordinere innsats fra primær- og spesialisthelsetjenesten sett under ett. Et av målene bør være å utvikle et system som legger til rette for synergier, der eksisterende helseressurser kan utnyttes i akuttberedskapen og er synlige for AMK-sentralene.

3.2 Det akuttmedisinske systemet må rustes for klimaendringene

Ekstremvær forekommer stadig oftere og kan føre til flom, skred, stormer og perioder med ekstrem varme. Klimaendringene setter samfunnet på prøve: Veier stenges, strøm og samband faller ut, og luftambulansen må tidvis stå på bakken. For de prehospitaltjenestene – særlig AMK og ambulansetjenesten – påvirker dette både kravene til og evnen til å opprettholde beredskap.

Det akuttmedisinske systemet må derfor bygges for et klima i endring, med fleksible planer, trygg infrastruktur og egnet materiell.

Da ekstremværet Ivar traff Midt-Norge i desember 2013, forsvant både strøm og telefonsamband i store områder. Det utløste et akutt behov for å få oversikt over hjemmeboende pasienter som var avhengige av jevnlig helsehjelp, og sikre at de fikk nødvendig bistand. Ambulansetjenesten ble sendt ut for å oppsøke og følge opp disse pasientene, basert på de oversiktene kommunehelsetjenesten etter hvert klarte å framskaffe. Det var en løsning som fungerte godt, men hendelsen viser likevel tydelig hvor sårbare tjenestene blir når strøm og kommunikasjon faller bort, og hvor krevende det er å få rask og samlet oversikt når viktig informasjon ikke er tilgjengelig.

3.3 Beredskapen må rustes for nye trusler

Cyberangrep mot kritisk infrastruktur, påvirknings- og desinformasjonskampanjer og hybrid krigføring mot samfunnskritiske funksjoner utgjør reelle trusler mot beredskapen. Helsesektoren er særlig sårbar for digitale angrep som kan lamme kommunikasjon, datasystemer og koordinering mellom AMK, ambulanse og sykehus. Slike angrep kan forstyrre transport- og prioriteringsrutiner og føre til manglende situasjonsforståelse og forsinket pasientbehandling.

Geopolitisk spenning kan indirekte føre til belastninger for helsetjenestene. Det kan dreie seg om press på grenseoverganger, økt migrasjon, sabotasje mot transport- og energiinfrastruktur eller politiske påvirkningskampanjer som undergraver folks tillit til nødetatene. De prehospitale tjenestene, særlig ambulansetjenesten, utgjør hoveddelen av Forsvarets evakueringsaksler. Dette må tjenestene være dimensjonert for, og de må kunne skaleres opp til å operere i krise og krig.

De prehospitale tjenestene har begrenset evne til å tåle endringer i kritisk infrastruktur. For å sikre at de er robuste, må vi erkjenne det sammensatte trusselbildet og bygge inn motstandsdyktighet – både teknisk, organisatorisk og i evnen til å opprettholde kjernetjenester under stress.

3.4 Manglende digital modenhet hemmer tjenesteutvikling og funksjon

Den akuttmedisinske kjeden gjennomgår en digital transformasjon der teknologi, IKT og endringsledelse griper direkte inn i hvordan pasientforløp planlegges, gjennomføres og evalueres. Digitalisering er ikke lenger et tillegg, men en integrert del av pasientforløpet – og et av de viktigste virkemidlene for å sikre bærekraft, kvalitet og tilgjengelighet i helsetjenesten. Når systemene snakker sammen og brukes riktig, kan informasjon følge pasienten sømløst gjennom hele kjeden – fra første kontakt med nødmeldetjenesten til innleggelse og oppfølging.

Avklaringer i den akuttmedisinske kjeden skjer ofte trinnvis – fra en antatt problemstilling, via en arbeidsdiagnose, til en endelig diagnose. Ofte stemmer vurderingene på hvert trinn godt overens, men ikke alltid. Dagens digitale dokumentasjons- og kategoriseringsløsninger gir ikke et godt nok grunnlag for å følge treffsikkerheten i vurderingene eller evaluere effekten av tiltak underveis i pasientforløpet. For å gi bedre innsikt i faktiske og dimensjonerende pasientforløp må framtidige digitale systemer i større grad sikre tydelig sammenheng og sporbarhet mellom antatt problemstilling, arbeidsdiagnose og endelig diagnose. Her kan kunstig intelligens bidra, både i retrospektivt kvalitets- og forbedringsarbeid og – viktigst – som beslutningsstøtte i akutte situasjoner.

For at det skal være mulig i praksis, må grunnleggende digitale forutsetninger være på plass: tilstrekkelig digital modenhet, felles begrepsbruk og standardisering samt løsninger som støtter lik arbeidsflyt og dokumentasjon på tvers av aktører. Fragmenterte systemer og ulik praksis mellom nivåer og regioner bryter informasjonsflyten og gjør det krevende å ta ut digitaliseringsgevinstene – både i implementering, i nytteverdi og i muligheten til å lære systematisk av faktiske pasientforløp. Skal vi lykkes med innovasjon, må den være en integrert del av utviklingsarbeidet, ikke bare teknologisk, men også organisatorisk og faglig. Endringsledelse, kompetansebygging og tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å sikre at digitale løsninger faktisk forbedrer pasientforløp og understøtter klinisk arbeid.

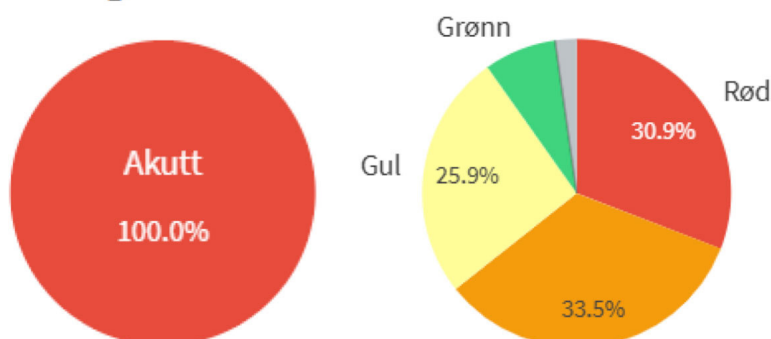
Forskning og utvikling spiller en nøkkelrolle i denne omstillingen. Vi trenger mer relevant praksisnær forskning som undersøker effekten av digitale løsninger, og som gir ny kunnskap om hvordan teknologi kan støtte beslutningsprosesser, styrke pasientsikkerheten og bidra til bedre ressursutnyttelse. Skal vi oppnå dette, må innovasjon og forskning skje i tett samspill med tjenestene. Det forutsetter at det legges til rette for samarbeid mellom helsetjenesten, academia og næringslivet.

3.5 Akutte og andre uplanlagte pasientforløp må standardiseres

AMK-sentralene kan tidlig legge til rette for effektive og sømløse akutte forløp. Men operatørens arbeid er utfordrende; de må ta raske beslutninger basert på begrenset informasjon. Det de har å støtte seg på, er sentralens egne retningslinjer, informasjon om den aktuelle hendelsen og oversikt over tilgjengelige ressurser, supplert med beslutningsstøttesystemet Norsk indeks for medisinsk nødhjelp og egen fagkunnskap. Innholdet og tempoet i akutte forløp ved potensielt alvorlig sykdom varierer antakelig mer enn ønskelig og nødvendig, med både overforbruk og underforbruk av ressurser. Beslutningsstøtten AMK-operatørene får i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp og sentralenes egne retningslinjer, er ikke dynamisk og utnytter ikke informasjon om den aktuelle situasjonen. Usikkerhet og risiko kan dermed føre til mange «for sikkerhets skyld»-beslutninger. Dette kan også bidra til ubegrunnet og uønsket variasjon i praksis.

For hendelser der AMK-sentralene setter hastegraden til akutt, viser triage utført av ambulansespersonell på stedet at en betydelig andel ikke utvikler seg til reelle akutte forløp (se figur 9).

Hastegrader



Figur 9 Hastegrad vurdert av AMK-sentral (venstre) sammenlignet med triage utført av ambulansespersonell på stedet (høyre). Triage er basert på RETTS primærundersøkelse og kartlegging av aktuell sykehistorie. N = 24 462. Utvalget omfatter ordinære ambulanseoppdrag i Helse Midt-Norge i 2024 der AMK-sentralen hadde satt hastegraden til akutt (rød).
Kilde: Prehospital fellesfunksjoner ved St. Olavs hospital / Helse Midt-Norge

Dersom alle ledd konsekvent legger seg på den sikre siden ved å oppgradere hastegraden, er det en betydelig risiko for overforbruk av ressurser, med store samfunnsøkonomiske kostnader og begrenset dokumentert nytte.

AMK-sentralene er nøkkelaktører for å etablere riktige pasientforløp. Helse Midt-Norge kan nå koble data for hele pasientforløpet – fra første 113-anrop, via AMK, ambulansetjeneste og akuttmottak, til utskrivning fra sykehus. Ved å samle og analysere data på tvers av disse leddene, aggregert over tusenvis av forløp med sammenlignbart utgangspunkt eller endepunkt, får vi et helt nytt grunnlag for å forstå hvordan den akuttmedisinske kjeden faktisk fungerer i praksis. Vi får blant annet innsikt i:

- hvor treffsikker AMK-responsen er
- om ambulansetjenesten fanger opp riktige tilstander tidlig nok
- om vurderingene mellom prehospital og hospital tjeneste er godt nok samstemt

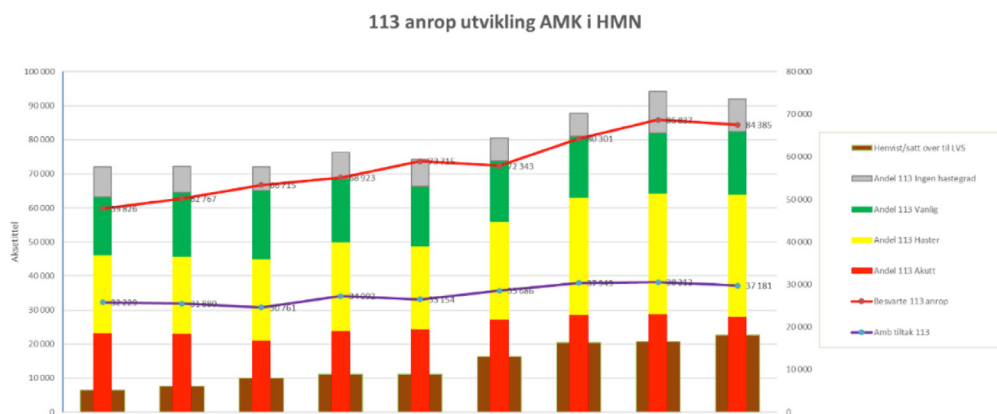
Dette gir et betydelig potensial for mer systematisk læring, kvalitetsforbedring og utvikling av standardiserte pasientforløp basert på data fra reelle, anonymiserte pasientforløp – ikke bare enkeltstående hendelser eller manuelle gjennomganger. Helse Midt-Norge vil, for å realisere dette potensialet, styrke kapasitet, kompetanse og analytiske miljøer knyttet til bruk av disse dataene. Over tid kan dette bidra til at de prehospitale tjenestene blir tryggere, mer treffsikre og mer kunnskapsbaserte. Det videre arbeidet med planen (del 2) må avklare hvordan helsefelleskapene kan knyttes opp mot dette.

Overforbruk av ressurser gir risiko for samtidighetskonflikter der pasienter med reelle akuttbehov konkurrerer med mindre akutte oppgaver. Tjenesten må derfor utvikle mer effektive og hensiktsmessige pasientforløp, også for dem som ikke trenger akutt helsehjelp, slik at rett pasient får rett hjelp til rett tid.

3.6 Endret forventning og mestringsevne i befolkningen øker belastningen for 113 og ambulansetjenesten

Mye tyder på at forventningene til innsats og respons fra helsetjenestene, inkludert de akuttmedisinske tjenestene, er i endring i deler av befolkningen. Det ser vi blant annet ved at medisinsk nødtelefon (113) mottar et økende antall henvendelser som åpenbart kunne vært håndtert på lavere nivå eller som egenomsorg.

Figur 10 viser en tydelig vekst i aktiviteten ved AMK-sentralene i Helse Midt-Norge i perioden 2016–2024: Antallet 113-anrop økte med 27 prosent, antallet ambulanseoppdrag utløst av disse økte med 21 prosent og antallet akuttoppdrag med 20 prosent. Andelen henvendelser som gjaldt tilstander som ikke var alvorlige eller tidskritiske, økte også. I tillegg har antallet ambulanseoppdrag knyttet til den yngre delen av befolkningen steget markant fra 2003 til 2025.



Figur 10 Utvikling i 113-anrop og ambulanseoppdrag i Helse Midt-Norge 2016–2024.

Befolkningens evne og vilje til å håndtere mindre problemer (helsekompetanse) eller akseptere ventetid for behandling av ulike tilstander ser ut til å avta. Problematikken rundt såkalt hyppige brukere er sammensatt, og et mer flerkulturelt samfunn bidrar til nye utfordringer, blant annet språklige barrierer. Dette kan innebære behov for målrettede tiltak og endret kommunikasjon med allmennheten om hvordan de ulike tilbudene er innrettet og bør brukes.

3.7 Pasientgrupper som krever særskilte tilpasninger

Retten til forsvarlige helsetjenester og øyeblikkelig helsehjelp er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Prioriteringsforskriften § 2 fastsetter at helsehjelp skal prioriteres ut fra forventet nytte, ressurskrav og alvorlighet. Ressursene i de akuttmedisinske tjenestene skal primært brukes ved akutte og andre uavklarte situasjoner der tidsfaktoren er viktig og det er nødvendig å sikre pasienten rask tilgang til forsvarlig diagnostikk, avklaring og behandling. Vi opplever at dette ikke alltid er tilfellet.

Noen pasientgrupper trenger særskilt tilpassede tiltak. Særlig gjelder dette skrøpelige eldre med sammensatte helseproblemer (multisykelighet), personer med psykiske lidelser og ruslidelser, barn og unge med helseproblemer og personer med kroniske lidelser som kan forverres akutt.

I tillegg ser vi at enkelte pasientforløp går igjen, og at dette samlet legger et betydelig press på den akuttmedisinske kjeden. Pasienter som kontakter ambulansetjenesten gjentatte ganger (hyppige brukere), skaper utfordringer fordi volumet belaster hvert ledd i kjeden. Dessuten tyder gjentatte hendelser på at pasientene ikke tilbys en god nok løsning. Det kan blant annet skyldes sviktende samarbeid og koordinering mellom forvaltningsnivåene, noe som gjør det vanskelig å sikre en felles og koordinert intervensjon.

I 2024 ble det registrert flere brukere som hadde over 200 ambulanseoppdrag i Helse Midt-Norge. I 2025 sto 1 prosent av pasientene for hele 8,4 prosent av ambulanseoppdragene. Hyppige brukere av de akuttmedisinske tjenestene utgjør en pasientgruppe med sammensatte behov. Dette utfordrer helsetjenesten når det gjelder både ressurser og kompetanse. Fragmentert oppfølging kan føre til mangelfull eller lite hensiktsmessig behandling for pasientene. Det gjelder særlig for personer med psykiske lidelser, og for noen kan standard akuttrespons være direkte uheldig.

I 2025 ble det registrert 92 326 ambulanseoppdrag i regionen. Av disse var 82 983 knyttet til pasienter, og disse oppdragene involverte 44 021 ulike personer. Det gir i gjennomsnitt knapt to oppdrag per pasient, men gjennomsnittet skjuler hvordan oppdragene faktisk fordelte seg. 64,7 prosent av pasientene har bare ett oppdrag og står samlet for 34,3 prosent av oppdragene. Resten av oppdragene utføres i stor grad for pasienter med flere kontakter.

Topp 1 prosent av pasientene, 440 personer, står alene for 8,4 prosent av alle pasientoppdrag (6987 oppdrag). Topp 5 prosent, 2201 pasienter, står for 23,0 prosent, tilsvarende 19 061 oppdrag. Nesten hvert fjerde pasientoppdrag kommer dermed fra denne gruppen. Det påvirker tjenestens tilgjengelighet over tid, og dermed kapasiteten og handlingsrommet når tidskritiske hendelser oppstår. Resten av fordelingen viser samme mønster:

- 17,7 prosent av pasientene har 2 oppdrag og står for 18,7 prosent av oppdragene.
- 11,0 prosent har 3–4 oppdrag og står for 19,5 prosent.
- 5,5 prosent har 5–9 oppdrag og står for 18,1 prosent.
- 1,2 prosent har 10 eller flere oppdrag, men står likevel for 9,4 prosent av alle pasientoppdrag.

Dette tyder på pasientforløp med høy kompleksitet og gjentatte forverringer, der bedre koordinering og tiltak på riktig nivå kan redusere behovet for akutt respons. Klarer vi å forbedre forløpene for de 1–5 prosentene som har flest kontakter, kan det gi stor effekt både for pasientene og for kapasiteten i akuttkjeden.

3.7.1 Eldre pasienter med sammensatt og langvarig sykdom

Den demografiske utviklingen innebærer at Midt-Norge får langt flere hjemmeboende eldre. Aldersgruppen 70–79 år bruker ambulansetjenesten nesten 5 ganger så hyppig som gruppen 40–49 år. Det er også blant de eldste at ambulanseoppdragene oftest resulterer i sykehusinnleggelse, og skrøpelige eldre utgjør en økende andel av pasientene som mottas akutt. Utviklingen vil skape utfordringer i hele regionen, men bli særlig merkbar i distriktskommuner med mange eldre og lang avstand til helsetjenester.

Aldring medfører gradvise endringer i de fleste organsystemer, redusert reservekapasitet og svekket evne til å opprettholde stabil fysiologisk balanse ved akutt belastning. Mange har flere sykdommer samtidig, bruker flere legemidler (med risiko for bivirkninger) eller har sviktende næringsinntak. Det oppstår gjerne forverring av eksisterende sykdom, og evnen til å tåle annen tilfeldig sykdom (forårsaket av f.eks. influensa- eller coronavirus) er redusert. Akutt sykdom hos eldre gir ofte et annet klinisk bilde enn hos yngre, med funksjonssvikt, fall, forvirring eller redusert mobilitet snarere enn tydelige organspesifikke symptomer. Akutt funksjonssvikt og forvirring (delirium) kan være de eneste tegnene på underliggende livstruende sykdom.

Å vurdere hva som bør gjøres ved akutt sykdom hos pasienter i denne gruppen, kan derfor være særlig krevende. Erfaring viser at viktige tilstander hos eldre, som skjulte skader etter fall, hypotermi, infeksjon uten feber og begynnende delirium, lett kan bli oversett av prehospitalt personell uten tilstrekkelig geriatrisk kompetanse. Et «standard» forløp er ofte ikke det rette; individuelle vurderinger og tilpasninger er nødvendige.

For de prehospitalt tjenestene innebærer dette at vurderingene bør baseres på mer enn tradisjonelle vitalparametere. Detaljert sykehistorie, kunnskap om pasientens vanlige funksjonsnivå, informasjon fra pårørende og kommunale tjenester, tilgang til journalopplysninger og evne til å oppdage subtile endringer er avgjørende for å fatte riktige beslutninger. Ambulansepersonell erfarer at de får stadig flere oppdrag knyttet til skrøpelige eldre, ofte uten at de får tilstrekkelig støtte, veiledning eller systematisk oppfølging. Det skaper usikkerhet og øker arbeidsbelastningen. Derfor er dette et fagområde med et særlig behov for kompetanseøkning hos prehospitalt personell.

3.7.2 Pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

Personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser er en heterogen pasientgruppe med betydelig sykdomsbelastning, komplekse behov og kortere leveutsikter enn befolkningen ellers.

Ambulanseoppdrag knyttet til psykisk helse og rus utgjør om lag 6 prosent av den totale oppdragsmengden, og noen av pasientene bruker ambulansetjenesten hyppig. Ambulansetjenesten fungerer ofte som første kontaktpunkt i akutte situasjoner, også for pasienter som er tilknyttet andre deler av helsetjenesten. Dette stiller store krav til faglig kompetanse, trygghet og samhandling på tvers av nivåer. Somatiske problemstillinger hos pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP-pasienter) kan være krevende å ivareta, både på grunn av pasientenes tilstand og på grunn av begrensninger i tjenestetilbudet. Det er behov for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, fleksible tiltak og styrket arbeid med individuelle planer og rutiner for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

3.8 Vold, trusler og etiske dilemmaer

Vold og trusler mot helsepersonell forekommer i økende grad. Mange virksomheter mangler tilstrekkelige rutiner for risikovurdering, varsling og håndtering. Det kan gi høy belastning på personellet og behov for systematisk forebygging, støtte og oppfølging.

Når pasienter motsetter seg behandling, og helsepersonell må vurdere å be politiet om bistand, oppstår det juridiske og etiske dilemmaer. Slike situasjoner er belastende for personellet som er involvert, og kan svekke brukeres tillit til tjenesten. Det kreves derfor tydelige prosedyrer, evne til etisk refleksjon og godt tverretattlig samarbeid.



4 Pasientens akuttmedisinske tjenester – strategiske prioriteringer

Dette kapittelet beskriver Helse Midt-Norges strategiske prioriteringer for å videreutvikle pasientens akuttmedisinske tjenester.

De prehospitaltjenestene i Helse Midt-Norge skal utvikles med utgangspunkt i pasientenes individuelle behov for akuttmedisinsk hjelp. At deres behov styrer valg av respons, tjenestenivå og tiltak, er avgjørende for riktig ressursbruk, kvalitet og pasientsikkerhet og for bærekraften i tjenestene når etterspørselen vokser raskere enn kapasiteten.

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus skal gi helsehjelp der pasienten befinner seg, og ambulanse og luftambulanse skal, når det trengs, sørge for rask og riktig transport til akuttmottak med nødvendig spesialistkompetanse. Det er behov for differensierte og rasjonelle løsninger for avklaring og for tilfeller der pasienter ikke trenger videre observasjon eller behandling under transport.

«Pasientens behov først» innebærer en tydelig prioritering: De akuttmedisinske ressursene er begrenset og skal primært brukes der tidsfaktoren er avgjørende for liv, helse og funksjon. Et system som over tid bruker akuttressurser på oppdrag med begrenset helsegevinst, blir sårbart for samtidighetskonflikter. Det kan føre til at pasienter med reelle akuttbehov får forsinket helsehjelp.

Helse Midt-Norge vil derfor arbeide systematisk med å identifisere og redusere overforbruk og uønsket variasjon, blant annet gjennom bedre bruk av virksomhetsdata, felles indikatorer og kontinuerlig faglig oppfølging.

4.1 Likeverdige tjenester – sammenhengende og mer standardiserte pasientforløp

Løsninger skal tilpasses slik at hele regionen har et likeverdig tilbud. Pasientene skal oppleve akuttmedisinske tjenester uten organisatoriske grenser.

4.1.1 Differensierte løsninger for et likeverdig tilbud

Helse Midt-Norge har «sørge for»-ansvar i en region med store geografiske avstander, krevende topografi og varierende bosetting. Det stiller særskilte krav til hvordan de akuttmedisinske tjenestene organiseres og leveres. At Møre og Romsdal har om lag 25 fergesamband, illustrerer tydelig de geografiske og logistiske rammene for akuttberedskap i denne delen av regionen. Andre steder, som i Trondheimsområdet, er utfordringene av en annen karakter, med høy befolkningstetthet, mange samtidige oppdrag og hyppige kapasitetskonflikter i både ambulansetjeneste og akuttmottak.

Ensartede praktiske løsninger gir derfor ikke likeverdige tjenester. De prehospitaltjenestene må utvikles med utgangspunkt i lokale behov og forutsetninger. Helse Midt-Norge vil legge til rette for differensierte løsninger som tar hensyn til lokale forhold, samtidig som grunnleggende kvalitetskrav og prioriteringsprinsipper er felles i hele regionen.

I dag er akuttambulanse med transportkapasitet den mest brukte ressurstypen i de prehospitaltjenestene. Utviklingen i befolkning, oppdragsprofil og tilgang på personell tvinger fram en mer målrettet og bevisst bruk av ulike enheter med komplementære funksjoner, som akuttbil uten transportkapasitet,



én-redder-kjøretøy og hensiktsmessige syketransportløsninger. Akuttambulanser skal inngå i en helhet der prinsippet «rett enhet til rett oppdrag» ligger til grunn.

De prehospitale tjenestene i regionen har allerede en flåte av enheter utviklet for å dekke forskjellige geografiske, logistiske og medisinske behov (se tabell 1). Helse Midt-Norge vil legge til rette for at denne enhetsflåten utnyttes mer systematisk og differensiert, og dimensjoneres i samsvar med faktiske behov. For å kunne prioritere enhetene riktig og koordinere dem effektivt må nødmeldetjenesten ha god kjennskap til geografi, lokale ressurser og lokal organisering.

ENHETSTYPE	HOVEDFUNKSJON
Akuttambulanse (EN 1789 type B)	Akutt helsehjelp og transport av pasienter
Intensivambulanse (EN 1789 type C)	Avansert behandling og transport av kritisk syke pasienter
Beredskapsambulanse	Opprettholdelse av beredskap ved varierende aktivitetsnivå
Akuttbil (uten transportkapasitet)	Klinisk vurdering, behandling og støtte til andre ressurser
Én-redder-kjøretøy	Tidlig respons og klinisk vurdering i områder med lav oppdragsmengde
Syketransportbil (EN 1789 type A)	Planlagt og ikke-tidskritisk transport
Luftambulanse	Spesialisert behandling og rask transport over lengre avstander
Ambulansebåt	Prehospital beredskap i kyst- og fjordområder
Frivillige ressurser utenfor vei	Støtte ved pasienttransport utenfor farbar vei, søk- og redningsoppdrag i utilgjengelig terreng

Tabell 1 Oversikt over prehospitale enheter i Helse Midt-Norge

Utvikling av lokalt tilpassede tjenester krever vilje til å prøve ut nye løsninger. Helse Midt-Norge vil støtte utprøving av alternative responser, nye roller i ambulansetjenesten, økt bruk av hjemmebaserte tjenester og tettere integrasjon mellom prehospitale og kommunale ressurser der det er faglig begrunnet. Lokale løsninger må utvikles innenfor definerte rammer, og konsekvenser for kvalitet, ressursbruk og beredskap må følges systematisk opp gjennom datadrevet styring og felles indikatorer. Tett samarbeid med kommunene er en forutsetning for at løsningene skal fungere i praksis og inngå i det helhetlige akuttmedisinske tilbudet (se også kapittel 4.2.1). Målet er at pasienter som trenger akuttmedisinsk hjelp, møter en helhetlig, forutsigbar og trygg helsetjeneste – uavhengig av hvor i regionen de befinner seg.

4.1.2 Helhetlige forløp på tvers av organisatoriske grenser

Pasientforløpet starter som regel utenfor sykehus, lenge før pasienten når døren til akuttmottaket. God hverdagsberedskap forutsetter derfor at befolkningen har førstehjelpskunnskap, mestringsevne og tilgang til pålitelig informasjon. I praksis begynner de fleste akuttmedisinske forløp i hjemmet, på arbeidsplassen eller i det offentlige rom, og de første vurderingene som gjøres, ofte i kontakt med nødmeldetjenesten, legger sterke føringer for det videre forløpet. Tidlige beslutninger om hastegrad, ressursbruk og videre håndtering påvirker både utfallet for pasienten og belastningen for helsetjenesten.

Når pasientens behov ikke avklares tidlig, øker risikoen for feilvurderinger, feilprioritering (for eksempel overtriage), unødvendig transport, fragmenterte forløp og redusert ressurstilgjengelighet for pasienter med tidskrisiske behov. Fragmenterte forløp med uklare overganger, mangelfull informasjonsflyt og utydelig ansvar øker risikoen for feil, forsinkelser og unødvendig belastning for både pasienter og tjenester.

Det er allerede etablert standardiserte forløp for pasienter med mistenkt lårhalsbrudd og potensielt alvorlig traume, og det er dokumentert at disse forløpene sparer tid, øker pasientenes leveutsikter, bedrer sluttresultatet etter hendelsen og korter ned liggetiden på sykehus. Det finnes også mer eller mindre tydelig definerte handlingsplaner og forløp for hjerneslag, akutt koronarsyndrom, akutt hjerteinfarkt og flere andre tilstander, blant annet mistenkt sepsis og akutte pustevansker. Prosjektet Trygg akuttmedisin (ved Universitetssykehuset i Nord-Norge og Helse Nord RHF) har utviklet handlingsplaner for akutt hjerteinfarkt, hjerneslag og sepsis som er felles for primær- og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra dette prosjektet er relevante for arbeidet med del 2 av denne planen.

Sammenhengende pasientforløp er en forutsetning for kvalitet, pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk, særlig når beslutninger må tas raskt og under usikkerhet. Helse Midt-Norge skal derfor, i samarbeid med kommunene, sikre at pasienter som har behov for akuttmedisinsk hjelp, opplever helhetlige, koordinerte og sammenhengende forløp på tvers av nivåer, tjenester og organisatoriske grenser.

4.1.3 Mer standardisering – men med rom for klinisk skjønn

Et sammenhengende akutt pasientforløp kjennetegnes av at alvorlig sykdom eller skade identifiseres raskt, at de involverte aktørene har en felles situasjonsforståelse, og at informasjonen flyter uavbrutt fra første kontakt med helsetjenesten til pasienten er stabilisert og overført til riktig behandlingsnivå. Det forutsetter at vurderinger, beslutninger og tiltak i akutfasen henger logisk og operativt sammen i hele kjeden, uten tap av tid, informasjon eller ansvar.

Helsepersonellet som møter pasienten, følger som regel arbeidsprosesser som er utarbeidet og forankret i fagmiljøene – i primærhelsetjenesten, de prehospitale tjenestene og sykehusene – i fellesskap. Arbeidsprosessene gir også veiledning om valg av omsorgsnivå og destinasjon.

Pasienten skal bli sett og forstått, få helsehjelp uten unødig tidstap og være trygg på at behandlingen som gis, er den best tilgjengelige. Selv om mange akutte og uplanlagte forløp passer inn i en standardisert matrise, vil variasjoner i symptomer og situasjoner fortsatt kreve klinisk skjønn.

Å utvikle standardiserte akutte forløp krever derfor tett samarbeid og enighet mellom fagmiljøer innenfor ulike kliniske spesialiteter, de prehospitale tjenestene og primærhelsetjenesten.

KJENNETEGN PÅ ET SAMMENHENGENDE AKUTTFORLØP

Pasientens akutte behov styrer forløpet på tvers av nivåer og organisasjoner. Målet med forløpet er tydelig og omforent.

Flytmaler for praktiske forløp er etablert og gir forutsigbarhet for pasient og personell.

Alvorlig sykdom eller skade identifiseres tidlig og presist, og riktig nivå og ressursbruk velges fra start.

Aktørene har en felles situasjonsforståelse og bruker et felles språk.

Ansvarsfordelingen og beslutningsmyndigheten er tydelig i alle faser.

Informasjonen er strukturert og følger pasienten kontinuerlig.

Overgangene er sømløse, og risiko håndteres proaktivt.

KJENNETEGN PÅ ET FRAGMENTERT AKUTTFORLØP

Organisatoriske grenser styrer forløpet. Målet med forløpet er uklart eller tvetydig.

Forløpet blir reaktivt, ad hoc-preget og personavhengig.

Alvorlighetsgrad erkjennes sent eller ufullstendig, noe som gir omveier, re- triagering og unødige overflyttinger.

Aktørene bruker ulike eller motstridende begreper og vurderinger gjennom forløpet

Ansvarsfordelingen er uklar eller skifter mellom aktører.

Informasjon må gjentas, tolkes på nytt eller går tapt.

Det oppstår brudd med tap av tid i overgangene. Risiko oppstår særlig i overgangene.

Tabell 2 Akuttforløp

Et felles språk er en forutsetning for en felles situasjonsforståelse. Det innebærer bruk av felles begreper og terminologi – og felles kodeverk og skåringssystemer der det er relevant. Verdien av et triageringsverktøy ligger derfor ikke bare i hvor godt det fanger opp alvorlig sykdom, men i at det gir et felles rammeverk for vurdering og kommunikasjon.

I dag bruker ambulansetjenesten FAST ved mistanke om hjerneslag, mens indremedisinere og nevrologer ofte benytter NIHSS. Ulike bruk av verktøy kan gjøre det krevende å formidle pasientens kliniske tilstand presist over samband og mellom nivåer. Standardiserte skåringssystemer, slik som NIHSS og GCS, gjør det mulig å kommunisere raskt og entydig – for eksempel ved å angi «GCS 7 (2 + 2 + 3)». Det reduserer faren for misforståelser og behovet for tolkning og gjentatte vurderinger.

Det er derfor helheten i verktøyet og verdien av et felles rammeverk som gir den reelle gevinsten. Helse Midt-Norge skal legge til rette for større grad av standardisering i vurderingsverktøy og akutte pasientforløp der dette reduserer uønsket variasjon, styrker felles situasjonsforståelse og bidrar til tryggere og mer presise beslutninger i hele den akuttmedisinske kjeden.



EPOS

HELSE - MØRE OG RONDAL



AMK

4.1.4 Nødmeldetjenesten som nav tidlig i den akuttmedisinske kjeden

I et pasientbehovsstyrt system er nødmeldetjenesten sentral. Folk skal ha trygg og enkel tilgang til helsetjenesten gjennom AMK- og legevaktsentralene. AMK-sentralene har en særlig rolle som knutepunkt for den tidlige pasientrettede samhandlingen mellom legevaktsentraler, legevakt, ambulansetjeneste, luftambulansetjeneste og akuttmottak – fram til helsepersonell er på plass hos pasienten.

For at pasientens behov skal være styrende i praksis, må nødmeldetjenesten ha høy tilgjengelighet, korte svartider, riktig dimensjonering og operatører med solid kompetanse på medisinsk vurdering, kommunikasjon og beslutningstaking under tidspress. En viktig forutsetning er at AMK- og legevaktsentralene har en felles teknologisk plattform som gir korte svartider og universell tilgjengelighet, slik at alle som trenger hjelp, får det – uavhengig av språk og funksjonsevne. I tillegg vil Helse Midt-Norge videreutvikle nødmeldetjenesten gjennom tydeligere kompetansekrav, systematisk trening og opplæring samt økt bruk av beslutningsstøtte og digitale verktøy. Bruk av verktøy som utnytter kunstig intelligens (KI), vil være sentralt.

Forutsigbare og likeverdige tjenester fordrer konsistente vurderinger i nødmeldetjenesten på tvers av regionen. Uønsket variasjon i vurderinger og respons kan gi ulikt tilbud til pasienter med samme behov. For å styrke sammenhengende pasientforløp trenger nødmeldetjenesten oppdatert informasjon om tilgjengelige ressurser og kapasitet i akuttmottak, kliniske avdelinger og kommunale tilbud samt etablerte kommunikasjonslinjer til alle relevante aktører. Helse Midt-Norge vil arbeide for at beslutninger i nødmeldetjenesten i økende grad baseres på sanntidsdata og en felles situasjonsforståelse i hele den akuttmedisinske kjeden.

4.1.5 Videreutvikling av ambulansetjenesten som klinisk ressurs

Ambulansetjenesten er ofte det første leddet i spesialisthelsetjenesten som møter pasienten fysisk, og har dermed en nøkkelrolle og en særskilt mulighet til å gjøre helhetlige kliniske vurderinger tidlig. Erfaring viser at ambulansetjenestens tentative arbeidsdiagnoser ofte samsvarer godt med de endelige epikrisediagnosene. Denne kompetansen er avgjørende for hvor gode de videre beslutningene i forløpet blir.

Helse Midt-Norge vil videreutvikle ambulansetjenesten som en mobil klinisk ressurs med kompetanse og myndighet til å gjøre selvstendige vurderinger uten legestøtte, iverksette behandling og beslutte videre forløp. Tjenesten kan i større grad være et bindeledd og fylle hull i samarbeidet med helsefelleskapene, slik det er pekt på i arbeid med beslutninger knyttet til eldre pasienter, mobil integrert helsetjeneste, kommuneparamedisin og «mind the gap». Tjenesten skal i større grad kunne avslutte pasientforløp på stedet, initiere oppfølging i kommunehelsetjenesten og involvere spesialisthelsetjenesten uten å transportere pasienten til sykehus. Dette kan styrke akuttberedskapen i distriktene og er særlig viktig for pasientgrupper som har størst nytte av vurdering og behandling nær bosted, se nærmere omtale i kapittel 4.3.

4.1.6 Akuttmottakene som nøkkel i kvalitetsmonitorering

Akuttmottakene har en nøkkelrolle både som mottak for pasienter som trenger videre avklaring eller spesialisert helsehjelp, og som indikator på hvordan den akuttmedisinske kjeden fungerer.

Akuttmottakene er operative knutepunkt i sykehusets akuttlogistikk og bindeledd mellom den prehospitale og den sykehusbaserte delen av kjeden. Gjennom triage/prioritering og koordinering påvirker akuttmottakene pasientflyt, ressursbruk og beredskap i hele sykehuset.

Belastning i akuttmottaket er derfor ikke bare et lokalt driftsproblem, men et uttrykk for det samlede trykket, kapasiteten og flyten i akuttkjeden som helhet. Overbelastning, lange ventetider og en høy andel pasienter som kunne vært håndtert på annet nivå, er ofte symptomer på utfordringer tidligere i forløpet, som mangelfull pasientselektering, utilstrekkelige alternative tilbud eller svikt i samhandlingen. Lang oppholdstid i akuttmottak, lang boarding-tid og overbelegg representerer betydelige pasientsikkerhetsutfordringer og må håndteres som et felles systemansvar på tvers av klinikker og nivåer.

Akuttmottakene har også en viktig rolle i utviklingen av pasientnære tjenester og behandling utenfor sykehus. Det er ofte i akuttmottakene det avgjøres hva som skal være videre behandlingsnivå, for eksempel om pasienten kan følges opp hjemme eller i et kommunalt tilbud.

I et mer differensiert og pasientnært system må akutt- og mottakslegen i større grad være en aktiv samarbeidspartner for ambulansetjenesten i den prehospitale fasen, særlig når behandlingsnivå og eventuell innleggelse skal vurderes. Akutt- og mottakslegen kan være mottaker og tolk av pasientnære analyser og diagnostikk utført prehospitalt, og bidra til at flere pasienter får riktig behandling på riktig nivå fra start. En slik modell forutsetter tilgjengelighet, tydelige samarbeidslinjer og felles ansvar for nivåvalg i den akuttmedisinske kjeden.

Akuttmottaket skal være en sentral arena for klinisk beslutningskompetanse i front. Tilstedeværelse av erfarne klinikere med høy beslutningskompetanse, særlig innen akutt- og mottaksmedisin, er avgjørende for riktige vurderinger av hastegrad, behandlingsnivå og behov for spesialisthelsetjenester, og for effektiv pasientflyt og god ressursutnyttelse i hele den akuttmedisinske kjeden. Akuttmottaket er også en viktig læringsarena for LIS-leger og medisinstudenter, og kompetanse i front er en forutsetning for god utdanning og rekruttering.

Helse Midt-Norge vil tydeliggjøre og videreutvikle akuttmottakenes rolle som framskutt beslutningsknutepunkt i den akuttmedisinske kjeden, i tett samspill med de prehospitale tjenestene og øvrige kliniske enheter.



11 30 11

CRAFT

Simon A. McLevy, RN
Overseer, Intensive Care
St. Clare Hospital

4.2 Behandling nær pasienten

Akuttmedisinsk vurdering og behandling skal gis hjemme eller i nærmiljøet når det er forsvarlig og gir størst helsegevinst – basert på kunnskapsbaserte vurderinger og omforente eller felles retningslinjer.

Helse Midt-Norge skal legge til rette for at akuttmedisinske tjenester gis nær pasienten – i hjemmet eller i nærmiljøet – så lenge det er faglig forsvarlig. Behandling nær pasienten er både et kvalitetsmål og en nødvendig tilpasning til demografiske endringer, økende forekomst av kroniske sykdommer, mer komplekse og langvarige pasientforløp og begrenset tilgang på personell og sykehuskapasitet. Utviklingen av de prehospitale tjenestene må derfor innebære og støtte en dreining fra et ensidig transport- og innleggelsesfokus til et mer vurderings- og behandlingsorientert tilbud.

Ved enkelte tilstander er sykehusbehandling åpenbart nødvendig, og det er ikke alltid det nærmeste sykehuset gir det riktige tilbudet. Samtidig er det viktig å erkjenne at transport til sykehus ikke alltid gir størst helsegevinst. For mange pasienter, særlig skrøpelige eldre, personer med et sammensatt sykdomsbilde og pasienter med gjentatte akutte forverringer, kan sykehusinnleggelse medføre risiko for funksjonsfall, komplikasjoner, tap av mestring og fragmenterte forløp. Unødvendige innleggelsesbelaster akuttmodtak, sengekapasitet og personell. Helse Midt-Norge vil derfor utvikle løsninger som gjør det mulig å vurdere, behandle og følge opp flere pasienter utenfor sykehus, innenfor trygge og faglig forsvarlige rammer.

4.2.1 Samhandling med kommunene

Et pasientbehovsstyrt system forutsetter at kommunene og spesialisthelsetjenesten deler ansvaret og fungerer i samspill. Helse Midt-Norge vil stille tydelige forventninger til samarbeid og felles løsninger og ta ansvar for å legge til rette for samhandling gjennom kompetansestøtte, felles planlegging og hensiktsmessige digitale løsninger. Prosjektet Trygg akuttmedisin ved Universitetssykehuset i Nord-Norge og Helse Nord RHF er et godt eksempel på hvordan det kan gjøres.

Samarbeidet med kommunene er avgjørende for at vi skal lykkes med behandling nær pasienten. Kommunale tjenester som legevakt, hjemmebaserte tjenester, døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og korttids plasser (KAD/ØHD) utgjør sentrale deler av det samlede akuttmedisinske tilbudet. Helse Midt-Norge vil utfordre helsefelleskapene for å utnytte dette tilbudet bedre og arbeide for forpliktende samhandlingsmodeller der prehospitale tjenester og kommunale ressurser utfyller hverandre gjennom en tydelig rolle- og ansvarsdeling. Delt ansvar mellom forvaltningsnivåene innebærer at både kommunene og spesialisthelsetjenesten må tilpasse tjenester og arbeidsformer for å sikre helhetlige løsninger nær pasienten.

4.2.2 Hjemmesykehus og hjemmebaserte løsninger

Helse Midt-Norge har per i dag ingen hjemmesykehusmodeller som retter seg mot akutte forløp, men vi har modeller som tar utgangspunkt i pasienter avklart under sykehusopphold. Hjemmebaserte spesialisthelsetjenester og hjemmesykehus har et betydelig potensial for å redusere antall sykehusinnleggelses uten at det går ut over kvaliteten i behandlingen. Forskning viser at hjemmesykehusmodeller kan gi like gode kliniske resultater som sykehusinnleggelse for utvalgte pasienter, samtidig som pasientene ofte får en bedre opplevelse, pasientsikkerheten er like god og ressursene brukes mer effektivt (Why spend billions on hospital beds when you can care for patients at home? Richards 2023 i BMJ).

Prehospitale tjenester kan fungere som inngangsport og koblingspunkt for hjemmebaserte pasientforløp gjennom å identifisere aktuelle pasienter, gjøre den første vurderingen og bidra til rask oppstart av tiltak. Dette forutsetter tydelige kriterier, godt etablerte samarbeidsrutiner og tilgang til nødvendig informasjon på tvers av tjenestenivåer. Ambulansetjenesten vil kunne følge opp utvalgte pasientgrupper gjennom døgnet, gjerne i samarbeid med andre ressurser. Det er mer bærekraftig enn å etablere nye ambulerende vaktordninger utenfor sykehusets ordinære kjernetid.

Helse Midt-Norge vil koble de akuttmedisinske tjenestene tettere til prosjekter i utviklingen av hjemmesykehus og legge til rette for bruk av hjemmesykehus som et alternativ i utvalgte akutte pasientforløp, i nært samarbeid med helseforetakene og kommunene.

4.2.3 Digital støtte der pasienten er

Digitalisering er avgjørende for å lykkes med behandling nær pasienten. Tilgang til oppdatert pasientinformasjon, deling av relevante helseopplysninger i sanntid, KI-støttet dokumentasjon og bruk av beslutningsstøtte (også KI-basert) og fjernkonsultasjoner gjør det mulig å gi spesialiststøtte der pasienten befinner seg. Helse Midt-Norge vil arbeide for at digitale løsninger understøtter helhetlige vurderinger og trygg beslutningstaking utenfor sykehus.

4.2.4 Styrket medisinsk støtte i felt

Om lag 40 prosent av pasientene som ankommer akuttmottaket ved St. Olavs hospital, ferdigbehandles og sendes hjem uten innleggelse. I regionen ble om lag 16 prosent (15 048 av 92 326) av pasientene som ble innlagt fra ambulanse via akuttmottakene i 2025, skrevet ut innen 24 timer. Det gir grunnlag for å anta at det er et betydelig potensial for å flytte deler av vurderingen, diagnostikken og behandlingen til tidligere stadier i forløpet.

Et tettere og mer strukturert samspill mellom prehospitale tjenester og akuttmedisinsk legekompentanse er avgjørende for at vi skal kunne vurdere og behandle flere pasienter uten transport til sykehus. I tillegg til å styrke vurderingskompetansen i ambulansetjenesten vil Helse Midt-Norge legge til rette for at akutt- og mottaksleger oftere kobles på i prehospitale forløp for å bidra med beslutningsstøtte, for eksempel knyttet til kliniske funn og analysefunn ved «point-of-care»-diagnostikk og valg av løsninger for videre forløp.

4.2.5 Samarbeid med psykisk helsevern, rusbehandling og kommunale tjenester

Behandling nær pasienten er særlig relevant innenfor psykisk helse og rus. Prehospitale tjenester håndterer stadig flere akutte psykiske kriser og rusrelaterte problemstillinger. For mange av pasientene det gjelder, er akuttinnleggelse i somatisk sykehus verken hensiktsmessig eller tilstrekkelig. Helse Midt-Norge vil derfor legge til rette for integrerte løsninger der ambulansetjenesten samarbeider tett med psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kommunale tjenester. Målet er å sikre rask, riktig og helhetlig hjelp og å redusere risikoen for gjentatte akutte hendelser og uverdige eller unødvendige transporter. Se mer om sårbare pasienter i kapittel 4.3.

4.2.6 Ambulansetjenesten som klinisk ressurs

Når beslutninger om å ikke transportere pasienter tas prehospitalt, må de være forankret i klare faglige retningslinjer og beslutningsstøtte, som ved behov inkluderer dialog med lege.

Som omtalt i kapittel 4.1.5 har ambulansetjenesten en unik mulighet til å få innsikt i pasientens kliniske tilstand, funksjonsnivå, boforhold og tilgjengelige ressurser. For å kunne ivareta rollen som klinisk ressurs må tjenesten ha solid kompetanse på klinisk undersøkelse, diagnostikk, vurdering og beslutningstaking under usikkerhet. I tillegg må ambulanspersonellet ha god kompetanse på kommunikasjon med pasienter og andre tjenester. Det forutsetter også at de har god forståelse av helsetjenestens organisering og ansvarsfordeling og er trygge på egen rolle og beslutningsmyndighet.

4.2.7 Luftambulansetjenesten – viktig bindeledd for distriktene

Luftambulansetjenesten spiller en sentral rolle i en region med store avstander og krevende geografi. Tjenesten gir rask tilgang til spesialisert kompetanse for pasienter med tidskritiske tilstander og er et viktig bindeledd mellom distriktene og sykehusene, særlig regionsykehusene. Samtidig er luftambulansetjenesten en knapp og kostnadskreven ressurs som må brukes riktig. Det krever bevissthet i AMK-miljøene om kriterier for varsling samt styrket beslutningsevne og bruk av egnede beslutningsstøtteverktøy.

Helse Midt-Norge vil legge til rette for at luftambulansen brukes målrettet, basert på klare kriterier og helhetlige vurderinger av pasientenes behov og tilgjengelige alternativer.

4.2.8 Styring og evaluering for videreutvikling og forbedring

Behandling nær pasienten krever tydelig styring og systematisk evaluering. Mange pasientforløp egner seg ikke for hjemmebaserte løsninger, og det må finnes klare kriterier for når transport til sykehus er nødvendig. Helse Midt-Norge vil derfor legge vekt på kunnskapsbaserte vurderinger, utvikling av standardiserte forløp der det er hensiktsmessig, og systematisk bruk av data for å evaluere effekt, kvalitet og pasientsikkerhet. Se nærmere omtale i kapittel 4.6.

4.3 Styrket innsats for skrøpelige eldre og sårbare pasienter

Den akuttmedisinske kjeden skal tilpasses og styrkes for å møte behovene til de eldste og mest sårbare pasientene.

Med bakgrunn i utviklingstrekkene som er beskrevet tidligere, særlig knyttet til demografi og økende skrøpeligheit blant hjemmeboende eldre (se kapittel 3.7.1), skal den akuttmedisinske kjeden i Midt-Norge i større grad innrettes mot å undersøke og behandle der vi kan forvente behandlingsgevinst. I akutte situasjoner har skrøpeligheit stor betydning for hvordan pasienten klarer seg. Det viser både forskning og erfaring. For de mest skrøpelige eldre kan sykehusopphold ha svært begrenset nytte. Belastningen ved transport, miljøskifte og opphold i akuttmottak kan i seg selv bidra til funksjonsfall og redusert behandlingsgevinst.

4.3.1 Systematisk vurdering av skrøpelighet – CFS

Clinical Frailty Scale (CFS) er et enkelt og velegnet verktøy for å fange opp sårbarhet og gir et felles språk for vurdering av funksjonsnivå og behandlingspotensial. Helse Midt-Norge vil derfor innføre CFS som et felles klinisk vurderingsverktøy som brukes systematisk i hele spesialisthelsetjenesten og i kommunikasjon mellom leddene i akuttmedisinske tjenester og relevante sykehusenheter.

4.3.2 Behandling nær pasienten når gevinsten ved sykehusopphold er usikker

For svært skrøpelige pasienter, der sykehusinnleggelse ikke forventes å gi reelle intervensjonsmuligheter eller bedre prognose, bør vurdering, observasjon og behandling som hovedregel skje i hjemmet, eventuelt i en hjemmesykehusmodell, eller i tilbud som distriktsmedisinske sentre (DMS) og kommunale akutte døgntilbud (KAD/ØHD).

Denne tilnærmingen forutsetter at de prehospitalene tjenestene har nødvendig kompetanse, beslutningsstøtte og tilgang til lege, og at vurderinger av skrøpelighet dokumenteres og deles systematisk i pasientforløpet. Tilnærmingen innebærer et tilpasset tilbud knyttet til en helhetlig vurdering av den enkeltes situasjon.

Belastende transporter og innleggelser kan unngås når tjenestene samarbeider tett og er enige om arbeidsprosessene. Helse Midt-Norge vil derfor samarbeide med kommunene for å sikre at utredning, observasjon og behandling ved uventede hendelser blant de eldste og mest sårbare pasientene gjennomføres i hjemmet eller kommunale lavterskeltilbud når det er faglig mulig og forsvarlig (Frailty and prehospital emergency care: implications for paramedic education, Krohn & Singler 2025 i Age and Ageing).

Anbefalingene fra Norsk forening for allmenntmedisin og Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin i Legeforeningens kampanje Gjør kloke valg (2024) peker i samme retning: «Ta hensyn til personens leveutsikter, situasjon og ønsker slik at omfattende og uhensiktsmessig behandling eller innleggelser kan unngås. Vurder alltid nytte av tiltak og behandlinger.»

4.3.3 Styrket geriatrisk kompetanse i hele kjeden

Høy alder er forbundet med omfattende fysiologiske og kliniske endringer, og akutt sykdom hos eldre kan arte seg på andre og mindre typiske måter enn hos yngre pasienter. Data fra Nasjonalt traumeregister og Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (2021) viser at eldre i Norge som blir hardt skadet, sjeldnere mottar hjelp fra et fullt traumeteam enn yngre pasienter gjør – selv når skadene er like eller mer alvorlige. Erfaringer fra vår egen region tyder på at eldre pasienter blir undertriagert i akutte situasjoner også her.

Helse Midt-Norge vil styrke kompetansen om den geriatriske pasienten i hele den akuttmedisinske kjeden. Kompetanseutviklingen skal omfatte aldringsfysiologi, atypisk sykdomspresentasjon, multisykkelighet, legemiddelproblematikk, akutt funksjonssvikt og delirium samt betydningen av god anamnese, kjennskap til pasientens vanlige funksjonsnivå og samhandling med pårørende og kommunale tjenester. Økt geriatrisk kompetanse skal bidra til bedre kliniske vurderinger, mer treffsikre beslutninger om videre pasientforløp og redusert risiko for både under- og overbehandling.

4.3.4 Praksisnær utvikling og samarbeid om akuttforløp for eldre

Kompetanseutviklingen skal være systematisk, praksisnær, tverrfaglig og integrert i ordinær drift, med tilgang til faglig støtte og veiledning. Et velfungerende samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å lykkes med gode akuttforløp for eldre. Helse Midt-Norge vil derfor bidra til et mer forutsigbart og strukturert samarbeid gjennom bruk og deling av individuelle planer, kommunale vurderingsenheter og hjemmesykehusløsninger, slik at vurderinger og behandlingsvalg kan tas nær pasienten og med best mulig faglig grunnlag.

4.4 Robust beredskap

Tjenestene skal være en robust og fleksibel del av Norges totalberedskap som kan operere effektivt både i fredstid, under kriser og i krig. Trusselbildet for hele tjenesten er i endring og stiller nye krav til beredskap: Klimaendringer øker risikoen for ekstremvær, flom og skred, med konsekvenser for tilgjengelighet og kapasitet. Den sikkerhetspolitiske situasjonen skjerper kravene til beredskap for krig, hybride trusler og CBRNE-hendelser.

Helse Midt-Norge vil sikre at de prehospitale tjenestene har nødvendig kompetanse, utstyr og planverk til å håndtere slike hendelser, i tett samarbeid med nasjonale myndigheter og andre beredskapsaktører. Befolkningen i Helse Midt-Norge skal kunne stole på at helsetjenesten fungerer når det gjelder. Beredskapen skal være sterk nok til å håndtere både hverdagen og det uventede, som store ulykker, pandemier, ekstremvær, svikt i kritisk infrastruktur, terror og væpnet konflikt. Robust beredskap kan ikke bygges som et tillegg til ordinær drift, men må være integrert i en grunnberedskap som kan skaleres ved behov. Det krever systematisk planlegging, riktig dimensjonering, regelmessig trening og tett samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer.

4.4.1 Prinsipper og ansvar i beredskapsarbeidet

Beredskapsarbeidet i den akuttmedisinske kjeden bygger på prinsippene om nærhet, likhet, ansvar og samvirke. Disse gjelder både i daglig drift og når samfunnet settes på prøve. Beredskapen skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i oppdaterte trusselvurderinger og risiko- og sårbarhetsanalyser, og forankres i tydelige forventningsavklaringer mellom helseforetak, kommuner, Forsvaret og frivillige organisasjoner. De akuttmedisinske tjenestene skal samordne arbeidet med planverk, kapasitet og kompetanse og så langt det er hensiktsmessig, utvikle og følge opp dette i fellesskap, slik at tjenestene kan yte forsvarlig helsehjelp både i normal drift og ved større hendelser.

4.4.2 Kapasitet og fleksibilitet i ordinær drift

Akuttmedisinsk virksomhet kjennetegnes av høyt tempo, samtidighetskonflikter og små marginer. Det gjør tjenestene sårbare når noe uforutsett skjer. Tjenester som over tid drives på grensen av det forsvarlige, har begrenset evne til å håndtere kriser uten at det går ut over kvalitet og pasientsikkerhet. Robust beredskap forutsetter derfor tilstrekkelig kapasitet og fleksibilitet i ordinær drift.

Samtidig kan kriser påvirke etterspørselen etter helsetjenester på uforutsigbare måter. Under Russlands invasjon av Ukraina i 2022 opplevde prehospitale tjenester langt fra frontlinjen en markant nedgang i oppdragsmengden fordi befolkningen unnlot å belaste helsetjenesten med egne helseutfordringer (Andriy Vasko, leder for prehospitale tjenester i Lviv-regionen). Som eksempelet viser, fører ikke kriser nødvendigvis til økt aktivitet. Men de kan endre mønstre, og det må tjenestene være forberedt på.

Helse Midt-Norge har både byområder med vedvarende kapasitetsutfordringer og distriktsområder med stor reservekapasitet. Begge deler må inngå i en helhetlig og realistisk beredskapsplanlegging. Det ble tydelig under hendelsen med cruiseskipet «Viking Sky» i mars 2019, da Helse Møre og Romsdal innen 60 minutter samlet 17 ambulanser på Hustadvika. Samtidig møtte personell på frivakt og bemannet reservebiler i områder der primærressursene ble omdisponert. Denne måten å arbeide på viser hvordan ressurser raskt kan konsentreres der behovet er størst, samtidig som lokal beredskap opprettholdes gjennom oppmøtemannskaper og reservekapasitet.

4.4.3 Kritiske funksjoner i beredskaperen

Nødmeldetjenesten er en av de mest kritiske funksjonene i beredskaperen. Ved større hendelser eller perioder med høy belastning er det avgjørende at AMK-sentralene har tilstrekkelig kapasitet, teknisk robusthet og kompetanse til å håndtere økt pågang, prioritere ressurser og koordinere innsatsen på tvers av aktører.

Helse Midt-Norge vil styrke nødmeldetjenesten gjennom riktig dimensjonert bemanning, redundante tekniske løsninger og etablerte rutiner for rask opptrapping ved økt belastning. Trening og øvelser skal omfatte både hverdagsberedskap og ekstraordinære hendelser. Det skal etableres redundante sambandsløsninger som kan fungere operativt også ved helt eller delvis bortfall av telenettet.

Ambulansetjenesten, inkludert luftambulansetjenesten, utgjør ryggraden i den prehospitale beredskaperen. Tjenestene må være dimensjonert for å håndtere både normal oppdragsmengde og plutselige aktivitetstopper, samtidig som det tas høyde for at ressursene er begrenset og må prioriteres ved høyt press.

Også ambulansetjenesten må ha tilgang til alternative og redundante kommunikasjonsløsninger når det ordinære telenettet svikter, inkludert satellittbaserte løsninger. Det er en forutsetning for trygg operativ drift under kriser, ved ekstremvær og i sikkerhetspolitiske situasjoner med økt risiko for bortfall av kritisk infrastruktur.

Helse Midt-Norge vil vektlegge tydelige prioriteringskriterier, fleksibel bruk av ressurser og godt samvirke mellom ulike transport- og behandlingsressurser for å sikre best mulig samlet effekt. I denne sammenhengen spiller også frivillige organisasjoner en viktig rolle. Lokale hjelpekorps med beredskapsambulanser representerer en betydelig og verdifull skaleringsmulighet, særlig ved større hendelser og langvarige belastninger.

4.4.4 Akuttmottakenes rolle i beredskapskjeden

Akuttmottakene spiller en nøkkelrolle i den regionale beredskaperen, både ved mottak av mange pasienter samtidig og som støtte for de prehospitale tjenestene. For å være tilstrekkelig robuste må akuttmottakene ha planer, kapasitet og en organisering som gjør dem i stand til å håndtere perioder med økt pågang. God samhandling mellom prehospitale tjenester og akuttmottak er avgjørende for å unngå flaskehals og sikre effektiv pasientflyt under belastning. Helse Midt-Norge vil derfor stille krav om at akuttmottakene planlegger og øver på beredskap i tett samspill med de andre leddene i den akuttmedisinske kjeden. Videre skal akuttmottakene ha tilgjengelige CBRNE-fasiliteter med full vinterdrift, slik at de kan håndtere CBRNE-hendelser på en trygg og forsvarlig måte også under krevende vær- og temperaturforhold.

4.4.5 Robusthet i teknologi og grunnleggende drift

Digitalisering gir store gevinster, men også økt sårbarhet. Robust beredskap forutsetter derfor at prehospitaltjenester kan ytes forsvarlig også ved helt eller delvis bortfall av digitale løsninger. Det krever redundans, alternative arbeidsformer og gjeninnføring av nødvendige analoge hjelpemidler, slik at tjenestene ikke er fullt ut avhengige av de digitale løsningene. Disse arbeidsformene og hjelpemidlene må være godt kjent og vel etablert, og alle tjenestenivåer må øve jevnlig på å bruke dem.

Robusthet forutsetter også at grunnleggende driftsforhold er på plass, som strøm til bygg og baser, mat og hvile for personell og sikker tilgang på drivstoff til kjøretøy. Dette krever at ambulansetjenestene er i tett dialog med kommunene om beredskapsløsninger, slik at det på forhånd er avklart hvor ressurser skal lokaliseres, og hvordan kritiske støttefunksjoner skal opprettholdes når ordinær infrastruktur svikter.

4.4.6 Samvirke med andre tjenester og forsvarlige forhold for personell

Forsvaret er i stor grad avhengig av det sivile helsevesenet, særlig spesialisthelsetjenesten, for medisinsk evakuering, behandling og rehabilitering av norske og allierte styrker i Norge. Derfor må de prehospitaltjenestene være skalerbare, med kapasitet som kan økes raskt og forutsigbart når behovene endrer seg. For å oppnå en robust totalberedskap må de akuttmedisinske tjenestene samvirke tett med politiet, brann- og redningstjenesten, Forsvaret, Sivilforsvaret og frivillige organisasjoner. Helse Midt-Norge vil bidra til at de prehospitaltjenestene er godt integrert i regionale og nasjonale beredskapsstrukturer, og at samvirket styrkes gjennom systematisk felles planlegging, trening og øvelser. Erfaringer fra øvelser og reelle hendelser skal brukes aktivt i videreutviklingen av beredskapen.

Robust beredskap handler også om personellens utholdenhet. Ansatte i prehospitaltjenester arbeider ofte under krevende forhold, med høy risiko for belastning og slitasje. En bærekraftig beredskap kan ikke sikres dersom den daglige driften innebærer vedvarende overbelastning av ansatte. Helse Midt-Norge vil derfor sikre at driften bygger på forsvarlige arbeidsordninger, systematisk oppfølging og strukturer som ivaretar både pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

4.5 Riktig bemanning og kompetanse

Bemanning og kompetanse skal utvikles slik at tjenestene er faglig sterke, trygge, bærekraftige og attraktive for kvalifisert personell.

Tilgang på kompetent personell er en av de mest avgjørende forutsetningene for kvalitet, pasientsikkerhet og robust beredskap i de prehospitaltjenestene. Framskrivninger viser at etterspørselen etter helsepersonell øker, mens tilgangen synker. Konkurransen om kvalifisert arbeidskraft vil dermed tilta i årene som kommer. Særlig distriktene vil få økende utfordringer med å rekruttere og beholde gode medarbeidere.

En spørreundersøkelse gjennomført blant de ansatte i de prehospitaltjenestene i en tidlig fase av arbeidet med denne planen (se vedlegg D) viser at de fleste opplever arbeidet som meningsfullt og faglig givende. Samtidig gir mange uttrykk for høy arbeidsbelastning, begrenset forutsigbarhet og få tydelige utviklingssløp. En betydelig andel oppgir at de vurderer å forlate tjenestene innen få år hvis ikke rammebetingelsene bedrer seg. Dette understreker at personellutfordringene framover ikke først og fremst handler om å rekruttere nye medarbeidere, men om å ta vare på, videreutvikle og bruke bedre det personellet vi allerede har.

Tap av erfarent personell innebærer tap av klinisk skjønn, lokal kunnskap og beslutningsevne – kompetanse som er vanskelig å erstatte, og som er avgjørende for pasientsikkerhet, riktige prioriteringer og effektiv ressursbruk i den akuttmedisinske kjeden.

4.5.1 God utnyttelse av kapasitet og kompetanse

Ambulansetjenesten er særlig påvirket av behovet for lokal tilpasning. I noen deler av regionen fungerer den som en bred klinisk ressurs med høy grad av selvstendighet, mens den andre steder inngår i et tettere og mer strukturert samspill med legevakt, kommunale tjenester og sykehus. I områder med spredt bosetting er ambulansetjenesten ofte den mest stabile helsefaglige ressursen over tid. Denne kapasiteten og kompetansen utnyttes neppe fullt ut.

I kommuner som sliter med å sikre stabil tilgang på helsepersonell, kan et tettere og mer strukturert samarbeid med ambulansetjenesten være et viktig virkemiddel. Når situasjonen tillater det, og innenfor tydelige faglige og beredskapsmessige rammer, kan deler av ambulansetjenestens beredskapstid benyttes til avgrensede kommunale helseoppgaver, som støtte til legevakt, observasjon, oppfølging eller annen relevant klinisk virksomhet. Erfaringer viser at det kan bidra til bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet i tjenestene – uten at ambulanseberedskapen svekkes.

For ambulansepersonell kan et slikt samarbeid gi større faglig bredde, mer klinisk erfaring og en mer meningsfull arbeidshverdag. Det kan bidra til mer attraktive arbeidsplasser og en mer stabil arbeidsstyrke, særlig i distriktene. Erfaringer fra blant annet Rørosprosjektet viser at denne typen samarbeid er fullt mulig å gjennomføre og gir utbytte for både pasienter, kommunehelsetjeneste og helseforetak. Men det krever avklarte roller, lokal tilpasning og forankring og klare prioriteringskriterier. Rørosprosjektet er det første i Norge som har prøvd ut konseptet mobil integrert helsetjeneste og rollen kommuneparamedisiner (se tekstboks). Dette er løsninger som er godt kjent fra flere andre land.

For å møte de ulike behovene i regionen vil Helse Midt-Norge utvikle fleksible bemannings- og organisasjonsmodeller i ambulansetjenesten, innenfor nasjonale og regionale føringer. Målet er å sikre forsvarlig drift og robust beredskap i hele regionen, samtidig som kapasitet og kompetanse utnyttes bedre i tett samhandling med kommunale tjenester. Slike modeller er også egnet til å redusere uønsket utskifting av personell.

For å sikre en stabil og kompetent arbeidsstyrke må den langsiktige kompetansestyringen ta utgangspunkt i helheten i den akuttmedisinske kjeden og omfatte:

- strategisk planlegging av kompetanse- og kapasitetsdekning på tvers av tjenester og nivåer
- bedre utnyttelse av eksisterende kompetanse gjennom tydelige roller, nye funksjoner og hensiktsmessig oppgavedeling, også på tvers av forvaltningsnivåer
- systematisk bruk av teknologi som støtte for beslutninger, samhandling og avlastning i en krevende arbeidshverdag

Mobil integrert helsetjeneste

Konseptet Mobil integrert helsetjeneste (MIH) innebærer at personell som har ansvar for akuttmedisinsk beredskap i lokalsamfunnet også har oppgaver innenfor primærhelsetjenestens ansvarsområde (Juvkam og Dale 2019). I praksis betyr dette at de mobile tjenestene i lokalsamfunnet planlegges og ytes i et samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og den akuttmedisinske tjenesten. Gjennom god koordinering og ressursutnyttelse vil en opprettholde akuttberedskap samtidig som det utøves mobile tjenester for lokalbefolkningen. Akuttmedisinsk personell kan bidra til å «fylle hull» i helsetjenestens infrastruktur og dermed redusere risikoen for at brukere og pasienter «faller mellom to stoler»(ibid).

Kommuneparamedic

Kommuneparamedic (community paramedic) er et begrep som brukes om en ambulansarbeider som i tillegg til akuttberedskap på ambulanse også har helseoppgaver i den kommunale helsetjenesten. Rollen som kommuneparamedic utøves alene eller sammen med annet helsepersonell i kommunen (ibid). Ambulansarbeideren kan bistå den kommunale legevakten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg vil forebyggende arbeid og oppfølging av kjente brukere i lokalsamfunnet også kunne inngå i oppgavene. Gjennom samarbeidet vil helsepersonell i kommunehelsetjenesten kunne utvikle kompetanse for å bidra innen beredskap og operativt arbeid som tradisjonelt har vært ambulansetjenestens hovedoppgave. (ibid).

Sitert fra Kvalitativ evaluering av Rørosprosjektet: En mobil integrert tjeneste, NTNU Samfunnsforskning 2020, side 16.

4.5.2 Utvikling av tydelige roller og klinisk kompetanse

Allerede i dag er ambulansarbeideren skjøvet inn i en rolle som krever bredere kompetanse opp mot legevaktens tradisjonelle oppgaver, uten at dagens utdanning fullt ut dekker dette. Denne forskyvningen har særlig skjedd i forbindelse med de store endringene i legevakten siden tusenårsskiftet, med mindre mobilitet i legevakt. Resultatet er et stort omfang av oppdrag der ambulanspersonell må gjøre vurderinger som tidligere lå til legevaktlegen.

For at ambulansarbeidere skal kunne håndtere kompleksitet tidlig i pasientforløpene – særlig hos geriatriske pasienter – trengs en klinisk rettet masterutdanning som gir utvidet kompetanse og et bredere ansvarsområde enn dagens ambulansarbeiderrolle. Økt kompetanse kan legge til rette for tryggere undersøkelse, vurdering og tidlig behandling i pasientens hjem. Ved å styrke evnen til presise kliniske vurderinger får ambulansarbeidere et sikrere grunnlag for riktig nivåvalg. Dermed vil de også kunne få et større protokollbasert handlingsrom og mer myndighet. En slik kompetanseheving vil forbedre den første vurderingen, gi færre unødvendige innleggelses og bidra til at pasienter som trenger sykehusbehandling, kommer tidligere inn.

Helse Midt-Norge vil videreutvikle tydelige og bærekraftige roller i hele den prehospitale kjeden, med klare kompetansekrav og forutsigbare utviklingsløp. Vi vil styrke AMK-operatørrollen, videreutvikle ambulansetjenesten gjennom økt kompetansedifferensiering og nye kliniske funksjoner og bruke akutt- og mottaksmedisin målrettet som strategisk fagområde og faglig støtte for AMK, ambulanse og legevakt.

4.5.3 Operativ kompetanse og nasjonal harmonisering

Helse Midt-Norge vil sikre høy og jevn operativ kompetanse i hele den prehospitalt kjeden. Det krever systematisk opplæring og regodkjenning, felles regionale prinsipper for kvalitet, dokumentasjon og oppfølging samt kontinuerlig arbeid for å styrke trafiksikkerhet, arbeidsmiljø og operativ trygghet.

Der det er hensiktsmessig, vil Helse Midt-Norge samarbeide med de andre helseregionene for å bidra til nasjonal harmonisering av krav og opplæringsløp. Likeverdige tjenester innebærer ikke nødvendigvis lik organisering, men fordrer felles kvalitetskrav og sammenlignbar kompetanse.

Tilgang på kompetent personell avhenger av et tett og langsiktig samarbeid med utdanningssektoren. Utdanning skal brukes aktivt som utviklingsvirkemiddel. Helse Midt-Norge vil bidra til tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i utdanningstilbud innen paramedisin, akuttmedisin og medisinsk nødmeldetjeneste, støtte relevante bachelor- og masterprogrammer, legge til rette for desentraliserte og fleksible modeller og sikre tilstrekkelig tilgang på praksis- og lærlingsplasser. Både fagarbeider- og høyskoleutdanning er nødvendig for å sikre en robust og fleksibel tjeneste.

4.5.4 Ledelse som nøkkel til rekruttering og stabilitet

Rekruttering, kompetanseutvikling og det å beholde medarbeidere er et tydelig lederansvar. Stabil bemanning er avgjørende for kvaliteten, pasientsikkerheten og beredskapen i de prehospitalt tjenestene. Ledelse er derfor et av de viktigste virkemidlene for å lykkes: Når medarbeidere opplever tydelige forventninger, rettferdighet, forutsigbarhet og støtte i en krevende arbeidshverdag, vil flere bli i tjenesten over tid, og det blir også lettere å rekruttere. Som omtalt innledningsvis i kapittel 4.5 viser medarbeiderperspektivet at belastning, forutsigbarhet og utviklingsmuligheter er sentrale faktorer for stabilitet.

Helse Midt-Norge vil styrke lederrekrutteringen og -utviklingen i de prehospitalt tjenestene, med vekt på kompetansestyring, endringsledelse og arbeidsmiljø. Arbeidsmiljø, arbeidskultur og systematisk oppfølging etter belastende hendelser skal prioriteres som en integrert del av ordinær drift og inngå i ledelseslinjens løpende oppfølging.

Kompetanseutvikling skal gi tydelig effekt i praksis gjennom tryggere beslutninger, høyere klinisk kvalitet og bedre pasientflyt. Dette omfatter også nødvendig kompetanse for å ta i bruk nye digitale arbeidsprosesser og beslutningsstøtte i operativ drift.

4.5.5 Forskning, utvikling og innovasjon i prehospitalt tjenester

Forskning og utviklingsarbeid skal være integrert i videreutviklingen av de prehospitalt tjenestene i Helse Midt-Norge. Skal tjenestene bli mer presise, bærekraftige og robuste, må beslutninger om organisering, bemanning og beredskap i økende grad bygge på systematisk kunnskap om effekt, risiko og ressursbruk.

Forskning og utvikling skal særlig rettes mot tjenestenes reelle utfordringer: høy samtidighetsbelastning, geografiske forskjeller, komplekse pasientforløp med risiko for fragmentering og behovet for mer behandling og oppfølging nær pasienten. Tjenestene skal ikke bare være kunnskapsbrukere, men aktive bidragsytere til nasjonal og internasjonal kunnskapsutvikling innen akuttmedisin og prehospital virksomhet.

Utviklingsarbeid skal planlegges, gjennomføres og evalueres etter anerkjent metodikk. Effekter – både ønskede og uønskede – skal dokumenteres og deles i hele regionen. Systematisk bruk av helsedata er en forutsetning for dette. Når datakvaliteten og registreringspraksisen er god og mer standardisert, kan kvalitet, pasientforløp, ressursbruk og beredskap måles mer presist og organiserings- og bemanningsendringer evalueres raskere og mer treffsikkert.

Helse Midt-Norge vil styrke rammevilkårene for forskning og utvikling i de prehospitalene tjenestene, blant annet gjennom bedre tilrettelegging for kombinasjonsstillinger, tettere samarbeid mellom ambulansetjeneste, nødmeldetjeneste, sykehus og forsknings- og utdanningsmiljøer samt tydeligere forankring av FoU-aktivitet i linjeledelsen. Innovasjon skal brukes målrettet for å møte framtidige kapasitetsutfordringer, særlig gjennom løsninger som støtter presise vurderinger tidlig i pasientforløpet, trygg behandling nær pasienten og mer treffsikker ressursdisponering.

Løsninger basert på kunstig intelligens blir nå en naturlig del av forsknings- og utviklingsarbeidet innen akuttmedisinen. Et eksempel er AISMEC-prosjektet i Helse Bergen, der KI brukes for mer presis tidlig identifisering av hjerneslag. Digitale løsninger som video, fjernstøtte, beslutningsstøtte og kunstig intelligens skal innføres koordinert, evalueres systematisk og være skalerbare der de gir dokumentert nytte. Forskning, utvikling og innovasjon skal dermed bidra direkte til bedre beslutninger, mer effektiv ressursbruk og økt pasientsikkerhet i hele den akuttmedisinske kjeden.

4.6 Kloke valg i den akuttmedisinske kjeden

Beslutninger skal baseres på systematisert og helhetlig kunnskap om virksomheten.

En mer kompleks pasientpopulasjon og økt kapasitetspress gjør det nødvendig å styre kjeden mer presist. Prioriteringer og beslutninger må bygge på kunnskap om faktisk behov, dokumentert effekt og samlet belastning.

Digitalisering gir nye muligheter for fleksibilitet og lokal tilpasning, men stiller også høyere krav til hvordan data samles inn, deles og brukes. Datadrevet styring skal bidra til beslutninger som i større grad bygger på felles kunnskap og sanntidsinnsikt og i mindre grad på lokale tradisjoner og individuelle vurderinger.

Data fra den akuttmedisinske kjeden og videre pasientforløp skal danne et samlet grunnlag for planlegging, prioritering og læring. Sanntidsinformasjon om kapasitet og pasientflyt skal bidra til mer treffsikre beslutninger i hverdagen og bedre utnyttelse av ressursene. Helse Midt-Norge vil derfor legge til rette for felles indikatorer og styringsdata i hele den akuttmedisinske kjeden og styrke kompetansen til å analysere og bruke disse dataene i ledelse, drift og forbedringsarbeid.

Digitale løsninger må være integrert i kliniske og operative arbeidsprosesser. Det forutsetter god samhandling mellom brukermiljøene, teknologimiljøene og ledelsen. Tjenestene skal være kunnskapsdrevne og forbedres kontinuerlig, med data som verktøy for endring – ikke bare rapportering.

Helse Midt-Norge vil videreutvikle en akuttmedisinsk kjede basert på et felles kunnskapsgrunnlag, systematisk læring og dokumentert effekt, slik at pasientene møter helhetlige, forutsigbare og likeverdige tjenester uavhengig av hvor de befinner seg, når de trenger hjelp, og hvor tjenestene organisatorisk hører hjemme. Det pasientrettede arbeidet skal være i tråd med prinsippene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

4.6.1 Pasientens opplevelse og medvirkning

Pasientenes behov dekkes ikke med medisinske vurderinger alene; de trenger også trygghet og forutsigbarhet. Et sammenhengende og begripelig system styrker tilliten til helsetjenesten, særlig når hjelpebehovet er akutt. Pasienter og pårørende skal derfor møtes med respekt, empati og tydelig kommunikasjon, uavhengig av alder, bakgrunn, språk eller livssituasjon. Det skal være enkelt for alle å forstå når og hvordan de skal kontakte nødmeldetjenesten, og informasjon skal være tilgjengelig på flere språk og i ulike formater. Når valg av forløp gjøres, bør helsepersonellet legge til rette for samvalg så lenge situasjonen tillater det. Det krever at personellet har tilgang til pasientjournalen, og at det foreligger reelle alternativer.

Pasient- og pårøndererfaringer skal brukes aktivt i utviklingen av de prehospitalene tjenestene. Erfaringer skal innhentes systematisk og inngå i det samlede kunnskapsgrunnlaget, på linje med kliniske data og styringsinformasjon. Slik kan vi forbedre tjenestene med utgangspunkt i både faglig kvalitet og pasientenes faktiske behov.

Folkeopplysning kan styrke helsekompetansen i befolkningen og dermed bidra til mer treffsikker bruk av helsetjenestene. Ved å formidle enkel og målrettet kunnskap om forebygging, symptomer som krever rask hjelp, egenmestring ved vanlige plager, og hvordan tjenestene skal brukes, kan vi redusere unødige henvendelser, forebygge forverring og bidra til mer likeverdig tilgang til helsehjelp.

4.6.2 Standardisering og arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

For at pasienter med samme behov skal møtes med samme kvalitet, må arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet foregå kontinuerlig og systematisk i hele den akuttmedisinske kjeden. Helse Midt-Norge vil styrke kvalitetsarbeidet gjennom proaktiv forbedring, tydelig ledelsesansvar og en felles kvalitetsforståelse på tvers av tjenester og nivåer. Virksomhets- og pasientdata skal brukes aktivt som grunnlag for læring. Analyser som følger pasientforløpet, skal gi innsikt i flaskehals og uønsket variasjon og bidra til målrettede tiltak.

Standardisering skal brukes målrettet der det gir verdi, og omfatte både prosedyrer og utstyr, kompetansekrav, dokumentasjon, begrepsbruk, teknologi og arbeidsformer. Målet er mer sammenhengende pasientforløp, tryggere overganger og bedre samordning av opplæring, teknologiutvikling og databruk. For alle felles indikatorer skal det defineres felles begreper, datakilder, rapporteringsfrekvens og indikatoransvar, slik at målinger blir etterprøvbare og konsistente i hele regionen.

Fagledernetverkene i de prehospitalene tjenestene skal ha en sentral rolle i å utvikle, forvalte og følge opp regionale standarder og kvalitetsparametere og bidra til at forbedringstiltak omsettes i praksis.

4.6.3 Ledelse for stabil drift og kontinuerlig forbedring

God ledelse handler både om å sikre stabil drift og om å skape forbedring. Når pasientforløp krysser organisatoriske grenser, må også styring skje på tvers. Helse Midt-Norge vil styrke ledelsens evne til å bruke data i prioriteringer, drift og forbedringsarbeid. Det innebærer felles styringsparametere for kapasitet, kvalitet og pasientsikkerhet og bedre tilgang til beslutningsstøtte basert på belastning, samtidighet og pasientflyt. Innsikt skal tilbakeføres til klinikk og ledelse på en måte som utløser tiltak og oppfølging. Manglende forbedring over tid skal forstås som en ledelsesutfordring, ikke som et dataproblem.

Endringsledelse blir stadig viktigere etter som digitaliseringen øker og nye arbeidsformer kommer til. Helse Midt-Norge vil sikre at teknologi innføres på en faglig forankret og koordinert måte, og at nye løsninger understøtter både helhetlige pasientforløp og stabil operativ drift. Digitale sårbarheter skal håndteres med robuste løsninger, redundans og regelmessig øving på drift med redusert funksjonalitet.

Å bygge kapasitet for læring og forbedring er også et personalpolitisk spørsmål. En bærekraftig tjeneste forutsetter forsvarlige arbeidsordninger, god oppfølging etter belastende hendelser og tydelige utviklingsløp i nøkkelroller.

4.6.4 Teknologi og digitalisering som virkemiddel i pasientens helsetjeneste

Teknologi skal bidra til tryggere beslutninger, bedre samhandling og mer effektiv ressursstyring. Løsningene må utvikles slik at de styrker sammenhengende pasientforløp og ikke skaper nye bruddflater. Relevant informasjon må følge pasienten, og aktørene i den akuttmedisinske kjeden må ha et felles situasjonsbilde.

Kunstig intelligens vil være en sentral driver i utviklingen av den akuttmedisinske kjeden. KI- basert beslutningsstøtte kan gi mer presis prioritering, bedre dokumentasjon og mer treffsikre vurderinger. Når data fra AMK, ambulansetjeneste, akuttmottak og videre sykehusforløp kobles og analyseres systematisk, kan vi identifisere mønstre som i dag er usynlige, redusere uønsket variasjon og styrke pasientsikkerheten.

Riktig anvendt kan KI bli en «gamechanger» for beslutningsstøtte i den akuttmedisinske kjeden. Potensialet kan imidlertid bare realiseres med strukturerte data, felles standarder og systemer som fungerer sammen.

Selv om digitaliseringen har kommet langt, er informasjonsflyten fortsatt fragmentert. Manglende standardisering og begrenset samhandling mellom systemer gjør det vanskelig å utveksle data effektivt. Helse Midt-Norge vil derfor prioritere et felles og mer standardisert datagrunnlag som sikrer trygg informasjonsdeling og kan brukes til utvikling, styring, læring og forskning.

Helseplattformen, sammen med prehospital journal, gir særlige muligheter for å følge pasientforløp mellom nivåer, dokumentere i sanntid og lære i etterkant. Dette skal utnyttes bedre som felles arbeidsverktøy. Integrasjoner som gir tydelig klinisk verdi, og funksjonalitet som fremmer beslutningsstøtte, pasientnær diagnostikk og oppfølging nær pasienten, skal prioriteres.

Helse Midt-Norge skal ta i bruk, teste og evaluere KI-løsninger som understøtter klinisk skjønn, og som bidrar til mer kunnskapsbaserte, presise og bærekraftige tjenester. Teknologi skal innføres med tydelige gevinstmål, krav til datakvalitet og planer for opplæring og forvaltning. Løsningene skal være robuste og anvendbare i praksis. De skal bidra til å redusere unødig kompleksitet og tidsbruk i den operative hverdagen, slik at personellet kan bruke mer av kapasiteten sin på pasientnært arbeid og kliniske vurderinger.

Fellestrekk for virksomheter som lykkes med digital transformasjon, er:

1. et tydelig verdifokus – for dem de er til for
2. lean- og verdistrømtenkning
3. tverrfaglige team som jobber mot felles mål
4. smidige arbeidsmåter med kontinuerlig læring
5. skybasert, tjenesteorientert og robust infrastruktur
6. ledere som setter retning og utvikler mennesker
7. en kultur bygd på tillit og transparens

4.7 God ressursbruk og bærekraftige prioriteringer

Perspektivmeldingen 2024 (Meld. St. 31 (2023–2024)) viser tydelig at de offentlige utgiftene vokser raskere enn inntektene, og at helse- og omsorgstjenestene er blant de største driverne for denne utviklingen. En sterk frykt for å gjøre feil har bidratt til at for mange pasienter får tilgang til de mest ressurskrevende tjenestene når dette ikke er medisinsk påkrevd og ikke nødvendigvis gir bedre helsehjelp. Nå er det ikke lenger mulig å «bunntåle» i den akuttmedisinske kjeden ved å møte usikkerhet med systematisk bruk av høyeste beredskapsnivå. Skal Helse Midt-Norge møte framtiden på en rasjonell og bærekraftig måte, må vi bruke ressursene der de gir størst mulig helsegevinst – også på tvers av forvaltningsnivåer. Ikke alle må ha ambulansetjeneste, akuttlege eller sykehusinnleggelse. Alle skal likevel få riktig hjelp, til rett tid og på rett nivå.

Det forutsetter at pasienter som kan håndteres på lavere omsorgsnivå, identifiseres tidlig i pasientforløpet, og at tjenestene har systemer som fremmer trygge beslutninger om nivåendring. Samtidig må vi ta høyde for at akuttmedisinske vurderinger ofte gjøres under betydelig tidspress og med begrenset informasjon. Det bør derfor legges til rette for mer tidlig avklaring, samtidig som systemet må ta høyde for en viss grad av feilvurderinger og ha evne til raskt å fange opp behov for fornyet vurdering.

En nødvendig kulturendring fra «alltid akutt» til «rett nivå» krever faglig trygghet, tydelig ledelsesforankring og god støtte i beslutningsverktøy, data og samhandling. Først da kan vi utvikle robuste og bærekraftige akuttmedisinske tjenester som gir mest mulig helse per ressursenhet, og som befolkningen i Helse Midt-Norge opplever som både trygge og tilgjengelige.

4.7.1 Endringer for mer effektiv drift og bedre ressursutnyttelse

For å gå fra «alltid akutt» til «rett nivå» må vi endre måten den prehospitale virksomheten planlegges, prioriteres og drives på i det daglige. Mer effektiv drift og bedre ressursutnyttelse er ikke et mål i seg selv, men en forutsetning for å opprettholde kvalitet, pasientsikkerhet og beredskap innenfor de rammene vi har.

Ambulansetjenesten gjør i dag en betydelig mengde logistikkoppdrag for både sykehus og kommuner. I mellom 10 og 30 prosent av oppdragene transporteres pasienter som må ligge under transport, men som ikke har behov for observasjon eller behandling (egne data, Prehospitale fellestjenester). Slike oppdrag kan i større grad håndteres med andre transportformer, som syketransport. Det kan frigjøre ambulanser og personell til oppdrag der akuttmedisinsk kompetanse er nødvendig. (Se mer om målrettet og systematisk bruk av prehospitale enheter i kapittel 4.1.)

Det er også et stort potensial for bedre nivåplassering i sykehusene. Som tidligere nevnt blir rundt 40 prosent av pasientene ved akuttmottaket på St. Olavs hospital ferdigbehandlet uten innleggelse. Mange av dem kunne trolig vært håndtert i kommunale avklaringsenheter, i legevakt eller ved behandling på stedet.

Samtidig ble 11–12 prosent av ambulansetjenestens oppdrag i 2025 avsluttet på stedet etter undersøkelse og eventuelt behandling («treat-and-leave»), med store variasjoner fra kommune til kommune. AMK-sentralene styrer i økende grad henvendelser direkte til legevakt. Når dette skjer etter etablerte kriterier og med trygg oppfølging, bidrar det til bedre ressursutnyttelse og økt tilgjengelighet i både ambulansetjenesten og akuttmottakene. For å redusere uønsket variasjon og styrke pasientsikkerheten bør «treat-and-leave» og direkte styring til legevakt eller andre nivåer baseres på felles minimumskriterier, standardisert dokumentasjon og tydelig informasjon til pasienten om når og hvordan hen skal ta kontakt

på nytt. Det bør også etableres en tydelig sikkerhetsnettlogikk for utvalgte risikogrupper, for eksempel skrøpelige eldre og pasienter med psykiske lidelser, ruslidelser eller andre komplekse tilstander. Effekten bør følges med indikatorer som re-kontakt innen 72 timer, påfølgende innleggelse og alvorlige hendelser.

God flyt mellom leddene i den akuttmedisinske kjeden er avgjørende for effektiv drift. Tid brukt på overlevering til akuttmottak, såkalt ramp time og boarding time, binder opp prehospitale ressurser og reduserer beredskapen for nye oppdrag. For å redusere slike flaskehals er det nødvendig med bedre logistikk, tydelige mål og en felles forståelse av roller, ansvar og prioriteringer mellom akuttmottak og prehospitalt personell. Helse Midt-Norge vil innføre felles definisjoner og regelmessig rapportering av ramp time og boarding time i regionen samt etablere en felles eskaleringsmodell for håndtering av vedvarende flaskehals. Eskalering skal tydeliggjøre ansvar og tiltak på tvers av akuttmottak, sengeposter og prehospitale tjenester, slik at forsinkelser håndteres som et felles systemansvar og ikke som et isolert problem i ett ledd av kjeden.

4.7.2 Samfunnsansvar og miljømessig bærekraft

Samfunnsansvaret i den akuttmedisinske kjeden innebærer å forvalte ressurser på en måte som ivaretar både mennesker og miljø, og som bidrar til langsiktig tillit til helsetjenesten. Dette forutsetter at miljøhensyn, kvalitet og effektiv ressursbruk ses i sammenheng. Tjenestene skal arbeide systematisk for å redusere sitt miljøavtrykk, blant annet gjennom energieffektive bygg, klimavennlig transport og bærekraftige innkjøp. Elektrifisering av kjøretøyparken og bruk av miljøvennlige materialer og løsninger skal prioriteres der det er praktisk og økonomisk forsvarlig.

Akuttmedisinske tjenester har også et ansvar utover behandling. Gjennom opplæring i førstehjelp, informasjon om riktig bruk av nødnummer og samarbeid med frivillige organisasjoner kan tjenestene bidra til å styrke befolkningens helsekompetanse og egenberedskap og dermed redusere belastningen på den akuttmedisinske kjeden over tid.

Samfunnsansvar handler til syvende og sist om tillit. Helse Midt-Norge skal opptre åpent, redelig og forutsigbart og bidra til at befolkningen opplever helsetjenesten som en felles ressurs som forvaltes med omtanke, faglig integritet og ansvar.



5 Oppsummering og prioritering

Denne fagplanen springer ut av en tydelig erkjennelse: Verden endrer seg, samfunnet endrer seg, og da må helsetjenesten gjøre det samme. Demografiske endringer, økende knapphet på helsepersonell, større kompleksitet i pasientforløpene, klimaendringer, teknologisk utvikling og et mer sammensatt beredskaps- og sikkerhetsbilde stiller nye krav til hvordan vi organiserer, prioriterer og leverer akuttmedisinske tjenester i Helse Midt-Norge.

Både virksamhetsdata og erfaring viser at befolkningens bruk av prehospitale tjenester har endret seg markant over tid. Terskelen for å kontakte helsetjenesten er lavere nå enn tidligere, og forventningene til tilgjengelighet, rask avklaring og trygghet har økt. Det avgjørende for pasientene er å få riktig hjelp til riktig tid – ikke hvilket forvaltningsnivå som yter hjelpen. Akuttmedisinske tjenester må derfor oppleves som sammenhengende, tilgjengelige og forståelige.

Utviklingstrekkene utfordrer bærekraften i dagens løsninger. Flere eldre bor hjemme med sammensatte og langvarige helseproblemer. Legevaktområdene er blitt større, avstandene lengre, og ambulansetjenesten fungerer i økende grad som første og noen ganger eneste akuttressurs. Samtidig øker antall henvendelser og samtidighetskonflikter, særlig i tett befolkede områder. Dette legger press på kapasitet, kvalitet og beredskap i hele den akuttmedisinske kjeden.

Vi kan ikke møte disse utfordringene bare med å videreføre eksisterende strukturer og praksis. Et system der den tilgjengelige beredskapen utnyttes i stadig høyere grad, og der det er unødvendige barrierer mellom de ulike tjenesteyterne, vil svekke både tilgjengeligheten og pasientsikkerheten. Samtidig viser erfaring og data at svært lav oppdragsfrekvens også skaper utfordringer, både faglig og med tanke på rekruttering. For å sikre bærekraftige tjenester må vi derfor skape bedre balanse mellom kapasitet, kompetanse og faktisk behov.

Denne planen bygger på et grunnleggende prinsipp: Akuttmedisinske tjenester må utvikles med pasientenes behov som utgangspunkt. Det innebærer mer presis prioritering, tydeligere nivåplassering og bedre bruk av kompetanse tidlig i pasientforløpene. Ikke alle situasjoner krever transport eller innleggelse, men alle krever en forsvarlig og kompetent vurdering. Pasientsikkerhet er et absolutt premiss og oppnås gjennom riktige beslutninger basert på kunnskap, beslutningsstøtte og god samhandling.

Utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene forutsetter sammenhengende og forutsigbare pasientforløp på tvers av nivåer og tjenester. Mer standardiserte akutte forløp, tydelige kommunikasjonslinjer og differensiert respons skal bidra til at ressursene brukes der behovet er størst og innsatsen utgjør en merverdi, slik at pasientene får rask og riktig hjelp uavhengig av bosted. Akuttmottakene skal videreutvikles som aktive knutepunkt for tidlig diagnostikk, prioritering og avklaring av behandlingsnivå, i nært samspill med de andre leddene i den akuttmedisinske kjeden. Dette forutsetter tilgjengelig akuttmedisinsk kompetanse i front for å sikre riktige vurderinger av hastegrad, behandlingsnivå og videre pasientforløp. En slik utvikling er ikke mulig uten innovasjon og systematisk læring. Nye løsninger må utvikles tett på praksis, der pasienter og helsepersonell møter tjenestene i hverdagen. Samtidig må digitale verktøy og felles datagrunnlag brukes langt mer aktivt for å understøtte kliniske beslutninger, operativ styring og forbedringsarbeid. I tillegg må regelverk og styringssystemer bidra til kvalitet og likeverdighet, uten å hindre nødvendig utvikling. Når nye arbeidsformer og teknologiske løsninger uansett tas i bruk i et kommersielt marked, er det et offentlig ansvar å sikre at utviklingen skjer på en trygg, regulert og kunnskapsbasert måte.

Planen legger også vekt på robusthet og beredskap. Et mer uforutsigbart samfunn stiller krav til utholdenhet, fleksibilitet og samhandling på tvers av nivåer og tjenester. Beredskap må bygges som en integrert del av ordinær drift – ikke som et tillegg som aktiveres først når en krise inntreffer.

Disse punktene uttrykker fagplanens overordnede strategiske retning, i prioritert rekkefølge:

1. å gi pasienter vurdering og behandling hjemme eller i lokalmiljøet når det er faglig forsvarlig
2. å sikre sammenhengende tjenester og pasientforløp, slik at pasientene ikke opplever organisatoriske grenser
3. å styrke innsatsen for skrøpelige og sårbare pasienter med komplekse behov
4. å etablere én felles kilde til prehospitale data og samle kliniske data og masterdata i en felles plattform basert på nasjonale og internasjonale standarder, slik at informasjonen er konsistent, gjenbrukbar og tilgjengelig på tvers av systemer
5. å bruke kunstig intelligens og avansert beslutningsstøtte som strategiske virkemidler for en mer presis, bærekraftig og lærende akuttmedisinsk kjede
6. å sikre riktig bemanning, fordele roller og utvikle kompetanse slik at tjenestene er faglig sterke, trygge, bærekraftige og attraktive for kvalifisert personell
7. å sikre robust beredskap, med tjenester som kan operere effektivt i både fred, krise og krig

Målet er å videreutvikle akuttmedisinske tjenester som er likeverdige, sammenhengende, pasientnære og bærekraftige – tjenester som gir trygghet når det virkelig gjelder, som prioriterer riktig nivå og riktig innsats til rett tid, og som forblir en sentral del av velferdsstatens grunnmur også i møte med endrede rammevilkår og høyere forventninger.

Definisjoner av sentrale begreper

Her definerer vi sentrale begreper som er brukt i fagplanen. Flere av begrepene er også definert i akuttmedisinforskriften, og i de tilfellene er definisjonene våre i tråd med den.

akutt pasientforløp – pasientens forløp gjennom den akuttmedisinske kjeden, inkludert vurderinger, beslutninger og tiltak i akuttfasen, fra første kontakt med helsetjenesten til stabilisering, videre behandling eller avslutning av forløpet

akuttmedisin – medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått eller forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse

akuttmedisinsk beredskap – planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester

akuttmedisinsk kjede – helheten av tjenester, aktører og overganger som inngår i håndtering av akutt sykdom eller skade, fra første kontakt med helsetjenesten (ofte via nødmeldetjenesten) til pasienten er stabilisert og overført til riktig behandlingsnivå

ambulansetjeneste – bil-, båt- og luftambulansetjeneste som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus når det er behov for akuttmedisinsk behandling eller overvåking under transport

beslutningsstøtte – digitale og faglige verktøy som hjelper aktørene i hele den akuttmedisinske kjeden til å ta riktige beslutninger raskt og på et best mulig kunnskapsgrunnlag, og som bidrar til felles situasjonsforståelse, mer treffsikker triage, mer treffsikre tiltak og mer forutsigbar informasjonsflyt – fra første kontakt med nødmeldetjenesten, via legevakt og prehospitale tjenester, til akuttmottak og videre oppfølging

boarding time – tiden pasienten blir liggende i akuttmottaket etter at det er tatt beslutning om innleggelse, i påvente av ledig sengeplass på sengepost

CBRNE – kjemiske (chemical) og biologiske agens, radioaktive stoffer, nukleært materiale og eksplosiver

CBRNE-beredskap – forebygging, forberedelse og respons ved hendelser med kjemiske, biologiske, radioaktive, nukleære eller eksplosive stoffer som kan forårsake alvorlig skade

felles situasjonsforståelse – delt forståelse blant involverte aktører av pasientens tilstand, alvorlighetsgrad, behov og plan videre, basert på felles begreper, vurderingsverktøy og informasjonsgrunnlag fragmentert akutt pasientforløp – akutt pasientforløp med brudd i informasjonsflyten, uklart ansvar, manglende samordning, unødvendig tidstap og/eller uønsket variasjon i vurderinger og tiltak mellom aktører og nivåer

grisgrendte områder – geografiske områder med lav befolkningstetthet, lange avstander og begrenset tilgang til helsetjenester, noe som kan påvirke responstid, ressursbruk og organisering av akuttmedisinske tjenester

hendelsessted – stedet der pasienten befinner seg når behovet for akuttmedisinsk hjelp oppstår, for eksempel et privat hjem, offentlig rom eller en annen lokasjon utenfor sykehus hensiktsmessig omsorgsnivå – det nivået i helsetjenesten som best kan ivareta pasientens behov for vurdering, behandling og oppfølging, gitt tilstandens alvorlighetsgrad, kompleksitet og tilgjengelige ressurser

hyppig bruker – et begrep som mangler en entydig definisjon og brukes ulikt i de prehospitalene tjenester. AMK-sentralene bruker det om personer som kontakter sentralen gjentatte ganger (ofte flere ganger i måneden) over tid. Ambulansetjenesten bruker det om pasienter som får tildelt ambulanse via 113 gjentatte ganger i løpet av en definert periode, gjerne ett år.

kommunal legevaktordning – virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging

medisinsk nødmeldetjeneste – et landsdekkende system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten. Systemet omfatter kommunenes legevaktnumre, det nasjonale legevaktnummeret (116 117) og den medisinske nødtelefonen (113). AMK-sentralene hører operativt til tjenestene utenfor sykehus, men organisatorisk tilhører de sykehusene og de regionale helseforetakene (spesialisthelsetjenesten).

«mind the gap» – begrep kjent fra trafikk med bane (for eksempel T-banen i London) og et sentralt begrep i utviklingen av konseptet mobil integrert helsetjeneste og rollen kommuneparamedisiner

nivåendring – beslutning om å endre omsorgsnivå i løpet av et akutt pasientforløp, for eksempel fra prehospital håndtering til innleggelse eller fra transport til håndtering på lavere omsorgsnivå

«point-of-care»-diagnostikk – prøver og analyser som utføres der pasienten er, både i og utenfor sykehus, og som ofte gir svar allerede under pasientkonsultasjonen

prehospitaler tjenester – de tjenestene de regionale helseforetakene har ansvar for i akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus: nødmeldetjenesten (AMK-sentralene og teknisk infrastruktur) og ambulansetjenesten inkludert luftambulansetjenesten

ramp time – tiden fra en ambulanse ankommer sykehuset, til pasienten er overlevert og ambulansen er klar for nytt oppdrag

samvalg – det at pasienten aktivt involveres i beslutninger om valg av undersøkelser og behandling sammenhengende akutt pasientforløp – et akutt pasientforløp der vurderinger, beslutninger og tiltak henger logisk og operativt sammen på tvers av nivåer og tjenester, med felles situasjonsforståelse, tydelig ansvars plassering og uavbrutt informasjonsflyt

samtidighetskonflikt – situasjon der det ikke er nok akuttmedisinske ressurser tilgjengelig til å håndtere flere samtidige hendelser, slik at det blir nødvendig å prioritere mellom pasienter eller oppdrag

triage – systematisk vurdering, sortering og prioritering av pasienter etter hvor alvorlig tilstanden er, for å sikre at de med størst behov får behandling først, spesielt ved mange skadde eller syke. AMK gjennomfører telefontriage med sikte å velge hensiktsmessig respons. Overtriage er for høy eller for omfattende respons i forhold til tilstanden, mens undertriage er for lav eller utilstrekkelig respons.

Vedlegg A: Framskrivninger for Midt-Norge

Å framskrive demografi og aktivitet for fagområdene som omfattes av fagplanen, er viktig for å forstå utfordringsbildet spesialisthelsetjenesten må forholde seg til i framtiden. Framskrivningene for det akuttmedisinske området er med og legger grunnlaget for valg av strategi for tjenesteutvikling fram mot 2040. Til å lage relevante framskrivninger har vi benyttet Statistisk sentralbyrås modeller for demografisk framskrivning, basert på populasjonstall fra 2024 (siste tilgjengelige versjon).

Vi har hentet ut tall for alder, kjønn og kommune og deretter aggregert dem til visningsnivået i figurene og tabellene på de neste sidene. SSBs modeller tar utgangspunkt i høye, middels og lave anslag for forventet utvikling i fruktbarhet, dødelighet, innenlands flytting og inn- og utvandring. Her presenteres i hovedsak hovedalternativet (MMMM), som kombinerer middels fruktbarhet, dødelighet, flytting og inn- og utvandring. HHMH (høy fruktbarhet, høy dødelighet, middels flytting og høy inn- og utvandring) og LLML (lav fruktbarhet, lav dødelighet, middels flytting og lav inn- og utvandring) benyttes som henholdsvis øvre og nedre anslag for utviklingen.

Framskrivning av innbyggertall

Innbyggertallet er antall personer bosatt i opptaksområdet for Helse Midt-Norge. For 2025 tar vi utgangspunkt i den faktiske befolkningen per 1. januar 2025, mens vi for 2030, 2035, 2040 og 2050 bruker framskrivninger.

Vi ser på flere måltall:

- personer i alt – antall, vekst i antall og vekst i andel
- personer over 67 år – antall, vekst i antall og vekst i andel, andel av totalbefolkningen
- personer over 80 år – antall, vekst i antall og vekst i andel, andel av totalbefolkningen

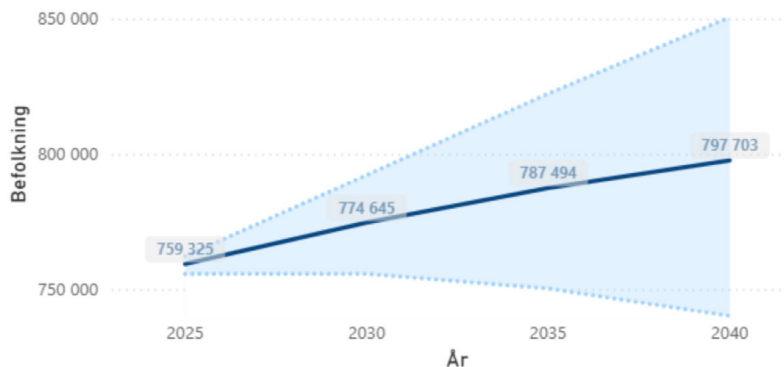
Overordnet utvikling

Figur 1 viser framskrevet antall innbyggere i opptaksområdet. Hovedalternativet (MMMM) indikerer en vekst på i underkant av 40 000 personer fra 2025 til 2040. Tallet er svært usikkert. LLML antyder en nedgang på nær 20 000 personer, mens HHMH peker mot en økning på rundt 90 000.

De demografiske framskrivningene må justeres for trender

Demografiske framskrivninger er viktige for å planlegge kapasitet fram mot 2040, men de gir ikke hele bildet. Aktiviteten innen akuttmedisin har de siste ti årene økt mer enn befolkningsveksten alene skulle tilsi. Det skyldes endringer i sykdomsbildet, en mer bevisst befolkning, som har økt kontakt med helsetjenesten, og en sterkere vektlegging av tidlig intervensjon. Vi må derfor kombinere demografiske modeller med trendbaserte justeringer som tar høyde for faktisk aktivitetsvekst.

Ny teknologi, digitalisering og nye arbeidsformer kan dempe noe av veksten. Tjenester som muliggjør hjemmевurdering, tidlig diagnostikk og hjemmebehandling, kan redusere behovet for transport og innleggelse. Samtidig krever slike løsninger tett samhandling, felles infrastruktur og en tydelig styrking av akutt- og mottakslegens rolle.



Figur 1 Framskrevet befolkning i Helse Midt-Norges opptaksområde 2025–2040. Den heltrukne linjen viser hovedalternativet (MMMM), mens de stiplede linjene viser øvre og nedre anslag (HHMH og LLML).
Kilde: SSB 2025 / Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

Geografiske forskjeller

Figur 2 viser befolkningsutviklingen fram mot 2050 fordelt på tre områder:

- 1) Trondheimsregionen (Trondheim, Malvik, Melhus og Skaun)
- 2) de mindre byene (Molde, Ålesund, Steinkjer, Namsos og Levanger)
- 3) resten av regionen (rurale områder)

Den klart sterkeste veksten forventes i Trondheimsregionen. Av en samlet økning på nær 40 000 innbyggere fram mot 2040 antas over 30 000 å komme innenfor opptaksområdet til St. Olavs hospital. Veksten drives særlig av at det blir flere i yrkesaktiv alder (20–64 år), men også antallet eldre øker betydelig. Samtidig holder andelen barn og unge seg relativt stabil, noe som bidrar til en samlet sett yngre aldersprofil her enn i de andre områdene.

I Molde, Ålesund, Steinkjer, Namsos og Levanger viser framskrivingene svak vekst eller tilnærmet stabilt folketall, kombinert med en gradvis aldrende befolkning. Antall eldre øker, mens gruppen i yrkesaktiv alder flater ut eller avtar noe og andelen barn og unge er relativt lav.

For resten av regionen – de mest grisgrendte områdene – forventes liten vekst eller nedgang i folketallet, kombinert med en markant aldring som følge av at mange unge flytter fra distriktene til mer urbane områder.

Samlet sett konsentreres befolkningsveksten i byområdene, særlig i Trondheimsregionen, mens distriktene får en stadig eldre befolkning og svakere demografisk bærekraft. Dette har viktige konsekvenser for framtidig tjenestebehov, kapasitet og organisering av helsetjenestene i regionen.



Figur 1 Framskrevet befolkning i Helse Midt-Norges opptaksområde 2025–2040. Den heltrukne linjen viser hovedalternativet (MMMM), mens de stiplede linjene viser øvre og nedre anslag (HHMH og LLML).
Kilde: SSB 2025 / Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

Befolkningsvekst og alderssammensetning per helseforetaksområde

Tabell 1 oppsummerer folketall og forventet vekst i totalbefolkningen samt endringer i andeler og antall for personer over 67 år og over 80 år i de tre helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge fra 2025 til 2040. Selv om befolkningsveksten totalt sett blir beskjeden, vil alderssammensetningen endre seg betydelig:

- For Helse Møre og Romsdal (HMR) er det ventet en samlet vekst på rundt 6 500 personer (vel 2 prosent). Gruppen over 67 år forventes å øke med nesten 15 000 personer, og nesten 11 000 av disse er over 80 år.
- For Helse Nord-Trøndelag (HNT) er det ventet en samlet vekst på rundt 1 200 personer (om lag 1 prosent). Gruppen over 67 år forventes å øke med drøye 7 000 personer, og nesten 5 000 av disse er over 80 år.
- For St. Olavs hospital er det ventet en samlet vekst på drøye 30 000 personer (nesten 9 prosent). Gruppen over 67 år er forventet å øke med nesten 20 000 personer, og nesten 12 000 av disse er over 80 år.

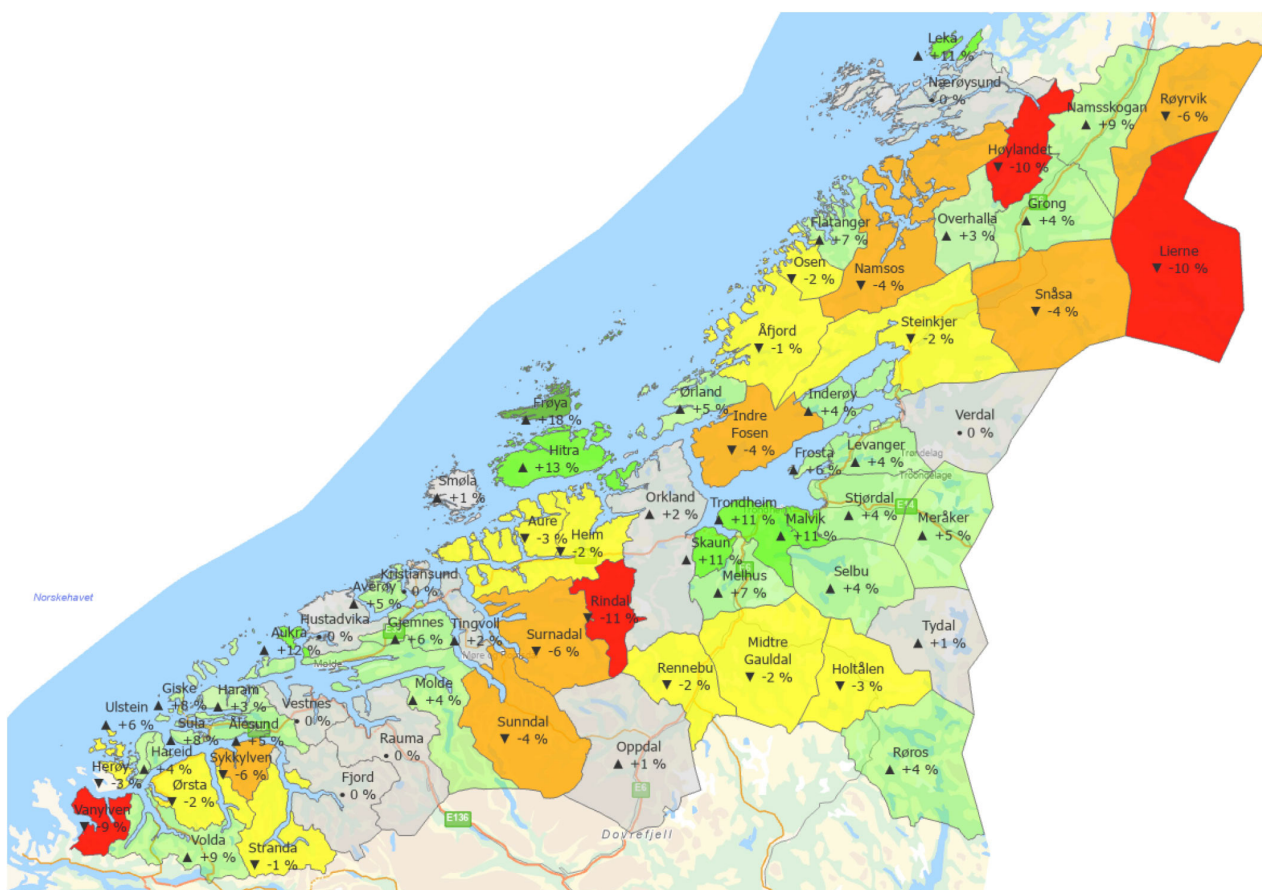
For Helse Midt-Norge samlet øker andelen innbyggere over 67 år fra rundt 17 prosent til 21 prosent, mens andelen over 80 år øker fra 4,5 prosent til 7,5 prosent.

Befolkning	2025	2030	2035	2040
HMR	272 336	275 302	277 385	278 931
HNT	136 974	137 676	137 988	138 192
St. Olav	350 015	361 667	372 121	380 580
Total	759 325	774 645	787 494	797 703
Vekst antall	2025	2030	2035	2040
HMR	0	2 966	5 049	6 595
HNT	0	702	1 014	1 218
St. Olav	0	11 652	22 106	30 565
Total	0	15 320	28 169	38 378
Vekst antall > 67	2025	2030	2035	2040
HMR	0	5 123	9 653	14 639
HNT	0	2 227	4 768	7 046
St. Olav	0	6 105	12 775	19 452
Total	0	13 455	27 196	41 137
Vekst antall > 80	2025	2030	2035	2040
HMR	0	4 054	7 762	10 831
HNT	0	2 076	3 702	4 916
St. Olav	0	4 639	8 190	11 548
Total	0	10 769	19 654	27 295
Vekst andel	2025	2030	2035	2040
HMR	100,0 %	101,1 %	101,9 %	102,4 %
HNT	100,0 %	100,5 %	100,7 %	100,9 %
St. Olav	100,0 %	103,3 %	106,3 %	108,7 %
Total	100,0 %	102,0 %	103,7 %	105,1 %
Befolkning andel > 67 år	2025	2030	2035	2040
HMR	17,9 %	19,6 %	21,1 %	22,8 %
HNT	19,0 %	20,5 %	22,3 %	23,9 %
St. Olav	14,9 %	16,1 %	17,5 %	18,9 %
Total	16,8 %	18,2 %	19,6 %	21,1 %
Befolkning andel > 80 år	2025	2030	2035	2040
HMR	4,8 %	6,1 %	7,3 %	8,4 %
HNT	5,2 %	6,6 %	7,7 %	8,5 %
St. Olav	4,0 %	5,1 %	5,8 %	6,5 %
Total	4,5 %	5,7 %	6,7 %	7,5 %

Tabell 1 Folketall i de tre helseforetaksområdene i 2025, 2030, 2035 og 2040. Vekst i antall og andel totalt og i antall og andel personer over 67 år og over 80 år. Framskrivingsalternativ: MMMM. Kilde: SSB 2025 / Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseeksjonen)

Demografisk framskrivning på kommunenivå

Kartet i figur 3 viser SSBs befolkningsframskrivning (MMMM-alternativet) som forventet prosentvis endring i innbyggertall per kommune fra 2025 til 2040. Kartet illustrerer tydelige geografiske forskjeller: Sentrale og bynære kommuner forventes å få befolkningsvekst, mens flere distriktskommuner ligger an til stagnasjon eller nedgang i innbyggertallet. Utviklingen følger i stor grad etablerte sentraliseringstrekk, der arbeidsmarked, utdanningstilbud og tilgang til tjenester bidrar til vekst i enkelte områder.



Figur 3 Kartet viser forventet prosentvis endring i folketallet per kommune (MMMM) fra 2025 til 2040. Kilde: SSB 2025, visualisering ved Helse Midt-Norge RHF

Som figur 3 viser, er det store variasjoner mellom kommunene. Det samme viser tabell 2–4, som gjengir tall på kommunenivå for 2040, fordelt på de tre helseforetaksområdene. Frøya har den høyeste prosentvise veksten, om lag 18 prosent (rundt 1 000 personer). Målt i antall står Trondheim alene for over halvparten av den forventede veksten i hele Helse Midt-Norge, med nesten 25 000 personer.

HMR	Vekst i andel	Total vekst	Vekst over 67 år	Vekst over 80 år	Vekst under 68 år
Ålesund	104,6 %	2 707	3 298	2 104	-591
Molde	103,9 %	1 296	1 800	1 401	-504
Volda	108,9 %	1 011	424	351	587
Sula	108,4 %	828	537	390	291
Giske	107,8 %	681	524	328	157
Ulstein	106,4 %	574	684	313	-110
Aukra	112,5 %	469	144	108	325
Averøy	105,0 %	302	406	296	-104
Haram	102,7 %	252	500	409	-248
Hareid	103,6 %	198	326	235	-128
Gjemnes	105,7 %	156	114	144	42
Tingvoll	102,0 %	61	135	88	-74
Kristiansund	100,2 %	40	1 218	1 116	-1 178
Smøla	101,0 %	21	93	100	-72
Fjord	100,3 %	7	123	91	-116
Vestnes	99,9 %	-6	420	370	-426
Rauma	99,9 %	-7	291	240	-298
Hustadvika	99,9 %	-8	710	574	-718
Sande (M&R)	98,4 %	-38	156	93	-194
Stranda	99,1 %	-41	203	94	-244
Aure	97,3 %	-94	184	143	-278
Ørsta	98,1 %	-212	525	455	-737
Sunndal	96,5 %	-260	459	326	-719
Herøy (M&R)	97,1 %	-263	563	354	-826
Vanylven	91,2 %	-265	81	137	-346
Surnadal	94,1 %	-349	286	232	-635
Sykkylven	93,9 %	-465	435	339	-900
Totalt	102,4 %	6 595	14 639	10 831	-8 044

Tabell 2 Forventet endring i befolkningen for kommunene i Helse Møre og Romsdal 2025–2040. Tabellen viser total endring (prosent og antall) og endret antall i gruppene over 67 år, over 80 år og under 68 år
Kilde: SSB 2025 / Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

HNT	Vekst i andel	Total vekst	Vekst over 67 år	Vekst over 80 år	Vekst under 68 år
Stjørdal	103,9 %	969	1 620	846	-651
Levanger	103,8 %	783	1 186	812	-403
Inderøy	104,3 %	302	427	340	-125
Frosta	105,6 %	149	173	108	-24
Meråker	105,2 %	129	122	106	7
Overhalla	102,9 %	114	185	138	-71
Grong	104,4 %	104	71	58	33
Flatanger	107,2 %	81	65	58	16
Namsskogan	108,7 %	72	26	1	46
Leka	110,9 %	68	25	25	43
Nærøysund	99,9 %	-11	531	254	-542
Osen	98,1 %	-17	2	40	-19
Røyrvik	93,6 %	-27	0	14	-27
Verdal	99,7 %	-53	764	670	-817
Snåsa	96,2 %	-83	116	42	-199
Høylandet	90,4 %	-118	-9	29	-109
Lierne	90,4 %	-125	20	42	-145
Namsos	96,5 %	-527	662	501	-1 189
Steinkjer	97,5 %	-592	1 060	832	-1 652
Totalt	100,9 %	1 218	7 046	4 916	-5 828

Tabell 3 Forventet endring i befolkningen for kommunene i Helse Nord-Trøndelag 2025–2040. Tabellen viser total endring (prosent og antall) og endret antall i gruppene over 67 år, over 80 år og under 68 år.
Kilde: SSB 2025 / Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

St. Olav	Vekst i andel	Total vekst	Vekst over 67 år	Vekst over 80 år	Vekst under 68 år
Trondheim	111,3 %	24 542	11 944	7 059	12 598
Malvik	111,1 %	1 666	1 133	543	533
Melhus	107,3 %	1 287	990	477	297
Frøya	118,0 %	1 010	417	167	593
Skaun	110,6 %	902	637	302	265
Hitra	112,7 %	688	300	155	388
Ørland	104,7 %	491	551	316	-60
Orkland	102,4 %	446	1 087	751	-641
Røros	104,1 %	237	274	248	-37
Selbu	103,8 %	162	277	160	-115
Oppdal	101,0 %	74	348	260	-274
Tydal	101,1 %	9	48	10	-39
Åfjord	99,3 %	-32	188	134	-220
Rennebu	98,2 %	-45	85	93	-130
Holtålen	97,3 %	-56	59	46	-115
Midtre Gauldal	98,2 %	-109	331	174	-440
Heim	97,9 %	-128	240	214	-368
Rindal	89,0 %	-214	52	60	-266
Indre Fosen	96,4 %	-365	491	379	-856
Totalt	108,7 %	30 565	19 452	11 548	11 113

Tabell 4 Forventet endring i befolkningen for kommunene som hører til St. Olavs hospital, 2025–2040. Tabellen viser total endring (prosent og antall) og endret antall i gruppene over 67 år, over 80 år og under 68 år. Kilde: SSB 2025 / Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

Framskrivning av aktivitet for de enkelte fagområdene

Som grunnlag for framskrivningene har vi brukt egne virksomhetsdata for bilambulansetjenesten i Helse Møre og Romsdal, St. Olavs-regionen og Helse Nord-Trøndelag, basert på registreringer i ambulansetjenestens journalsystem (PEPJ). For AMK-sentralene i Ålesund, Trondheim og Namsos har vi supplert med data fra AMIS (AMK-sentralenes oppdragshåndteringssystem).

For akuttmottakene har det vært utfordrende å finne aktivitetsdata som kan sammenlignes på tvers av sykehus. Derfor har vi valgt å bruke data fra Norsk pasientregister (NPR). De omfatter alle akutte innleggelses ved de aktuelle sykehusene, også pasienter som legges inn direkte i en avdeling uten å gå via akuttmottaket – enten som del av etablerte «fast track»-forløp eller gjennom avtale om «åpen retur» ved langvarige forløp. Dataene gir dermed ikke et helt presist bilde av aktiviteten i akuttmottakene, men vi legger til grunn at utviklingstrekkene for pasienter som blir innlagt via akuttmottak og direkte til avdeling, er like nok til at vi kan bruke de samme vekstkurvene og vekstfaktorene.

For luftambulansetjenesten har vi gode historiske virksomhetsdata. I samråd med fagmiljøet har vi likevel valgt å ikke framskrive aktiviteten på grunnlag av disse. Oppdragsmengden er relativt begrenset, og endringer i pasientlogistikk, funksjonsfordeling og andre faglige og organisatoriske forhold antas å ha større betydning for framtidig utvikling enn demografi.

For fagområdet CBRNE er det heller ikke hensiktsmessig å framskrive antall hendelser, ettersom antallet heldigvis er svært lavt. Planleggingen bør i stedet bygge på gjeldende risikovurderinger.

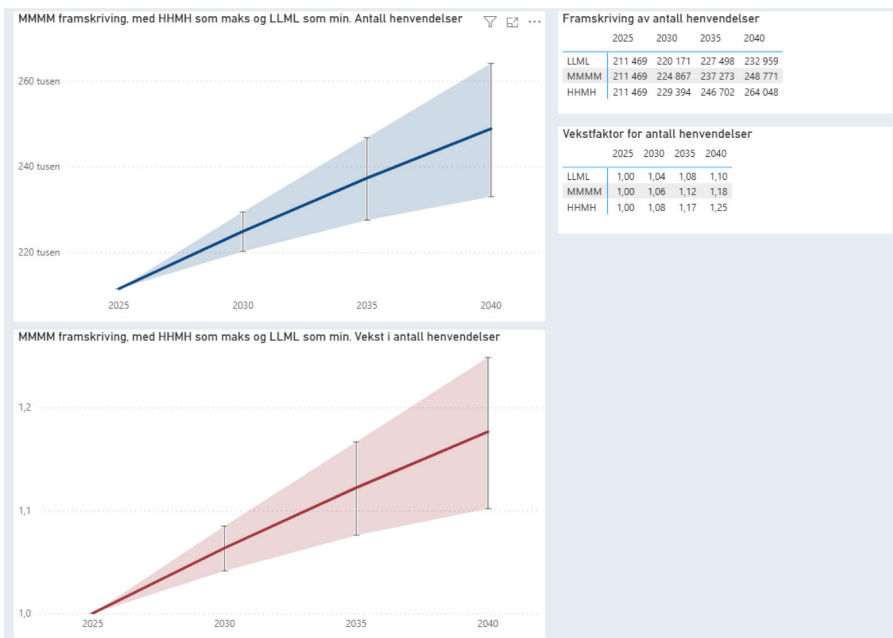
Framskriving av henvendelser til AMK-sentralene

I 2024 mottok AMK-sentralene i Midt-Norge om lag 211 000 unike henvendelser (se figur 4). Aktiviteten viser tydelige forskjeller etter alder, hastegrad og sambandsvei, og nivåene varierer mellom sentralene.



Figur 4 Aktivitet i AMK-sentralene i Helse Midt-Norge i 2024. Antall unike henvendelser og hendelser, fordelt etter aldersgruppe, hastegrad, sambandsvei og AMK-sentral. Kilde: AMK-sentralene ved AMK Sør-Trøndelag 2025

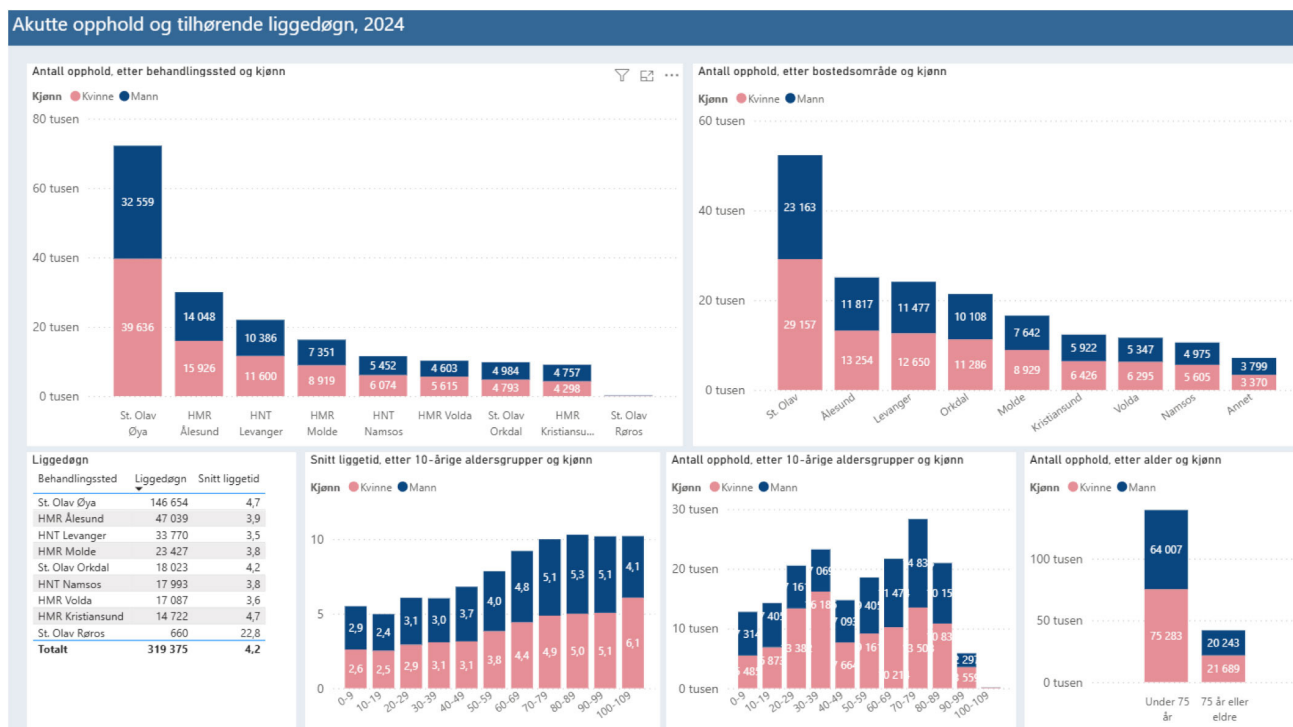
Framskrivingene våre viser at antall henvendelser til AMK-sentralene vil øke betydelig fram mot 2040 (se figur 5). I hovedalternativet (MMMM) øker det årlige antallet henvendelser fra om lag 211 000 i 2025 til om lag 249 000 i 2040. Det tilsvarer en samlet vekst på om lag 18 prosent. Et lavt anslag (LLML) antyder rundt 233 000 henvendelser i 2040, tilsvarende en vekst på om lag 10 prosent. Et høyt anslag (HHMH) antyder om lag 264 000 henvendelser, eller en vekst på rundt 25 prosent. Framskrivingene indikerer samlet sett et vedvarende økende aktivitetsnivå i AMK-sentralene, med konsekvenser for framtidig dimensjonering, bemanningsbehov og teknisk kapasitet.



Figur 5 Framskriving av antall årlige henvendelser til AMK-sentralene i Midt-Norge 2025–2040. Den heltrukne linjen viser hovedalternativet (MMMM). Kilde: AMK-sentralene / SSB 2025 / Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

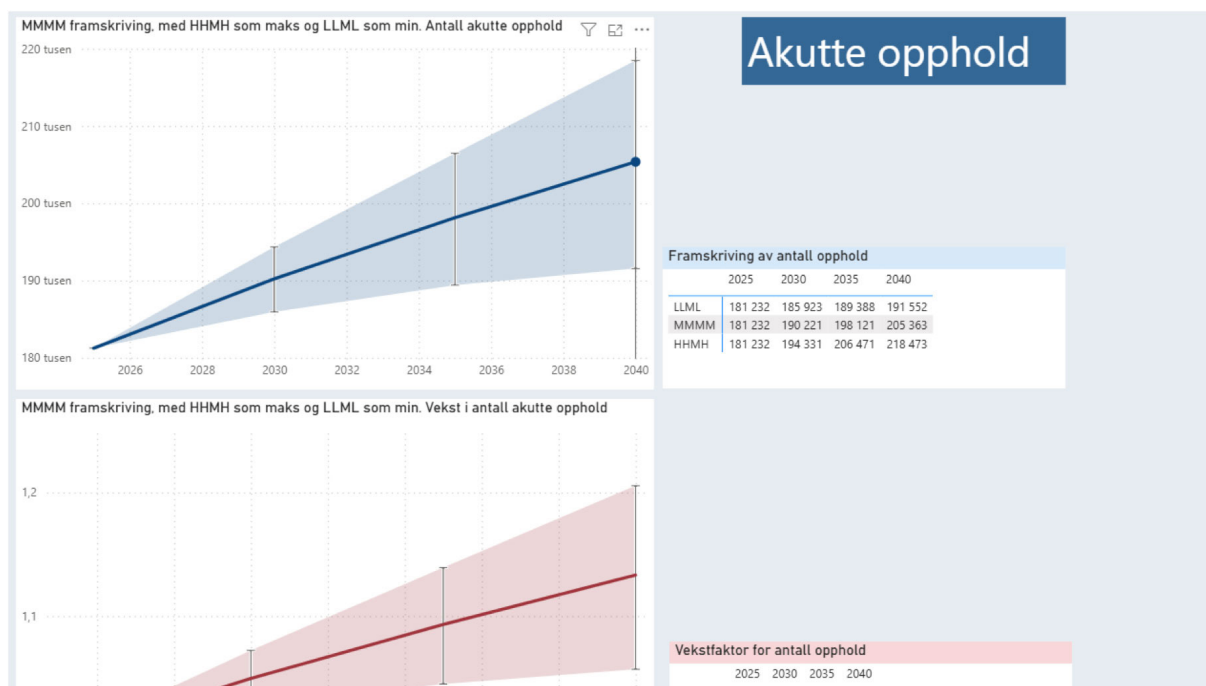
Framskrivning av antall akutte innleggelser

I 2024 var det i overkant av 181 000 akutte opphold ved sykehusene i Helse Midt-Norge (se figur 6). Om lag 23 prosent av de innlagte var personer over 75 år.



Figur 6 Antall akutte innleggelser og tilhørende liggedøgn ved sykehusene i regionen i 2024, fordelt på alder (10-årsgrupper), kjønn og bostedskommune/behandlingssted. Kilde: Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

Ifølge framskrivningene vil antallet akutte innleggelser øke fram mot 2040 (se figur 7). Hovedalternativet (MMMM) viser en økning fra om lag 181 000 opphold i 2025 til om lag 205 000 i 2040, tilsvarende om lag 13 prosent vekst. Et lavt anslag (LLML) anslår veksten til rundt 6 prosent, mens et høyt anslag (HHMH) indikerer en økning på opptil 21 prosent. Utviklingen tilsier et økende aktivitetsnivå i akuttmottakene fram mot 2040.



Figur 7 Framskrivning av antall akutte innleggelser ved sykehusene i Helse Midt-Norge 2025-2040. De heltrukne linjene viser hovedalternativet (MMMM). Kilde: Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

Tabell 5 viser framskrevet antall akutte innleggelser ved sykehusene i 2040 fordelt på helseforetak og kommuner. Tabellen viser både forventet utvikling i faktiske antall innleggelser og relativ vekst uttrykt som vekstfaktor. Framstillingen synliggjør at det er betydelige variasjoner mellom foretak og kommuner når det gjelder både omfang og vekst i akuttaktivitet. Utviklingen reflekterer forskjeller i befolkningsutvikling, alderssammensetning og pasientgrunnlag og gir et viktig grunnlag for å vurdere framtidig kapasitet og ressursbehov i sykehusene.

Kommune	Opphold 2024	Opphold 2040	Vekst	Vekst andel
Trondheim	44 821	53 831	9 010	1,20
Malvik	3 166	3 873	707	1,22
Orkland	5 012	5 617	605	1,12
Melhus	3 812	4 327	515	1,14
Skaun	1 835	2 232	397	1,22
Frøya	1 153	1 490	337	1,29
Hitra	1 208	1 452	244	1,20
Ørland	2 098	2 325	227	1,11
Indre Fosen	2 410	2 565	155	1,06
Oppdal	1 392	1 521	129	1,09
Heim	1 458	1 573	115	1,08
Selbu	918	1 023	105	1,11
Midtre Gauldal	1 292	1 356	64	1,05
Åfjord	969	1 019	50	1,05
Røros	549	594	45	1,08
Rennebu	731	776	45	1,06
Tydal	184	194	10	1,05
Holtålen	274	278	4	1,01
Rindal	438	429	-9	0,98
Totalt	73 720	86 477	12 757	1,17

Kommune	Opphold 2024	Opphold 2040	Vekst	Vekst andel
Levanger	5 236	5 891	655	1,13
Stjørdal	5 387	6 020	633	1,12
Steinkjer	6 037	6 333	296	1,05
Verdal	4 039	4 321	282	1,07
Inderøy	1 640	1 865	225	1,14
Namsos	4 632	4 804	172	1,04
Nærøysund	2 357	2 514	157	1,07
Overhalla	1 102	1 233	131	1,12
Meråker	671	768	97	1,14
Frosta	634	711	77	1,12
Leka	121	167	46	1,38
Grong	731	776	45	1,06
Namsskogan	200	237	37	1,19
Flatanger	294	318	24	1,08
Osen	280	295	15	1,05
Snåsa	483	489	6	1,01
Lierne	388	383	-5	0,99
Røyrvik	121	110	-11	0,91
Høylandet	354	341	-13	0,96
Totalt	34 707	37 576	2 869	1,08

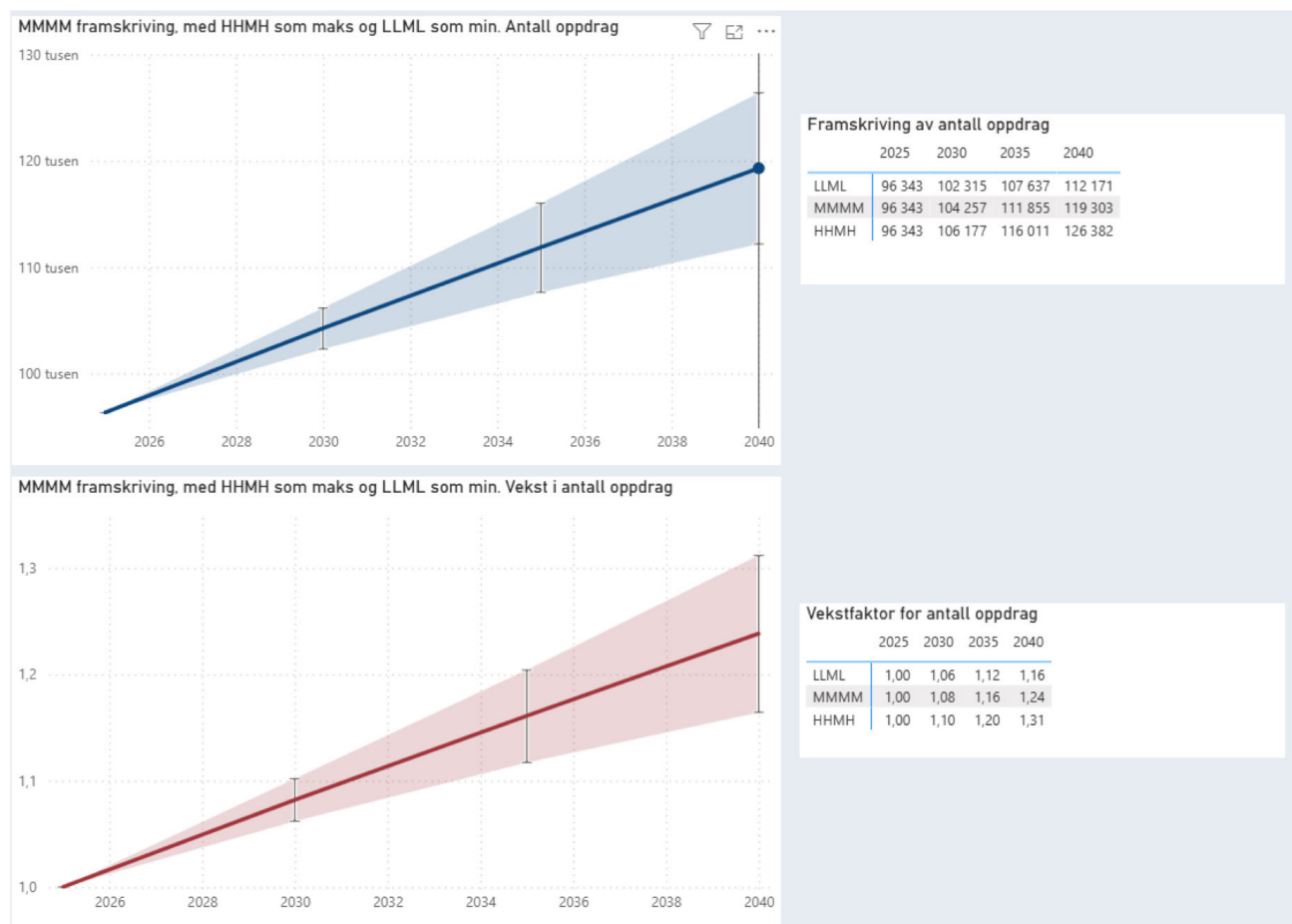
Kommune	Opphold 2024	Opphold 2040	Vekst	Vekst andel
Ålesund	14 825	17 111	2 286	1,15
Molde	7 866	8 792	926	1,12
Kristiansund	6 838	7 477	639	1,09
Sula	2 374	2 830	456	1,19
Giske	2 274	2 703	429	1,19
Ulstein	1 877	2 286	409	1,22
Volda	2 519	2 918	399	1,16
Hustadvika	3 119	3 486	367	1,12
Averøy	1 514	1 758	244	1,16
Haram	2 132	2 358	226	1,11
Ørsta	2 844	3 067	223	1,08
Herøy (M&R)	1 980	2 186	206	1,10
Hareid	1 146	1 348	202	1,18
Vestnes	1 613	1 813	200	1,12
Sunnadal	1 449	1 620	171	1,12
Rauma	1 685	1 855	170	1,10
Aukra	841	978	137	1,16
Gjemnes	697	812	115	1,16
Tingvoll	781	873	92	1,12
Sykkylven	1 849	1 932	83	1,04
Stranda	979	1 046	67	1,07
Fjord	639	704	65	1,10
Sande (M&R)	487	532	45	1,09
Surnadal	1 338	1 382	44	1,03
Smøla	458	497	39	1,09
Aure	723	752	29	1,04
Vanylven	789	815	26	1,03
Totalt	65 636	73 931	8 295	1,13

Akutte opphold

Tabell 5 Framskrevet antall akutte innleggelser i 2040 for hver kommune innenfor de tre helseforetaksområdene, vist i faktiske antall og som relativ vekst. Kilde: Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

Framskrivning av antall oppdrag i den ordinære ambulansetjenesten (bil og båt)

Også antall ambulanseoppdrag vil trolig øke betydelig fram mot 2040 (se figur 8). I hovedalternativet (MMMM) øker antall oppdrag fra om lag 96 000 i 2025 til 119 303 i 2040, tilsvarende en samlet vekst på om lag 24 prosent. Et lavt anslag (LLML) antyder en vekst på rundt 16 prosent, mens et høyt anslag (HHMH) indikerer en økning på opptil 31 prosent fram mot 2040.



Figur 8 Framskrivning av antall oppdrag for ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge 2025–2040. De heltrukne linjene viser hovedalternativet (MMMM). Kilde: Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

Som tabell 6 viser, er ikke veksten i antall ambulanseoppdrag jevnt fordelt mellom kommunene. En relativt begrenset andel kommuner står for en stor del av den samlede økningen, særlig større bykommuner og kommuner i sentrale bo- og arbeidsmarkedsområder. Trondheim har den største absolute veksten i antall oppdrag, men også flere omkringliggende kommuner har høy vekst, både relativt og absolutt.

Samtidig har flere mindre og mer perifere kommuner lav vekst, og i enkelte kommuner er aktivitetsnivået tilnærmet stabilt eller svakt fallende. Samlet sett drives veksten i ambulanseoppdrag altså i stor grad av befolkningsrike og sentrale kommuner.

Tabell 5 viser framskrevet antall akutte innleggelser ved sykehusene i 2040 fordelt på helseforetak og kommuner. Tabellen viser både forventet utvikling i faktiske antall innleggelser og relativ vekst uttrykt som vekstfaktor. Framstillingen synliggjør at det er betydelige variasjoner mellom foretak og kommuner når det gjelder både omfang og vekst i akuttaktivitet. Utviklingen reflekterer forskjeller i befolkningsutvikling, alderssammensetning og pasientgrunnlag og gir et viktig grunnlag for å vurdere framtidig kapasitet og ressursbehov i sykehusene.

Hendelseskommune	Oppdrag 2024	Oppdrag 2040	Vekst	Vekst andel
Trondheim	22 550	29 389	6 839	1,30
Orkland	3 347	4 148	801	1,24
Malvik	1 021	1 393	372	1,36
Melhus	1 512	1 859	347	1,23
Frøya	908	1 209	301	1,33
Ørland	1 303	1 563	260	1,20
Indre Fosen	1 336	1 542	206	1,15
Skaun	538	736	198	1,37
Hitra	763	931	168	1,22
Røros	831	975	144	1,17
Heim	815	951	136	1,17
Oppdal	1 045	1 159	114	1,11
Selbu	414	491	77	1,19
Åfjord	746	810	64	1,09
Midtre Gauldal	589	653	64	1,11
Rennebu	511	570	59	1,11
Tydal	149	168	19	1,12
Holtålen	290	300	10	1,03
Rindal	221	220	-1	1,00
Totalt	38 889	49 068	10 179	1,26

Hendelseskommune	Oppdrag 2024	Oppdrag 2040	Vekst	Vekst andel
Levanger	3 451	4 380	929	1,27
Stjørdal	3 598	4 302	704	1,20
Namsos	2 511	2 942	431	1,17
Steinkjer	2 995	3 400	405	1,14
Verdal	1 222	1 465	243	1,20
Inderøy	621	814	193	1,31
Nærøysund	1 299	1 457	158	1,12
Meråker	366	435	69	1,19
Overhalla	270	329	59	1,22
Namsskogan	197	245	48	1,24
Frosta	209	249	40	1,19
Grong	398	431	33	1,08
Flatanger	124	152	28	1,23
Leka	77	102	25	1,33
Lierne	198	220	22	1,11
Snåsa	282	303	21	1,08
Osen	101	117	16	1,16
Høylandet	140	144	4	1,03
Røyrvik	83	76	-7	0,92
Totalt	18 142	21 564	3 422	1,19

Hendelseskommune	Oppdrag 2024	Oppdrag 2040	Vekst	Vekst andel
Ålesund	9 436	12 213	2 777	1,29
Molde	5 356	6 656	1 300	1,24
Kristiansund	4 244	5 356	1 112	1,26
Volda	2 301	2 883	582	1,25
Hustadvika	1 447	1 814	367	1,25
Giske	1 185	1 524	339	1,29
Ulstein	1 017	1 335	318	1,31
Sula	775	1 020	245	1,32
Herøy (M&R)	909	1 126	217	1,24
Ørsta	1 323	1 536	213	1,16
Hareid	677	861	184	1,27
Sunnadal	1 024	1 200	176	1,17
Vestnes	820	983	163	1,20
Averøy	574	734	160	1,28
Smøla	974	1 108	134	1,14
Haram	607	735	128	1,21
Rauma	982	1 104	122	1,12
Sykkylven	764	878	114	1,15
Aukra	458	563	105	1,23
Gjemnes	377	480	103	1,27
Tingvoll	416	508	92	1,22
Aure	725	806	81	1,11
Stranda	661	729	68	1,10
Surnadal	893	959	66	1,07
Fjord	381	440	59	1,15
Vanylven	443	486	43	1,10
Sande (M&R)	223	252	29	1,13
Totalt	38 992	48 289	9 297	1,24

Tabell 6 Framskrevet antall ambulanseoppdrag i 2040 for hver kommune innenfor de tre helseforetaksområdene, vist i faktiske antall og som relativ vekst. Kilde: Helse Midt-Norge RHF (økonomiavdelingen, analyseseksjonen)

Vedlegg B: Mandat for arbeidet

FORORD

Helsepersonellkommisjonens rapport «Tid for handling» (NOU 2023:4) slår fast at dagens helsetilbud og organisering ikke er bærekraftig på sikt. Den generelle demografiske utviklingen innebærer at byene vokser, mens det blir færre (og eldre) bosatt i distriktene. Denne utfordringen vil særlig ramme den akuttmedisinske tjeneste.

Egne analyser og framskrivninger utført av Prehospitale fellestjenester tilsier at det forventes en generell aktivitetsvekst, samtidig som ytterligere befolkningsnedgang i distriktene vil gjøre det særlig vanskelig å opprettholde dagens beredskap i Midt-Norges rurale områder.

Det er derfor nødvendig å lage en regional akuttmedisinsk utviklingsplan, som kartlegger hvordan den demografiske utviklingen vil påvirke vår region og hvilke tiltak Helse Midt-Norge RHF bør iverksette for å møte de framtidige utfordringene for den akuttmedisinske tjeneste.

Regjeringen la nylig fram stortingsmelding «Fornye, forsterke, forbedre» (Meld. St. 23, 2024-2025), som vektlegger at distrikt-Norges legevakter og ambulansetjenester deler samme utfordringsbilde, og derfor bør finne en løsning i fellesskap. I meldingen står det videre at Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å revidere veileder for samarbeidsavtale om akuttmedisinske tjenester mellom kommuner og helseforetak, og at denne skal ligge til grunn for felles planlegging.

Helse Midt-Norge har et selvstendig behov for en akuttmedisinsk utviklingsplan, som kartlegger regionens utfordringer sett fra spesialisthelsetjenestens side. I tidligere versjoner av akuttmedisinsk utviklingsplans mandat er ikke dette viet tilstrekkelig oppmerksomhet, og i revidert prosjektbeskrivelse tydeliggjøres derfor dette behovet. I tillegg, og i tråd med stortingsmelding 23, ønskes det at prosjektgruppen kartlegger hvilke geografiske regioner og akuttmedisinske tjenester som er særlig egnet for samarbeidsløsninger mellom regionens helseforetak og kommuner, sett fra vår side. Disse vil deretter følges opp i egne prosjekt i regi av de aktuelle parter etter godkjenning av regionalt fagdirektørmøte.

Hensikt

Prosjektets overordnede hensikt er å sørge for at innbyggerne i Midt-Norge også i framtiden, har en god akuttmedisinsk beredskap.

Mål og rammer

Effekt mål:

- Få inngående oversikt over forventet demografisk utvikling i Midt-Norge.
- Utrede hvilken effekt denne utviklingen vil ha for regionens akuttmedisinske tjeneste.
- Lage en overordnet strategi for å opprettholde en god akuttmedisinsk beredskap i vår region.

Resultatmål

- Samle og analysere data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om befolkningsframskrivninger og demografiske endringer i Midt-Norge.
- Analysere hvordan aldring og urbanisering vil endre etterspørselen etter akuttmedisinske tjenester i vår region, særlig den delen av de prehospitaltjenester som spesialisthelsetjenesten har et sørge-for-ansvar for.
- Identifisere områder med spesielt høy risiko for framtidige utfordringer, og redegjøre for hva utfordringene består i. I denne sammenheng vil det være naturlig å inkludere akuttmottak og CBRNE.
- Kartlegge hvilke geografiske regioner det er særlig nødvendig at helseforetakene løser oppdraget i fellesskap med kommunehelsetjenesten.
- Kartlegge hvilke tjenester som er spesielt egnet for å løse i fellesskap med kommunehelsetjenesten.
- Kartlegge hvilke tjenester som er egnet for tettere regionalt samarbeid for å løse de akuttmedisinske oppgavene internt i foretaksgruppen.
- Foreslå overordnede tiltak Helse Midt-Norge bør sette søkelys på for å redusere identifisert risiko. I denne sammenheng vil det være enkelte tiltak som den prehospitaltjeneste best løser selv, og tiltak som vi må løse i fellesskap med kommunehelsetjenesten.

Regional akuttmedisinsk utviklingsplan skal være en skriftlig rapport, som beskriver de framtidige utfordringer de akuttmedisinske tjenestene vil stå ovenfor i vår region, og hvilke strategiske tiltak Helse Midt-Norge RHF bør sørge for at iverksettes. I denne sammenheng skal rapporten også kartlegge de geografiske regioner hvor den prehospitaltjeneste har utfordringer med å løse beredskapsoppdraget alene. Dette vil redegjøre for grunnen for framtidige prosjekter hvor helseforetak og legevakt utreder felles løsninger.

Vedlegg C: Prosjektorganisering og medvirkning

NAVN

Jon-Ola Wattø
Per Christian Juvkam

ROLLE

Hovedforfatter og prosjektleder
Hovedforfatter

ORGANISASJON

Helse Midt-Norge / St. Olavs hospital
Helse Midt-Norge / St. Olavs hospital

STYRINGSGRUPPE

NAVN

Trude Basso

Birger Endreseth
Hanne Mathilde Frøyshov
Erik Ganesh Søegaard
Frank Otto Grydeland
Bjarte Jensen
Daniela Gutierrez Rodrigues
Bengt Gustav Eriksson

ROLLE

Eier, styringsgruppeleder,
fagdirektør RHF
Medlem, fagdirektør
Medlem, fagdirektør
Medlem, fagdirektør
Medlem
Medlem
Medlem
Medlem

ORGANISASJON

Helse Midt-Norge

St. Olavs hospital
HNT
HMR
KTV
KVO
RBU
RBU

ARBEIDSGRUPPE

ENHET/FUNKSJON

Jon-Ola Wattø
Per Christian Juvkam
Fagråd ambulanse
ved Morten Dragsnes
Fagråd luftambulansetjeneste
ved Boris Erwied
Fagråd akuttmottak
ved Lars Erik Laugsand
Fagråd CBRNE
ved Magnus Amdam
Kjetil Karlsen
Eli Aunøien
Lars Erik Sjømæling
Solveig Lilleberg
Analyseseksjonen ved HMN
Line Slyngstad
Håkon Gammelsæter
Jostein Dale

ROLLE I PROSJEKTET

Prosjektleder
Hovedforfatter
Faglig medvirkning

Faglig medvirkning

Faglig medvirkning

Faglig medvirkning

Strategisk prioritering
Strategisk prioritering
Strategisk prioritering
Faglig medvirkning
Faglig medvirkning
Faglig medvirkning
Faglig medvirkning
Faglig medvirkning

ORGANISASJON

St. Olavs hospital
St. Olavs hospital
Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge

St. Olavs hospital
Helse Nord-Trøndelag
Helse Møre og Romsdal
St. Olavs hospital
Helse Midt-Norge RHF
St. Olavs hospital
St. Olavs hospital
St. Olavs hospital

Vedlegg D: Presentasjon av medarbeiderundersøkelsen

HVA DE ANSATTE PEKER PÅ SOM VIKTIGST Å FÅ TIL

Undersøkelsen er gjennomført som del av arbeidet med Akuttmedisinsk fagplan 2026–2030. Totalt svarte 223 ansatte i de prehospitale tjenestene i Helse Midt-Norge. 112 av svarene kom fra St. Olavs hospital HF, 75 svar kom fra Helse Møre og Romsdal HF, og 36 svar kom fra Helse Nord-Trøndelag HF. De fleste respondenter jobber i ambulanse (bil/båt) (157), mens 35 jobber i akuttmottak og 17 i AMK. Blant dem som oppga stasjonsområde, var fordelingen nesten lik mellom tettbygd (80) og grisgrendt (77).

Det overordnede bildet er todelt. På den ene siden viser svarene at medarbeiderne trives godt og opplever mening på jobben. Jobbtilfredshet skåres i snitt til 7,36 på en skala fra 0 til 10, og 58 prosent skårer mellom 8 og 10. Meningsfullhet skåres til 7,87 i snitt, og 66 prosent skårer 8–10. På den andre siden gir svarene et tydelig signal om at stabiliteten er sårbar: 42,1 prosent svarer at de vurderer å forlate sin nåværende stilling innen 5 år. Det betyr ikke at de faktisk slutter, men det viser at mange kjenner på en belastning som kan påvirke utholdenhet og tilhørighet over tid.

Når medarbeiderne beskriver hvilke utfordringer som påvirker arbeidshverdagen mest (spørsmål 7, 174 fritekstsvaer), peker de ikke på én enkelt faktor, men på en «kjedeeffekt» av friksjon og press. Nesten tre av ti svar viser til samhandling i grenseflatene mellom AMK, ambulanse, legevakt, kommune, sykehjem og akuttmottak som en tydelig belastning. Like mange nevner lav bemanning, presset kapasitet og ressursmangel som det de merker mest i praksis. I 18 prosent av svarene trekkes IKT, EPJ og dokumentasjon fram som tidkrevende og belastende i operativ drift. Et typisk utsagn er dette: «Elektronisk pasientjournal som ikke fungerer som den skal, og som er for tidkrevende å fylle ut korrekt». I tillegg beskriver mange samtidighet, høyt tempo og forventningspress, ofte knyttet til ubekvem arbeidstid og livsfase. Én respondent oppsummerer det slik: «Høy andel ubekvem arbeidstid er en utfordring sett i sammenheng med familie og fritid.»

Når de samme medarbeiderne blir spurt hva tjenestene bør gjøre mer av i framtiden (spørsmål 8, 175 fritekstsvaer), peker svarene tydelig mot tiltak som bygger kapasitet og kvalitet uten at alt må «skaleres opp». Fire av ti svar etterlyser mer kompetanse, trening og faglig oppdatering, ofte i form av systematiske oppfriskingsløp, øvelser, hospitering og fagdager. Omtrent en tredel løfter fram behovet for bedre samhandling, mer felles praksis og tydeligere samarbeid på tvers av ledd. En like stor andel etterlyser mer robusthet i bemanning og tilgjengelige ressurser, særlig for å håndtere samtidighet og ressursbinding. Mange understreker også at digitale verktøy og støttefunksjoner må gjøre hverdagen enklere, ikke vanskeligere.

Det samme bildet kommer fram i skåringsspørsmålene om kompetansetiltak (spørsmål 6): Studier og videreutdanning skåres i snitt til 3,39 (1–5), og om lag halvparten av respondenterne skårer det til 4–5. Fagdager skåres til 3,35 i snitt, med 47 prosent som skårer 4–5. E-læring skåres til 3,04, og 29 prosent gir 4–5. Ny teknologi og utstyr skåres til 3,20, og 41 prosent skårer 4–5. Det tyder på at medarbeiderne ønsker mer strukturert kompetanseutvikling, og at digitale løsninger oppfattes som nyttige, men ikke som en erstatning for praksisnær trening.

Når de blir spurt hva tjenestene bør gjøre mindre av (spørsmål 9, 136 fritekstsvaer), er budskapet tydelig: færre oppdrag og transporter som ikke krever akuttressurs. Nesten tre av ti svar beskriver «unødvendig transport», feil ressursbruk eller «drosjekjøring» som noe som stjeler kapasitet og gjør det vanskeligere å

være tilgjengelig når det virkelig haster. Dette henger tett sammen med det medarbeiderne beskriver i spørsmål 7: Opplevelsen av press handler ikke bare om at det er mye å gjøre, men om at kapasiteten ofte bindes i oppdrag der ressursen ikke brukes på best mulig måte.

Mange opplever samarbeidet med kommunehelsetjenesten (spørsmål 10) som fungerende eller godt, men med et klart forbedringspotensial. 39,2 prosent svarer at samarbeidet «fungerer noenlunde», 31,1 prosent svarer «ganske godt», og 4,5 prosent svarer «svært godt». Samtidig vurderer 16,7 prosent samarbeidet som «nokså mangelfullt» og 5,4 prosent det som «svært mangelfullt». Det betyr at om lag én av fem opplever tydelige brudd i samhandling. I fritekstsvarene på spørsmålene om hva som mest effektivt kan forbedre samhandlingen (spørsmål 11, 150 svar), og hva som bør prioriteres (spørsmål 12, 130 svar), er mønsteret relativt stabilt: Rundt en tredel etterlyser felles arenaer og praksisnær samtrening, nær en tredel peker på legetilgjengelighet og konferering, og en betydelig andel peker på styrking av kommunale ressurser og kapasitet. Budskapet er at samhandlingen fungerer best når den er satt i system, ikke når den er avhengig av enkeltpersoner og tilfeldige lokale løsninger.

Spørsmålet om pasientsikkerhet (spørsmål 14, 154 fritekstsvaer) viser et tilsvarende helhetsbilde. Omtrent 27 prosent peker på kompetanse, trening og standardisering som det mest kritiske. Rundt 21 prosent beskriver utstyr, teknologi, EPJ og dokumentasjon som en tydelig pasientsikkerhetsfaktor, enten som støtte eller som friksjon. Nær 17 prosent peker på bemanning, hvile og arbeidsbelastning, og 15 prosent løfter fram samhandling og kommunikasjon. Det medarbeiderne beskriver, er at pasientsikkerheten i praksis avgjøres av om man har nok tid, støtte og verktøy til å gjøre gode vurderinger, og om kjeden rundt faktisk forsterker disse vurderingene.

Dette knytter direkte an til spørsmålene om treffsikkerhet i respons. På spørsmålet om overtriage i AMK kan reduseres (spørsmål 15), svarer 67,0 prosent «ja», 26,2 prosent «vet ikke» og 6,8 prosent «nei». I fritekstsvarene om hva som bør gjøres (spørsmål 16, 124 svar), handler halvparten av svarene om kapasitet og kompetanse i AMK, ofte med ønske om mer støttefunksjon, tydeligere medisinsk rådgivning og bedre rammer for vurdering. Rundt 31 prosent etterlyser bedre beslutningsstøtte og tydeligere kriterier, og en betydelig andel peker på bedre samhandling og flere alternativer i kjeden, slik at ikke alt ender som en akutt respons med ambulanse.

Spørsmålet om «treat-and-leave» gir et av undersøkelsens tydeligste signaler. Hele 84,7 prosent mener det er mulig å la flere pasienter bli igjen hjemme eller i kommunal omsorg når det er faglig forsvarlig (spørsmål 17). Dette oppfattes ikke som å «gjøre mindre», men som å gjøre mer treffsikre vurderinger og bruke riktig nivå. I fritekstsvarene om hvordan dette kan gjennomføres (spørsmål 18, 157 svar), nevner 70,7 prosent behov for lege, konferering eller annen medisinsk støtte. 29,9 prosent peker på kommunale tilbud og oppfølging som forutsetning, mens 21,7 prosent framhever teknologi som video og pasientnære analyser. Flere understreker også behov for kompetanse, kriterier og dokumentasjon som gir trygghet i beslutningen. Summen av dette er et tydelig budskap: Fagmiljøet ser et handlingsrom, men det krever at kjeden rundt er rigget slik at beslutningen blir trygg for pasient, kommune og personell.

Når medarbeiderne blir spurt om fulle akuttmottak (spørsmål 19, 159 fritekstsvaer), gir de uttrykk for at de oppfatter det som et kjedeproblem som må løses både før, i og etter mottak. Nesten halvparten av svarene nevner økt bemanning og kapasitet i akuttmottakene som en del av løsningen. Samtidig peker 42,8 prosent på styrking av kommunale alternativer og tilbud før innleggelse. Mange trekker også fram bedre pasientflyt og sengekapasitet i sykehus (24,5 prosent), og en del peker på triage, seleksjon og innleggelseskriterier (17,0 prosent). Inntrykket er at medarbeiderne ikke ser én «magisk» løsning, men et sett av tiltak som samlet kan redusere trykket.

Spørsmålet om beredskapstid i distriktene (spørsmål 22) viser et mer delt bilde, men også et potensial. 46,2 prosent mener at beredskapstid kan brukes til legevaktmedisin eller andre kommunale oppgaver,

37,1 prosent svarer nei til det, og 16,7 prosent er usikre. Blant dem som utdyper hvordan dette kan organiseres (spørsmål 23, 70 fritekstsvaer), beskriver nesten halvparten løsninger knyttet til legevakt eller legevaktbil, mens rundt en tredel peker på avgrensede kommunale oppgaver. Flere understreker samtidig at dette bare er aktuelt dersom beredskapen ikke svekkes og ansvar og rammer er tydelig avklart.

Sykehjemsspørsmålet (spørsmål 24, 177 fritekstsvaer) gir et svært konsistent bilde av hva som må til for at flere pasienter kan behandles på stedet. Hele 63,3 prosent peker på legetilgjengelighet og mulighet for konferering som avgjørende. 39,5 prosent nevner kompetanse og bemanning i sykehjem, og 20,9 prosent etterlyser bedre forhåndsavklaringer, planer og beslutninger om behandlingsnivå, ofte knyttet til pasientforløp og forventningsavklaring. Mange nevner også utstyr og diagnostikk på stedet (15,3 prosent). Dette treffer kjernen i diskusjonen om unødvendige transporter og innleggelses: Mer behandling på stedet forutsetter beslutningskompetanse og kapasitet der pasienten er.

På spørsmålet om hvordan bruken av syke transport og hvite transportambulanser kan økes (spørsmål 25, 157 fritekstsvaer), er hovedbudskapet at kapasiteten og tilgjengeligheten må være reell. 59,9 prosent nevner at det trengs mer kapasitet eller flere hvite biler. I tillegg peker respondentene på god organisering og logistikk (12,7 prosent), tydeligere bestillinger og kriterier (7,6 prosent) og mandat og kompetanse knyttet til transportressursene (7,6 prosent). Mange beskriver dette som et konkret grep som kan frigjøre akuttressurser og gi bedre flyt, men bare dersom transportressursen er tydelig integrert i praksis.

Spørsmålet «Hvis du er sjef for en dag» (spørsmål 21, 150 fritekstsvaer) fungerer som en oppsummering av hva medarbeiderne mener vil gi størst effekt. 36,7 prosent peker på samhandling og rolleavklaring, 32,0 prosent på bemanning og robusthet, 20,0 prosent på kompetanse og trening og 16,7 prosent på digital støtte, EPJ og teknologi. Bildet som trer fram, er ikke et ønske om enkeltstående tiltak, men om å gjøre kjeden mer sammenhengende, mer treffsikker og mer robust i møte med samtidighet og kompleksitet.

Spørsmålene om arbeidsmiljø og det å bli værende (spørsmål 28 og 30) gir et konkret svar på hva arbeidsgiveren kan gjøre for å beholde ansatte. Blant forslagene til bedre arbeidsmiljø (150 fritekstsvaer) handler 28,7 prosent av innspillene om utstyr, IKT og stasjonsfasiliteter. Nesten like mange løfter fram kompetanse og trening samt ledelse, medvirkning og kultur (begge 22,0 prosent). Når medarbeidere som vurderer å slutte, beskriver hva som kan få dem til å bli (70 fritekstsvaer), nevner 40,0 prosent lønn og kompensasjon, 28,6 prosent utstyr, IKT og fasiliteter, 22,9 prosent kompetanse- og fagutvikling, 17,1 prosent turnus og arbeidstid, og 18,6 prosent ledelse og medvirkning. Samlet sett gir dette et tydelig styringssignal: Stabilitet skapes gjennom en kombinasjon av bærekraftige arbeidsvilkår, mulighet for faglig utvikling og en arbeidshverdag der systemene rundt faktisk støtter pasientarbeidet.

Oppsummering av medarbeiderundersøkelsen

Samlet sett viser undersøkelsen en akuttmedisinsk kjede i spesialisthelsetjenesten med høy motivasjon og sterk fagidentitet, men også tydelige signaler om press og friksjon som kan utfordre bærekraften over tid. Det de ansatte etterspør, er i stor grad det samme på tvers av spørsmålene: mer treffsikker ressursbruk, bedre samhandling, som fungerer i praksis, og mer systematisk kompetansestøtte. Når disse tre faktorene virker sammen, beskriver medarbeiderne at både pasientsikkerheten, kapasiteten og arbeidsmiljøet styrkes.





Samlet FRAMover

HELSE  MIDT-NORGE – sterk på prehospital akuttmedisin gjennom felles løsninger og samarbeid



Publisert av Helse Midt-Norge