



Prehospital akutsjukvård i Västra Götalandsregionen 2010

Del 1:1 Verksamhetsbeskrivning och jämförelser

Juni 2010



Innehållsförteckning

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Uppdrag och metodbeskrivning | 4 |
| 1.1 | Uppdrag | 4 |
| 1.2 | Metodbeskrivning | 5 |
| 2 | Tidigare prehospitala utredningar | 6 |
| 2.1 | Utredningar 1999 - 2002 | 6 |
| 2.2 | Prehospital akutsjukvård – i regionalt perspektiv | 6 |
| 3 | Nuvarande mål - ägaruppdrag | 8 |
| 3.1 | Ägaruppdrag | 8 |
| 4 | Framtidsscenario | 9 |
| 4.1 | Utveckling av sjukvård utanför sjukhus | 9 |
| 5 | Beskrivning av några andra huvudmäns prehospitala verksamhet och organisation | 13 |
| 5.1 | Region Skåne | 13 |
| 5.2 | Stockholms läns landsting | 18 |
| 5.3 | Landstinget i Värmland | 25 |
| 5.4 | Hovedstadsregionen i Danmark (Köpenhamnsregionen) | 29 |
| 5.5 | Oslo-Akershus (Helse Sør-Öst) | 35 |
| 5.6 | London Ambulance Service NHS Trust | 40 |
| 5.7 | Skillnader och likheter | 45 |
| 6 | Helikoptern i samhällets tjänst (SOU2008:129) | 47 |
| 7 | Beskrivning av prehospitala intressenter, roller och organisation inom VGR | 48 |
| 7.1 | Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU) och hälso- och sjukvårdsavdelningen (HSA) | 49 |
| 7.2 | Hälso- och sjukvårdsnämnderna | 49 |
| 7.3 | Sjukvårdsrådgivningen 1177 | 49 |
| 7.4 | Smittskyddsenheten | 50 |
| 7.5 | Västra Götalandsregionens prehospitala utvecklingscentrum (PUC) | 50 |
| 7.6 | Regionala rådet prehospital akutsjukvård (RRPA) | 51 |
| 7.7 | Prehospitalt katastrofmedicinskt centrum (PKMC) och AmbuAlarm | 52 |
| 7.8 | Sjukhusgruppernas ambulansorganisation | 53 |
| 7.8.1 | Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) | 53 |
| 7.8.2 | NU-sjukvården | 55 |
| 7.8.3 | Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) | 57 |
| 7.8.4 | Skaraborgs sjukhus (SkaS) | 59 |
| 7.8.5 | Kungälv's sjukhus | 60 |
| 7.8.6 | Ambulanshelikoptern | 62 |
| 8 | Så anser vi om VGRs prehospitala verksamhet | 64 |
| 8.1. | Så anser verksamhetscheferna och ambulansöverläkarna | 64 |
| 8.2 | Så anser sjukhusdirektörerna | 65 |
| 8.3 | Så anser hälso-och sjukvårdscheferna | 66 |
| 8.4 | Så anser primärvården | 67 |
| 8.5 | Så anser hemsjukvården | 68 |
| 8.6 | Så anser räddningstjänsterna | 68 |
| 8.7 | Så anser polisen | 68 |
| 8.8 | Så anser länsstyrelsen | 68 |
| 8.9 | Så anser SSRS (Sjöräddningssällskapet) | 69 |
| 8.10 | Så anser Sjöfartsverket | 69 |
| 8.11 | Så anser försvaret | 69 |
| 8.12 | Så anser PreHospen | 69 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 8.13 | Så anser VGRs Prehospitala utvecklingscentrum (PUC) | 70 |
| 8.14 | Så anser SOS Alarm AB | 70 |
| 8.15 | Så anser Falck AB | 70 |
| 9 | Regiongemensam standard | 71 |
| | Bilagor | |
| | 1. Yrkande och beslut HSU | 72 |
| | 2. Uppdragshandling | 73 |
| | 3. Kontaktpersoner | 74 |
| | 4. Regelverket för den prehospitala vården | 75 |

Prehospital akutsjukvård i Västra Götalandsregionen 2010

Del 1:1 Verksamhetsbeskrivning och jämförelser

1. Uppdrag och metodbeskrivning

1.1 Uppdrag

Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU) beslutade vid sammanträde 2009-12-16 ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att genomföra en översyn av den prehospitala vården inför framtagandet av ett nytt ägaruppdrag. Yrkandet redovisas i sin helhet i **bilaga 1**.

Bakgrunden till översynen är bl a att det inom den prehospitala sjukvårdsnivån har skett en mycket snabb utveckling. Det finns därför behov av att få den prehospitala akutsjukvården beskriven i ett sammanhang och i ljuset av den utveckling som skett de senaste åren. Det är också viktigt att få belyst hur insatstiden från larm till att sjukvårdspersonal är på plats varierar inom regionen. Det nya avtalet med SOS Alarm och inrättandet av AmbuAlarm ger också nya möjligheter att följa upp och utvärdera den prehospitala vård som utgörs av ambulans- och sjuktransporter.

Utredningen ska genomföras i två steg. Steg 1 innebär att en översyn görs enligt nedan och ska redovisas för HSU senast under juni månad 2010. Steg 2 innebär framtagandet av underlag för nytt ägaruppdrag.

Steg 1 ska

- ge en heltäckande beskrivning av den prehospitala akutsjukvården i Västra Götalandsregionen
- beskriva de senaste årens utveckling
- beskriva ett framtidsscenario avseende utveckling och förändring inom prehospitalt och akut omhändertagande.
- belysa organisationsfrågan med genomgång av hur organisering sker i andra landsting och länder
- inventera och beskriva uppdrag, stödfunktioner och samarbetsmöjligheter med andra samhällsfunktioner.

Efter redovisningen för HSU ska i utredningens steg 2 ett förslag på regiongemensam standard för prehospital akutsjukvård samt underlag för nytt ägaruppdrag utformas. Uppdraget kan komma att kompletteras ytterligare.

Uppdragsgivare är Hälso- och sjukvårdsdirektören med Hälso- och sjukvårdsavdelningens ledningsgrupp som styrgrupp.

Till projektägare har Robert Sinclair utsetts med Lennart Löfgren som projektledare.

Referensgrupp för steg 1 är Regionala Rådet för Prehospital Akutsjukvård (RRPA) och för steg 2 representanter för RRPA samt beställare och utförare.

Uppdraget redovisas i sin helhet i **bilaga 2**.

1.2 Metodbeskrivning

I detta avsnitt redovisas innehåll och hur utredningsarbetet utförts för de olika kapitlen.

Uppdraget har varit att göra en översyn av den prehospitala akutsjukvården. Denna första del av översynen ska inte innehålla några förslag utan vara beskrivande. Den beskrivande delen finns i **Del 1:1 Verksamhetsbeskrivning och jämförelser** medan merparten av verksamhetsdata för VGRs ambulansverksamhet redovisas i **Del 1:2 Verksamhetsdata 2009**.

Kapitel 2 ger en kort redovisning av tidigare prehospitala akutsjukvårdsutredningar inom VGR.

Kapitel 3 är en återgivning av det ägaruppdrag som gäller för närvarande inom VGR.

Kapitel 4, framtidsscenario, är en beskrivning av sannolik/önskvärd utveckling av akutsjukvården utanför sjukhus på medellång sikt. Avsnittet är skrivet av Robert Sinclair med medverkan av Ingvar Karlberg.

Kapitel 5 beskriver övergripande innehåll, mål och organisation för sex andra huvudmäns prehospitala akutverksamhet. Informationen har hämtats genom studiebesök på plats (dock inte London) och samtal med ansvariga för verksamheten. Dessutom har information hämtats från respektive organisations hemsida.

Kapitel 6 redovisar kortfattat Helikopterutredningens förslag (SOU 2008:129) samt hur frågan nu handläggs inom SKL och VGR.

Kapitel 7 beskriver hur den prehospitala verksamheten är organiserad i VGR och de olika enheternas uppgifter och roller. Verksamhetsansvariga inom ambulanssjukvården har beskrivit viktiga händelser/förändringar inom sina respektive verksamheter sedan 2006 vilket återges något sammanfattat.

Kapitel 8 återger vad verksamhetsansvariga för den prehospitala akutsjukvården i VGR samt vad företrädare verksamma inom andra förvaltningar eller annan huvudman som samverkar med VGRs prehospitala verksamhet anser om ambulansverksamheten. I **bilaga 3, Kontaktpersoner** redovisas vilka personer som intervjuats och/eller bidragit med faktauppgifter.

Utredningen inleddes med att ett ca 1,5 timmar långt intervjuamtal fördes med en mängd företrädare inom och intressenter till den prehospitala verksamheten. I samband med en föredragning för "Sjukvårdsgruppen" gavs uppdrag att även sjukhusdirektörerna, primärvårdsdirektörerna samt hälso- och sjukvårdscheferna skulle intervjuas. Dessa intervjuer har genomförts via besök eller mejl. I kapitlet återges "gruppvis" och i sammanfattad form vad intervjupersonerna anser om VGRs prehospitala verksamhet.

Kapitel 9 är en inledning till diskussionen om vad en regiongemensam standard för det prehospitala akutsjukvårdsområdet kan innehålla.

Del 1:2 Verksamhetsdata 2009 är en presentation av en del av ambulansverksamhetens prestationer under 2009. Dessa uppgifter har hämtats ur AmbuAlarms och SOS Alarms system och sammanställts av medarbetarna Bengt Asplén och Pontus Rotter vid AmbuAlarm. Uppgifterna som presenteras har inte tidigare kunnat presenteras på detta sätt utan är en av effekterna av att AmbuAlarm skapats. I rapporten redovisas också vissa nyckeltal samt kostnads- och personaluppgifter för verksamheten. Dessa uppgifter har hämtats via sjukhusens redovisningssystem och granskats och godkänts av respektive sjukhusdirektör och verksamhetschef. Hans-Bertil Fransson vid HSA har ansvarat för insamlingen av uppgifterna.

I **bilaga 4** sammanfattas Regelverket för den prehospitala vården. Ingvar Karlberg har gjort sammanfattningen.

2. Tidigare prehospitala utredningar

2.1 Utredningar 1999-2002

Under åren 1999 till 2002 gjordes på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och under sammanhållande ledning av dåvarande planeringschefen Sverker Zaar ett antal översyner och delutredningar av den prehospitala verksamheten i den nybildade regionen. Dessa delutredningar föreslog åtgärder på många olika områden bl a

- strukturen att sjukhusgrupperna samt Kungälv's sjukhus skulle ansvara för ambulansverksamheten inom respektive område
- mål för ambulanssjukvården
- kravspecifikation för databaserad regiongemensam ambulansjournal
- inrättandet av Regionala Ambulansgruppen, som var ett samverkansorgan mellan ambulansverksamheterna inklusive ambulansöverläkarna (föregångare till Regional Rådet för Prehospital Akutsjukvård, RRPA)
- strukturen på och upphandling av alarmerings- och dirigeringsfunktionen från SOS Alarm för perioden 2002 – 2007
- start av ambulanshelikopterverksamhet från och med våren 2002

2.2 Prehospital akutsjukvård i regionalt perspektiv

I juni 2003 beslutade hälso- och sjukvårdsstyrelsen ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att göra en organisatorisk översyn av ambulansorganisationen och Prehospital- och KatastrofMedicinskt Centrum (PKMC). Detta i syfte att uppnå samordnings- och effektivitetsvinster.

Huvudfrågor för översynen var

- Hur ser regionens ambulanssjukvård, ambulanshelikopterverksamhet och katastrofmedicinska beredskapsverksamhet ut idag?
- Vilka beröringspunkter finns mellan ambulanssjukvården och sjuktransportverksamheten?
- Hur bör ambulanssjukvården, ambulanshelikopterverksamheten och PKMC samverka på övergripande nivå?
- Vilka effektivitetsvinster kan en ökad samverkan på övergripande nivå ge?
- Hur bör ambulansorganisationen utformas så att patientsäkerheten kan upprätthållas vid en ev. koncentration av akutsjukvården?

En arbetsgrupp utsågs med tidigare sjukhusdirektören Ingemar Alfredsson som projektledare och ordförande. Utredningen presenterade sina förslag i september 2004. De viktigaste förslagen sammanfattas nedan.

I det kortare perspektivet föreslogs att verksamhetsmålen skulle ses över. Detta gjordes, och blev också grund för det nu gällande ägaruppdraget. Vidare föreslogs att sjuktransportverksamheten skulle utredas ytterligare (se nedan). Beställnings- och dirigeringsfunktion har också utvecklats i enlighet med utredningen vad gäller bl.a. beställningsrutiner och ruttplanering, och utförs på entreprenad av SOS Alarm AB. Genom bildandet av AmbuAlarm har beställarkompetensen över larm- och dirigeringsfunktionen samt uppföljningsmöjligheterna av verksamhetsdata ökat väsentligt.

Vidare pekades på behoven att planera och anpassa ambulanssjukvårdens dimensionering och funktionalitet i samklang med förändringar inom akutsjukvårdens specialisering och koncentration. Detta har

gjorts, tydligast inom SU och NU-sjukvården där behoven varit mest påkallade p.g.a. strukturella förändringar.

Registrering av verksamhetsdata i ett gemensamt system, AmbuLink, påtalades som viktigt. Så sker – men som framhålles på annan plats i denna utredning behöver satsningar nu göras på detta system alternativt på ett nytt system för att förbättra funktionalitet och automatiserad datagenerering. Detta är angeläget för den systematiska kvalitetsuppföljningen och kvalitetsutvecklingen.

Utredningen framhöll betydelsen av att väntetid på ambulans minimeras i kritiska situationer. Detta görs bl.a. genom att gränslös dirigerings tillämpas, varvid mest lämpade ambulans kan larmas oavsett ambulansens sjukhusgruppstillhörighet.

Regionala rådet för prehospital akutsjukvård (RRPA) föreslogs bli mer aktivt och ges ett antal uppdrag för att utveckla verksamhetsfältet, bl.a. avseende destinationsanvisningar för ambulanser, samarbetet med SOS Alarm AB, upphandlingar, samverkan med primärvården och användning av ambulanshelikoptern. Alla dessa områden har behandlats och diskuterats i RRPA. Regelrätta uppdragshandlingar och separata rapporteringar har inte producerats i alla fall, men vad gäller samverkan med SOS Alarm AB har denna kraftfullt, strukturerat och väl dokumenterat utvecklats i och med att funktionen för ambulansalarmering, -prioritering och dirigerings upphandlades på nytt 2009.

Utredningen pekade också på behovet av personell resurs för regional samordning. Funktionen har handlagts dels av ordföranden i RRPA inom ramen för ordinarie uppdrag, dels av tjänsteman på hälso- och sjukvårdsavdelningen (ca 20% av tjänst).

I det längre perspektivet uppmärksammade utredningen behovet att säkerställa fortbildning av ambulanspersonal. Arbetet med att säkerställa tillgång till för verksamheten väl utbildad personal och att utveckla FoU pågår ständigt på olika nivåer. Den långsiktiga samverkan med PreHospiten vid Högskolan i Borås och bildandet av nätverksorganisationen VGRs Prehospitala Utvecklingscentrum (PUC) är här viktiga exempel.

Utveckling av mobil kommunikation och informationshantering sker tillsammans med att flertal intressenter, bl.a. det nystartade TUCAP (Tekniskt Utvecklingscentrum för Ambulansalarmering och Prehospital vård) vid Lindholmen Science Park i Göteborg.

I utredningen föreslogs vidare att lokalisering och bemanning av ambulansstationerna inom regionen skulle utredas vidare, i syfte att ta reda på om förändringar kan ge vinster. Någon utredning med denna specifika inriktning har ännu inte startats, men i och med att AmbuAlarm nu börjar kunna leverera verksamhetsuppföljningsdata ökar möjligheter och förutsättningar väsentligt.

Frågan om **sjuktransportverksamhetens** organisation överlämnades till en pågående utredning om sjukreseverksamheten. Förslaget och beslutet blev att alla liggande patienter med transportbehov skulle utföras av sjukhusens ambulansorganisation inom vilka särskilda sjuktransportfordon med mindre bemanning och ambulanssjukvårdarkompetens skulle finnas. Beställning skulle ske genom SOS Alarm. Sittande patienter skulle betjänas av sjukreseverksamheten (taxi, jumbolans m fl) och sålunda ligga utanför ambulansverksamheten.

3. Nuvarande mål – ägaruppdrag

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen fastställde i mars 2006 det ägaruppdrag (inklusive mål) som gäller till och med år 2010 för den prehospitala verksamheten.

I ägaruppdraget formuleras målen enligt följande:

3.1 Ägaruppdrag

Övergripande mål

*”Rätt patient i rätt tid, med rätt kompetens och rätt resurs,
med rätt åtgärder till rätt vårdgivare”*

Rätt patient: En patient som är i behov av vård under transport, eller i behov av liggande transport till, från eller mellan sjukvårdsenheter.

Rätt tid: Efter telefonintervju skall patienten vara rätt prioriterade utifrån vårdbehov och nås av rätt resurs inom rätt tidsfönster.

Rätt kompetens och resurs: Ambulanssjukvården ska organiseras för att kunna möta olika patienters vårdbehov.

Rätt åtgärder: Enligt bl a regionala behandlingsanvisningar och regionala vårdprogram.

Rätt vårdgivare: Personalen skall ha kompetens och mandat att efter bedömning kunna transportera patienten till mest lämpade vårdenhet, såsom primärvård alternativt direkt till specialistsjukvård.

Strategiska mål

Kundperspektiv

Mål: Vården skall präglas av omtanke, respekt, integritet, kompetens och trygghet.

Mätmetod: Patientenkäter, innehållande ett antal regiongemensamma frågor.

Mål: Patienten skall erhålla likvärdigt bemötande/behandling i enlighet med regionala behandlings- och destinationsanvisningar.

Mätmetod: Uppföljning inom varje ambulansenhet av patientfall och patientgrupper.

Process- och FoUU-perspektiv

Mål: Prehospital akutsjukvård skall integreras i det regionala process- och vårdprogramarbetet och ett utökat vårdkedjearbete i samverkan mellan de regionala sektorsråden och de regionala vårdprogramråden.

Mätmetod: Uppföljning av att den prehospitala akutsjukvården beaktas i relevanta regionala vårdprogram.

Mål: System för avvikelshantering skall finnas.

Mätmetod: Uppföljning att detta finns.

Ekonomiperspektiv

Mål: Samverkanslösningar, exempelvis gränslös dirigering, som syftar till ett optimalt utnyttjande av Västra Götalandsregionens totala tillgängliga prehospitala akutsjukvårdsresurser, skall ständigt eftersträvas och prioriteras.

Mätmetod: Redovisning från det Regionala Rådet för Prehospital Akutsjukvård (RRPA) samt informationer till HSA om samverkanslösningar inte kommit till stånd där så varit möjligt.

4. Framtidsscenario

Enligt uppdraget ska utredningen beskriva ett framtidsscenario avseende utveckling och förändring inom prehospitalt och akut omhändertagande. Här har valts att beskriva vilka de viktiga utvecklingslinjerna sannolikt är. Tidsperspektivet är från nutid till medellång sikt och ett bejakande av den utveckling som pågått under flera år och som i sina huvuddrag bör utvecklas vidare. Avsnittet har skrivits av Robert Sinclair med medverkan från Ingvar Karlberg.

4:1 Utveckling av akutsjukvård utanför sjukhus

Grundläggande trygghet och tillgänglighet

Tryggheten att veta att hjälp finns till hands när den verkligen behövs utgör en av befolkningens viktigaste drivkrafter för att bygga upp en gemensam hälso- och sjukvård. Akut omhändertagande uppfattas alltså som en av vårdens allra mest angelägna uppgifter. Målet för akutsjukvårdskedjan, liksom för hälso- och sjukvården i stort, är att erbjuda en god vård på lika villkor. Detta innebär att vården skall vara säker och kunskapsstyrd, lätt tillgänglig och effektiv och ges med patientens perspektiv för ögonen.

Första steget i kontakten med hälso- och sjukvården när ett akut, oväntat behov dyker upp sker oftast genom en telefonrådgivning. Kontakten kan riktas till Sjukvårdsrådgivningen per telefon 1177, till en vårdcentral eller direkt till larmnumret 112. Dessa funktioner blir därför hela hälso- och sjukvårdens skyltfönster mot omvärlden. Tillgängligheten till telefonrådgivningen och kommunikationens kvalitet kan därför inte bara påverka utfallet av det aktuella problemet, utan har betydelse för befolkningens syn på hälso- och sjukvården i stort.

Brister i vården leder till förslag eller krav på alternativa lösningar - vilket kan äventyra det gemensamma engagemanget. Sådana brister beror inte sällan på att samverkan mellan systemets olika delar inte riktigt fungerar, att det finns "glapp i vårdkedjan", som beror på att aktörerna inte gjort klart sina roller och sitt ansvar, eller på tekniska eller administrativa brister i planering och genomförande.

Akut, oplanerat utnyttjande av hälso- och sjukvården är mindre vanligt i glesbygd med en stationär om än åldrad befolkning än i områden med hög migration, många ensamstående föräldrar och ungdomar utan den äldre generationen till hands för rådgivning. I dessa senare områden är behoven av stöd från samhället inkluderande hälso- och sjukvården därför relativt stora, även för problem som ofta kan lösas med egna insatser, med egenvård. I akutsjukvårdens uppdrag bör därför ingå också frågor om information och utbildning om egenvård och om sjukvårdssystemets uppbyggnad och funktion.

Tillgängligheten till ambulans blir ofta en symbolfråga för akutsjukvårdens kvalitet. Denna tillgänglighet måste emellertid ställas i relation till det medicinska värdet av ambulanssjukvård. En mycket hög ambulansstillgänglighet innebär att nära nog alla, som har ett behov som kan mötas av ambulanssjukvårdens resurser, har möjlighet att få behovet tillgodosett. Samtidigt innebär det att kvalificerade resurser kan komma att hållas i beredskap eller utnyttjas där de i själva verket inte behövs, vilket i sin tur innebär att viktiga behov inom andra områden kan få stå tillbaka.

Samtidigt kan man inte bortse från att en akut svårt sjuk eller skadad patient kan ha ett absolut behov av att snabbt få kompetent, kvalificerad och väl tränad hjälp för att överleva eller undvika bestående skador. En alltför låg tillgänglighet innebär därför oönskade risker.

Att notera är att ambulanssjukvården numera inte bara är till för mer eller mindre akut transport av en patient till eller mellan vårdgivare, utan avsedd att användas just när behov verkligen finns av medicinsk bedömning eller vård på platsen för olyckan eller insjuknandet eller under transport till nästa

vårdenhet. Vid transportbehov utan vårdbehov finns andra resurser såsom sjuktransportfordon eller taxi.

Att balansera utbudet av prehospital akutsjukvård är således en av det regionala hälso- och sjukvårdssystemets viktigaste uppgifter. Dimensioneringen såsom antal rådgivande sjuksköterskor på Sjukvårdsrådgivningen 1177 eller antalet bemannade ambulanser kan vanligen relativt väl baseras på vilken grad av tillgänglighet som beslutats, vägt mot uppgifter om tidigare behov. Som tillgänglighetsmått används i Sjukvårdsrådgivningens 1177 fall andel inkommande samtal, som besvaras inom tre minuter och beträffande ambulanssjukvård andelen högprioriterade larm, som resulterar i att ambulanspersonalen finns på plats hos patienten inom en viss tid t.ex. 10 eller 20 minuter. Ur patientperspektiv är sådana väntetider adekvata mått, eftersom känslan av trygghet alltså till stor del bygger just på förväntan om att hjälp verkligen finns snabbt till hands vid akuta behov.

När tidsgränser på detta sätt används som planeringsverktyg, måste man dock minnas att yttre faktorer, i ambulanssjukvårdens fall avstånd, aktuell trafiksituation m.m. kan ha betydelse.. Detta ställer stora krav på möjligheterna att dirigera ambulanserna och de tekniska stöd, som finns för att kunna bedöma bl.a. aktuell framkomlighet och utnyttjandegrad av tillgängliga ambulanser. Liksom dessas aktuella positioner, så att anpassningar kan göras så snart det behövs. För att kunna anpassa behoven efter aktuella förutsättningar används inom Västra Götalandsregionen numera gränslös dirigering. Det innebär att en ambulans kan disponeras av de som prioriterar och dirigerar ambulanserna så att högprioriterade uppdrag kan genomföras oavsett vilken förvaltning inom regionen ambulansen tillhör.

Förmågan till flexibilitet och möjligheterna att snabbt omgruppera och också expandera resurserna ställs på sin spets vid större olyckor med många skadade eller vid andra större hälsohot såsom var fallet inför risken av en viruspandemi. I dessa sammanhang engageras regionens prehospitala katastrofmedicinska centrum (PKMC) för regionövergripande koordination av de sammantagna regionala akutsjukvårdsresurserna.

För att ambulanssjukvården med rimlig tillgänglighet skall ha förutsättningar att klara sådana mer extrema situationer, men också för att klara den vardagliga variationen i belastning, behöver ett visst resursöverskott finnas. När dessa resurspersoner inte kommer till direkt användning för akutsjukvård kan de användas för andra uppdrag, t.ex. som stöd för medicinska bedömningar och överväganden på sjukhem, för utbildning, träning, forskning och undervisning eller för olycksförebyggande eller annat preventivt arbete. Beredskap måste dock ständigt finnas för att vid högprioriterade larm omgående kunna avbryta sådan verksamhet för att ge akut kvalificerad hjälp.

Utvecklingsområden

Utveckling av vårdprocesser, logistik och informations- och kommunikationsteknikstöd

Den prehospitala akutsjukvården ingår nästan alltid i en större vårdprocess som påbörjas akut prehospitalt och fortsätter inom andra vårdformer. Patienten ska uppleva att omhändertagandet sker inom ett enda kvalificerat och effektivt ”sömlöst” hälso- och sjukvårdssystem där ingen ”faller mellan stolar”. För att uppnå välfungerande vårdkedjor behöver samband och samverkan mellan delarna i kedjan stärkas och utvecklas.

Framgångsrika exempel hittills har varit vårdkedjorna kring personer, som drabbats av akut hjärtinfarkt, stroke och höftfraktur där snabbare diagnostik och tidigare insatta behandlingar uppnåtts genom förbättrad ambulanssjukvård, med styrning direkt till nästa handläggande enhet i stället för som tidigare först till akutmottagning för bedömning och triagering (sortering och prioritering).

Informations- och kommunikationsteknologins utveckling har bidragit till att skapa nya möjligheter, bl.a. genom att EKG kan sändas från portabla enheter i hemmet eller i ambulansen till bedömning på specialistenhet med omgående återrapport som beslutsstöd till ambulanspersonalen. Fortsatt utveckling av mobila kunskaps- och beslutsstöd via telefon eller dator och av videouppkopplingsmöjligheter kommer att ge ambulanspersonalen nya metoder och verktyg för effektivisering och förbättring av de vårdkedjor, som startar akut prehospitalt. Med patienten som självklar vinnare.

Viktiga pusselbitar, som dock ännu saknas, är att ha all relevant tidigare information om en aktuell patient lätt till hands och överskådligt presenterad, just när den behövs. Det är också viktigt att vidtagna bedömningar och åtgärder, även när verksamheten är mobil, enkelt och fortlöpande kan dokumenteras och göras tillgängliga för alla andra, som är eller kan komma att engageras i den fortsatta vården av den aktuella patienten. Här finns omedelbara behov av att göra kraftfulla förbättringar av IT-stödet.

Det finns även i övrigt stora förhoppningar om de möjligheter, som teknikutveckling inom området prehospital akutsjukvård kan åstadkomma. Utvecklade samverkan mellan olika aktörer med kompletterande kompetenser är en viktig förutsättning. Exempel på sådan samverkan är SOS Alarm AB:s nationella Tekniskt UtvecklingsCentrum för Ambulansalarmering och Prehospital vård (TUCAP) vid Lindholmen Science Park i Göteborg, som med stöd av Västra Götalandsregionen invigdes i maj 2010.

Utveckling av kompetens och kvalificerat tjänste- och serviceinnehåll

Kompetenskraven baserade på utbildningsnivå har gradvis ökat genom utökad sjuksköterskekompetens inom ambulanssjukvården och alarmerings- och dirigeringsfunktionen. Simulatoranvändning vid utbildning och träning kommer troligen också att användas alltmer. Det är av stor betydelse att denna utveckling sker i mycket nära samverkan med läkare specialiserade på diagnostik och behandling av specifika sjukdomstillstånd. Läkarmedverkan i den prehospitala vården måste öka generellt vilket, tillsammans med utvecklingen av mobila kunskaps- och beslutsstöd, kan möjliggöra än mer kvalificerade bedömningar och behandlingar på den plats där patienten befinner sig då det akuta behovet uppstår. Liksom under transporten till nästa mest lämpade enhet i en kvalificerad vårdkedja.

Utveckling av verksamhetsuppföljning, kvalitet och patientsäkerhet samt kunskapsgenererande forskning

Den regiongemensamma enheten AmbuAlarm, bildad 2009 för utveckling av i första hand ambulans- och sjuktransportlogistik, visar nu hur verksamhetsdata kan tillgänglig- och nyttiggöras. Detta ger ökade möjligheter att använda regionens samlade resurser på bästa möjliga sätt, både i aktuella fall och i planering av framtida resursbehov och fördelning av resurser.

Det är också viktigt att uppgifter från ambulanssjukvårdens regiongemensamma dokumentationssystem med automatik rapporteras till de nationella kvalitetsregister, som har relevans för den prehospitala vården. Här finns väsentliga behov och möjligheter till förbättring.

Med regionens hela population som bas finns goda möjligheter till fördjupade studier med forskningsmetodik. Dessa kan innebära stora möjligheter att generera ny kunskap, som kan omsättas i regional praktisk vardagsverksamhet. Samverkan med PreHospiten vid Högskolan i Borås och Prehospitalt Utvecklings Centrum (PUC) liksom med bl.a. Sahlgrenska akademien ger förutsättningar för sådan regional kunskapsbildning och kunskapsspridning. Detta skulle kunna göra regionens prehospitala akutsjukvårdsverksamhet känd och erkänd inom och utom landet för en patientfokuserad verksamhetsutveckling. Vilket i sin tur kan skapa förbättrade förutsättningar för att i konkurrens med andra verksamheter attrahera kompetenta och utvecklingsbenägna medarbetare, lockade bl.a. av möjligheterna till stimulerande samverkan med andra nyckelaktörer inom och utom hälso- och sjukvårdssystemet.

Utveckling av inomregionala samarbeten och samverkan

Ambulanssjukvården har viktiga beröringsytor mot många andra samhällsfunktioner. Till dessa hör den regionala katastrofplaneringen vid PKMC och Länsstyrelsen, Sjukvårdsrådgivning på webben 1177.se och via telefon 1177, sjukhusens akutmottagningar, ett antal diagnostiska och terapeutiska specialenheter, primärvårdenheter, sjukhem och hemsjukvård. Dessutom de kommunala Räddningstjänsterna, Sjöräddningen, Sjöfartsverket, Polisen, Länsstyrelsen och Försvarmakten. Utveckling av samverkan, alltifrån övergripande katastrofplanering till något så konkret som utökade möjligheter att korta tiden för att med särskild utrustning ge elchockbehandling av hjärtat vid hjärtstopp, kan ge ytterligare direkt patientrelaterade vinster.

Utveckling av nationellt och internationellt erfarenhetsutbyte och lärande

Erfarenhetsutbyte med andra är en viktig form av lärande, som kan utvecklas såväl inom regionen, mellan regionen och andra regioner och landsting som med organisationer i andra länder. PKMC har sedan länge varit aktivt när det gäller sådana lärande erfarenhetsutbyten inte minst internationellt, ett område som emellertid kan utvecklas väsentligt också vad gäller regionens samlade prehospitala akut-sjukvård i övrigt.

Sammanfattning

- Den prehospitala akutsjukvårdens trygghetsskapande funktion har stor betydelse för befolkningen
- För den enskilde patienten kan välfungerande akutsjukvårdskedjor innebära skillnad mellan liv och död
- För stora delar av vardagssjukvården, med många äldre patienter, har rätt använd mobil akutsjukvårdskompetens stora möjligheter att bidra till förbättringar både ur patientperspektivet och när det gäller att utnyttja resurser på ett effektivt och ansvarsfullt sätt
- Egenvårdsråd i bokform eller via Vården på webben 1177.se, liksom sjukvårdsrådgivning per telefon 1177 och ambulanssjukvård, skapar tillsammans en helhet som har väsentlig betydelse för medborgarnas uppfattning om vårdapparatusens funktion i stort
- En välfungerande prehospital akutsjukvård lägger grunden för fortsatta effektiva patientfokuserade vårdkedjor och därmed för ett gott utnyttjande av regionens samlade sjukvårdsresurser
- Utveckling av tekniskt stöd för mobil kommunikation, dokumentation och informationsöverföring och informationsbehandling är väsentligt för fortsatta förbättringar av akutsjukvårdens samlade kvalitet och intressanta områden också för kommersiell produkt- och tjänsteutveckling
- Genom kompetensförstärkningar inom den prehospitala vården och genom att utveckla mobila system för kunskaps- och beslutsstöd kan viktiga vårdkedjor både utvecklas och förbättras
- Verksamhetsuppföljning, -utvärdering och återkoppling av resultat är basen för förbättringar och utvecklad forskning kan generera nya betydelsefulla kunskaper möjliga att integrera direkt i vardagssjukvården
- Utvecklat samarbete med andra intressenter öppnar för att skapa nya värdefulla funktioner, produkter och tjänster
- Utvecklade internationella kontakter ger möjligheter till jämförelser och erfarenhetsutbyten och kan samtidigt bidra till att göra Västra Götalandsregionen bättre känd och erkänd, med de tillväxtpotentialer detta skapar genom att attrahera såväl kompetens som kapital

5. Beskrivning av några andra huvudmäns prehospitla verksamhet och organisation

5.1 Region Skåne

Kortfattad bakgrund

Region Skåne bildades 1999 genom sammanläggning av Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting och landstingsdelen av Malmö Stad.

Ambulansverksamheten bedrevs på olika sätt av de tidigare huvudmännen. I Malmö var ambulanserna en del av räddningstjänsten, i Kristianstads läns landsting drevs verksamheten i egen regi och i Malmöhus läns landsting var det tre utförare: räddningstjänst, Falck och egen regi.

Region Skåne beslutade att upphandla ambulansverksamheten år 2000. Upphandlingen ledde till att all ambulansverksamhet var i entreprenadform (privata entreprenörer och räddningstjänster). Regionen hade ansvar för administrativ och medicinsk ledning.

Ambulansverksamheten var uppdelad i 5 distrikt som sammanföll med sjukhusområdena. Sjukhusen hade dock inte någon styrning eller ansvar för ambulanserna.

Under hösten 2001 bildades KAMBER (Ambulans, katastrof- och beredskapsförvaltningen inkl smittskydd) där ansvaret för att bli utveckla behandlingsriktlinjer och utbildning låg.

2005 påbörjas en ny upphandlingsomgång. Denna avbryts dock då det startas en rättsprocess om huruvida räddningstjänsterna har rätt att bedriva ambulansverksamhet på entreprenad. Regionen övertar då i egen regi de två distrikt som sköts av räddningstjänster.

2006 görs en intern utredning om att kostnaden för en upphandlad ambulansverksamhet borde bli ca 10 miljoner kronor lägre för regionen. En ny upphandlingsomgång påbörjas och antalet ambulansdistrikt minskas till fyra för att inte sammanfalla med de fem sjukhusområdena.

Upphandlingen gäller från 1 januari 2010 till 31 december 2015 med möjlighet till 1 års förlängning. Entreprenörer är Sirius Humanum för tre distrikt (vilket var max man kunde få) och Falck för ett.

Region Skåne har från 1 januari 2010 förändrat den prehospitla organisationen och KAMBER har avvecklats. Verksamheten är numera uppdelad på två huvudenheter:

1. RSPC (Region Skånes Prehospitla Centrum) är organisatoriskt knuten till Skånes Universitetssjukhus och ingår i akutdivisionen dock med en tydlig beskrivning att avdelningen har en regional roll och ett regionalt ansvar. Enheten är ansvarig för ambulanserna, medicinska frågor (ambulansöverläkarna finns här) och utbildning.

2. AKS (Avdelning för krisberedskap och säkerhet) är direkt underställd regiondirektören och ansvarar för krisledning, beredskap och säkerhetsfrågor.

Smittskyddet finns inte längre inom den prehospitla organisationen utan är underställd den Medicinska direktören i en särskild avdelning.

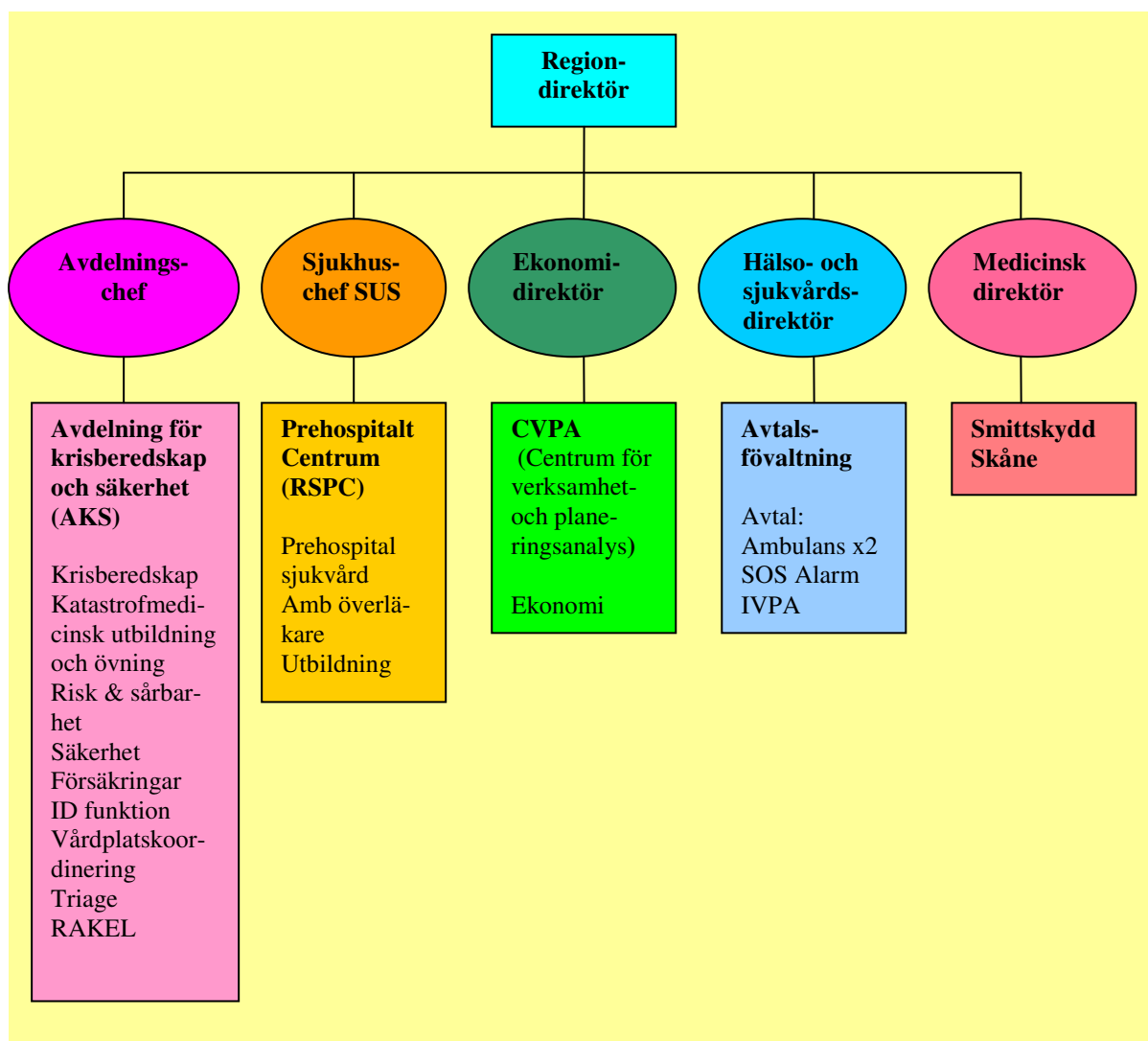
Upphandling och ansvar för avtal finns i en särskild avtalsförvaltning som är underställd Hälso- och sjukvårdsdirektören.

I beslutsdokumenterna angående den genomförda organisationsförändringen finns inte motiven beskrivna för varför man valt att placera den regionala ambulansledningen inom Skånes Universitetssjukhus (SUS). Motiv som har nämnts är den närmare knytningen till forskning och traumasjukvård samt möjligheterna att utnyttja läkarkompetensen effektivare.

Det politiska ansvaret/styrningen utövas av två organ: Hälso- och sjukvårdsnämnden har beställar/(medborgar) ansvaret och Vårdproduktionsberedningen (en del av regionstyrelsen) har produktions/ägaransvaret.

Region Skåne har ca 1,2 miljoner invånare

Organisation



Mål, ägaruppdrag

- Vid minst 90 procent av Prio 1 larmen ska ambulansen vara hos patienten inom 20 minuter och i 99% av larmen inom 35 minuter (mätt från att larmoperatören beslutat att det är ett ambulanslarm tills ambulansen är hos patienten). Målen gäller inom varje distrikt.

Det finns områden i Skåne där målet inte har nåtts och inte heller kan nås såvida inte oralistiska beslut fattas om att placera ut ambulanser.

- All ambulanspersonal ska ha minst 10 utbildningsdagar per år.

Driftsform

All ambulansverksamhet sker i entreprenörsform med två entreprenörer. Sirius Humanum har tre ambulansdistrikt (Mellersta, Nordvästra och Östra Skåne) och Falck har Sydvästra Skåne.

Region Skåne upplever inte att möjligheterna att förändra verksamheten är mindre eller svårare med entreprenörer än i egen regi. Entreprenörerna är också utvecklingsbenägna. Avtalet förutsätter också att det ska finnas flexibilitet då motiv finns.

Verksamhetens kostnader

Nedanstående siffror är inte exakta utan ska mer ses som en indikering (avser 2010):

| Verksamhet | Milj kr |
|----------------------------------|------------|
| Ambulanser | 325 |
| Avtal SOS Alarm AB | 17 |
| Prehospitalt Centrum (RSPC) | 25 |
| Krisberedskap och säkerhet (AKS) | 20 |
| Summa: | 387 |

Personal

| Den egna personalen uppgår till: | Antal |
|----------------------------------|-----------|
| Prehospitalt Centrum | 17 |
| Krisberedskap och säkerhet | 20 |
| Summa: | 37 |

Ambulanser och distrikt

Inom Region Skåne finns

- 4 ambulansdistrikt
- 34,6 dygnsambulanser samt 17 dagambulanser
- 23 ambulansstationer varav 1 sommarstation samt ön Ven

Särskilda krav

SITS beredskap

För att säkerställa sjukvårdsbehovet till sjöss finns speciella sk SITS-ambulansteam (SjukvårdsInsats Till Sjöss) vid ambulansstationerna i Höganäs, Trelleborg och Simrishamn.

CBRN beredskap (chemical-biological-radiological-nuclear)

Vid ambulansstationen i Perstorp finns ett ambulansteam med specialutbildad personal för insatser vid olyckor med farliga ämnen. Beredskapen upprätthålls av ordinarie stationsambulans.

Avancerad räddning

Vid ambulansstationen i Höganäs finns beredskap för medverkan vid sjukvårdsinsatser inom hela Region Skåne där det krävs speciell kompetens för uppdragets utförande. Exempel på denna typ av uppdrag är:

- Insatser i tunnlar
- Insatser i vindkraftverk
- Insatser på Kullaberg

Antal uppdrag per år

Under 2009 genomfördes enligt SOS Alarm uppdrag enligt nedan:

| År 2009 | Prio 1 | Prio 2 | Prio 3a | Prio 4b |
|----------------------------|----------------|--------|---------|---------|
| Summa distrikten | 42269 | 47323 | 11615 | 10707 |
| Totalt Region Skåne | 111 914 | | | |

Antalet uppdrag har under de två senaste åren ökat med nära 4 procent per år

Prio 3 a Sjuktransporter

- Oplanerad icke akut överflyttning från hemmet som kräver vård, behandling eller undersökning under transporten

Prio 3b Sjuktransporter

- Planerade icke akuta överflyttningar mellan sjukvårdsinrättningar och från sjukvårdsinrättningar till hemmet som kräver vård, behandling eller undersökning under transporten.

Helikopter

För närvarande finns ingen ambulanshelikopter i Region Skåne

Sjuktransporter

Om patienten kräver vård, behandling eller undersökning under transporten mellan sjukvårdsinrättningar eller till hemmet sker denna med särskilda transportambulanser. Personalen i transportambulanserna ska bestå av två personer varav en med lägsta kompetens legitimerad sjuksköterska samt en ambulanssjukvårdare.

Denna typ av transport beställs via SOS Alarm AB.

Om transporten (liggande eller sittande) inte kräver vård, behandling eller undersökning beställs transporten av Skånetrafiken som också ansvarar för transporten.

Larm, dirigerings

Larmfunktionen är upphandlad från SOS Alarm AB. Uppföljningen av upphandlingen ligger på enheten Prehospitalt Centrum och Avtalsförvaltningen.

SOS Alarm har gränslös dirigeringsrätt för samtliga ambulanser. Ambulanserna ska utföra de uppdrag som förmedlas av SOS Alarm (Region Skånes alarmerings- och dirigeringscentral) enligt de riktlinjer som Region Skåne beslutar om.

Dessa riktlinjer innebär bl a att

- Anspänningstiden vid Prio 1 uppdrag ska längst vara 90 sekunder.
- Prio 2 uppdrag ska påbörjas omedelbart, dock senast inom 4 minuter.
- Prio 3a uppdrag ska utföras enligt larmcentralens direktiv så snart som möjligt.
- Prio 3b uppdrag skall utföras enligt larmcentralens direktiv så snart som möjligt.

Målet är att Prio 3a och 3b ska påbörjas inom 1 timma.

Sjukvårdsrådgivning

I Region Skåne ligger inte sjukvårdsrådgivningen organisatoriskt under ambulanssjukvården utan ansvaret finns hos kommunikationsdirektören.

Medicinsk ledning, vårdprogram, diagnostik, vårdkedja

Det finns en samlad medicinsk ledning för ambulanssjukvården i Region Skåne. Chefläkaren för prehospital akutsjukvård vid förvaltningen Prehospitalt Centrum är övergripande medicinskt ledningsansvarig för ambulanssjukvården. Inom varje ambulansdistrikt finns ambulansöverläkare som är anställda av Region Skåne.

Chefläkaren och övriga överläkare arbetar såväl med övergripande vårdstrategiska frågor, behandlingsriktlinjer och vårdprogram som med medicinsk tillsyn, delegering och utbildning inom ambulanssjukvården. Ett riktmärke för överläkarna är att ca 50% av arbetstiden fördelas mot enskilda medarbetare och 50% till regional styrning och ledning.

Överläkare, anställd av Region Skåne, utövar medicinsk tillsyn hos entreprenörerna och har rätt att utföra denna tillsyn när som helst. Överläkaren har rätt att omedelbart ta del av uppgifter eller sakförhållanden som rör patienter eller patientvård inom ambulanssjukvården i Region Skåne.

Överläkare delegerar ambulanspersonal enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Journalhantering

Patientjournal ska föras enligt gällande lagstiftning och enligt Region Skånes direktiv. Region Skånes datorbaserade ambulansjournalssystem, ISPASS, ska användas.

Detta system kommer inom kort att kunna kommunicera med sjukhusens journalsystem, Melior.

Kvalitetssäkring, patientsäkerhet

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet ska vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (exempelvis ISO 9001:2000 för ledning, ISO 17799 för informationssäkerhet och ISO 14001 för miljöledning).

Det systematiska kvalitetsarbetet ska

- syfta till att förebygga vårdskador
- utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna
- vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning
- utgå från mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp
- vara väl förankrat bland medarbetare i organisationen.

Inom två år från avtalsstart ska entreprenörerna vara dokumenterat certifierade enligt ISO 9001:2000 eller motsvarande system.

Entreprenörerna ska genom det digitala avvikelssystemet, som Region Skåne tillhandahåller, rapportera samtliga avvikelser till chefambulansöverläkaren på RSPC.

FoU, kompetensutveckling

Ansvar för FoU och kompetens- och verksamhetsutveckling ligger på enheten Prehospitalt Centrum. Inom enheten finns en FoU tjänst. Forskningsbehoven och samordning med traumasjukvården var några av argumenten för att placera RSPC inom Skånes Universitetssjukhus.

Enligt avtalen ska även entreprenörerna medverka och bidra till att främja forskning och utveckling.

Verksamhetsuppföljning

Ansvar för verksamhetsuppföljning ligger på Prehospitalt Centrum tillsammans med Avtalsförvaltningen.

5.2 Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting (SLL) fick sin nuvarande geografiska omfattning och form 1971 då Stockholms stad anslöts till landstinget. Invånarantalet var 2009 knappt 2 miljoner och det finns 26 kommuner i länet.

Landstinget har ca 45 000 anställda och budgeten omsluter mer än 60 miljarder kronor. Varje dag

- föds ca 75 barn
- besöker 12 400 en husläkare
- vårdas 3 300 personer på sjukhus

SLL är 17 mil långt och 8 mil brett.

Mål

Inriktningsmål

Det politiska inriktningsmålet för den prehospitala akutsjukvården är fastställt i samband med budgeten och lyder:

- Den prehospitala vården skall präglas av kvalificerade bedömningar och effektivt omhändertagande.

Inriktningsmålen ska nås genom följande strategier:

- verka för samordning och metodutveckling inom den prehospitala vården så att patienten omhändertas på rätt vårdnivå
- i samband med upphandling av ambulans samt prioriterings- och dirigeringsjänst säkerställa tillgänglighet, säkerhet, effektivitet och kompetens.

Väntetidsmål

| Prio 1 | | Prio 2 | | Prio 3 | |
|---------------|---|---------------|---|---------------|---|
| Tidsintervall | % uppdrag som förväntas nås av ambulans | Tidsintervall | % uppdrag som förväntas nås av ambulans | Tidsintervall | % uppdrag som förväntas nås av ambulans |
| 10 min | 75% | 30 min | 85% | 60 min | 70% |
| 15 min | 95% | 45 min | 95% | 120 min | 99% |
| 20 min | 99% | 60 min | 99% | Över 120 min | 100% |
| Över 20 min | 100% | Över 60 min | 100% | | |

Startintervall

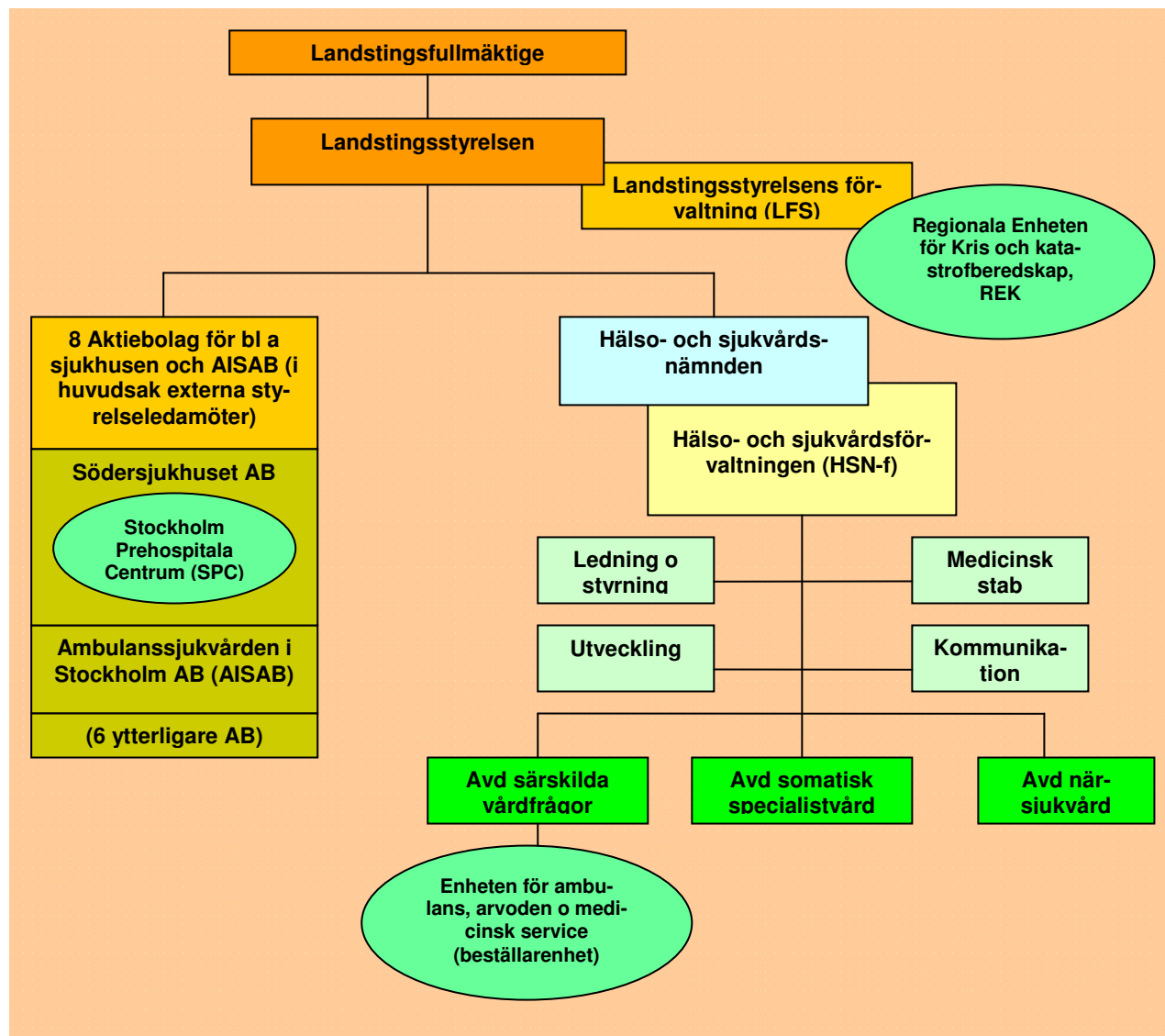
Startintervall för ambulans och akutbilspersonal ska inte överstiga:

- 90 sekunder vid Prio 1
- 180 sekunder vid Prio 2
- 180 sekunder vid Prio 2

Organisation

SLLs organisation för styrning, ledning och utförande är en beställar- utförarorganisation vilket självklart också präglar uppbyggnaden av den prehospitla akutsjukvården (se principskiss nedan).

SLLs organisation för styrning av hälso- och sjukvården (förenklad)



Regionala enheten för kris- och katastrofberedskap (REK) finns inom landstingsstyrelsens förvaltning sålunda direkt underställd landstingsdirektören.

Inom **Enheten för ambulans, arvoden o medicinsk service** finns beställar- och upphandlingsavdelningen för den prehospitla akutsjukvården. Det är tre personer som handlägger ambulansfrågorna. Enheten finns inom avdelningen för särskilda vårdfrågor som är en avdelning inom hälsa- och sjukvårdsförvaltningen.

Stockholms Prehospitla Centrum (SPC) är ett kliniskt forsknings och kompetenscentrum för prehospitla vård och det har funnits sedan 2006. SPC är en avdelning inom Södersjukhuset AB som ägs av SLL. SPCs uppdrag är reglerat i ett avtal mellan HSN-f och Södersjukhuset. SPC är landstingsövergripande och är samordnat med den då nyinrättade akutprofessuren.

SPC:s uppdrag är att samordna aktuella leverantörer inom området prehospital vård, utveckla kompetens och arbetssätt samt följa upp delar av verksamheten inom den samlade prehospitala vården inom SLL, i syfte att utveckla ett helhetsperspektiv med patientens behov i centrum.

Aktuella områden för utveckling under avtalsperioden är:

- Optimalt nyttjande av de specialistutbildade sjuksköterskorna i ambulanserna, med fokus på riktlinjer, triage, läkarstöd etc.
- Effektivitet i vårdkedjan, genom översyn av rutiner vid t.ex. dirigering, startintervall, triage/patient-styrning, överlämning på sjukhus och journalföring. Uppdraget omfattar även gemensamma rutiner för registrering av tider etc.
- Avvikelsehantering och rutiner: leverantörerna ska rapportera samtliga medicinska avvikelser, klagomål om bemötande, allvarliga händelser och brister i organisationen som kan medföra patientrisker ska rapporteras in till SPC, som utifrån dessa händelser tillsammans med leverantörerna ska arbeta för utveckling och kvalitetssäkring av verksamheten. Rutiner för att meddela avvikelser mellan leverantörerna skall utvecklas och kvalitetssäkras.

Ambulanssjukvården i Stockholm AB (AISAB) är SLLs egen driftsorganisation för ambulansverksamhet. AISAB är ett helägt AB som ansvarar för ambulansverksamheten i två av ambulansdistrikten (affärsområdena).

Sjukvårdsrådgivningen tillhör organisatoriskt kommunikationsavdelningen inom HSN-f. Rådgivningen är upphandlad och sköts av **Medhelp AB** som också dirigerar primärvårdens jourläkarbilar.

Egen regi och entreprenad

Ambulansverksamheten är indelad i sju distrikt, s k affärsområden, och är upphandlad genom anbudskonkurrens i fem av affärsområdena. Nuvarande verksamhet upphandlades under 2004 och avtalet löper från 2005-02-02 till 2010-02-02. SLL kan förlänga avtalet maximalt två år, vilket har gjorts till 2012-02-02.

I de två övriga distrikten sköts verksamheten av AISAB som ägs av SLL. Dessa två distrikt omfattar ca 30 % av verksamheten mätt i driftstimmar. Verksamheten är inte upphandlad utan regleras genom direktavtal mellan HSN-f och AISAB.

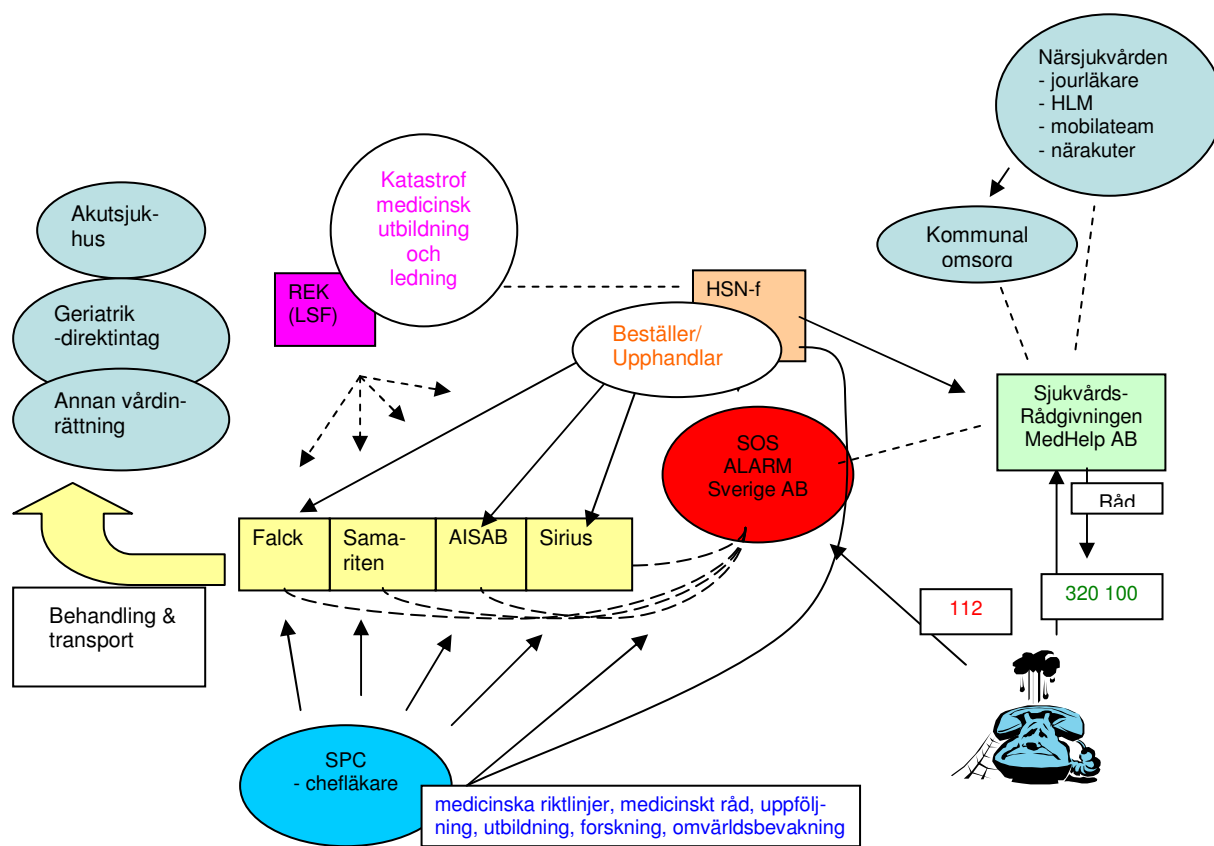
Vid senaste upphandlingen kunde en anbudsgivare få avtal för max två affärsområden.

Entreprenörer är

- Falck Ambulans AB
- Samariten Ambulans AB
- Sirius Humanum AB

Utförarna, dvs entreprenörerna och AISAB, är vårdgivare och har egna ambulansläkare som har det medicinska ansvaret inom respektive utförarens område.

Modellskiss för flöde och funktion för den prehospitala vården



Ambulanshelikoptern och akutläkarbil: SLL har en ambulanshelikopter som är verksam under hela året dygnet runt. Sommartid, från 15 maj till 14 september, finns ytterligare en helikopter. Verksamheten är upphandlad och entreprenör är Scandinavian MediCopter AB. Entreprenören ansvarar för hela verksamheten alltså helikopter, piloter, teknisk support och sjukvårdspersonal. Falck Ambulans är underleverantör vad gäller sjukvårdspersonal till helikoptern och akutläkarbilen. Kompetensen är specialistsjuksköterska och anestesiläkare/helikopterläkare. Akutläkarbilen är ”kopplad” till helikoptern och använder samma personal

Antal uppdrag per år 2009 var 2220.

Sjuktransportverksamheten avser transport av liggande patient och är upphandlad i särskilt ordning och gäller för hela SLL. Verksamheten sköts idag av Sirius Humanum AB och Färdservice AB.

I kommande avtal from 2010-06-02, för Liggande persontransporter ansvarar Sirius Humanum AB för helheten dvs både dirigerings/prioritering och själva transporten.

Transport av avlidna sköts i dag av AISAB genom direktavtal. De ansvarar för att transportera avlidna från eget boende till kylrum.

Kommunen har egna leverantörer för transport av avlidna från kommunala boenden till kylrum. Polismyndigheten har även de egen transportör.

Ambulanser, affärsområden och kompetens

SLLs akutambulanser har som lägsta kompetenskrav 1 ambulanssjukvårdare och 1 sjuksköterska med specialistutbildning samt akutbilarna lägst 1 ambulanssjukvårdare och 1 anestesisjuksköterska.

Transportambulanserna har lägst 2 ambulanssjukvårdare som kompetenskrav och dirigeras till uppdrag där högre medicinsk kompetens inte bedöms nödvändig. Utöver detta finns en sjuktransportorganisation som inte är integrerad i ambulansorganisationen.

From mars 2010 är samtliga 55 ambulanser inom SLL bemannade med en specialistutbildad sjuksköterska och en ambulanssjukvårdare.

Verksamheten är indelad i 7 affärsområden varav 5 är upphandlade i anbudskonkurrens och 2 drivs av SLLs ambulansbolag AISAB genom s.k direktavtal. AISABs verksamhet motsvarar ca 30% av verksamheten.

Inom SLL fanns 2009

- 35 dyngsambulanser:
- 20 dagambulanser/tvåskiftsambulaner:

Antal uppdrag år var 137 000.

Nyttjandegraden varierar beroende på om ambulansen förväntas hålla beredskap i t.ex glesbygdsområden.

Liggande persontransporter

Liggande persontransporter prioriteras till patienter med behov av att ligga under transporten och utan vårdbehov under transporten. Transporten utförs till eller från eller mellan landstingsfinansierad vårdgivare. Leverantör from 2 juni 2010 är Sirius Humanum som då får ansvaret för hela verksamheten inom hela SLL.

Väntetidskraven för resenären är att transporten ska genomföras

- inom 10 minuter om en resa beställts 8 timmar före
- inom 2 timmar om den direktbeställs

Totalt används i dagsläget ca 35 fordon för liggande persontransporter.

Antal uppdrag 2009 var 51 800.

Budget 2010

Sammanställning av budget 2010 för ambulansverksamheten.

| Verksamhet | Milj kr | Kommentar |
|----------------------|------------|--------------------------|
| Ambulansavtal totalt | 362 | varav AISAB 131 |
| SPC | 7 | |
| SOS Alarm | 43 | |
| Ambulanshelikopter | 52 | inkl akutläkarbil |
| Övriga kostnader | 6 | tvätt, journalsystem etc |
| Summa | 470 | |

I beloppet ingår momsavdrag med 25 milj kr. Kostnader för sjuktransporter och transport av avlidna ingår inte.

Larm, dirigering, rådgivning

SOS Alarm AB är ansvarig för larmcentralen och har prioriterings- och dirigeringsrätt (gränslös dirigeringsrätt) över samtliga ambulanser.

Sjukvårdsrådgivningen är inte kopplad till ambulansorganisationen utan ansvaret finns hos kommunikationsenheten inom HSN-f. Den operativa verksamheten är upphandlad och sköts av Medhelp AB som också har dirigeringsrätt över jourläkarbilarna (primärvård).

Vårdprogram, diagnostik, vårdkedja

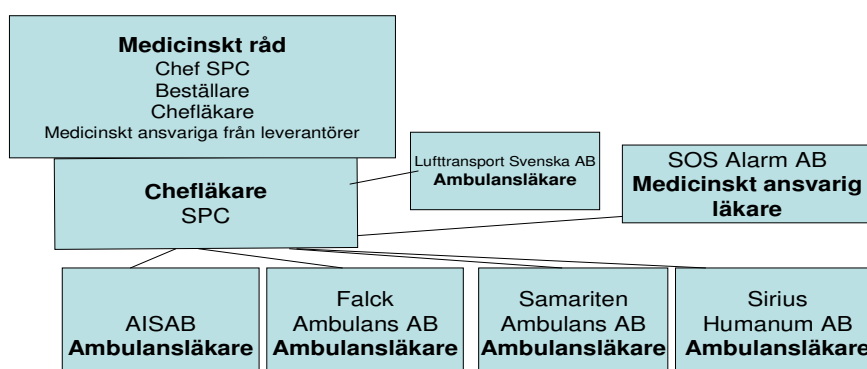
Ansvaret för utveckling av vårdprogram, diagnostik och vårdkedjor där ambulanserna är berörda ligger hos SPC.

Ambulansöverläkare, patientsäkerhet.

Under nuvarande avtalsperiod finns en chef ambulansöverläkare för hela ambulanssjukvården i SLL. Denna läkare ingår i SPCs organisation och har det övergripande ansvaret för ambulanssjukvårdens medicinska innehåll.

Respektive entreprenör har för sin verksamhet en egen ambulansläkare. Dessa ambulansläkare ska delta i ett råd, d.v.s. ett forum där samtliga ambulansläkare ingår, som ska träffas minst fyra gånger per år under ledning chef ambulansöverläkaren som finns inom SPC. Syftet med rådet är att arbeta med medicinsk planering, uppföljning och utveckling av ambulanssjukvården i länet. Entreprenörs Ambulansläkare ska följa SPC läkarens anvisningar.

Medicinsk ledning



Ambulansläkare hos entreprenör ska bl.a. ansvara för:

- personalens delegeringar, ordinationer enligt generella direktiv i enlighet med anvisningar från anvisad läkare hos SLL, läkemedelsförskrivning och uppföljning av journaler,
- att personalen i ambulanserna kan de medicinska riktlinjerna och att de arbetar i enlighet med dessa,
- det medicinska innehållet och medicinsk uppföljning i ambulanssjukvårdstjänsten enligt direktiv och anvisningar från anvisad läkare hos SLL,
- utveckling av vårdkedjor i samverkan med andra vårdgivare inom SLL samt tillse att det medicinska innehållet i entreprenörens verksamhet hålls uppdaterat,
- uppföljning av medicinska avvikelser inom entreprenörens verksamhet samt meddela anvisad läkarfunktion hos SLL avvikelser av medicinsk karaktär,

- medicinskt innehåll i utbildning och att ta ställning till om behov föreligger av utbildning för medicinsk personal inom företaget.

Arbetet i rådet omfattar bl.a.:

- ställningstagande till och uppföljning av utvecklingsprojekt/forskning inom ambulanssjukvården i SLL,
- delta i den nationella samverkan inom SLAS (Spridda Landsting AmbulansSamverkan) avseende nationella medicinska behandlingsriktlinjer, ambulansjournalssystemet och frågedatabas för kompetens/ordinationer,
- samverkan och delaktighet i utvecklandet av vårdkedjor med sjukhus, primärvård och övriga berörda parter i enlighet med i rådet överenskommen omfattning,
- ställningstagande till och uppföljning av utvecklingsprojekt/forskning inom ambulanssjukvården i SLL,
- statistisk uppföljning och rapportering från ambulansjournalssystemet och transportdatabas enl. direktiv från anvisad läkare hos SLL,
- rapportering och uppföljning av medicinska avvikelser och Lex Maria ärenden.

Journalföring

Journal ska skrivas när enhet kvitterat uppdrag som tilldelats av SOS Alarm och skrivas i för ändamålet framtaget datasystem, CAK-NET. För denna journalregistrering finns ett antal datorer och skrivare utplacerade på mottagande sjukhus/vårdrättningar. SLL äger och har installerat en dator per ambulansstation. Ändringar ska godkännas av SLL.

Systemet är inte helt integrerat med andra journalsystem.

FoU, kompetensutveckling

Huvudansvaret och navet för FoU och kompetensutveckling ligger hos SPC.

Enligt avtal med ambulansleverantörerna skall ambulanspersonalen genomgå minst 5 dagars utbildningsdagar/kompetensutveckling varje år. Entreprenören ska också aktivt medverka till att rotations-tjänstgöring mellan ambulanspersonal och personal från akutsjukhus kan genomföras.

Verksamhetsuppföljning utveckling

SPC har huvudansvaret för verksamhets- och kvalitetsuppföljningen tillsammans med Beställarenheten inom HSN-f.

I avtalet med entreprenörerna finns krav på kvalitetsuppföljning. Tidigare tecknades ett särskilt utvecklingsavtal. SPC har nu ansvar för att följa utvecklingen av projekt mm.

Entreprenören ska ha system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av verksamheten. Som en hjälp i detta arbete har entreprenören tillgång till databaser i CAK-NET, som innehåller patientjournaler och uppdragsstatistik.

SLL utför kvalitetsuppföljning genom att bla mäta nyckeltal, genomföra övergripande kvalitetsmätningar och utvärderingar av ambulanssjukvården. Entreprenörerna ska tillhandahålla allt material som SLL skäligen efterfrågar.

IVPA-avtal (I Väntan På Ambulans - avtal)

SLL har inga IVPA avtal med räddningstjänsterna. Motivet för detta är att utvärderingen av tidigare projekt visade att det inte ökar den medicinska säkerheten för patienten. Däremot fann man i resultatet att defibrillering hade ökat patientsäkerheten. Därav det s k SALSA projektet.

I projektet SALSA finns samverkan vad gäller defibrillering vid hjärtstopp. Detta projekt har genomförts i samarbete mellan SPC, SOS Alarm och räddningstjänsterna. Projektet kommer att permanentas.

HSN förvaltningen har även avtal med räddningstjänsterna avseende lyft- och transporthjälp för tunga patienter eller patienter som insjuknat ute i terrängen.

5.3 Landstinget i Värmland

Landstinget i Värmland, LiV) och länets 16 kommuner samverkar inom ramen för Region Värmland om frågor som rör regional utveckling, tillväxt, kultur och folkbildning.

Sedan Region Värmland bildades 2001 utgör hälso- och sjukvård samt tandvård landstingets dominerade ansvarsområden. Med en folkmängd på drygt 270 000 invånare utgör Värmland ett normalstort landsting. Demografiskt är det stora skillnader mellan kommunerna och folkmängden varierar mellan 4000 och 85 000 invånare. Centrala Värmland runt Karlstad har den största befolkningskoncentrationen och även den yngsta befolkningen.

Landstinget har cirka 7200 anställda.

Hälso- och sjukvården i Värmland utgör en gemensam organisation uppdelad i divisioner för allmänmedicin, diagnostik, hälsa och rehabilitering, länsspecialiteter, medicin, opererade specialiteter och psykiatri. Sjukhusen i Arvika och Torsby har eget ledningsansvar för medicin och den opererande verksamheten.

Mål

Målen för ambulanssjukvården fastställs av landstingsstyrelsen. Nuvarande mål är att

- 95% av befolkningen skall nås inom 25 minuter vid Prio 1 larm.

Organisation

Ambulansverksamheten är organisatoriskt en avdelning inom Division Medicin som är en av sex sjukvårdsdivisioner. Verksamheten leds av två verksamhetschefer som är parallellställda. Det medicinska ansvaret utövas av ambulansöverläkaren. I stabsorganisationen finns ekonomi, personal och informations kompetens samt en verksamhetsutvecklare.

För det dagliga driftsansvaret finns 6 ambulanschefer som leder arbetet på LiVs egna 9 ambulansstationer. Dessutom drivs 2 ambulansstationer på entreprenad där entreprenörerna har egna chefer.

Egen regi och entreprenad

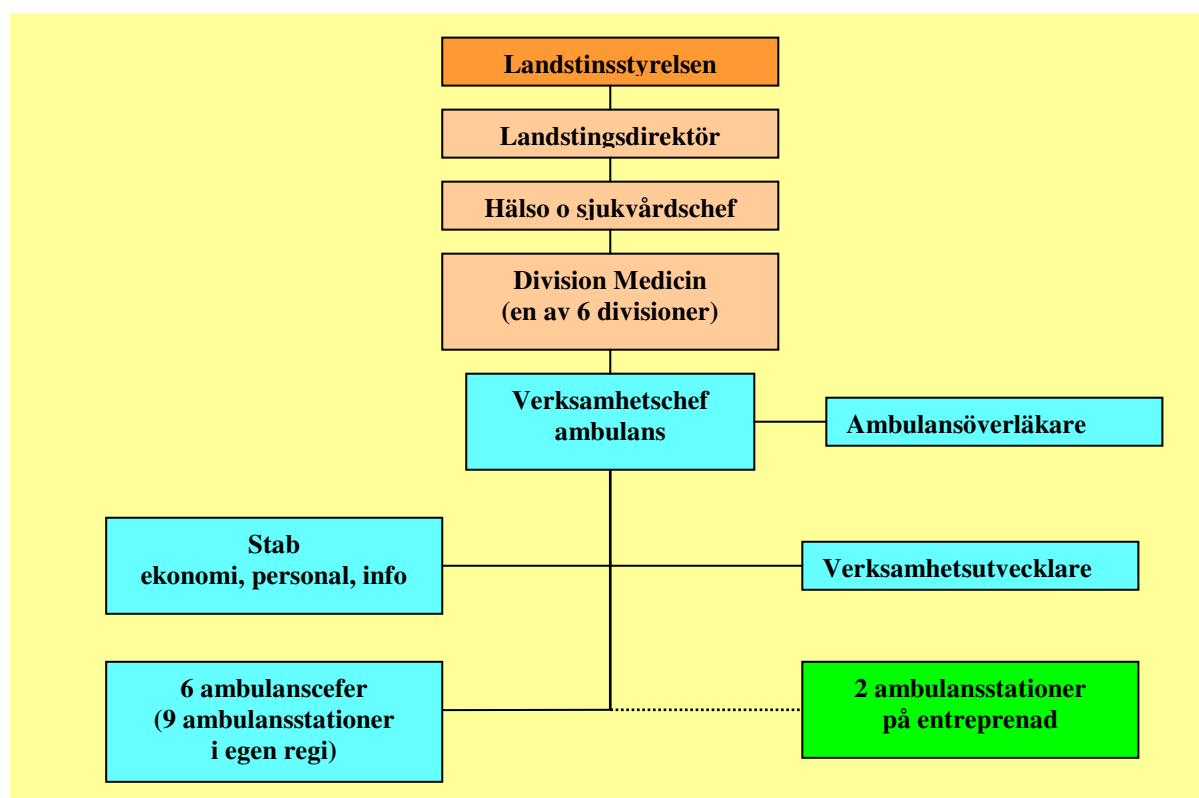
Merparten av ambulansverksamheten drivs i egen regi. Två av ambulansstationerna, Arvika och Munkfors, är upphandlade och drivs av Arvika kommun och Klarälvdalens räddningstjänstförbund. Dessa två stationer har drivits av externa utförare sedan många år. Det finns inga planer i LiV att öka andelen upphandlade ambulanser eller ta över hela verksamheten i egen regi.

Budget

Budgeten 2010 för hela ambulansverksamheten är 122 miljoner kronor.

Patientavgiften är 150 kr.

Organisationsskiss ambulansverksamheten i LiV



Ambulanser och ambulansstationer

Inom LiV finns 11 ambulansstationer med sammanlagt 19 dygnsambulanser och 6 dagambulanser. Två av stationerna drivs av entreprenörer (Arvika och Munkfors) med sammanlagt 3 dygns- och 1 dagambulans.

Under 2009 utfördes totalt 30 400 ambulansuppdrag. Av dessa var

- 12 160 (40%) Prio 1
- 15 200 (50%) Prio 2
- 3 040 (10%) Prio 3

Varje dygn utförs i genomsnitt 83 ambulansuppdrag, körsträckan är 78 km och det tar 100 minuter i anspråk.

Väntetid för Prio 1 larm understeg 25 minuter för 95% av larmen.

Nyttjandegraden var 26% uppdragstid och 74% tid i beredskap.

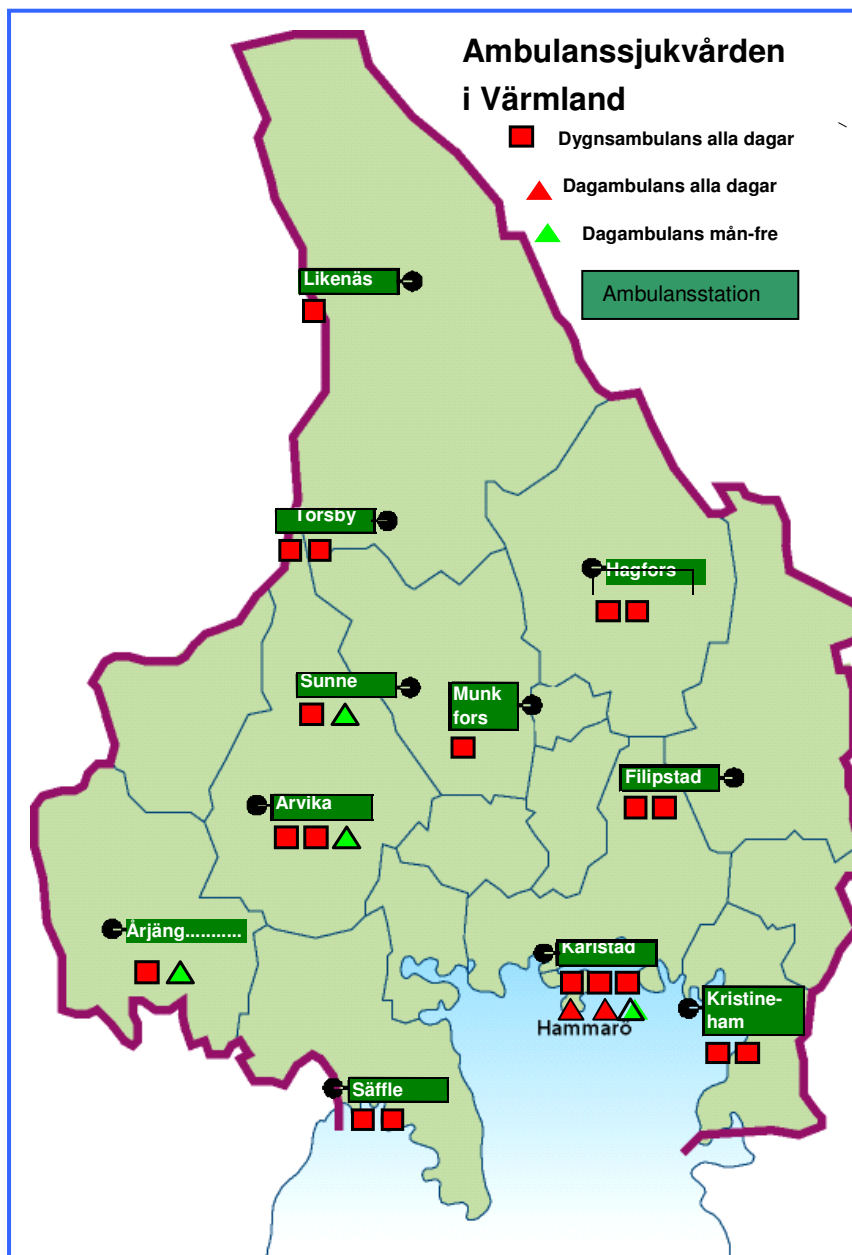
Personal

I den direkt operativa ambulansdriften arbetar 165 personer (exklusive entreprenörerna). Av dessa är 47 % kvinnor. Andelen ambulanssjukvårdare är 30% och sjuksköterskor 70%.

Helikopter

LiV har ingen ambulanshelikopter. Tidigare fanns ett avtal med Norge som innebar att en av deras ambulanshelikoptrar kunde utnyttjas i vissa situationer. Detta avtal upphörde i och med att sjukvården i Norge förstatligades och sjukhusen bolagiserades 2006.

För närvarande pågår en utredning i LiV om att starta upp ambulanshelikopterverksamhet i första hand i samverkan med ytterligare intressent(er).



Sjuktransporter

Transporter av liggande patienter, som inte är Prio 3, är upphandlad och sköts av Värmlandstrafiken.

Vårdprogram, diagnostik, vårdkedja

Vårdprogram och behandlingsrutiner finns och kan sägas vara de som gäller i landet, samt att nationella riktlinjer i ex PCI och Rädda hjärnan följs.

Vårdprogram som PCI och Rädda hjärnan tas i fram i samverkan mellan berörda verksamheter.

Godkännande och uppdatering sker genom revideringar i SLAS gruppen och godkännande av ambulansöverläkare i samråd med verksamhetschef.

Om mottagande inte är sjukhusets akutmottagning eller specialistvårdavdelning är det i första hand någon vårdcentral.

Ambulanspersonal kan bedöma/behandla en patient på plats och sedan lämna över till egenvård eller till annan vårdgivare och då gäller följande riktlinjer:

I de fall patienten är klar och orienterad men vägrar följa med och ambulanspersonalen, efter klinisk undersökning, bedömer det som helt uppenbart att patienten inte är i behov av sjukhusvård dokumenteras händelsen samt patientens status i ambulansjournalen och ambulansen lämnar adressen. Lider patienten av känd sjukdom, som kan kräva senare tillsyn, kontaktas primärvårdens jourverksamhet. I de fall ambulanspersonalen bedömer att patientens tillstånd inte kräver ambulanstransport kan alternativ transport beställas. Händelsen dokumenteras i ambulansjournalen tillsammans med patientens status och den bedömning personalen gjort. I de fall det är uppenbart att patienten inte är i behov av akut vård kan ambulanspersonalen ge råd och/eller hänvisa patienten till annan vårdinrättning, till exempel vårdcentral.

Om patient överlämnas till annan vårdgivare över går det medicinska ansvaret till denne. Om person kvarstannar i hemmet så är det beroende på om personen själv bestämmer det eller om ambulanssjukvården tar det beslutet. Om ambulanssjukvården tar det beslutet är högsta medicinska kompetensen på ambulans ansvarig och ytterst verksamhetschef.

Journalföring

För närvarande sker dokumentation på papper och elektroniskt. Arbete pågår med att införa enbart elektronisk journal. Informationen går att sända till befintligt journalsystem inom hälso- och sjukvården

Patientjournaluppgifter går inte att sända till ambulansen.

Patientsäkerhet, avvikelshantering

Pågående arbete handlar främst om kvalitetssäkring av vårdprocessen med patienten i fokus. Det är ett långsiktigt strategiskt arbete mot en fungerande säkerhetskultur. Sedan ett antal år har arbetet inriktats mot målsättningen att uppfylla SOSFS 2005:12 vilken ställer krav på ledningssystem som innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Ledningssystemet underlättar ett integrerat arbetssätt när det gäller mål, utförande, resurser och resultat. Allt detta syftar till att leda och styra verksamheten mot en god vård. En certifieringsprocessgällande har inletts gällande införande av ledningssystem för kvalitet enligt ISO 9001:2008.

Verksamhetschefen har ansvar för att de gemensamma rutinerna är väl kända och följs upp. Avvikelsehanteringen följs upp ur ett länsperspektiv och sammanställs tre gånger per år. Den medicinskt ledningsansvarige analyserar och handlägger medicinska avvikelser i samråd med ambulanschef och/eller verksamhetschef. Varje ambulansstation har en analysgrupp som sammankallas vid behov. Händelseanalys görs alltid vid Lex Maria.

FoU, kompetensutveckling

Verksamhetsutveckling ingår som en del av uppdraget för såväl medarbetare som chefer och sker såväl i det dagliga arbetet som i samverkan med Karlstads universitet. Samtliga chefer har nyligen utbildats i LEAN arbetssätt.

Det finns sedan flera år en väl utvecklad samverkan med Karlstad universitet gällande specialistutbildning ambulanssjukvård. Samverkan sker främst kring utbildningens innehåll och studenternas

examensarbeten (D-nivå). Nya utvecklingsarbeten skall läsas av ledningsgruppen (kommer som nyhet på intranätsidor och läggs in på en särskild sida för utvecklingsarbeten). Framkommer ny kunskap i ett examensarbete eller forskningsrapport skall synpunkterna tas tillvara ur ett förbättringsperspektiv. Ambulansverksamheten har en huvudhandledare som utgör en viktig funktion i samband med de studerandes val och genomförande av studenternas verksamhetsförlagda utbildning .

Verksamhetsuppföljning

Verksamhetsuppföljningen sker i första hand genom verksamhetens styrkort. Fullständig rapportering sker tertialvis där tertial 3 utgör årsredovisning. Dessutom tillkommer viss uppföljning månadsvis för exempelvis verksamhetsstatistik, ekonomi, arbetade timmar, sjukfrånvaro, ekonomi.

Uppföljning sker även av medicinska resultat.

Samverkan

Lokal närsjukvårdssamverkan (ambulans, primärvård, kommunernas sjukvård) är under utveckling sedan ett antal år. Arbete med "Rutiner för transporter till Vårdcentraler" och "Överrapportering i patientens hem från distriktssjuksköterska till ambulanspersonal" är i slutfasen

Med kommunernas räddningstjänster finns IVPA avtal.

Polisen deltar i framtagande av rutiner för Våld och Hot för ambulanssjukvården

Ambulansorganisationen deltar i nätverksmöten "Vänern" med sjöfartsverket som sammankallande. Där medverkar också SSRS, JRCC, och räddningstjänst. Lokal samverkan finns utvecklad vid sjuktransporter till sjöss och på öar.

5.4 Hovedstadsregionen i Danmark (Köpenhamnsområdet)

Hovedstadsregionen i Danmark omfattar östra och norra delen av Själland inklusive Köpenhamnsområdet. I området ingår även Bornholm.

Antalet invånare är ca 1,6 miljoner och antalet kommuner är 29.

Regionen styrs av ett direktvalt politiskt organ (Regionsrådet) med sammanlagt 41 politiker.

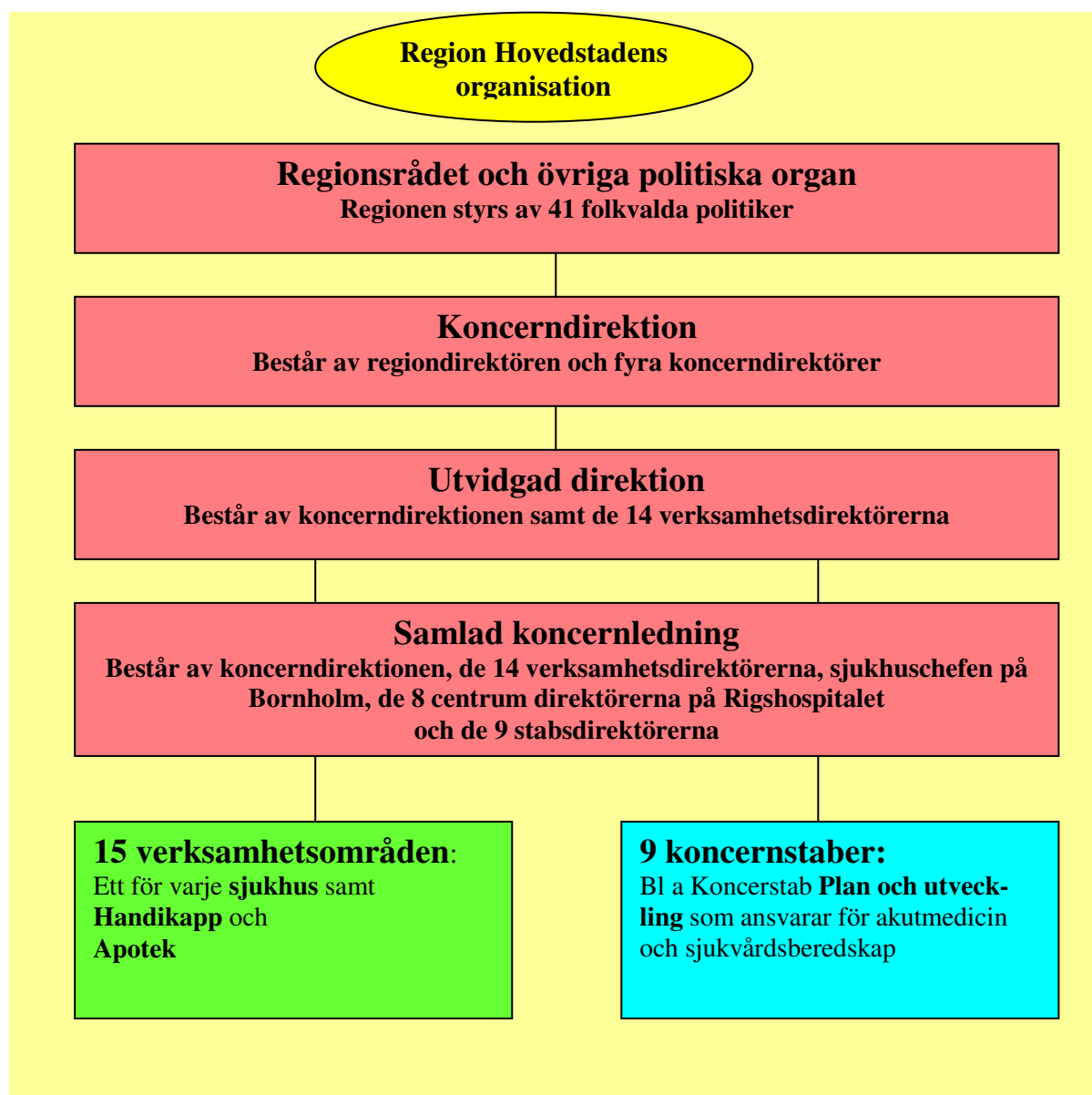
Regionens huvuduppgift är hälso- och sjukvård (ca 95 % av kostnaden). Totala budgeten är 36 miljarder DKK och antalet anställda är ca 36 000. Det finns 12 somatiska och 1 psykiatriskt sjukhus. Antalet akutsjukhus är fem (se kartan nedan) och det finns 1 traumacentrum (på Rigshospitalet) och 11 akut-mottagningar/skadestuer utan remisskrav.

Akutsjukvårdens organisation är inne i en förändringsprocess sedan några år tillbaka. Motiven för förändringarna är kortfattat beslutet om att bilda regioner i Danmark, behov av strukturförändringar av akutsjukvården samt inom ambulanssjukvården behov av kompetenshöjning samt kritik mot tendens till monopolsituation i utförandet (Falcks dominerande ställning).

Några siffror

- Varje dag besöker 16 000 invånare något sjukhus
- 350 000 besök på "skadestuen" om året
- 160 000 ambulanstransporter om året (ca 4% är trauma/blåljus)
- 56 000 sjuktransporter om året

Budgeten för hela den prehospitala verksamheten beräknas till 420 miljoner DKK per år. Kostnaden för ambulanshelikoptern (50 milj DKK) är inte medräknad.



Koncernstab Plan och utveckling

Inom koncerntab Plan och utveckling finns enheten för Akut medicin och sundhetsberedskap. Denna enhet ansvarar för planering och samordning av två huvudområden

- **Akut medicin:** akut medicinsk insats utanför sjukhus och särskilda tvärgående akutmedicinska problemställningar på sjukhus som t ex första besök, akutmottagning hjärtstopp och andra tvärprofessionella och tvärgående områden.
- **Sjukvårdsberedskap** (Sundhetsberedskap): den samlade och tvärgående sjukvårdsberedskapen i regionen, bl a regionens interna beredskap samt beredskapen i förhållande till externa myndigheter och organisationer.

Uppgifterna för enheten omfattar bl a följande:

- Planering och koordinering av den samlade prehospitla insatsen

- Alarmeringscentralen med sjukvårdskompetens för prioritering, dirigering och remissbeslut (visitering)
- Ansvar för ambulansverksamheten, upphandling och kontakt med entreprenörer
- Hjärtstopplan med tvärgående riktlinjer för behandling, utbildning och dokumentation
- Koordination av tvärgående akut medicinska utbildningserbjudanden
- Koordination av tvärgående forsknings- och kvalitetssäkringsprojekt på det akutmedicinska området mellan sjukhusen och det prehospitala området
- Beredskapsplanläggning för sjukvården i regionen samt koordination av sjukhusens beredskapsplaner
- Koordinering av beredskapsplaneringen i relation till andra myndigheter

Akut Medicinsk Koordineringscenter – AMK

AMK i regionen är ansvarigt för den överordnade operativa sjukvårdsplanläggningen och koordinationen vid större olyckor och i en krissituation i regionen. AMK är för närvarande lokaliserat till Rigshospitalets TramaCentrum men planen är att det ska samlokaliseras med den nya larmcentralen.

AMK har en formaliserad jourläkarfunktion på överläkarnivå som har ansvaret för koordination och samarbete med externa samarbetsparter i och utanför regionen vid akuta beredskapsmässiga situationer. Verksamheten är dygnsbemannad och är direkt underställd koncernledningen.

De dagliga funktionerna är:

- Vara koordinerings- och kommunikationscenter för omhändertagande av akuta patienter från akutläkarbilarna till sjukhusen i regionen
- Att inhämta upplysningar om intensivvårdskapaciteten på regionens sjukhus
- Att ta emot hjärtstoppslarm och larma ut resurser från Rigshospitalet

Vi större olyckor och i en krissituation övertar AMK ledningen av sjukvårdsresurserna i regionen och kommunikationen med andra myndigheter inklusive Region Skåne.

Mål och inriktning

Hälso och sjukvårdsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen) har fastställt följande inriktning (mål) för förändringsarbetet:

- Kvalitet framför närhet
- Sammanhängande vårdkedjor
- Centralisering
- Befolkningsunderlag för akutmottagning ska vara 200 000 – 400 000 invånare
- Färre akutsjukhus (=5)
- Krav på akutspecialistavdelningar med akutläkare
- Utbildning på akutsjukvårdsområdet
- Remisskrav (visiteret adgang) från husläkare eller jourläkare eller via 112
- Hälso- och sjukvårdskunnig personal på larmcentralerna
- Förstärkning av den prehospitala insatsen
- Etablering av ambulanshelikopter

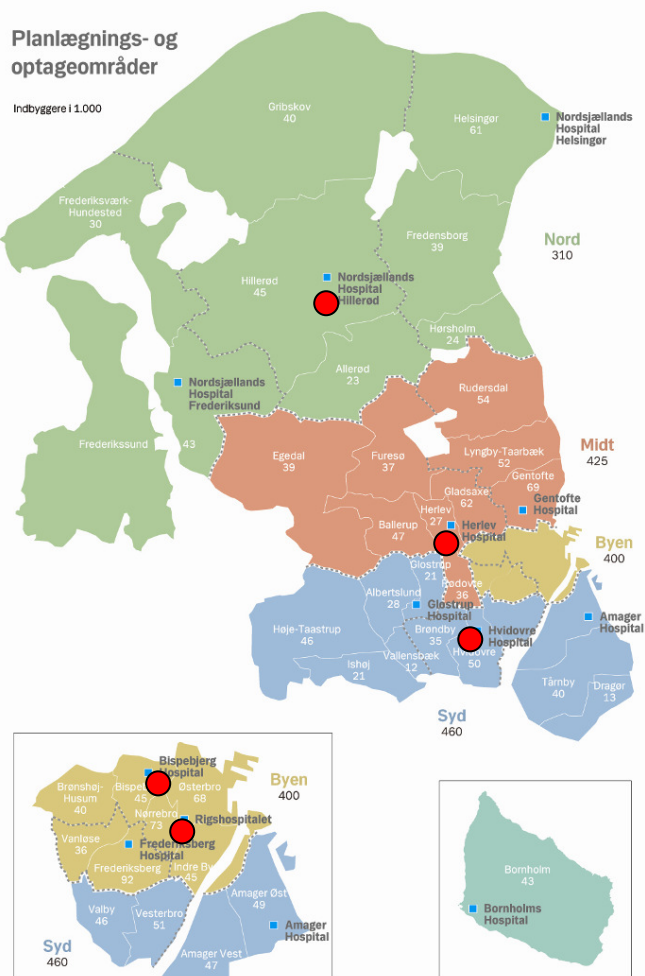
Hovedstadsregionens geografiska omfattning med sjukhusen markerade



Sjukhus med akutmottagning



Sjukhus



Egen regi, entreprenad

Ambulansverksamheten är upphandlad och bedrivs på entreprenad av tre aktörer. Dessa är Falck, Fredriksbergs brandväsen och Köpenhamns brandväsen.

Falck och Köpenhamns brandväsen har ansvar för sjuktransporterna.

Entreprenadavtalet ger möjlighet till att både köpa till och ta bort verksamhet.

Entreprenören ska bidra till och medverka i FoU.

Akutläkarbilarna är inte upphandlade utan ingår i regionens organisation.

Ambulanser

Antalet ambulanser är

- 38 dygnsambulanser
- 9 dagambulanser (12 timmar)

- 12 av dygnsambulanserna är s k paramedicambulanser
- 4 akutläkarbilar (ska bli 5)
- 1 psykiatrisk utryckningsenhet

För att klara dessa krav och en 100%-ig tillgänglighet för ambulansvolymen ovan har regionen utrustat 64 fordon.

Det finns tre olika yrkeskategorier med olika kompetens i ambulanserna. Dessa är

- Assistent
- Behandlare
- Paramedic

Belastningsgraden för ambulanserna varierar inom regionen. I Köpenhamn nyttjas ambulanserna i genomsnitt 60-65% av tiden. Motsvarande siffra för Helsingör är ca 45%

Väntetid

För akutlarm redovisar man följande väntetidsdata (från att ambulansvaktcentralen mottagit samtalet från alarmcentralen tills ambulans är hos patient):

- 50% är framme inom 6,5 minuter
- 90% är framme inom 13 minuter
- Akutläkarbilen som larmas vid livshotande tillstånd är i Köpenhamn framme inom 5-6 minuter i 50% av fallen

Sjuktransportfordon

Det finns

- 18 sjuktransportbilar under dagtid
- 7 sjuktransportbilar kvällstid vardagar

Transportfordonen är bemannade med två personer varav en minst måste ha kompetens som Behandlare.

Helikopter

Från 1 maj 2010 har man en ambulanshelikopter i funktion. Den har finansierats under de två första åren med medel från en donation. Driftskostnaden beräknas till ca 50 miljoner DKK per år.

Larm, dirigering, rådgivning

Alarmeringsorganisationen genomgår för närvarande en stor förändring. Tidigare har det funnits två 112 alarmcentraler, polisen har haft en och brandkåren i Köpenhamn en. Ambulanslarm har vidarebeformats till tre olika vaktcentraler varav två har drivits av entreprenörerna.

Den nya organisationen innebär att samtliga 112 samtal går till en gemensam larmcentral. Ambulanslarm kopplas vidare till en av regionen driven vaktcentral som dirigerar ambulanserna. Personalen i vaktcentralen ska ha sjukvårdskompetens.

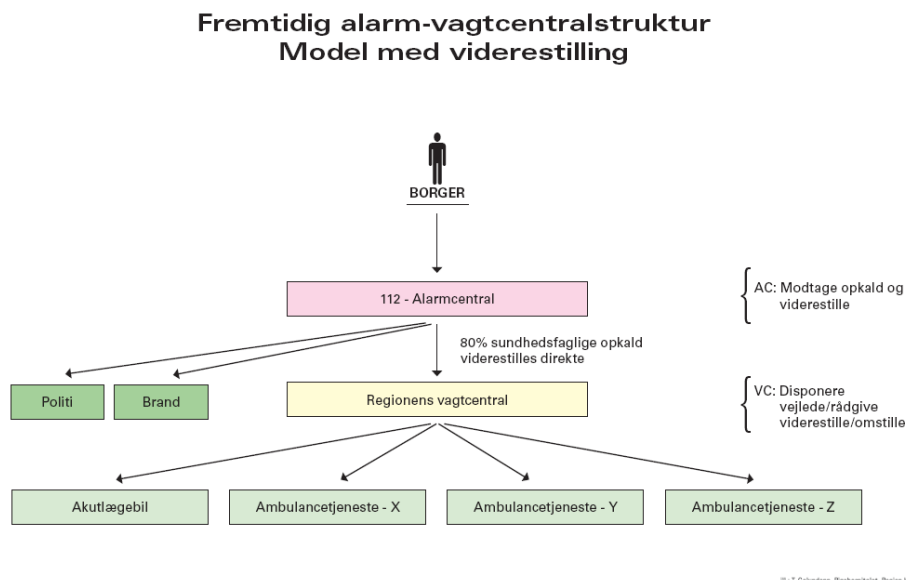
Målsättningen är att den nya vaktcentralen ska ha följande funktioner:

- 112 ambulanslarm
- Ambulansdirigering
- Dirigering av akutläkare
- Sjuktransporter
- AMK – akutmedicinskt koordineringscentrum (katastrof- och beredskapsansvar, koordinera resurser, vårdplatser etc)
- Sjukvårdsrådgivningen

- Giftlinjen
- Telefonläkarjouren

Regionens vaktcentral har fri dirigeringsrätt över samtliga ambulansresurser och tekniken möjliggör att simulera hur ambulansberedskapen ser ut om t ex 15 minuter.

Skissmodell för alarmeringsorganisation som man håller på att införa:



Vårdprogram, diagnostik, vårdkedja

Uppdraget för organisationen är att ”Skapa sammanhang och kontinuitet från den prehospitala insatsen till akutmottagningen”. Detta ska ske genom att

- Vårdkedjan (sammanhängande förløb) ska fungera
- Från vetenskap till verklighet (vetandet ska omsättas i handling)
- Från det prehospitala området till sjukhuset, (skilda aktörer från skilda organisationer ska fungera ihop)
- Från sjukvårdsberedskap till en samlad beredskap (kräver ökat samarbete mellan olika myndigheter)

Man utvecklar vårdprogram och processer kontinuerligt. Verksamhet av typ ”Hjärnvägen” har man haft i praktiskt bruk under ca 5 år.

Journalföring, kommunikation

Man är på väg att införa ett elektroniskt journalsystem i ambulanserna. Ambitionen är att det ska kunna kommunicera med sjukhusens journalsystem.

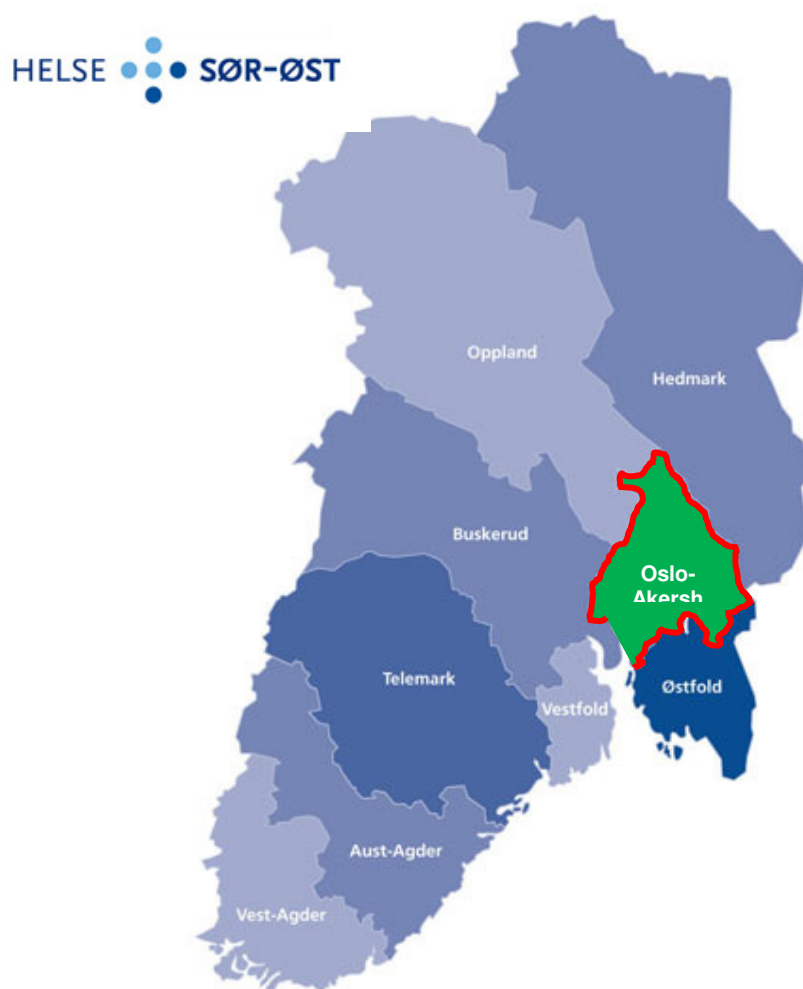
Man håller för närvarande på att uppgradera och utveckla den elektroniska kommunikationsutrustningen i ambulanserna. Då man inte har funnit något användbart system på marknaden utvecklar man själva tekniken tillsammans med mindre lokala företag. När detta är klart (vilket det kommer att vara inom kort tid) så ska kommunikationen, även textöverföring, fungera mellan vaktcentral – ambulanser – sjukhus.

5.5 Oslo-Akershus (Helse Sør-Øst)

I Norge beslutades 2001 att hälso- och sjukvården (inte primärvården som är och var kommunal) skulle bli ett statligt ansvarsområde och flyttas från fylkena. Beslutet innebar att från i januari 2003 bildades 5 statliga sjukvårdsregioner och sjukhusen bolagiserades.

Den prehospitala verksamhet som presenteras här ingår som en del av Helseregion Sør-Øst och omfattar geografiskt Oslo kommun och Akershus fylke. Området har ca 1,2 miljoner invånare, vilket är ca 25 procent av Norges befolkning.

Oslo Universitetssjukhus består av Aker Universitetssjukhus, Rigshospitalet och Ullevål universitetssjukhus. Den prehospitala verksamheten är organisatoriskt inordnad som en del av Ullevål universitetssjukhus.



Vision

Visionen för verksamheten är kortfattad och formulerad enligt nedan:

Vårt förhållningssätt och våra handlingar skall präglas av:

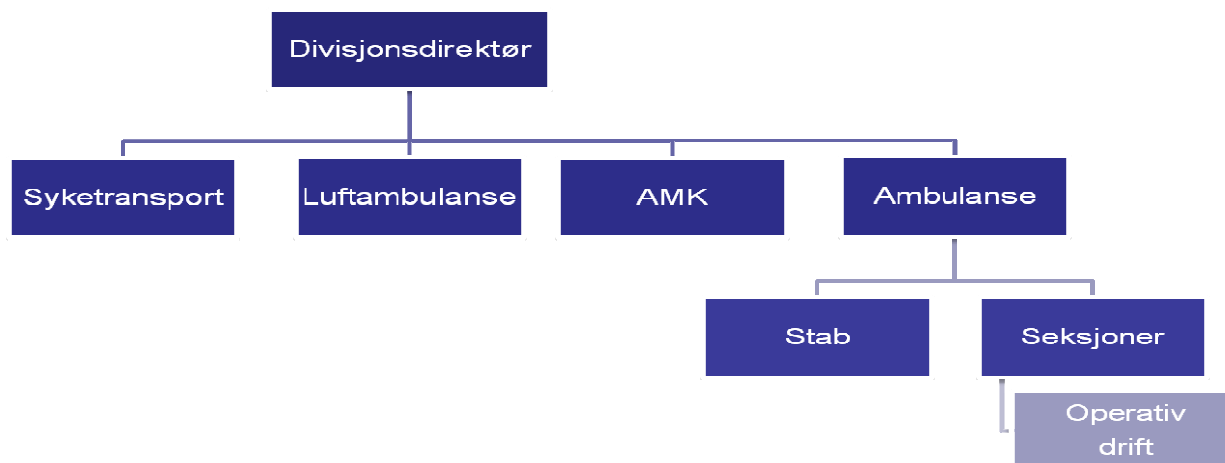
Kvalitet - framtidsinriktad och kunskapsbaserad

Tyggghet - Öppenhet och involvering

Respekt - Respekt och förutsägbarhet

Prehospitaltsenter, Ullevål

Det prehospitala centrat vid Ullevål etablerades 2003 men har en lång tradition vid sjukhuset. Struktur enligt nedanstående skiss:



Sjuktransporter av ikke liggende pasienter administreres av en separat enhet og sjølva transporten skjøtes av taxi. Liggende pasienter og pasienter med vordbehov transporteres av akutambulanserna

Ambulanshelikopterarna, man har två, är upphandlade vad gäller piloter, teknik og helikopter. Sjukvårdspersonalen är från den egne verksamheten.

Ambulansflyg, två propellerplan, används i första hand för överflyttningstransporter. Även dessa är upphandlade vad gäller piloter og teknik. Flygambulanserna används som resurs över helan Norge. Totalt finns sex ambulansflygplan i Norge.

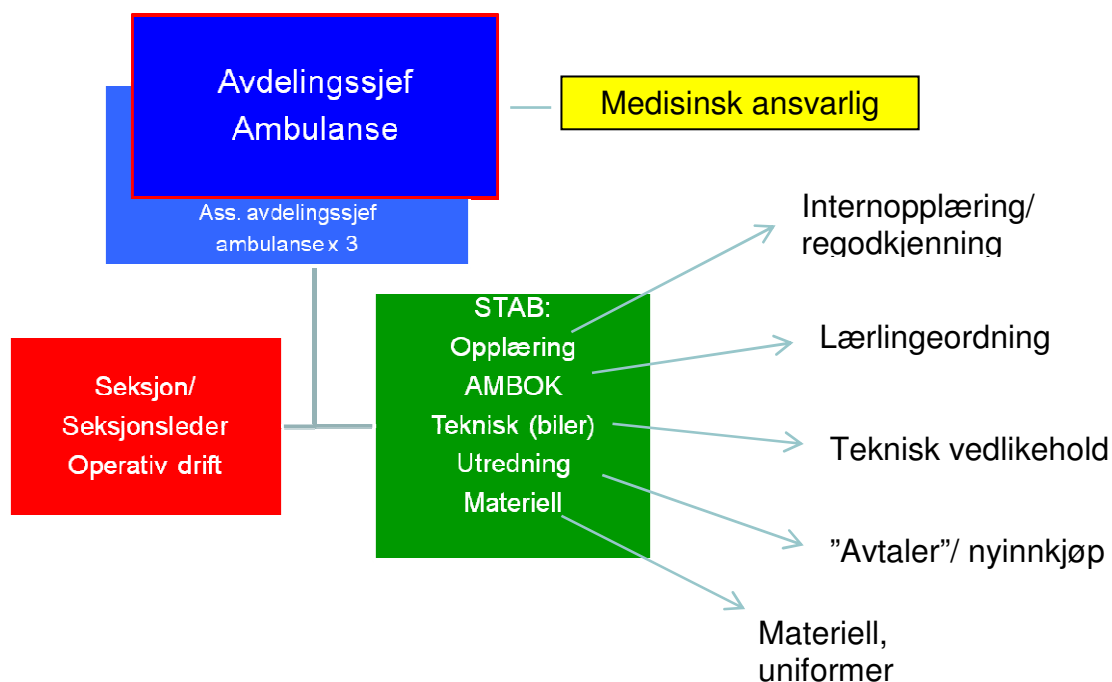
Akutmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) är ambulansernas larmcentral med larmnummer 113. Politen og reddningstjensten har var sin egne larmcentral. Om ett larm gjelder både brandkår og ambulans rækker det om man ringer en av larmcentralerna. AMK är en särskild avdelning og skild från ambulansavdelningen vilket man opplever som ett problem för samarbeidet. Larmoperatörerna är sjukvårdsutbildade.

Ambulansavdelningen

Ambulansavdelningen leds av en avdelningschef og en ambulansöverlækare har det medisinske ansvaret.

Staben ansvarar for utbildningen (som är oppbygd som en lærlingsutbildning, se nedan), teknisk support og utrustning samt inköp og avtal (till viss del samordnet med sjukhusets inköpsavdelning).

Varje ambulansområde (region) har sin verksamhetschef som ansvarar for den daglige driften.



Ambulanser och regionindelning

Verksamhetsområdet är indelat i 5 ambulansregioner med sammanlagt 16 ambulansstationer.

Ambulansresurserna är 2010 sammanlagt

- 44 ambulanser på dagtid
- 27 ambulanser kvällstid
- 24 ambulanser nattetid och helg

Antalet årsanställda i den operativa driften är 320 årsarbetare med totalt ca 400 anställda.

Antal uppdrag

Under 2009 utfördes totalt 120 568 ambulansuppdrag och körsträckan var 3,1 miljoner km.

Uppdragen fördelades:

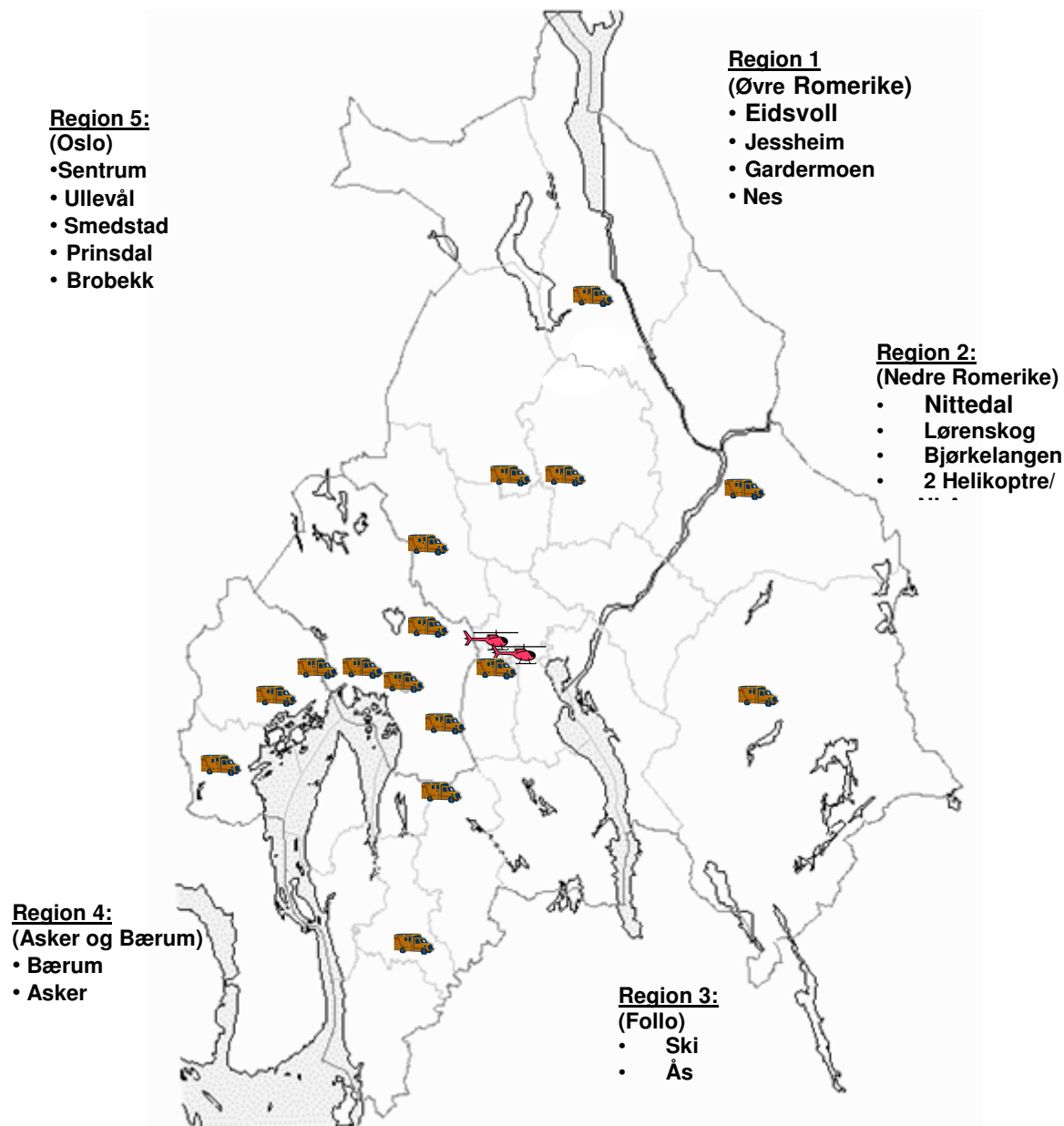
- Prio 1 (akutt) 43 963
- Prio 2 (haster) 34 330
- Prio 3 (vanlig) 42 275
- Helikopter 3 267

Antalet uppdrag har under senare år ökat med ca 4% årligen.

Storstadsambulanserna utnyttjas 63% av tiden.

Egen regi, entreprenad

All verksamhet utom flygmaterial och flygkompetens drivs i egen regi.



Utbildning och kompetenskrav

I Norge är ambulanssjukvårdare (ambulansfagarbeider) lägsta kompetenskrav inom ambulanssjukvården. Det är en fyraårig gymnasieutbildning som innehåller

- Hälso- och socialkunskap 1 år
- Ambulanssjukvårdskunskap 1 år
- Praktiktjänst på ambulans 2 år

I Oslo/Akershus har man utvecklat ytterligare kompetenssteg (som alltså inte är landsomfattande) i form av

- Ambulanssjukvårdare 2; innebärande teoretisk påbyggnad av grundutbildningen och där man har viss rätt att ge medicin/behandling (efter telefonkonsultation med läkare)
- Paramedic; innebärande högskoleutbildning i akutmedicin och i stort sett jämförbar med sjuksköterskeutbildning.

Norska staten har dock ännu inte godkänt Paramedic-utbildningen som en fullvärdig högskoleutbildning.

I Oslo/Akershus har man minst en Paramedic i varje akutambulans.

Larm, dirigerings, rådgivning

Larmcentralen, AMK, som är en särskild avdelning inom Ullevåls prehospitala organisation ansvarar för ambulanslarm (113). Dirigeringen är gränslös. Operatörerna har sjukvårdskompetens.

Det finns inga formellt fastställda maxtider för väntetid. Normen man arbetar efter är dock att utlarmningstiden vid Prio 1 ska understiga 2 minuter.

Sjukvårdsrådgivningen är inte kopplad till ambulansorganisationen.

Vårdprogram, diagnostik, vårdkedja, kvalitetssäkring

Ambulansöverläkaren ansvarar (tillsammans med sjukhusspecialisterna) för utveckling av vårdprogram och vårdkedjor. Sedan någon tid har man infört Hjärtvägen, dvs direktransport av hjärtpatienter till vårdavdelningen och inte via akutmottagningen. Fler sådana program är under utveckling.

Hjälpmedlet för diagnostik och kvalitetssäkring kallas MOM, Medicinsk Operativ Manual (jmf METTS). Innehållet i manualen är baserat på system för utbildning, certifiering, delegering, dokumentation och internkontroll av arbetet. Läkare ska ansvara för utbildning och kontroll och det ska finnas en systematiserad internkontroll och kvalitetssäkring där MOM används.

Ambulansöverläkaren ansvarar för genomgång, uppföljning och kontroll av avvikelserapporteringen. Ytterligare en läkare medverkar i det praktiska uppföljningsarbetet.

Direktiven till ambulanspersonalen från ambulansöverläkaren är att följa rekommendationerna i MOM samt att utföra så lite behandling som möjligt på hämtningsplatsen (behandling kan dock ske under transporten). Principen som gäller är "load and go".

Journalföring

Journalföringen i ambulanserna är ännu inte elektronisk.

FoU, kompetensutveckling

Sedan 1967 har man i Oslo haft en verksamhet som kallas "legeambulansen". Idén hämtade en ung läkarstudent från Tyskland. Verksamheten drivs fortfarande även om den aldrig betraktats som "ordinarie verksamhet".

Legeambulansen är inte bara en akutambulans med förstärkt kompetens utan ett helt utbildningskoncept med kvalificerad akutkompetens som en plusfunktion. Syftet med verksamheten har hela tiden varit att öka och utveckla ambulanspersonalens kompetens.

Legeambulansen idag:

- Verksam 07.30 – 22.00 måndag till fredag
- Engagerad personal: 12 läkare varav: 3 ledande forskare, 3 stipendiater, 4 anestesiläkare, 1 medicinskt systemansvarig för ambulans och 1 systemansvarig för AMK centralen
- 190 paramedic som vardera bemannar ambulansen 14 timmar per år vid 2 tillfällen i ett rullande schema
- Ca 2000 uppdrag per år

Konceptet är

- Ska likna en vanlig akutambulans så mycket som möjligt

- Använda evidensbaserade metoder
- Kvalitetssäkring: Kontroll och uppföljning av ambulanspersonalens delegationer
- Utveckling och forskning
- Vara resurs till medborgarna i akuta situationer
- Utprovning av nya metoder och utrustning

Läkarens roll i ambulansen är vägledning och kvalitetskontroll. Läkaren ska hålla sig i bakgrunden, vara en passiv medhjälpare medan paramedicpersonalen är aktiv.

10 doktorander har baserat sin avhandling på legeambulansen och ett 30-tal vetenskapliga artiklar har haft denna verksamhet som utgångspunkt.

Legeambulansen fungerar som en motor för forskning och utveckling av ambulanssjukvården. En stor del av paramedicpersonalens kompetensutveckling sker också genom legeambulansen.

Prehospitalt nationellt kompetenscentrum

Inom Ullevål finns också Norges Prehospitala Nationella Kompetenscentra. Detta centrum är dock inte en del av Ullevål utan styrs och finansieras direkt från departementsnivå.

Samverkan

Ambulanssjukvården samverkar i första hand med polis, räddningstjänst och sjöräddning vid akuta uppdrag och större olyckor. Polisen är insatsledare vid dessa tillfällen och larmcentralen (AMK) har ledningen för kommunikationen. Det finns ingen permanent katastrof- och beredskapsorganisation.

Ambulansorganisationen har mycket liten samverkan med den kommunala sjukvården (primärvård och hemsjukvård).

5.6 London Ambulance Service NHS Trust

London Ambulance Service NHS Trust (LAS) är den enda NHS Trust som täcker hela Londonområdet. Precis som alla övriga "Trusts" inom NHS styrs och ägs LAS av Socialdepartementet (Department of Health). LAS har en egen styrelse och ledning.

LAS är en stor organisation och som innehåller all den kompetens som man anser sig behöva för att driva en modern och effektiv prehospital akutsjukvård. Londons ambulanshelikoptrar finns dock inte inom LAS utan tillhör en annan organisation som heter Helicopter Emergency Medical System, HEMS. Organisationen betjänar ca 7 miljoner invånare i Storlondon. Antalet anställda är cirka 5000 och man har 70 ambulansstationer. All verksamhet drivs bl a av säkerhetsskäl i egen regi.

LAS finansieras av Londons 32 Primary Care Trusts (PCT=NHS beställarorganisation, ca 85% av NHS budget går genom olika PCT) som är lokalt ansvarig för befolkningens sjukvård. Totalkostnaden för LAS uppgick 2009 till 257 miljoner pund.

Ansvarsområden

Larmcentralen finns inom LAS. Larmnumret 999 besvaras av British Telecom som kopplar ambulansanrop vidare till LAS alarmeringscentral där intervjuer, prioritering och dirigerering görs. Larmcentralen är bemannad av speciella operatörer som inte är sjuksköterskor men som har tillgång till paramedics och läkare.

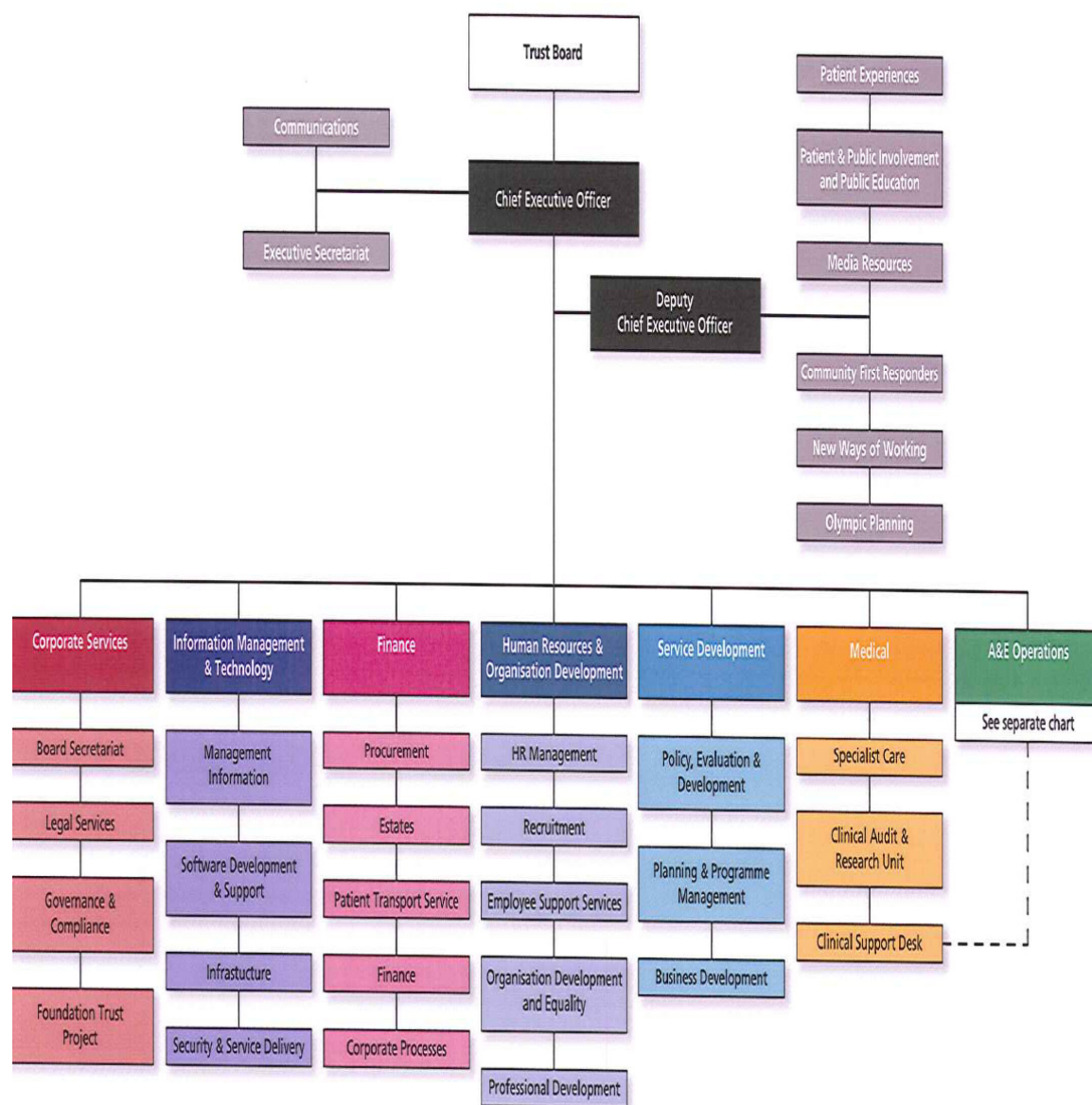
Larmcentralen dirigerar ambulansuppdrag enligt

- Kategori A (livshotande)
- Kategori B (allvarligt)
- Kategori C (varken livshotande eller allvarligt)

LAS hade tidigare som målsättning att lära allmänheten att larmnumret bara skulle användas för allvarliga akuta tillstånd. Denna tanke har man numera övergivet och har istället accepterat att allmänheten ringer 999 då man anser sig ha behov av ambulans och att det är larmcentralen som ska vara professionell nog att bedöma rätt insats och att hänvisa vidare om så bedöms riktigt.

Varje år mottar man ca 1,2 miljoner samtal via 999.

Organisationsschemat nedan ger en bild av LAS uppbyggnad och innehåll:



Sjuktransporter: Det finns en sjuktransportorganisation inom LAS för transport av patienter mellan sjukvårdsinrättningar och till hemmet. Denna organisation har konkurrens från privata företag som erbjuder samma service.

Emergency Bed Service är en avdelning som hjälper distriktsläkare, vårdcentraler och andra sjukvårdsinrättningar inom NHS att hitta lediga akutvårdsplatser.

Stora olyckor/terroristattacker: LAS ska ha beredskap och planer för att kunna klara prehospitäl insatser vid stora olyckor och terroristangrepp.

Sjukvårdsrådgivning erbjuds också av LAS. Om ett 999 samtal bedöms att inte vara livshotande eller allvarligt tar operatören reda på personuppgifter och telefonnummer. Patienten rings därefter upp av LAS team för telefonrådgivning. Förutom rådgivning kan detta team sända hem sjukvårdspersonal (A&E support team = ambulanssjukvårdare) till patienten. Dessa team har lägre kompetens än paramedics men kan erbjuda basal sjukvård.

Väntetidsmål

Väntetidsmålen (tiden räknas från att larmcentralen mottagit samtalet tills ambulansen är hos patienten) är nationellt fastställda och innebär att

- 75 % av Kategori A larm ska nås inom 8 minuter
- 95 % av Kategori A larm ska nås inom 19 minuter
- 95% av Kategori B larm ska nås inom 19 minuter

Under 2009 klarade LAS målen för kategori A men inte riktigt för Kategori B.

Journaler

Ambulansjournalerna skrivs på papper och i tre kopior varav ett går till ambulansledningen, ett till "clinical audit" och ett till mottagande sjukhus.

Ambulansorganisationen

Den operativa ambulansorganisationen är uppdelad på tre distrikt (södra, västra och östra). Varje distrikt är indelat i ett antal operationella områden (complexes). Totalt finns 26 complexes och inom dessa finns ca 70 ambulansstationer i Londonområdet.

Ambulansorganisationen använder en mängd olika typer av fordon för att klara uppgiften

- akutambulanser
- akutbilar
- motorcyklar
- cyklar
- helikopter (dock inte tillhörande LAS)
- transportambulanser
- bilar för frivilligarbetare

2009 utfördes totalt 973 909 ambulanstransporter, vilket var 3 procent fler än året innan.

Kompetens

I ambulanserna har man tre kompetensnivåer

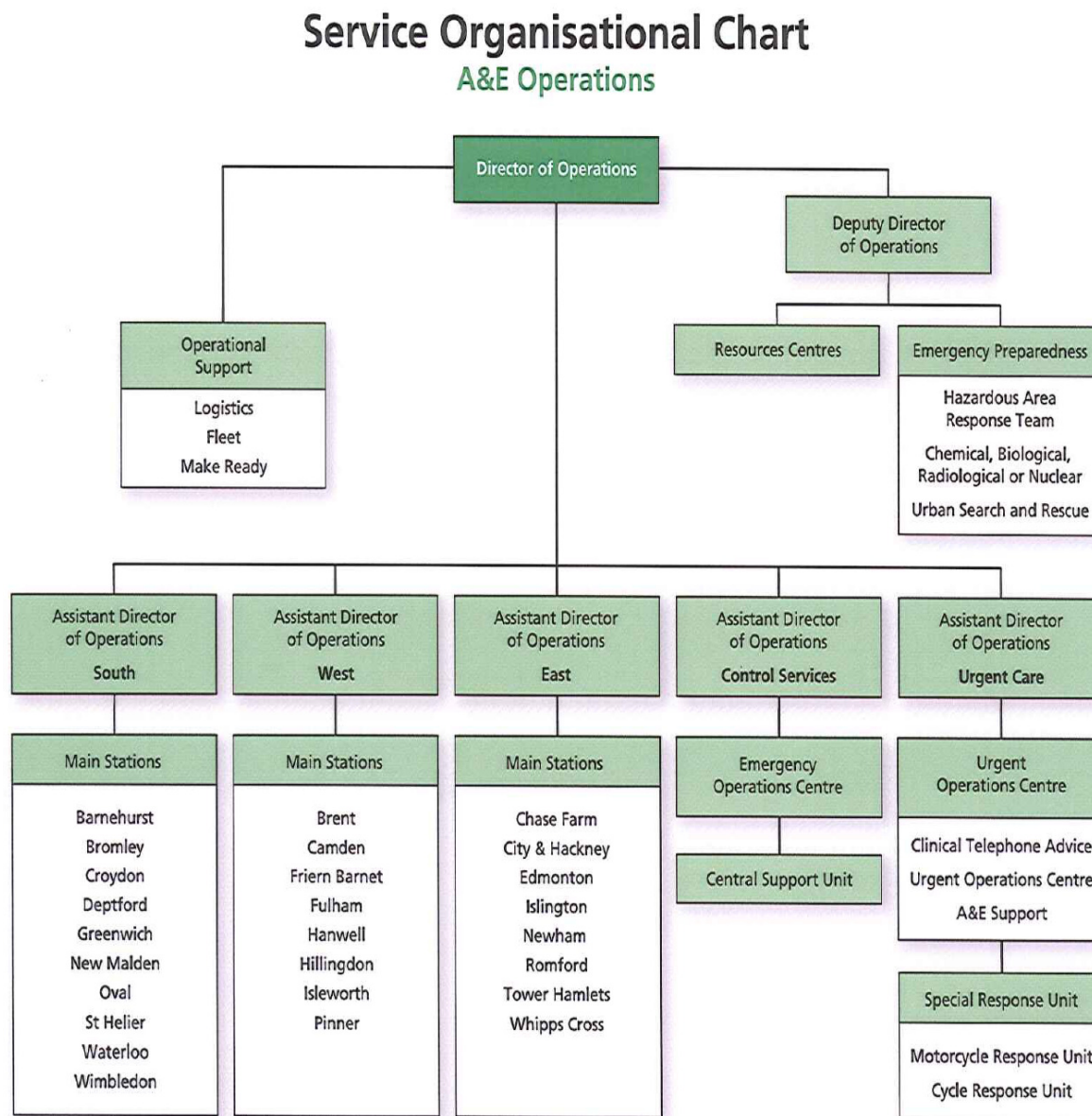
- Ambulans support (A&E support): Jämförbart med ambulanssjukvårdare och utbildningen sker inom organisationen med blandad teori och praktik.
- Paramedic: Efter tre års utbildning (i huvudsak internt) som "Student paramedic" blir man godkänd paramedic.
- Emergency care practitioner: Som paramedic kan man vidareutbilda sig till denna kompetensnivå. Utbildningstiden är 18 månader och sker i samarbete med St George's Hospital som är en del av University of London.

LAS samarbetar också med fyra universitet som erbjuder paramedics fördjupningsutbildning (Paramedic Science degrees) med lite olika inriktning.

Frivilligorganisation

Under senare år har man byggt upp och utbildat frivilliga (oavlönade) i hjärt- lungräddning (ambulance community responder volunteer schemes). De tjänstgör på ett schemalagt sätt och har fått utbildning i att bl a använda defibrillator. Tanken är att de ska vara så placerade att de hinner fram till patienten snabbare än ambulansen och kan starta hjärträddningen. Dessa frivilliga har specialdesignad utrustning och också fordon till sin hjälp.

Organisationskiss för ambulansavdelningen (A&E operations) inom LAS:



Ambulanshelikopter

I början av 80-talet gjorde The Royal College of Surgeons en utredning som visade att det var ett bristfälligt omhändertagande av svårt skadade personer i Londonområdet. Denna rapport resulterade i att en ambulanshelikopter kunde starta sin verksamhet 1989. Från och med 1990 är helikoptern stationerad vid Royal London Hospital.

Helicopter Emergency Medical System (HEMS) äger och driver verksamheten och är en fristående sk Charity. Driftkostnaden är 2.25 milj pund per år och den finansieras via donationer (ca 1 milj pund) och NHS.

Varje helikopterteam består av en mycket erfaren och kvalificerad traumaläkare, en paramedic och två piloter. Helikoptern har fram till nu varit operativ från kl 07.00 till 22.00 varje dag men från och med i vår ska helikoptern vara aktiv dygnet runt året runt.

Utalarmeringen sker via LAS larmcentral och helikoptern larmas till mycket allvarliga tillstånd och stora olyckor.

Vårdprogram, diagnostik, vårdkedja

LAS arbetar kontinuerligt med att utveckla vårdprogram och vårdkedjor. Sedan ett antal år har man blivit bättre på att diagnostisera hjärtsjukdom och transporterar dessa patienter i ökad grad direkt till rätt specialistsjukvårdsavdelning. Nästa steg i denna utveckling är att ta hand om strokepatienter på liknade sätt samt även patienter som utsatts för stort trauma.

Ett annat viktigt utvecklingsområde är att behandla fler patienter i hemmet, dvs att inte transportera dem till något sjukhus, att ge fler stöd via telefonrådgivning och att rekommendera patienter att söka vård hos distriktsläkaren eller stöd hos sociala myndigheter.

Styrning, utveckling

Regeringen tillsatte 2004 en utredning som skulle komma med förslag till att utveckla ambulanssjukvården inom NHS. Utredningen resulterade i ett program med rekommendationer för ambulanssjukvården och hur dessa skulle implementeras. Detta program har styrt utvecklingen sedan dess.

Programmets namn är: "Taking Healthcare to the patient: Transforming NHS Ambulance Services".

Huvudpunkterna är i korthet:

- Ambulansorganisationen ska omformas från att enbart ha varit fokuserad på trauma och akutsjukvård till att bli en mobil sjukvårdsresurs för hela NHS – att ta sjukvården till patienten i hela samhället.
- "Best practice" behöver anammas snabbare och innovationsarbetet för hur ambulansorganisationen ska samarbeta med övrig sjuk- och socialvård ska systematiseras.
- Inom de kommande fem åren (dvs nu 2010) ska ambulansorganisationen
 - öka kvalitet och svarsfrekvens samt klara snabbare utalarmering vid 999 samtal, markant öka antalet kliniska råd till uppringaren (hear and treat) samt arbeta mer integrerat med partners för att tillförsäkra patienter som behöver omedelbar hjälp kontinuerlig telefonrådgivning
 - erbjuda och samordna en ökad och varierad mängd mobil akutsjukvård till patienter som behöver omedelbar vård (see and treat)
 - erbjuda en ökad grad av andra insatser/råd t ex primärvård, diagnostik och hälsouppllysning
 - fortsätta att öka hastighet och kvalitet till patienter som behöver akut vård
- Effekterna av denna vision ska bli:
 - patienterna får ett ökat omhändertagande, får alltid rätt svar, redan första gången och i rätt tid.
 - fler patienter behandlas utanför sjukhus och potentiellt 1 miljon färre onödiga akuttransporter genomförs
 - större arbetstillfredsställelse för personalen
 - mer effektivt utnyttjande av NHS resurser
 - framsteg för egenvård och hälsouppllysning

5.7 Skillnader och likheter

I uppdraget ingår inte att värdera de andra huvudmännens organisationer som presenterats. Däremot redovisas nedan några iakttagelser i punktform kring skillnader och likheter dem emellan.

Antal invånare

- Stockholms läns landsting, 2 milj invånare
- Region Skåne, 1,2 milj invånare
- Landstinget i Värmland, 0,27 milj invånare
- Oslo-Akershus, 1,2 milj invånare
- Hovedstadsregionen (Köpenhamn), 1,6 milj invånare
- London, 7 milj invånare

Organisation

- Samtliga har en ”region”gemensam organisation uppdelad i verksamhetsdistrikt där driften kan vara i egen regi eller på entreprenad

FoU, kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning

- Utveckling och forskning finns i gemensam ”stabsfunktion”
- Kvalitetutveckling och –kontroll samt avvikelseuppföljning sker i gemensam ”stabsfunktion”

Egen regi kontra entreprenad

- Oslo och London – all verksamhet i egen regi
- Stockholm 70% entreprenad
- Värmland 15% entreprenad
- Skåne och Köpenhamn 100% entreprenad

Väntetidsmål

- Samtliga har fastställda utalarmerings- och väntetidsmål i minuter

Ambulansöverläkare

- Samtliga har ambulansöverläkare i sin ”region”gemensamma organisation
- Stockholms entreprenörer ska dessutom ha egna ambulansläkare
- Region Skåne ”fördelar” sina ambulansläkare på entreprenörerna

Larmcentraler

- Skåne, Stockholm, Värmland har avtal med SOS Alarm
- Oslo, Köpenhamn och London har larmcentralen inom den egna organisationen

Vårdprogram, vårdprocesser

- Arbetet med vårdprogram och vårdprocesser liknar vad som gjorts och görs inom VGR även om man har kommit olika långt.

Behandling på plats

- Oslo avviker från övriga genom att arbeta enligt riktlinjen ”load and go”

Journaler

- Köpenhamn, Stockholm, Skåne har eller på väg att införa elektronisk journal. Köpenhamn är på väg att utveckla teknik som innebär att ambulansjournalen kan kommunicera med övriga journal-system
- Oslo och London har pappersjournal

Sjukvårdsrådgivning

- Inte i ambulansorganisationen: Oslo, Skåne, Stockholm
- Inom ambulansorganisationen: Köpenhamn, delvis London

Sjuktransporter (liggande och vård)

- Inom organisationen: Skåne, Oslo, Köpenhamn, delvis London, Värmland
- I egen org (entreprenör): Stockholm

Helikopter

- Värmland och Skåne har för närvarande inte ambulanshelikopter

6. Helikoptern i samhällets tjänst (SOU 2008:129)

I december 2008 presenterades den statliga utredningen ”Helikoptern i samhällets tjänst” av utredaren Leni Björklund. Helikopterutredningens uppdrag var att se över hur den offentliga sektorns användning av helikoptertjänster kan bli mer effektiv genom bl a ett ökat samutnyttjande.

De huvudsakliga offentliga helikopterverksamheterna är

- Rikspolisstyrelsens polisflyg med 6 helikoptrar
- Sjöfartsverkets 5 helikoptrar för Search & Rescue (SAR) som upphandlas
- Landstingen/regionernas 7 ambulanshelikoptrar som upphandlas
- Försvarsmaktens helikopterflottilj som ska bestå av 48 helikoptrar

Utredningens förslag för den luftburna ambulanssjukvården

Den luftburna ambulanssjukvården inkluderar landstingen/regionernas ambulanshelikoptrar och ambulansflygplan, statens Svenska ambulansflyget nationella (SNAM) samt en ambulanssjukvård som bedrivs i Sjöfartsverkets SAR-helikoptrar och Försvarsmaktens helikoptrar och flygplan.

Utredningen konstaterar att den luftburna ambulanssjukvården är svagt integrerad. När det gäller landstingens helikoptrar finns ingen central samordning och endast 7 av 21 landsting/regioner har en egen resurs.

Helikopterutredningen föreslog att det bildas ett nationellt bolag för luftburen ambulanssjukvård för att upphandla, förvalta och utveckla den luftburna ambulanssjukvården i form av ambulanshelikoptrar, ambulansflyg och SNAM. Vidare ska bolaget samordna den ambulanssjukvård som bedrivs i SAR-helikoptrarna. Bolaget ska även samverka med Försvarsmakten kring luftburen ambulanssjukvård. Ett av syftena med bolaget är att stärka den katastrofmedicinska förmågan.

Utredningen har hittills inte medfört att regeringen kommit med något förslag i frågan.

Fortsatta processen inom VGR och SKL

Utifrån synpunkter på samordning och kostnadseffektivitet har diskussioner under hösten 2009 förts om inriktning för Västra Götalandsregionens ambulanshelikopterverksamhet. Västra Götalandsregionen har också tagit initiativet till ett flertal möten med Norrbottens läns landsting och Sjöfartsverket angående samordning och samarbete parterna emellan. Även här konstaterades bristen på samordning och samarbete mellan landstingen och andra statliga myndigheter. Tydliga möjligheter till förbättringar finns.

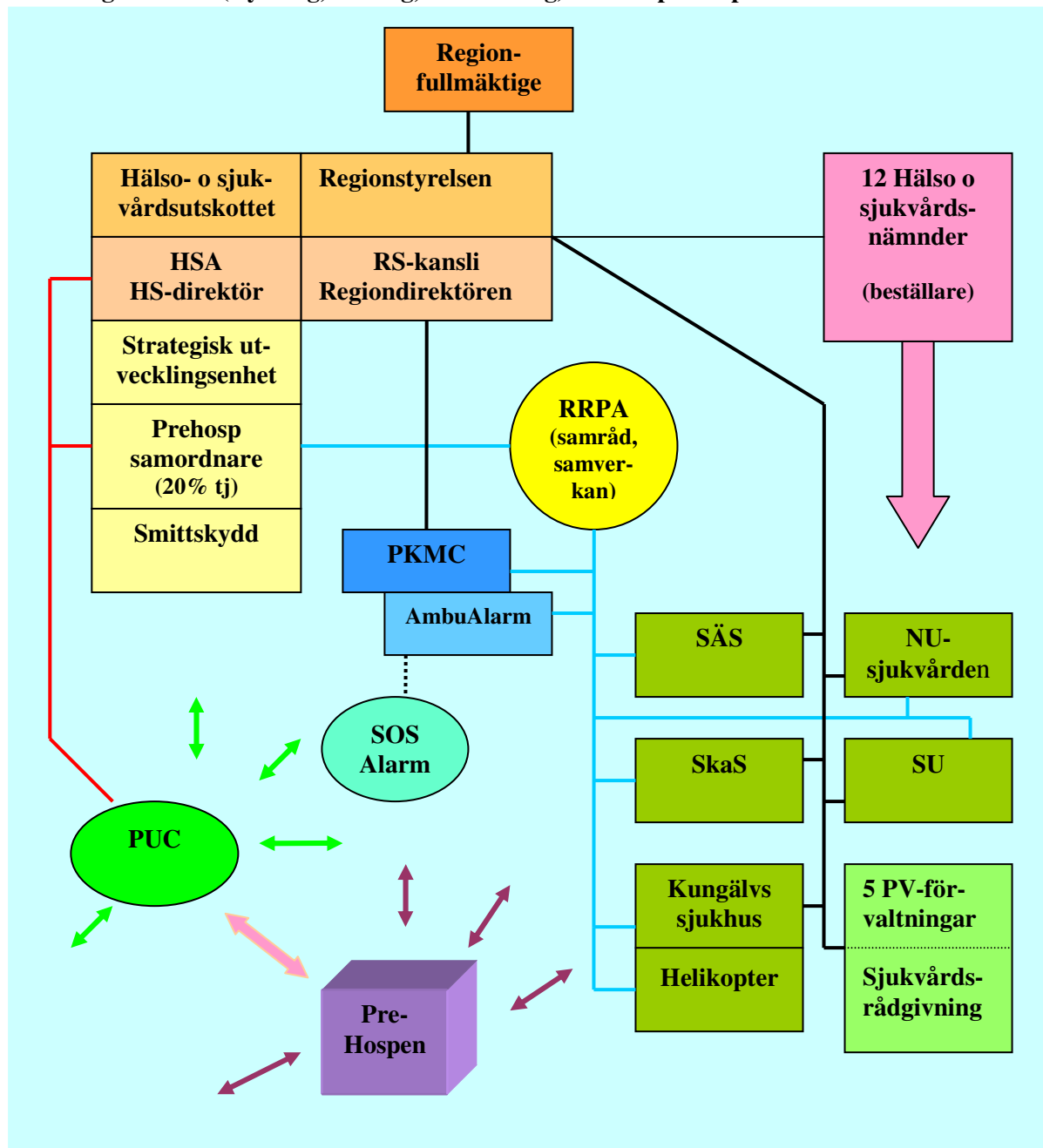
Regionstyrelsen fattade under hösten 2009 om att ”köpa loss” nuvarande ambulanshelikopter och på så vis få en tydligare rådighet över infrastrukturen för verksamheten. Samtidigt tog Västra Götalandsregionen initiativ i landstingsdirektörsgruppen om att få i uppdrag att se över möjligheten att bilda ett nationellt samarbete/organisation rörande ambulanshelikopterverksamheten samt eventuellt också samarbete med Sjöfartsverket beträffande bl a back-up kapacitet.

Landstingsdirektörsgruppen har under våren gett uppdrag till SKL, Västra Götalandsregionen, Värmland och Norrbottens läns landsting att ta fram en uppdragshandling och påbörja utredning. Parallellt med detta diskuterar Västra Götalandsregionen tillsammans med Sjöfartsverket och andra berörda landsting alternativ till nuvarande operatörsdrift av framtida helikopterverksamhet.

7. Beskrivning av prehospitala organisationen, roller och intressenter inom VGR

I detta avsnitt beskrivs den prehospitala organisationen inom VGR och den uppgift de har.

VGRs organisation (styrning, ledning, finansiering) för den prehospitala verksamheten



Svart linje beskriver ledningssamband, blå linje samverkanssamband och röd linje "huvudmannaskap". Förkortningar och begrepp förklaras i texten nedan.

7.1 Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU), hälso- och sjukvårdsavdelningen (HSA)

HSU är ett av utskotten inom regionstyrelsen och har det övergripande ägaransvaret för hälso- och sjukvården inklusive den prehospitla akutsjukvården. Utskottet fastställer och följer upp ägaruppdraget för den prehospitla verksamheten som sjukhusgrupperna driver. HSU finansierar ambulanshelikoptern via ett riktat anslag till Kungälv's sjukhus.

HSA har till uppgift att stödja HSU samt regionstyrelsen i regionövergripande strategiska hälso- och sjukvårds- samt tandvårdsfrågor.

Avdelningen bereder bl a ärenden som gäller

- långsiktiga utvecklings- och inriktningsfrågor
- strukturfrågor
- regionövergripande verksamhetsutvecklings-, kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor
- regiongemensamma medicinska riktlinjer samt
- strategier för regionens hälso- och sjukvård samt tandvård

Inom HSAs enhet för strategisk utveckling finns en prehospital samordnare med medicinsk kompetens som bland flera andra uppgifter löpande följer den prehospitla verksamheten (ca 0,20 tjänst). Samordnaren ingår i Regionalt Råd för Prehospital Akutsjukvård (RRPA) och VGR's Prehospitala Utvecklings Centrum (PUC).

7.2 Hälso- och sjukvårdsnämnderna

De tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) inom VGR är befolkningens företrädare och svarar för beställning och uppföljning av hälso- och sjukvård ur ett lokalt medborgarperspektiv. Hälso- och sjukvårdsnämnderna analyserar behoven av hälso- och sjukvård och träffar överenskommelser med utförarna om den vård som ska erbjudas medborgarna.

HSN finansierar den prehospitla akutsjukvården genom en s k riktad beställning till de fyra sjukhusgrupperna och Kungälv's sjukhus.

7.3 Sjukvårdsrådgivningen 1177

Sjukvårdsrådgivningen är organisatoriskt inordnad i primärvården och är uppdelad i fyra enheter – Fyrbodalen, Skaraborg, Södra Älvsborg och Göteborg som inkluderar södra Bohuslän. Sedan 2008 är rådgivningen öppen dygnet runt vid de fyra enheterna.

VGR har varit anslutet till det nationella ”Vårdråd per telefon 1177-systemet” sedan 2006 och det har skett en markant utökning av verksamheten allt sedan dess med fler sjuksköterskor samt mer samordnad och utvecklad teknik.

Prioriterat mål för 1177 är att 90 procent av samtalen ska besvaras inom 3 minuter. Detta mål uppnås inte ännu inom VGR.

Antalet rådgivningssjuksköterskor uppgick 2009 till ca 150 och de besvarade ca 665 000 samtal.

1177-systemet ägs av SKL och som bl a ansvarar för utveckling av det gemensamma beslutsstödet samt utbildning av personalen. Ambitionen är att samtliga regioner/landsting ska vara anslutna till 1177-systemet men fortfarande har ett antal ännu inte anslutit sig.

1177-systemet består av tre delar

- Telefonrådgivning via telefonnummer 1177
- Egenvårdsbok
- Vården på webben via www.1177.se

7.4 Smittskyddsenheten

Smittskyddsenheten är en myndighet med övergripande mål att minska spridning av smittsamma sjukdomar. Detta arbete bedrivs på många olika sätt och i uppgifterna ingår att:

- Se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar.
- Ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk.
- Se till att förebyggande åtgärder vidtas.
- Stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskydd i arbetet mot smittsamma sjukdomar och, när det behövs, ge råd om lämpliga åtgärder.
- Följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats.
- Bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisen.
- Fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

Organisatoriskt ligger smittskyddsenheten under hälso- och sjukvårdsavdelningen samtidigt är enheten en myndighet som lyder under Smittskyddslagen och Socialstyrelsen.

Förutsättningen för en god funktion är ett öppet arbetssätt och Smittskyddsenheten har ett brett kontaktnät ut i vården och samhället. Förutom allmänheten är kommunernas miljöförvaltningar, läkare, sjukvårdsrådgivningen och vårdcentraler viktiga länkar i att rapportera onormala händelser och kommunicera information.

Inom VGR finns fyra kontor, Borås, Göteborg, Skövde och Uddevalla, med totalt 28 personer anställda (22,5 tjänster). Av dessa är sju läkare, nio smittskyddssjuksköterskor, fem hygiensjuksköterskor och en epidemiolog.

Budgeten är på ca 90 milj kr varav ca 75 milj kr finansierar labbkostnader och läkemedel utskrivna enligt smittskyddslagen.

7.5 Västra Götalandsregionens Prehospitala UtvecklingsCentrum (PUC)

Västra Götalandsregionens Prehospitala Utvecklingscentrum bildades år 2008 mot bakgrund av att regionen tidigare givit Institutionen för vårdvetenskap vid Högskolan i Borås uppdraget att bilda och driva Kunskapscentrum PreHosp. I samband med att ett stort forskningsanslag från det norska företaget Laerdal Medical Foundation beviljades 2008 väcktes idén om ett utvecklingscentrum i form av kontakt- och nätverksorgan.

Syftet med PUC är att förbättra förutsättningarna för en framgångsrik forskning och snabb praktisk omsättningen av forskningsrönen för utveckling av den prehospitala vården. Metod- och teknikutveck-

ling skapar successivt en högre kvalitet i vården vilket påtagligt ökat patientens möjlighet till överlevnad och en god rehabilitering. Genom detta centrum knyts ett stort antal kvalificerade resurser ihop inom sjukvården, universitet och högskolor och industri. Dessa resurser bildar olika cluster beroende på de områden som finns att utforska och utveckla.

Ekonomi

PUC är i huvudsak finansierat av VGR och lokaliserat till Institutionen för vårdvetenskap vid Högskolan i Borås. Budgeten är ca 1,4 milj kr varav VGRs anslag är 1 milj kr och Högskolan i Borås 0,3 milj kr.

7.6 Regionalt Råd för Prehospital Akutsjukvård (RRPA)

I slutet av 2003 beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören att inrätta Regionalt Råd för Prehospital Akutsjukvård (RRPA) som bl a ersatte den tidigare Regionala Ambulansgruppen.

Ledamöter

- Verksamhetschefer/motsvarande i den i egen regi drivna ambulansverksamheten
- Ambulansöverläkare inom den i egen regi drivna ambulansverksamheten
- Beredskapschef och beredskapsöverläkare
- Enhetschefen vid AmbuAlarm
- HSAs prehospitala samordnare
- Ev adjungerade

Huvudfunktion

- Regionalt samverkansorgan för såväl medicinska som verksamhetsrelaterade frågor och forum för samråd och verksamhetsutbyte.
- Referensorgan och remissinstans som härigenom tillför hälso- och sjukvårdsutskottet och regionstyrelsen och deras kanslier medicinsk och regionalt verksamhetsrelaterad sakkunskap.

Rådets roll är rådgivande.

Uppgifter

- Verka för gemensamma medicinska prioriteringsgrunder, behandlingsanvisningar, uppföljning och utveckling
- Initiera och/eller utarbeta förslag till regionala behandlingsanvisningar, samordna och följa upp behandlingsanvisningar samt verka för att behandlingsanvisningar efterlevs samt verka för utmönstring av förlegade metoder
- Samverka med de medicinska sektorsråden och övriga råd för att medicinskt kvalitetssäkra den prehospitala akutsjukvården för olika sjukdomsgrupper samt verka för att lika vård skall kunna ges till regionens alla invånare
- Verka för god kvalitet och utarbeta normer för kvalitetsuppföljning
- Delta i arbetet med utveckling av nya verksamhetsbeskrivningar och regional administrativ praxis
- Verka för vårdkedjesamverkan med Sjukvårdsupplysningen och SOS Alarm
- Verka för behandlingskontinuitet och samverkan med specialistvård, primärvård och kommuner samt att tillfredsställande informationsutbyte rån ambulanssjukvården sker med berörda vårdenheter vid överföring av patienter.
- Verka för kostnadseffektiv verksamhet
- Verka för spridning och implementering av aktuella rapporter inom prehospital vård
- Verka för ett val fungerande samarbete kring utbildning i alla dess led mellan regionens enheter för prehospital akutsjukvård.
- Initiera FOU-projekt

- På eget initiativ göra framställningar till uppdragsgivarna i frågor som bedöms vara angelägna för verksamhetens utveckling

Uppdragsgivarna, dvs regiondirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören, kan utöver ovanstående lämna särskilda uppdrag inom rådets ansvarsområde.

7.7 Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (PKMC) och AmbuAlarm

Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (PKMC) ansvarar för att det finns en katastrofmedicinsk beredskap i Västra Götalandsregionen. För att kunna hantera en allvarlig händelse eller katastrof måste ständig analys göras av vilka risker som finns i regionen, vilka konsekvenser en händelse kan få och vilka resurser som finns tillgängliga. PKMC ska bedöma sannolikheten för att något ska hända, förbereda för insatser samt utbilda och öva personalen.

Under senare år har PKMC satsat på forskning och utveckling inom fältet katastrofmedicin genom att engagera intresserade forskare inom området. Resultatet av denna medvetna investering har varit ett antal publikationer, pågående och planerade projekt samt deltagande i olika nationella och internationella möten. En doktorand arbetar för närvarande med sin doktorsavhandling om validering av olika triage-metoder och ytterligare doktorandarbeten planeras.

Som en särskild enhet inom PKMC finns **AmbuAlarm** som är regionens nya enhet (startade 2009) för styrning, utveckling och uppföljning av ambulansalarmering, prioritering och dirigerings. AmbuAlarm är regionens beställarenhet för larmtjänster och utgör gränssnittet mellan regionens prehospitala aktörer och SOS Alarm. I detta uppdrag ligger även att införa det nya radiosystemet RAKEL, samt att utveckla övriga kommunikationsvägar i det prehospitala området.

AmbuAlarm disponerar en egen larmcentral som bland annat används för monitorering av verksamheten samt som backup vid stora påfrestningar på huvudcentralen hos SOS Alarm.

Personal

Inom PKMC inklusive AmbuAlarm arbetar 18 personer (16,2 nettoårsarbetare)

Ekonomi

Kostnaden för 2009 var 6,9 milj kr för PKMC och för AmbuAlarm ca 2,7 milj kr, varav 2 milj kr finansierades via sjukhusen.

Väsentliga händelser/förändringar sedan 2005-06

I detta avsnitt redovisas de händelser och förändringar som redovisats av chefen för PKMC.

Kompetenshöjning

- utökad antal läkartjänster
- utbildningsinsatser för ny personal
- samordning, samverkan, ledning vid större händelser
- utbildnings- och övningsverksamhet
- medverkan i nationella och internationella grupper
- lärdomar från pandemin 2009

Utökning/minskning av verksamheten

- utökad antal tjänster (läkare, sjuksköterskor, doktorand)
- utökad FoU-verksamhet
- utökade åtaganden från Socialstyrelsen och MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap)
- Ökat antal larm till Regional tjänsteman och Regional beredskapsläkare

- sakkunskap ökat lokalt, regionalt, nationellt och internationellt inom ämnesområdet
- uppdrag att svara för regionens åtagande enligt lag beträffande personal till internationella stöd-styrkan

Organisationsförändringar

- verksamhetsområdet AmbuAlarm har tillkommit inom PKMC

Ekonomi

- på grund av sparbeting 2010 har PKMC:s regionbidrag minskat
- statsbidrag (SoS) till utbildning och övning har minskat
- statsbidrag (SoS) till ”beredskapsplanering” har upphört
- FoU-verksamhet med forsknings- och utredningsbidrag externt har ökat
- försäljning av utbildningar har ökat och gett mer intäkter

Utvecklingsprojekt

- FoU-verksamhet
- internationellt samarbete inom och utanför EU
- samverkan civil och militär sjukvård
- evakuering av sjukhus
- publika evenemang
- utbildningskoncept inom EU m fl länder
- förmågeanalyser (Storstad, Mellanstad)

7.8 Sjukhusgruppernas ambulansorganisationer

Ansvar för driften av ambulansverksamheten ligger på respektive sjukhusgrupp samt Kungälv's sjukhus. Kungälv's sjukhus har också ekonomiskt och administrativt ansvar för ambulanshelikoptern. Verksamheten styrs dels av regiongemensamma mål som beslutas av HSU i form av ägaruppdrag, dels genom avtal med hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN). De regiongemensamma målen utvecklas av respektive sjukhusgrupp genom s k ”balanserat styrkort”.

HSN finansierar verksamheten genom s k riktat avtal med respektive sjukhusgrupp.

Styrelserna och sjukhusdirektören för respektive sjukhus beslutar inom ramen för ägaruppdraget själva över hur verksamheten ska vara organiserad och om den ska drivas i egen regi eller genom entreprenad.

7.8.1 Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)

Några data

Fler mer kompletta verksamhetsuppgifter uppgifter redovisas i utredningens del 1:2.

| | Antal |
|-------------------------------|---------|
| Invånare | 644 392 |
| Dygnsambulanser | 12 |
| Dagambulanser | 5 |
| Sjuktransportfordon | 10 |
| Ambulansbåt | 1 |
| Ambulansstationer | 9 |
| Egen regi: | |
| % av totala ambulansstimmarna | 14 |
| Total kostnad 2009 kkr | 148 830 |

Entreprenör: Falck ambulans AB

Väsentliga händelser/förändringar sedan 2005-06

Nedanstående avsnitt är en nedkortad version av vad verksamhetschefen beskrivit.

Organisationsutveckling

En organisationsförändring har genomförts i syfte att integrera ambulanssjukvården i övriga SU. Ambulanssjukvården är nu en naturlig del i utveckling av akutvårdkedjan gällande alla patientgrupper och ingår i en ledningsgrupp i SU med fokus på akutmedicinska patienter.

En annan organisationsförändring har syftat till erbjuda patienten högre vårdkvalitet, bl a genom att införa prehospita läkare och en tjänst med forskarkompetens. Detta skapar förutsättningar för samverkan med sjukhusets specialister och underlättar utvecklingen av nya vårdkedjor, bland annat s k Fast track samt FoUU.

Inför att nuvarande avtalsperiod löper ut 2012 se över förutsättningar för ytterligare integrering i sjukhuset. En fysisk placering av ambulanser på sjukhuset ses som en viktig förutsättning och förstärkning av den kultur som ligger till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Upphandling

Som första organisation i regionen genomförde SU en s k urvalsupphandling. SU har nu vårdgivaransvar, två ambulanser och en akutläkarbil i egen regi. SU har aldrig tidigare haft verksamhet i egen regi. En ambulansbåt, som ingår i Falcks uppdrag, inrättades samtidigt.

Ekonomi

Antalet ambulansstimmar är 119 159/år vilket innebär att SU är en av de organisationer som har minst antal ambulansstimmar/inv i Sverige. Under 2010 finns planer på att utöka antalet ambulansstimmar för att kompensera den ökande volymen patienter.

Verksamhetsinriktning

Ambulanssjukvården i SU har utmärkt sig och varit nationell förebild i den utveckling som nu sker inom svensk ambulanssjukvård. Det har inneburit mycket arbete att skapa ett klimat och en kultur med fokus på utsatta och svaga patienter. Att arbeta gränsöverskridande tillsammans med övriga ambulansorganisationer, vilket redan i dag fungerar bra, står inte i konflikt med det målmedvetna vårdkedjearbetet in i sjukhuset.

Exempel på vårdkedjor som bedrivits i samarbete med specialister på sjukhuset och som har varit mycket framgångsrika:

- **HIA direkt**, en vidareutveckling av styrning av hjärtpatienter som fungerat sedan 80-talet men nu utvecklats ytterligare.
- **Från hallmattan till röntgenbordet**, en modell som nu är en nationell förebild för vårdkedjan gällande patient med misstänkt höftfraktur. Tiden på akutintaget för dessa patienter har minskat med flera timmar
- **Hjärnvägen** är numera en SU-övergripande standardvårdplan för patienter med stroke som ej är lämpade för trombolys. Tiden från larm till säng på strokeenhet är nu 1 tim att jämföra med 5,5 timmar som patienten tidigare låg o väntade på akutintaget.
- **Åldersstigen**, geriatriska patienter transporteras nu direkt till geriatrisk vårdavdelning efter prehospita l bedömning. Detta är en mycket skör grupp och vi förväntar oss positiva resultat för dessa patienter som tidigare låg upp till 7 timmar på akutintaget.
- **Öppet spår** ett samarbete med primärvården Hisingen i syfte att kunna hänvisa patienter efter prehospita l bedömning till primärvården. Inom SU har detta inte varit möjligt tidigare.
- Samtliga modeller är under vetenskaplig granskning och ingår som delarbeten i olika avhandlingar inom SU men även nationellt.

Pre-METTS: Ett Prehospital triagesystem utvecklat inom SU och som nu är nationellt på de platser där man använder METTS triage hospitalt. Prehospital triage är en förutsättning för att utveckla modellen Fast track och vårdkedjor.

Inom SU har ett arbete startats för att minska väntetiden på akutintagen i enlighet med ett regionalt krav. Fokus är på tre frågor gällande utveckling och styrning av patienter:

- Att fördela patienterna på de olika akutintagen och vårdavdelningarna i hela SU för att jämna ut "belastningen".
- Utveckla nya metoder för Fast track i syfte att om möjligt "passera förbi" akutintaget.
- Avtransport från akuten.

SUs arbete med att utveckla ambulansverksamheten har uppmärksammats både internt och externt bl a kan nämnas:

- SU kvalitetspris 2006
- Regionens jämställdhetspris 2006
- Hedersnämmande Röntgenveckan 2007
- 1:sta pris kvalitetsmässan 2009
- Utvalt examensarbete för läkarstudenter presenterades i Berlin 2009
- Nominerad till Guldkalappen 2007
- Publicering i olika tidskrifter såväl internationellt som nationellt

7.8.2 NU-sjukvården

Några data

Fler mer kompletta verksamhetsuppgifter uppgifter redovisas i utredningens del 1:2.

| | Antal |
|-------------------------------|---------|
| Invånare | 272 135 |
| Dygnsambulanser | 18 |
| Dagambulanser | 5 |
| Sjuktransportfordon | 9 |
| Ambulansstationer | 16 |
| Egen regi: | |
| % av totala ambulansstimmarna | 40 |
| Total kostnad 2009 kkr | 149 064 |

Entreprenörer: Falck AB, SEMA Ambulans AB och West Ambulans AB

Väsentliga händelser/förändringar sedan 2005-06

Nedanstående avsnitt är en nedkortad version av vad verksamhetschefen beskrivit.

2005

- Nytt Ambulansavtal med följande entreprenörer: Ulfab AB (numera Falck), Dalsland, SEMA-Ambulans AB, Bohus – Norr och West-Ambulans AB, Bohus – Väst
- Dagambulans Strömstad ändras till dygnsambulans
- Omplacering av
 - dygnsambulans från NÄL till Lextorp
 - dygnsambulans från Lysekil till Hallinden
 - dygnsambulans från Åmål till Mellerud

- dygnsambulans från Bäckefors till Dals-Ed
- dagambulans från Bäckefors till Åmål
- dagambulans från Uddevalla till Färgelanda

- NU-sjukvården övertar ambulansstationerna i Uddevalla och Munkedal. Trestadsambulansen bildas med stationerna Uddevalla, Munkedal, Färgelanda, NÄL, Vänersborg och Lextorp

2006

- Ny ambulansstation i Hallinden
- Akutbil dagtid i Uddevalla indras på grund av besparingar
- Minskning av personal, översyn av aktiv tid och jouruttag på dygnsambulanser, individuella arbetsscheman

2007

- Utvecklingsprojekt (Kollegial handledning) inom Trestadsambulansen med FOU medel
- Ny ambulansstation i Kungshamn
- Trafiksäkerhetspolicy gemensam för NU-sjukvården
- Liggande sjuktransporter övertas från Taxi
- Akutbil dygn Trollhättan förändras till specialambulans med inriktning på IVA och kuvös transporter
- Medicinakuten Uddevalla sjukhus stänger nattetid
- Ambulansdirigeringsprojekt riktat mot primärvårdsmottagningar i FyrboDal

2008

- West-Ambulans ISO-certifierade
- Sjukvårdsledning vid olycka och katastrof. Samtlig ambulanspersonal inom NU-sjukvården
- Ulfab-gruppen övertas av Falck-Ambulans
- SEMA-Ambulans SITS- utbildning säkerhet till sjöss
- Projekt Vård 2010
 - Utökning en dagambulans i Lysekil
 - Utökning en dygnsambulans i Uddevalla
 - Utökning en transportambulans för transporter mellan Uddevalla sjukhus och NÄL
- Rädda Hjärnan utökas till hela dygnet
- Medicinakuten Uddevalla sjukhus stängs, direktinläggning av MÄVA patienter

2009

- Bemötandebildning Trestadsambulansen
- Medarbetarskap & ledarskap för all personal inom Trestadsambulansen 25 timmar per medarbetare
- Utbildning i CBRNE händelse för samtlig ambulanspersonal inom NU-sjukvården
- Kirurgakuten Uddevalla sjukhus stängs. Närakuten öppnar i Uddevalla
- Nytt samarbetsavtal med Norge (Östfold) om prio 1 patienter till Fredrikstads sjukhus samt ambulanstransporter med båt från Hvaleröarna
- Indragning av en dygnsambulans i Uddevalla
- SEMA-Ambulans ISO-certifierade
- All personal utbildad i METTS

2010

- Projekt optimala informationsvägar inom Trestadsambulansen
- Falck-Ambulans förnyad certifiering gällande kvalitetssystem. Ny certifiering av arbetsmiljö och miljö
- Samarbetsprojekt med Falck- Ambulans, Dalsland angående introduktionsutbildning för nyanställda.

- Införande av utandningsprov (alkotest personal) Trestadsambulansen
- Traumaenheten flyttas från Uddevalla sjukhus till Akutmottagningen NÄL, Hjärnvägen startar till medicin NÄL
- Pilotstart Samverkande sjukvård (ambulans-primärvård-hemsjukvård) i Strömstad och Tanum

7.8.3 Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS)

Några data

Fler mer kompletta verksamhetsuppgifter uppgifter redovisas i utredningens del 1:2.

| | Antal |
|-------------------------------|---------------|
| Inwånare | 285 329 |
| Dygnsambulanser | 11 |
| Dagambulanser | 4 |
| Sjuktransportfordon | 5 |
| Ambulansstationer | 9 |
| Egen regi: % | |
| | 100 |
| Total kostnad 2009 kkr | 98 448 |

Väsentliga händelser/förändringar sedan 2005-06

Nedanstående avsnitt är en nedkortad version av vad verksamhetschefen beskrivit.

Organisationsförändringar/utveckling

Tidigare var ambulansstationerna Svenljunga, Lerum, Herrljunga och Ulricehamn på entreprenad men drivs nu i egen regi.

En 10%-ig reduktion av antalet medarbetare (12 personer) i ledning, stab och ambulanspersonal är genomförd.

En integrering av ambulanssjukvården in i slutenvården har varit ett strategiskt viktigt arbete för att kunna utveckla ambulanssjukvården i enlighet med övrig sjukvårdsverksamhet.

Ambulanssjukvården är en verksamhet som kompetens- och resursmässigt kan liknas vid och användas som mobila akutmottagningar. Förankringsarbetet med att föra ut denna kunskap har varit en viktig förutsättning för arbetet med att utveckla vårdkedjor. Ambulanssjukvården har en viktig roll då det gäller att föra rätt patient till rätt vårdnivå.

Ekonomi

Besparingarna i verksamheten har främst gjorts genom

- Förändrad jourutläggning
- Borttagande av överlappande scheman
- Minskning av ambulanspersonalens planerade utbildnings-/utvecklingstid
- Minskning av antalet avdelningschefer

Kompetens och kompetenshöjning

Kompetensutvecklingen har varit mycket stor. Det är nu bara ett fåtal sjuksköterskor inom verksamheten som inte är specialistutbildade. För 10 år sedan var kvinnor sällsynta i SÄS ambulansverksamhet, nu är det 60% män och 40% kvinnor. Löner och ansvarsområden är jämställda. Det finns ett stort mer-

värde i kombinations/rotationstjänster. Fler medarbetare roterar mot akutvårdcentralen, SOS alarm, helikoptern, anestesiavdelning och PreHospen.

All utbildning registreras i ett verktyg som heter TILDA (Tool for Interactive Learning and Daily Assistance) i vilket man via s k kompetenskort får personalen att genomföra årligen återkommande kunskapskontroller. Registreringen kompletteras med praktiska kontroller.

PreHospen (högskolan i Borås) och SÄS ambulanssjukvård har ett nära samarbete och även ett s k ”Utbildningsråd”. Detta innebär att den forskning som studenterna på magisternivå utför till stor del är riktad mot områden som ambulanssjukvården önskar få belysta. Sedan ett år tillbaka arbetar en sjuk-sköterska halvtid som forskningssjuksköterska i LINDRA-studien och halvtid i ambulans.

På den nationella ambulanskongressen FLISA 2009 var SÄS ambulansverksamhet väl presenterad (5 av 22 s k postrar).

Utveckling och utvecklingsprojekt

Ambulanspersonal finns i SÄS processteam för höftfraktur, hjärtsvikt och sepsis. Effektivare patientflöden, s k ”raka spår”, innebär att patienten transporteras direkt till specialistavdelning (röntgen, HIA, PCI etc)

Befintliga och planerade vårdkedjor är:

- **HIA direkt**, raka spåret för hjärtpatienter
- **Rädda hjärnan**, raka spåret för stokepatienter
- **Från hallmattan till röntgenbordet**, raka spåret för patienter med misstänkt höftfraktur
- **Hjärnvägen**, raka spåret för patienter med stroke som inte är lämpade för trombolys

Det prehospitla triageringssystemet pre-METTS är infört i verksamheten. I samverkansgruppen för primärvård-kommun-ambulans har långt gående diskussioner förts om METTS-PV för att kunna styra patienter till primärvården i framtiden.

Teamarbetet har varit framgångsrikt. Medarbetare som i vardagen utför patientvård har ett delegerat mandat att sköta stora delar av den dagliga driften och lösa de eventuella problem som dyker upp i vardagen.

Därutöver finns ledningsstyrda uppdrag som är/kan vara kliniköverskridande. Syftet är att skapa goda förutsättningar för förbättring, utveckling och forskning. Chefens roll vid teamstruktur är att vara närvarande för att kunna stödja och följa upp teamens arbete.

Den dagliga styrningen sker med mål som utgår från och skapar bestående värden för patienterna. Teamen ansvarar för att mäta och utvärdera målen. På så vis ansvaras för och drivs förändringsarbetet i linjeorganisationen och inte av externa resurser.

IVPA (I Väntan På Ambulans)

I samverkan med räddningstjänsten har ett IVPA-koncept skapats som i huvudsak bygger på ett utbyte av tjänster mellan räddningstjänsten och ambulanssjukvården.

7.8.4 Skaraborgs Sjukhus (SkaS)

Några data

Fler mer kompletta verksamhetsuppgifter uppgifter redovisas i utredningens del 1:2.

| | Antal |
|------------------------|---------|
| Invånare | 256 537 |
| Dygnsambulanser | 11 |
| Dagambulanser | 9 |
| Sjuktransportfordon | 5 |
| Ambulansstationer | 9 |
| Egen regi : % | 100 |
| Total kostnad 2009 kkr | 119 331 |

Väsentliga händelser/förändringar sedan 2005-06

Nedanstående avsnitt är en nedkortad version av vad verksamhetschefen beskrivit.

2005

- Sammanläggning av ambulansstationer
 - Mariestad/HOVA (tidigare Mariestad+Töreboda+Gullspång)
 - Mölltorp (tidigare Karlsborg+Tibro+Hjo)
- Förhandling klar med kommunal om fördelning sjuksköterska och ambulanssjukvårdare/station (70 - 30 %)
- Projekt med införande av instruktörer och en 100% driftsansvarig medarbetare
- Kirurgakuten Sjukhuset i Lidköping stänger nattetid 1/3 utökning av ambulansberedskap
- Planer på minskning av antalet nattambulanser skrinläggs

2006

- Tre ambulansområden med var sin arbetsledare och två teamledare startar
- Satellitprincipen slutförs (Vara, Hova, Tidaholm)
- På grund av nya arbetstidsregler (KNAS/EU) ökar antalet personer per dygnsbil från 7 till 9. Kostnad 12 Mkr
- TILDA börjar användas
- Ambulansverksamheten flyttar till "Område kirurgi" och slås ihop organisatoriskt under hösten med akutmottagningen KSS
- Ambulanser som ej klarar viktkraven tas ur tjänst och "storbilar" börjar köpas in och användas
- Projekt höfttraktur startar

2007

- "Vård på plats" startar som projekt i Karlsborg
- Simulatorträning startar i samverkan med K3
- Liggande sjuktransporter startar
- Rotation mellan akutmottagningen KSS/ ambulansverksamheten startar
- Övergång till Leasing av alla ambulansfordon fordon startar inom SkaS
- Fördjupad utbildning i smärta, trauma och prehospital sjukvårdsledning startar

2008

- Omställningsarbete startar och pågår hela året för resursoptimering över dygnet och över ytan
- Black Belt projekt (kvalitetsutvecklingsprojekt) avseende sjuktransport uppdrag startar
- Verksamhetsanpassad bemanning utvecklas

- Fördjupad utbildning i smärta, trauma och prehospital sjukvårdsledning permanentas

2009

- Ny ambulansstation i Skövde klar juni
- Pre-METTS införs
- Ambulans utrustad för ECMO (extracorporal membranoxxygenering =syresättning utanför kroppen) transport klar
- Studie med LUCAS (patientsäkerhet/arbetsmiljö) ur ett användarperspektiv startar
- 10p högskolekurs Ambulansteknik genomförs
- Projekt fasta tider för att hämta och lämna prio3 transporter till & från Gbg
- ”Vård på plats projektet” övergår till Vård på rätt vårdnivå inom hela Skaraborg

2010

- Kompetenssäkring genomförs avseende omhändertagande och behandling av patienter och fordonshantering
- Processarbete med Fast Track kedjor utvecklas vidare (ex PCI, höft, geriatrik)

7.8.5 Kungälv Sjukhus

Några data

Fler mer kompletta verksamhetsuppgifter uppgifter redovisas i utredningens del 1:2.

| | Antal |
|-------------------------------|---------|
| Invånare | 107 065 |
| Dygnsambulanser | 5 |
| Dagambulanser | 0 |
| Sjuktransportfordon | 1 |
| Ambulansstationer | 4 |
| Egen regi : | |
| % av totala ambulansstimmarna | 40 |
| Total kostnad 2009 kkr | 34 949 |

Entreprenör: Ambulanssjukvården i Nol AB

Väsentliga händelser/förändringar sedan 2005-06

Nedanstående avsnitt är en nedkortad version av vad verksamhetschefen beskrivit.

Kompetenshöjning

Vid ingången av 2010 är 75 % av medarbetarna på ambulansstationen i Kungälv sjuksköterskor. Av dem är 92 % specialistsjuksköterskor, övervägande prehospitala specialistsjuksköterskor. Vid ambulansstationerna i Älvängen, Stenungsund och Tjörn är motsvarande andel 50 % sjuksköterskor, av vilka 30 % är specialistsjuksköterskor.

Verksamheten har en kontinuerlig intern kompetensutveckling där ambulansöverläkare och vårdutvecklare har uppgiften att ständigt utveckla och kvalitetssäkra kompetensnivåer.

2008 genomförde ambulansöverläkaren en analys av karaktären av den medicinska verksamheten. Denna visade att ambulanssjukvården Kungälv sjukhus har patienter som i allvarlighetsgrad kan delas in i tre kategorier.

- En mindre grupp med mycket svår sjukdom och skada som ofta uppvisar svikt i vitala funktioner
- En stor grupp med medelsvår sjukdom/skada utan svikt i vitala funktioner
- En liten grupp med mycket lindrig skada eller symptom på sjukdom.

Förbättringspotential identifierades i den första och tredje gruppen.

För att förbättra omhändertagandet av den första gruppen har flera utbildningsprojekt genomförts:

- Ambulanspersonalen går sedan ett drygt år varje onsdag med anestesiläkare på ECT behandling och lär sig där praktisk vitalfunktionsdiagnostik och -behandling. Träningen är så vitt bekant unik i regionen och har rönt mycket positiv uppmärksamhet.
- Luftvägsutrustningen har moderniserats genom införande av larynxmask. Träning på användande av denna genomförs regelbundet på operationsavdelningen, Kungälv sjukhus. Möjligheterna för vaskulär tillgång har utökats och modern utrustning för intraosseös tillgång har inskaffats.
- Ett pilotprojekt har startats tillsammans med försvarsmakten med simuleringsövningar för ambulanspersonal.
- I organisationen finns personal med spetskompetens inom HLR området.. Flera moderna utbildningshjälpmedel har inskaffats. Ett nytt sätt att utvärdera personalens kunskaper inom HLR området pågår.
- Verksamheten har sedan 2007 egna instruktörer i det nationella utbildningsprogrammet vad gäller omhändertagande vid busskrascher. 2009 utbildades samtlig personal både teoretiskt och praktiskt.

Utökning/minskning av verksamhet

Den stora utökningen av verksamhet trädde i kraft juni 2007 då ambulansverksamheterna i regionen tog över liggande sjuktransportverksamhet.

Omlokalisering

- 2005 flyttade ambulansen på Tjörn till Källekärr.
- 2009 flyttade ambulansstationen i Kungälv in i nybyggda lokaler, anpassade att även inrymma enheten för liggande sjuktransport.
- Vid årsskiftet 2009-10 flyttade ambulansstationen i Stenungsund in till räddningstjänstens lokaler.
- Ambulanssjukvårdens kansli flyttade från sjukhuset, till ny lokal med närhet till ambulansstationen i Kungälv.

Organisationsförändringar, upphandling

Under 2005 pågick ett intensivt arbete med upphandling av ambulansverksamhet i Älvängen, Stenungsund och Tjörn

I samband med beslut kring upphandling 2006, överfördes ambulansstationen i Kungälv till sjukhuset för att drivas i egen regi. I samband med detta förändras ledningsorganisationen något.

Ambulansverksamheten tillhör organisatoriskt Anestesi- och Intensivvårdskliniken på sjukhuset.

Ekonomi

Ekonomi har för ambulansverksamhetens del varit i balans.

Utvecklingsprojekt

- 2007 startades ett projekt med fokus på efterfrågan och bemanningstider för liggande sjuktransporter. Resultatet är att numera överensstämmer bemanning med behovet och ekonomi är i balans.

- 2008 startade Kungälv's sjukhus ett höftfrakturprojekt enligt Fast-track-metoden. Ambulanssjukvården var en del av detta projekt med syfte att tidigt diagnostisera, smärtlindra och transportera direkt till röntgen. Projektet har nu blivit en standardiserad vårdplan.
- 2008 deltog ambulanssjukvården vid utvecklingsprojekt för standardiserad vårdplan inom stroke-sjukvården. Syftet var att snabbt identifiera den patientgrupp som har en stor vinst av trombolysering.
- 2009 gick ambulansverksamheten in i LINDRA-studien (smärt- och ångestlindring vid akut coronart syndrom). Studien drivs av Prehospen.
- 2009 gick ambulansverksamheten in som ett delprojekt inom "Gör Det Jämt" vid CVU i VGR. Syftet är att dels identifiera den grupp patienter som bör transporteras till annan vårdnivå än sjukhusets akutmottagning dels att kontrollera med vilken säkerhet ambulanspersonalen kan identifiera denna grupp. Undersökningen avser också kontrollera huruvida det finns genus- eller åldersfaktorer som påverkar hur ofta patienten transporteras till "rätt" vårdnivå.
- Medarbetare har under åren 2005-2010 haft flera forsknings och utvecklingsprojekt där delvis Kungälv's sjukhus ambulansverksamhet givit förutsättningar för genomförandet. Exempel på detta är:
 - Forskning om drunkning vid Sahlgrenska akademien
 - Deltagande vid internationell konferens om plötslig spädbarnsdöd
 - Utveckling av kunskaper för samtliga medarbetare inom ortopedi och idrottsskador
 - Verksamheten har instruktörer för avancerad HLR både på barn och vuxna.
 - Växeltjänster har utvecklats med SOS-Alarm, strokenhet, anestesi och akutmottagning i Kungälv och barnakutmottagning på DS-BUS (Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus).

7.8.6 Ambulanshelikoptern

Verksamhetsdata redovisas i utredningens del 1:2

Väsentliga händelser/förändringar sedan 2005-06

Nedanstående avsnitt är en nedkortad version av vad verksamhetschefen beskrivit.

Organisation

Ambulanshelikoptern VGR har en regionövergripande uppgift som under de första verksamhetsåren administrativt låg under regionstyrelsen/regionkansliet. Via årsvis avtal överfördes drift- och förvaltningsansvaret till Kungälv's sjukhus som från 2005 blev formellt ansvarigt. Verksamheten har en stor frihetsgrad vilket har bidragit till att verksamheten själv kunnat styra utvecklingen och anses nu av oberoende utvärderare vara kompetensmässigt och verksamhetsmässigt i frontlinjen.

Väsentliga händelser

- Genom åren har den medicinska kompetensen fått en roll som högre medicinsk kompetens (HMK) inom regionens prehospitala akutsjukvård. Som enda läkarbemannad prehospital resurs tillgänglig 24/365 har helikoptern påtagit sig rollen som akutmedicinskt stöd till övrig ambulanssjukvård, SOS Alarm och MRCC. I samverkan med Sjöfartsverkets SAR-helikopter baserad på Säve har ambulanshelikoptern det medicinska ansvaret vid räddning till sjöss.
- De ursprungliga lokaler som verksamheten inrymdes i var ett provisorium av låg standard. För drygt två år flyttade verksamheten till nya ändamålsenliga lokaler som underlättar logistiken och kortar starttiderna.
- Antalet larm har ökat men ökningstakten har reducerats till följd av anpassning av larmkriterier. Antalet larm är ungefär 2000 per år och är under sommarperioden mycket belastande vilket ibland

medför svårighet att hinna med alla uppdrag. Sekundärtransporter (transport mellan sjukvårdsinrättningar) ökar och det finns anledning att förutse ytterligare ökning i framtiden för att sjukvården skall kunna möta krav på att specialistbehandling skall kunna erbjudas alla regionens medborgare. Detta gäller särskilt sådan specialistvård som är av tidskritisk natur. Exempel på detta är PCI och neurosjukvård.

- Neonaltaltransporter inom VGR har utretts och det finns behov av att förbättra dessa. Helikopter- verksamheten ser detta som ett viktigt utvecklingsprojekt.

Upphandling av nytt ambulanshelikopteravtal

Första avtalet med Norrlandsflyg AB omfattade 5+2 år och genomfördes med nöjda samarbetspartners. Upphandling av nytt avtal startade redan 2007. Upphandlingsprocessen har fördröjts genom yttre omständigheter som överklaganden, nya prestandakrav från Europeiska lyftfartsmyndigheten m m. Ny helikopter registrerad i USA måste inköpas för att byggas om i USA och därefter inregistreras i Sverige.

VGRs ambulanshelikopter är Sveriges modernaste och mest kompetenta ambulanshelikopter. Regionen kommer att äga helikoptern via leasingavtal. Denna lösning ger en säkrad förfoganderätt och lägre kostnad för helikoptern. Kostnadsbilden ökar dock totalt sett på grund av ökade krav på prestanda och simulatorutbildning från luftfartsmyndigheten.

Forskning och utveckling.

Verksamheten deltar i en nordisk multicenterstudie med inriktning på prehospital sjukvård.

I samband med införandet av ny helikopter har radiosystemet RAKEL börjat implementeras och ambulanshelikoptern i VGR kommer att vara Sveriges första luftburna ambulans med detta kommunikationssystem. Med detta radiosystem kommer verksamheten att kunna effektiviseras avsevärt och bidra till kvalitetssäkring av prehospital akutsjukvård.

8. Så anser vi om VGRs prehospitala verksamhet

I detta kapitel redovisas i sammanfattad form vad olika interna och externa företrädare verksamma i eller med anknytning till VGRs prehospitala akutsjukvård anser om verksamheten. De olika företrädarna har intervjuats vid besök eller i några fall lämnat synpunkter via mejl.

8.1 Så anser verksamhetscheferna och ambulansöverläkarna

Nedan redovisas i sammanfattad form det som verksamhetscheferna (el motsvarande) för ambulansområdena, beredskapschefen och ambulansöverläkarna framförde som viktigt vid intervjusamtalen.

Om Regionala rådet prehospital akutsjukvård (RRPA)

- Måste bli tyngre och vassare men inte bli ett beslutsorgan
- FoU borde få mer plats med tyngre akademiskt innehåll
- Arbeta med större driv
- Är inget beslutsorgan och det är en brist

Om AmbuAlarm

- För tidigt dra tydliga slutsatser – hittills inriktat på teknikutveckling
- Bra att ha kompetent beställare
- Bra exempel på samarbete och utveckling

Om PKMC

- Är bra och fungerar bra
- Otydlighet i gränsdragning mellan PKMC och SUs katastrofledning

Om ambulansöverläkare

- Ambulansöverläkarnas samarbete borde formaliseras tydligare och bli mer strukturerat
- Viktigt att ambulansöverläkarna har nära kontakt med verksamheten

Om journaler

- Tveksamt om AmbuLink lever upp till nuvarande lagstiftning, avvikelssystemet ingår inte
- Viktigt att få fram en elektronisk akutjournal

Om inköp

- Fungerar inte bra i VGR
- Gemensamt inköp är nödvändigt och positivt

Om FoU

- FoU eftersatt, tyvärr ingen akademi i ambulanssjukvården
- Samordnade utvecklingsprogram borde utvecklas på VGR nivå men genomföras lokalt
- SU har särställning för FoU, borde bli bättre att sprida kunskapen

Om entreprenörer

- Entreprenörens incitament är ekonomi och inte utveckling
- Utvecklings- och samverkansprojekt kräver nog egen regi
- Ambulansverksamheten är kanske den mest dynamiska verksamheten inom sjukvården – ej lämplig för entreprenad

Om organisation

- Behöver inte vara regiongemensam för att vara effektiv
- RRPA, AmbuAlarm, helikoptern, FoU och inköp ska vara på VGR nivå

- Ambition: Ta vara på skalfördelarna men undvika skalnackdelarna
- För jämn VGR standard kanske VGR-gemensam organisation krävs
- Ambulansorganisationen måste anpassas till lokala förutsättningar
- Kopplingen till sjukhusen viktig för fungerande vårdkedjor
- Identifiera vilka frågor som är smarta att ha på VGR nivå och vilka som ska finnas lokalt
- Finns fördelar med sjukhusanknytningen, men det borde finnas en organisation i VGR med en chef

Om IVPA (I Väntan På Ambulans)

- IVPA verksamheten borde få en VGR gemensam standard – policydokument behövs

Om framtid/mål

- Ambulanserna blir ännu mer av mobila akutmottagningar
- Tillgänglighetsmålen bör bli tydliga (antal minuter) – storstad, tätort, glesbygd
- Inga ”politiska ambulanser”
- Styrning av patient till rätt vårdnivå ska vara politiskt fastställt
- Nuvarande mål är för luddiga – tydligare ägaruppdrag
- Volymen sjukvårdsproduktion måste öka i ambulansorganisationen - ökat mervärde för medborgarna
- Från beredskapsorganisation till mer av sjukvårdsproducerande organisation
- Fler specialiserade ambulanser – hjärta, ortoped, psyk, barn
- Läkarmedverkan kommer att utvecklas
- FoU bör bli mer sammanhållen, fler gemensamma utbildningar, ett gemensamt simuleringscentrum
- Hela blåljusorganisationen måste samverka mer

8.2 Så anser sjukhusdirektörerna

I detta avsnitt ges en kortfattad redovisning av vad sjukhusdirektörerna framförde som viktigt vid intervjusamtalen.

Sammanfattat anser de:

Om framtid, utveckling

- Framtida ambulanssjukvård handlar om att personalen kan bedöma/diagnostisera vårdbehovet och att se till att patienten kommer rätt i vårdorganisationen (till akutmottagning, direkt till specialistvårdavdelning, till vårdcentral eller stanna i hemmet).
- För att stimulera en fortsatt utveckling av vårdkulturen inom ambulanssjukvården är det viktigt att den är en del av sjukhusets verksamhet.
- För att upprätthålla och utveckla kompetensen, inte minst för glesbygdsambulanser, är rotations-tjänst vid akutmottagningarna viktig. Det stimulerar också utvecklingen av sjukvårdskulturen inom organisationen.
- Den stora utmaningen för ambulansverksamheten är hur den integreras i sjukvårdssystemet och vårdprocesserna.
- Lokal- och personkännedom samt kunskap om när olika enheter är öppna är viktig för ett smidigt arbete.
- Nuvarande utveckling mot att bli bättre på att diagnostisera patienter på plats och att vara en resurs för hemsjukvård och primärvård är riktig.
- Orolig för att det i allmänhet och också i denna utredning blir för mycket fokus på ”blåljusdelen”. Verksamheten består av så mycket mer som också behöver utvecklas.

Om FoU

- FoU är inte tillräckligt utvecklat inom ambulanssjukvården, borde satsas mer inom VGR. Samtidigt viktigt att det är hela akutsjukvården som fokuseras och inte enbart ambulanssjukvården. Ett Akutcentrum med Onkologiskt centrum som förebild skulle kanske skapas där akutspecialistläkarna och ambulansläkarna ingår. Detta skulle driva fram ökad forskning inom hela akutsjukvården inklusive ambulanssjukvården.
- Inom akutsjukvårdsprocessen är det mycket fakta som saknas, forskningen är dåligt utvecklad. En ökad forskning är betydelsefull.

Om organisation

- Behandlingen av patienten börjar numera redan vid hämtplatsen, pågår under transporten och in i sjukhuset. Ambulansen är en viktig del i vårdkedjan och därför är det viktigt att den ingår i sjukhusets organisation.
- Ambulansverksamheten är en viktig del i sjukvården och ska uttrycka en tydlig sjukvårdskultur. Detta underlättas om ambulanserna är en del av sjukhusets organisation
- Gemensamt inom VGR borde inköp, behandlingsprogram/anvisningar, triagering, journalsystem, uppföljning och utvärdering samt styrning av stora händelser (PKMC) vara.
- Tyvärr finns det inga goda erfarenheter inom VGR av att centralisering löst problemen (IT och serviceorganisationen är inga goda exempel).
- Samverkansprojekt som vi utvecklat med primärvården-hemsjukvården-ambulansorganisationen skulle aldrig ha kommit till stånd via en central organisation.
- Viktigt att verksamheten är integrerad med sjukhusets för att hitta smidiga lösningar och samarbeten. Akutvårdkedjan bryts om det blir skilda organisationer, gränser skapar alltid hinder. Det finns alltid en problematik att få processer att fungera om det är skilda organisatoriska tillhörigheter.
- Ambulanssjukvården är svårstyrd och publikt hårdgranskad. Personal och chefer behöver mycket ledningsstöd för att klara påfrestningarna. Det talar för en lokal ledning och styrning. Det skulle vara ett högt risktagande att skapa en ambulansorganisation inom VGR.
- Det är viktigt att samordna resurser men oftast inte bra att slå samman organisatoriskt.

Om entreprenad kontra egen regi

- Vi har ett bra samarbete med entreprenören men det är svårstyrt.
- Vi har både egen regi och entreprenör och upplever inte det som något problem.
- Oro för entreprenörskap. Lägsta anbud behöver inte innebära lägsta totalkostnad och det blir svårare att driva utvecklingsarbete.

Om IVPA

- Det finns stor irritation hos kommunernas räddningstjänster kring IVPA-frågan, borde bli en gemensam VGR lösning.

8.3 Så anser hälso- och sjukvårdcheferna

Hälso- och sjukhuscheferna har haft möjlighet att ge sin syn på den prehospitala akutsjukvården genom att besvara frågor genom mejl vilka återges kortfattat nedan.

Sammanfattat anser de:

Allmänt

- Verksamheten fungerar generellt sett bra
- I dagsläget är det en god balans på tillgången till ambulanssjukvård. Vissa mindre kommuner i ytterområdena har dock sämre tillgång.

Om IVPA

- En permanentning av tidigare försök med IVPA har nyligen genomförts i vårt område. Denna verksamhet bör kunna utvecklas ytterligare.
- Det finns en uttalad önskan om utveckling av IVPA i flertalet kommuner.

Om samordning, utveckling och organisation

- Positivt att nuvarande organisation för ambulans- och övrig sjuktransportverksamhet tillhör akut-sjukhuset i södra Älvsborg och att den samlade verksamheten numera drivs i samma regi.
- Viktigt att ambulanssjukvården ses som en integrerad del i den samlade sjukhusverksamheten. Detta understryks inte minst av strävan att arbetet läggs upp och utförs i enlighet med ett processorienterat synsätt, med fokus på t ex hjärnvägen, höftfrakturer mm. Med sådant arbetssätt är det mycket betydelsefullt att ambulanssjukvården organiseras nära större akutsjukhus. Rekrytering och kompetensutveckling av berörd personal ska ske nära de kliniska verksamheterna
- De generella erfarenheterna från sjukhusverksamhet tyder på att samverka över nämndgränserna bör kunna förbättras även inom detta område.
- Samverkan kan bli bättre men en gemensam VGR organisation, utanför övrig sjukhusvård/-primärvård, kan bli svårhanterlig. Geografin ser olika ut i de olika nämndområdena, både glesbyggd, landsbygd och tätorter. Särskilda hänsyn måste tas till gränskommunerna mot andra lands-ting.
- Det behövs regionala kvalitetskrav, gemensamma uppföljningar och riktlinjer samt fortsatt utveckling av samverkan med andra aktörer. Likartade kriterier ska tillämpas när olika prioriteringsgrupper definieras (Prio 1, 2 osv). Gemensamma måltal/nyckeltal för hela regionen behövs.
- Det är mycket positivt att det nu blivit möjligt genom AmbuAlarm att snabbt få besked om det har hänt någon incident och vad som varit orsaken.
- Den samordning som finns genom SOS Alarm och AmbuAlarm är bra. En svaghet som kommer fram ibland är att ambulansen inte hittar rätt adress och att de som tar emot larmet på SOS Alarm ställer felaktiga frågor om vägbeskrivning.
- Fortsatt fokus bör vara på frågorna om inställelsetider och geografisk täckning.
- Tror inte på en organisatorisk sammanslagning av all ambulansverksamhet i regionen. Det är för stor geografisk spridning och också olika förutsättningar på landsbygd och i storstad.

8.4 Så anser primärvården

Intervjuer har genomförts med företrädare för primärvården i Skaraborg, Göteborg, Sjuhärad och Fyrbodalen.

Sammanfattat anser de:

- Överprövning av distriktsläkarens beslut från ambulanspersonalen irriterar, har blivit bättre under senare tid
- Medicinska ansvarsfrågan mellan distriktsläkare-ambulans-sjukhus måste klarläggas anser några, andra att det är tydligt
- Samverkansprojekten mellan ambulans-PV-hemsjukvård är bra
- Omständligt att beställa ambulans, många frågor som ska besvaras trots att kompetent personal redan bedömt ambulansbehov
- Riktig utveckling att ambulans kan stötta hemsjukvård och PV (bedöms olika viktigt i tätort och glesbygd)
- Färre akutmottagningar har medfört längre transporttid – bristsituationer uppstår oftare
- Infosystemet KLARA inte tillgängligt för ambulans – vilket är en stor brist
- Vårdcentralerna ser inte ambulansen som en akutresurs för dem (gäller större tätort)
- Etiska frågor såsom vid vård i livets slutskede ska vara klargjorda innan akut situation uppstår

- Vårdkedjeutveckling, bl a hjärnvägen, strokevägen är positivt
- Krav och kvalitetsboken för PV bör innehålla krav om att samtliga vårdcentraler (även privata) ska kunna ta emot ambulans

8.5 Så anser hemsjukvården

Intervju har genomförts med medicinskt ansvarig sjuksköterska i Borås och Uddevalla.

Sammanfattat anser de:

- Generellt sett fungerar samverkan bra
- Bemötande/överprövningsproblem finns men var mer vanligt tidigare. Samverkansprojekt har ökat förståelsen för varandras roller
- Läkaransvaret är otydligt mellan distriktsläkare-ambulans-sjukhus
- Ambulansen borde ha tillgång till infosystemet KLARA
- Positivt att ambulansen kommer som akut- och diagnosresurs
- Ofta långa och obestämda väntetider vid beställda sjuktransporter

8.6 Så anser räddningstjänsten

Intervju har genomförts med räddningscheferna i Göteborg, Uddevalla och Borås.

Sammanfattat anser de:

- Generellt sett fungerar samverkan bra
- Vid entreprenaddrift kan det uppstå samordnings/beslutsproblem med många aktörer (en huvudman + entreprenörer + andra parter t ex räddningstjänsten)
- Vill ha IVPA-avtal enligt gemensam VGR-modell
- Sjukvårdsutbildningen till brandmän som ges av ambulansorganisationen är bra

8.7 Så anser polisen

Intervju har genomförts med chefen för polisens larmcentral:

Sammanfattat anser han:

- Generellt fungerar samverkan bra
- Vill ha en kontakt(person) som når och talar för hela VGRs ambulansorganisation

8.8 Så anser länsstyrelsen

Intervju har gjorts med länsstyrelsens säkerhetsdirektör.

Sammanfattat anser han:

- Länsstyrelsen har inget tillsynsansvar över ambulanserna
- Samarbetar regelbundet med PKMC vilket fungerar bra
- Lyfter fram behov av IVPA och pekar på sjuktransportbehovet i skärgården

8.9 Så anser SSRS (Sjöräddningssällskapet)

Intervju har genomförts med en distriktsledare inom SSRS.

Sammanfattat anser han:

- SSRS genomför totalt i hela landet 400 sjuktransporter per år, 200 av dem är inom NU-sjukvårdens område
- Gott samarbete, särskilt med NU sjukvården, och utvecklar nu tillsammans ett formellt samarbetsavtal typ IVPA. Avtalet gäller inte i första hand finansiering utan att formalisera ansvarfrågor m m

8.10 Så anser Sjöfartsverket

Intervju har genomförts med ansvarig för sjöräddningen.

Sammanfattat anser han:

- Formellt sker samarbetet på nationell nivå genom SKL/SoS/Sjöfartsverket
- God lokal praktisk samverkan (backup) med ambulanshelikoptern och sjöfartsverkets helikopter på Säve. Fungerar bra och Sjöfartsverket vill ha det formaliserat genom avtal
- Vill långsiktigt ha ambulans/räddningshelikoptrar i gemensamt nationellt bolag enl finsk modell (Leni Björklunds förslag)

8.11 Så anser försvaret

Intervju har genomförts med chefen för sjukvårdsavdelningen vid försvarets medicinska centrum.

Sammanfattat anser han:

- Formell kontaktyta finns bara på nationell nivå
- Lokalt finns informell samverkan med PKMC i första hand. Fungerar bra
- Försvaret har ingen (får inte ha) roll i fredstid i det civila samhället
- Får dock låna ut material t ex splitterskyddad ambulans med förare till sjukvården om landshövdingen så begär
- En ökad samverkan om utbildning, utnyttjande av lärare, lokaler, simuleringsmaterial skulle vara önskvärd

8.12 Så anser Prehospen

Intervju har genomförts med ansvariga företrädare för PreHospen vid Högskolan i Borås.

Sammanfattat anser de:

- Viktigt att nya samarbetsformer utvecklas mellan VC-hemsjukvård-räddningstjänst m fl
- Det är brist på bra praktikplatser. Stor variation i kvalitet och handledning mellan ambulansstationerna
- Viktigt hitta system för återkoppling till personalen om hur det gick för patienten
- Entreprenadverksamhet passar inte för ambulanser. Utvecklingsarbetet hämmas
- Behovet av forskning inom prehosp-verksamheten är mycket stort.
- Förutsättningarna för personalen att kunna delta i FoU skiljer mycket

8.13 Så anser PUC

Från intervjusamtalet med PUCs företrädare redovisas i korthet:

- Det är viktigt att kompetensutvecklingen inom prehospitala akutsjukvården fortsätter
- Utvecklingen att ambulanserna blir mer av mobila akutsjukvårdsresurser som stöttar primärvård, hemsjukvård och anhöriga är riktig
- Det finns ett stort behov av ökad forskning om och inom den prehospitala verksamheten men det råder stor brist på forskningsanslag

8.14 Så anser SOS Alarm

Intervju har genomförts med ansvariga företrädare för SOS Alarm.

Sammanfattat anser de:

- Samarbetet med AmbuAlarm fungerar bra, regelbundna och löpande kontakter
- Samordningen inom VGR brister – olika besked/direktiv ges från VGRs företrädare
- Önskade förändringar
 - En kontakt och ett mandat för hela VGR
 - Enhetliga medicinska riktlinjer för hela VGR
 - Bättre framförhållning vid beställning av sjuktransporter från sjukvårdens sida

8.15 Så anser Falck Ambulans AB

Intervju har genomförts med ansvariga personer, bl a VD, inom Falck Ambulans AB.

Sammanfattat anser de:

- Önskar en tydlig beställarfunktion där inte beställar- och utföraruppdraget blandas (hänvisar till Stockholm och Skåne)
- Hela verksamheten, oberoende av driftsform, bör följas upp med bestämda kvalitetsindikatorer
- Få möjlighet att delta i utvecklings/förändringsarbete från (idé)start

9. Regiongemensam standard

I utredningsuppdraget ingår att presentera förslag på regiongemensam standard för den prehospitalkakutsjukvården. I huvudsak kommer detta arbete att ske i utredningsetapp 2. Avsnittet nedan ska ses som exempel på inom vilka områden regiongemensamma standards kan fastställas samt som stimulans för diskussionen om den fortsatta inriktningen.

Vård på lika villkor för regionens invånare är en av grundförutsättningarna för organisering av regionens hälso- och sjukvård. Självfallet gäller detta också inom den prehospitalkakutsjukvården, innefattande egenvårdsråd, vården på webben 1177.se, sjukvårdsrådgivning per telefon 1177 och ambulanssjukvården.

”God vård” -begreppet innefattande att vården skall vara patientfokuserad, säker, kunskapsbaserad, jämlik, effektiv och ges i rätt tid - är tillämpligt. Indikatorer för att belysa hur väl god vård nås är under utveckling och prövning, och detsamma gäller nivåer - standarder - för vad som minst skall gälla.

En fastställd standard är att minst 90% av de telefonsamtal som går till Sjukvårdsrådgivningen 1177 ska besvaras inom 3 minuter. Prestationerna i relation till detta målvärde följs upp regelbundet.

Inom ambulanssjukvården finns en lagreglerad standard som anger att det skall finnas minst en legitimerad sjuksköterska i varje ambulans. Denna standard uppfylls självfallet inom Västra Götalandsregionen.

SOS Alarm AB sköter på entreprenad alarmmottagning, prioritering och dirigering av ambulanssjukvårdens resurser. För detta arbete används regiongemensamma kriterier, om man så vill standards, för prioritering, och regiongemensam gränslös dirigering används för Prio 1-uppdrag.

En standard som diskuterats mycket, regionalt, nationellt och internationellt, är hur snabbt ambulanssjukvårdspersonal skall vara på plats hos patienten vid Prio 1 larm från att kontakt tagits med operatör på larmnummer 112. I samliga prehospitalkorganisationer som studerats i denna utredning finns sådana väntetidsmål fastställda.

I Västra Götalandsregionen finns ingen beslutad väntetidsstandard. Helt färsk data anger emellertid att ambulanspersonal är på plats inom 20 minuter i 85% av fallen och inom 30 minuter i 96%. Mediantiden är 11,7 minuter, medan motsvarande mått nationellt är 13,6 minuter. På bas av detta skulle ett regionalt målvärde, en regional standard t ex kunna fastställas till en mediantid inom varje ambulansområde på högst 13 minuter.

Andra delar som kan omfattas av regiongemensam standard är kompetensnivå, behandlingsanvisningar och krav på dokumentation, verksamhetsuppföljning och avvikelserapportering.

Exempel på vad som kan vara regiongemensamma standardkrav

- 90% av 1177 samtal ska besvaras inom x minuter
- vid xx% av Prio 1 larm inom respektive ambulansområde ska väntetiden understiga xx minuter
- mediantiden för Prio 1 larm inom respektive ambulansområde ska understiga xx minuter
- väntetiden för förbeställda sjuktransporter ska understiga xx minuter
- xx procentandel av ambulanssjukvårdspersonalen ska vara specialistutbildade sjuksköterskor
- behandlingsanvisningar
- kvalitetskrav på dokumentation, rapportering, verksamhetsuppföljning och avvikelserapportering/handläggning

Bilaga 1

Bilaga HSU § 276/09



från majoritetsgruppen i Västra Götalandsregionen

YRKANDE

Hälso- och sjukvårdsutskottet
Sammanträdesdatum: 2009-12-16
Ärende: - Dnr RSK

Översyn av prehospital akutsjukvård i Västra Götalandsregionen

Rapporten "Prehospital akutsjukvård – i ett regionalt perspektiv" från september 2004 har legat till grund för gällande ägaruppdrag för den prehospitala akutsjukvården i Västra Götalandsregionen 2006 - 2010. Det nya avtalet med SOS Alarm från 1 september 2009 och inrättandet av Ambulans ger regionen nya möjligheter att följa upp och utvärdera den del av den prehospitala vården som utgörs av ambulanstransporter och sjuktransporter.

Inom den prehospitala sjukvårdsnivån har det skett en mycket snabb utveckling. Det finns därför ett behov av att få den prehospitala vården beskriven i ett sammanhang, i ljuset av den utveckling som skett de senaste åren och mot bakgrund av ovan nämnda rapport.

Av öppna jämförelser framgår att insatstiderna från larm till att sjukvårdspersonal är på plats varierar inom regionen. Insatstiderna tycks vara som längst i kommuner som ligger i gränsområdet för de olika upptagningsområdena. En väl fungerande och rätt dimensionerad ambulansfunktion är stommen i den prehospitala akutsjukvården.

Hälso- och sjukvårdsdirektören får ett övergripande uppdrag att göra en översyn av den prehospitala akutsjukvården i Västra Götalandsregionen.

Uppdraget är att ge en heltäckande beskrivning av den prehospitala vården och de senaste årens utveckling, men även ett framtidsscenario, vilken utveckling och vilka förändringar som kan ses inom prehospitalt och akut omhändertagande, som underlag inför kommande ägaruppdrag.

Uppdraget innefattar att utforma förslag på en regiongemensam standard för prehospital vård. Även organisationsfrågan ska belysas med en tillhörande genomgång av hur prehospital vård är organiserad i andra landsting men även i andra länder.

Vidare ingår att inventera och beskriva de uppdrag, stödfunktioner och samarbetsmöjligheter som finns med andra samhällsfunktioner som exempelvis hemsjukvården, räddningstjänsten, sjöräddningen och försvarsmakten inom hälso- och sjukvårdens akuta omhändertagande.

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta:

- att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att genomföra en översyn av den prehospitala akutsjukvården i Västra Götalandsregionen inför framtagandet av ett nytt ägaruppdrag,
- att uppdraget ska återredovisas till HSU senast under juni månad 2010.

Bilaga 2



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
REGIONKANSLIET

Datum 2010-02-09
Diarienummer RSK 1165-2009

Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Handläggare
Robert Sinclair, Lennart Löfgren

Uppdragshandling

Översyn av prehospital akutsjukvård i Västra Götalandsregionen

Beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU) har vid sammanträde 2009-12-16, §276, beslutat ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att genomföra en översyn av den prehospitala vården inför framtagandet av ett nytt ägaruppdrag. Uppdraget ska återredovisas till HSU senast under juni månad 2010. Yrkandet redovisas i sin helhet i bilaga HSU §276/09.

Bakgrund

Rapporten "Prehospital akutsjukvård – i ett regionalt perspektiv" från september 2004 har legat till grund för gällande ägaruppdrag för den prehospitala akutsjukvården i Västra Götalandsregionen 2006-2010. Det nya avtalet med SOS Alarm och inrättandet av Ambualarm ger nya möjligheter att följa upp och utvärdera den del av den prehospitala vården som utgörs av ambulans- och sjuktransporter.

Inom den prehospitala sjukvårdsnivån har det skett en mycket snabb utveckling. Det finns därför behov av att få den prehospitala vården beskriven i ett sammanhang och i ljuset av den utveckling som skett de senaste åren. Det är också viktigt att få belyst hur insatstiden från larm till att sjukvårdspersonal är på plats varierar inom regionen.

Uppdrag

Utredningen genomförs i två steg. Steg 1 innebär att en översyn görs enligt nedan och ska redovisas för HSU senast under juni månad 2010. Steg 2 innebär framtagandet av underlag för nytt ägaruppdrag. Inför steg 2 kan uppdraget komma att kompletteras.

Steg 1:

Översynen ska

- Ge en heltäckande beskrivning av den prehospitala akutsjukvården i Västra Götalandsregionen
- Beskriva de senaste årens utveckling i relation till de mål som gäller och de åtgärder som rapporten "Prehospital akutsjukvård – i ett regionalt perspektiv" föreslog" 2004
- Beskriva ett framtidsscenario avseende utveckling och förändring inom prehospitalt och akut omhändertagande.
- Belysa organisationsfrågan med genomgång av hur organisering sker i andra landsting och länder
- Inventera och beskriva uppdrag, stödfunktioner och samarbetsmöjligheter med andra samhällsfunktioner (ex. hemsjukvård, räddningstjänst, sjöräddning och försvarsmakten).
- Presenteras för Sjukvårdsgruppen innan återredovisning sker för HSU.

Bilaga 3**Kontaktpersoner****Sjukhusdirektörer**

Jan Eriksson, SU
 Sten Axelsson, NU
 Birgitta Molin Mellander, SkaS
 Christer Wettervik, SÄS
 Ann Stokland, Kungälv

Områdeschef

Lars Ekström, SU

Hälso- och sjukvårdsschefer

Gunbrith O Palo, Skaraborg
 Madeleine Andersson, S Älvsborg
 Håkan Sundberg, Fyrbodol

Verksamhetschefer

Mats Kihlgren, SU
 Hans Svensson, NU
 Elisabeth Hellström, SkaS
 Marie Gardtman, SÄS
 Per Lilja, Kungälv

Ambulansläkare

Joacim Linde, Kungälv
 Per Örnunge, SU

Kent Andersson, SÄS

Per Örtenwall, PKMC

Ambulanshelikoptern

Sven Martinell
 Mats Friberg

PKMC

Annika Hedelin
 Birger Kollberg

AmbuAlarm

Bengt Asplén
 Pontus Rotter

AmbuLink

Kjell Åke Johansson

Regionservice inköp

Magnus Gamberg

Smittskyddsenheten

Ann Söderström

Sjukvårdsrådgivningen

Daniel Pollack

Ekonomi

Hans-Bertil Fransson

VGRs PUC

Bengt-Göran Olausson

PreHospiten

Birgitta Wireklint Sundström

Primärvården VGR

Göran Wennberg, Fyrbodol
 Karin Rignér, Göteborg
 Anne Christine Baar, Hisingen
 Kerstin von Sydow, Sjuhärad
 Per Häggblad, Sjuhärad
 Ulf Svensson, Skaraborg

Hemsjukvården

Ann-Britt Pettersson, Uddevalla
 Elisabeth Jonsson, Borås

SOS Alarm AB

Sören Gravesson
 Johanna Törnqvist

Räddningstjänst

Nils Andreasson, Göteborg
 Göran Anderberg, Skövde
 Leif Larsson, Uddevalla

Polisen

Glenn Sjöberg

Försvaret

Thomas Hernes

Länstyrelsen

Lennart Olofsson

SSRS

Martin Wikström

Sjöfartsverket

Lars Widell

Falck Ambulans AB

Sven Engquist
 Peter Thore
 Eja Hägg

Stockholms läns landsting

Britt-Marie Forsman

Region Skåne

Rolf Ohrlander

Landstinget i Värmland

Lars-Göran Boström

Oslo

Anne Cathrine Braarud

Köpenhamn

Peter Björn Hansen
 Jan Noertved Soerensen

London

Bob Dobson

Bilaga 4

Regelverket för den prehospitla vården.

Sammanfattning

Regelverket utgår från hälso- och sjukvårdslagen och från socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvården.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 6 §) anger att det är landstinget, som har det fulla ansvaret för ambulanssjukvården. I det ansvaret ingår dessutom transporter mellan vårdenheter, där det krävs särskilda transportmedel. I praktiken bör alltså landstinget se till att det finns ambulanser för akuta insatser, alternativa transportmedel för mindre brådskande transporter samt transportmedel för planerade transporter.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) anger definitioner för prehospitäl vård och ambulanssjukvård. Den anger vidare att landstingets ansvar jämväl omfattar båt och flygtransporter, när det är tillämpligt. I den plan, som landstinget skall upprätta, skall också finnas uppgifter om hur ambulanssjukvården skall samverka med samhället i övrigt i samband med katastrofer. I planen skall finnas teknisk beskrivning av larmsystemen.

Socialstyrelsens föreskrifter innehåller vidare regler om den tekniska kvaliteten på transportfordonen och deras utrustning. I flertalet fall finns särskilda kriterier och regler i underliggande tillämpningsföreskrifter.

Landstinget har vidare ansvar för att avtalet med larmcentralen är anpassat till föreskrifterna bl.a. när det gäller värdering av angelägenhetsgrad i inkommande telefonsamtal.

Föreskriften innehåller slutligen anvisningar om personalens kompetens. Denna skall vara tillräcklig för vissa i föreskriften specificerade uppgifter, som endast kan utföras av legitimerad personal. Verksamhetschefen för den prehospitla vården har inom landstinget ansvar för personalens kompetens och vidareutbildning.

Socialstyrelsens föreskrift trädde i kraft 2009 (utom vissa tekniska detaljer, som kommer att gälla från 2011).

Underliggande texter

1. Hälso- och sjukvårdslagen är som alltid kortfattad. Följande text avser ambulanssjukvården:

HSL 6 § ”Landstinget svarar för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.” Lag (1992:567).

2.Socialstyrelsen har givit ut föreskrifter om ambulanssjukvården. (SOSFS 2009:10.) Vissa delar redovisas nedan. Tekniska specifikationer har utelämnats.

Innehållsförteckning i SOSFS 2009:10:

- 1 kap. Tillämpningsområde och definitioner
- 2 kap. Ansvar för plan för ambulanssjukvård
- 3 kap. Ansvar för ledningssystem
- 4 kap. Ansvar för ambulansfordon samt luft- och vattenburna ambulanser
- 5 kap. Larmcentraler och prioriteringar
- 6 kap. Ansvar för ambulansuppdrag
- 7 kap. Första hjälpen i väntan på ambulans (IVPA)

1 kap. Tillämpningsområde och definitioner

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas inom sådan verksamhet som omfattas av 6 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), oavsett om den bedrivs på land, vatten eller i luften.

2 § Följande begrepp och termer används i dessa föreskrifter (rensat av I.K.):

| | |
|--------------------------|---|
| ambulans | transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade |
| ambulanssjukvård | hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans |
| prehospital akutsjukvård | omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus |

2 kap. Ansvar för plan för ambulanssjukvård

1 § Varje landsting ska upprätta en plan för ambulanssjukvården inom sitt geografiska område. Av planen ska det framgå

1. vilka mål som har fastställts,
2. vilka resurser som ska finnas, och
3. hur ambulanssjukvården ska vara organiserad.

Landstinget ska samordna planen för ambulanssjukvården med den fredstida katastrofmedicinska beredskapsplanen och planläggningen inför höjd beredskap.

2 § Av planen ska det även framgå vilka tekniska lösningar som ska väljas avseende larmsystem och övriga kommunikationssystem inom ambulanssjukvården. Systemen ska bl.a. ha funktioner som säkerställer

1. att information inte av misstag, obehörigen eller på grund av driftsstörning eller någon annan störning kan förändras,
2. att varje inkommande och utgående larm samt övrig kommunikation via loggar kan härledas till operatörer på larmcentralen samt hälso- och sjukvårdspersonal i eller utanför en ambulans, och
3. att kraven i personuppgiftslagen (1998:204) och patientdatalagen (2008:355) uppfylls.

3 kap. Ansvar för ledningssystem

1 § Varje vårdgivare ska ansvara för att det ledningssystem som ska inrättas, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, kompletteras med rutinerna i 4 - 6 kap. i det följande.

4 kap. Ansvar för ambulansfordon samt luft- och vattenburna ambulanser

1 § Vårdgivaren får uppdra åt en verksamhetschef att utföra de arbetsuppgifter som följer av 3, 4 och 8 - 12 §§. Uppdragen ska vara skriftliga.

2 § Kraven på ambulanser i dessa föreskrifter ska uppfyllas oberoende av om vårdgivaren väljer att tillämpa svenska standarder för ambulanser.

3 § Vårdgivaren ska ansvara för att alla ambulanser med tillhörande utrustning som används i verksamheten har sådana egenskaper att en patient kan transporteras, vårdas och behandlas på ett ändamålsenligt och säkert sätt.

(2) Svenska standarder för ambulanser är följande: xxx (gäller standardisering av fordon och utrustning.)

Märkning av ambulans

4 § Vårdgivaren ska ansvara för att varje ambulans som används i verksamheten xxx (tekniska krav)

Vårdutrymmet i en ambulans

(Utrymme och teknik.)

Risk- och behovsanalys

11 § (Tekniska krav)

Utrustningen i en ambulans

12 § Vårdgivaren ska ansvara för att varje ambulans förses med den utrustning som behövs för att prehospital akutsjukvård ska kunna ges såväl i som utanför ambulansen. Med utrustningen ska hälso- och sjukvårdspersonalen kunna

1. skapa och upprätthålla fria luftvägar,
2. ge assisterad andning,
3. administrera läkemedel,
4. övervaka och registrera vitala funktioner,
5. stabilisera och immobilisera frakturer,
6. utföra avancerad hjärtlungräddning (A-HLR),

7. stoppa yttre blödningar,
8. förflytta patienter på ett säkert sätt, samt
9. överföra medicinska data.

Extra utrustning i en ambulans

(Teknik)

5 kap. Larmcentraler och prioriteringar

Avtal med larmcentraler

1 § Det landsting som anlitar en larmcentral för larmning av ambulans ska i ett avtal med centralen reglera

1. centralens tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens för uppgiften,
2. centralens rätt att disponera ambulanser (dispositions rätt), och
3. vilka tekniska lösningar för larm och övrig kommunikation som ska användas mellan centralen och en ambulans.

Prioriteringsgrader

2 § Vid utgående larm från en larmcentral ska följande prioriteringsgrader gälla:

Prio 1 - Akuta livshotande symtom eller olycksfall.

Prio 2 - Akuta men inte livshotande symtom.

Prio 3 - Övriga uppdrag med vård- eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd.

6 kap. Ansvar för ambulansuppdrag

Hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens

1 § Vårdgivaren ska ansvara för att hälso- och sjukvårdspersonalen inom ambulanssjukvården har den kompetens som krävs för att kunna ge prehospital akutsjukvård under ett ambulansuppdrag.

2 § Vårdgivaren ska vidare ansvara för att en ambulans alltid är bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att administrera läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

3 § Vårdgivaren ska även ansvara för att den hälso- och sjukvårdspersonal som ska framföra en ambulans har den kompetens som krävs för att på ett säkert sätt kunna utföra ett ambulansuppdrag.

4 § Verksamhetschefen ska fastställa rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen inom ambulanssjukvården har den utbildning som krävs för att kunna ge prehospital akutsjukvård i eller utanför en ambulans med hjälp av den utrustning som avses i 4 kap. 12 §.

Överföring av patienter mellan vårdenheter

(Handlar om vem som har ansvaret under transporten, avlämnande resp mottagande samt om vilken information som skall medfölja.

7 kap. Första hjälpen i väntan på ambulans (IVPA)

Avtal

1 § Ett avtal om första hjälpen i väntan på ambulans enligt 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, ett IVPA-avtal, ska säkerställa att den som utför ett IVPA-uppdrag kan

1. ge första hjälpen med enkla hjälpmedel,
2. ge den vårdbehövande trygghet, och
3. hålla kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen i ambulansen.

Av IVPA-avtalet ska det framgå om defibrillering och behandling med medicinsk oxygen ingår i IVPA-uppdraget.

2 § Den personal som inom ramen för ett IVPA-avtal ger behandling med medicinsk oxygen ska anses som hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas av Socialstyrelsens tillsyn.

Dokumentation

3 § Varje utfört IVPA-uppdrag ska dokumenteras. Dokumentationen ska överlämnas till hälso- och sjukvårdspersonalen i ambulansen samtidigt med patienten.

Uppföljning

4 § De landsting och kommuner som har ingått IVPA-avtal ska löpande följa upp dessa vad gäller patientsäkerhet och dokumentation.

1. Denna författning träder i kraft den 1 juli 2011 i fråga om 4 kap. 4 § och i övrigt den 15 augusti 2009.
2. Genom författningen upphävs Socialstyrelsens föreskrifter m.m. (SOSFS 1981:47) om sjukvårdsutrustning i ambulans.