



Prehospital akutsjukvård i Västra Götalandsregionen 2010

Del 2 Analys, slutsatser och förslag

December 2010



Innehållsförteckning

1	Disposition	3
2	Analys och slutsatser av utredningens del 1:1 och 1:2	4
2.1	Övergripande	4
2.2	Mål och ägaruppdrag	4
2.3	Inomregional ambulanssjukvårdssamverkan	5
2.4	Medicinsk ledning	5
2.5	Informationshantering	6
2.6	Inköp och utrustning	6
2.7	Driftsformer – egen regi och/eller entreprenörer	6
2.8	Verksamhetsuppföljning och verksamhetsdata	7
2.9	Katastrofplanering	11
2.10	Ambulansalarmering, -prioritering, -dirigering	11
2.11	Forskning och utveckling samt utbildning	12
2.12	Samverkan med andra aktörer	12
2.13	Utvecklingen framåt	13
2.14	Prehospitala organisationen i VGR	13
3	Redovisning av genomfört seminarium	16
3.1	Möjliga regiongemensamma funktioner	16
3.2	Möjliga regionala standards	17
4	Överväganden och förslag	23
4.1	Behov av specialambulanser	23
4.2	”Hjärtstartare” och IVPA-avtal i VGR	24
4.3	”Framtidens hälso- och sjukvård”	25
4.4	Inriktning och övergripande ställningstagande	25
4.5	Inomregional ambulanssjukvårdssamverkan	27
4.6	Medicinsk ledning	28
4.7	Regiongemensamma funktioner och organisationsförslag	29
4.8	Regiongemensamma standards	33
4.9	Avtal med räddningstjänsterna (IVPA mm)	37
4.10	Ej tidigare kommenterade slutsatser	37
4.11	Kostnader och finansiering	38
5	Förslag till ägaruppdrag	39
6	Förslag till beslut	43
Bilagor		
1.	Deltagare vid seminarium 28 september	44
2.	Förslag till reviderat uppdrag för Regionala Rådet för Prehospital Akut-sjukvård (RRPA)	45

Prehospital akutsjukvård i Västra Götalandsregionen 2010

Del 2 Analys, slutsatser och förslag

1. Disposition

Vid Hälso- och sjukvårdsutskottets (HSU) sammanträde 23 juni 2010 föredrogs och överlämnades delarna 1:1 och 1:2, som är beskrivnings- och kartläggningsdelarna, av denna utredning.

Uppdrag gavs att fortsätta utredningen enligt tidigare beslutade direktiv, bl a att utarbeta förslag till regiongemensamma standards inom det prehospitala akutsjukvårdsområdet samt förslag till nytt ägaruppdrag för kommande period.

Kapitel 2

I de tidigare utredningsdelarna gjordes ingen sammanfattande analys av det presenterande materialet. Denna analys med avslutande slutsatser presenteras därför som inledande avsnitt i denna utredningsdel.

Kapitel 3

HSU angav vid redovisningen i juni att utredningen tydligt behövde redovisa vilka funktioner inom den prehospitala akutsjukvården som med fördel kunde vara regiongemensamma. För att få en bred och sakkunnig diskussion om dessa frågor genomförde utredningen därför bl a ett seminarium där eventuellt regiongemensamma funktioner samt även förslag till regionala standards diskuterades. Resultaten från detta seminarium redovisas i detta kapitel.

Kapitel 4

Detta kapitel innehåller utredningens överväganden och förslag.

Kapitel 5

Ett av utredningens uppdrag är att presentera förslag till nytt ägaruppdrag vilket görs i detta kapitel.

Kapitel 6

Sammanfattar utredningens förslag i förslag till beslutspunkter.

Ansvariga för utredningen har varit Robert Sinclair och Lennart Löfgren, båda vid HSA.

2. Analys och slutsatser av utredningens del 1:1 och 1:2

2.1 Övergripande

Den översiktliga studie som gjorts av sex andra sjukvårdshuvudmäns prehospitala akutsjukvårdsorganisationer visar att VGR avviker genom att det inte finns en samlad prehospital organisation. De övriga huvudmännen har samlat verksamheten i en organisation, med administrativ och medicinsk ledning, ansvar för FoUU, inköp och utrustning samt utvärderings- och uppföljningsansvar, och med distriktsindelning av utförandet av själva ambulanssjukvården. Några av huvudmännen har upphandlat hela eller delar av utförandet medan hos de övriga även driften finns i den gemensamma organisationen.

I VGR bedrivs verksamheten av fem separata ambulansorganisationer som i första hand styrs och leds av sjukhusledningarna. Den regiongemensamma styrningen sker övergripande från HSU/HSA. Genom Regionala rådet för prehospital akutsjukvård (RRPA) samråder och samverkar de fem enheterna om gemensamma frågor. RRPAs roll är rådgivande.

Generellt visar kartläggningen att den prehospitala akutsjukvården inom VGR i huvudsak fungerar bra. Patienter som larmar ambulans nås i de allra flesta fall inom rimlig tid och av kompetent personal. Utvecklingen av verksamheten följer i huvudsak de utvecklingslinjer som sker hos övriga huvudmän och kostnaderna är jämförbara. VGR avviker således vare sig positivt eller negativt.

Frågor som väcks är:

- Finns det resurser inom VGR som inte tas tillvara och möjligheter till inomregional samverkan som inte utnyttjas?
- Med tanke på VGRs storlek, samlade kompetens och närhet till forskningsresurser, borde inte ambitionen vara att VGRs prehospitala akutsjukvård skall ta en ledande position i landet?

2.2 Mål och ägaruppdrag

Nuvarande ägaruppdrag och mål ("Rätt patient i rätt tid, med rätt kompetens och rätt resurs, med rätt åtgärder till rätt vårdgivare") för verksamheten kan konkretiseras och göras tydligare och mer utmanande. Ett nytt ägaruppdrag, med uppföljnings- och mätbara "regionala standards" skulle därvid kunna baseras på "God vård"-konceptet. Detta anger att vården skall vara säker, kunskapsbaserad, patientfokuserad, jämlik, ges i rätt tid och vara effektiv.

Tillgänglighetsmål visavi väntetider, motsvarande "i rätt tid", kan anges konkret i minuter. Men det behöver också finnas mål för vilken personell och materiell resurs som skall vara på plats inom viss tid, vilken kompetens personalen skall ha, vilken vård som skall kunna ges, vilka bedömningar göras och vilka fortsatta processer initieras och genomförs.

För sjuktransporterna finns i nuläget inga tillgänglighetsmål angivna vilket är en brist. Inte minst hemsjukvården framför stark kritik mot att det är långa och opreciserade väntetider även för förbeställda sjuktransporter.

Samtliga övriga huvudmän som studerats har väntetidsmål angivna i minuter.

Slutsats

- Ägaruppdraget kan utvecklas baserat på nuvarande uppdrag och på "God vård"-konceptet och regionala mätbara mål ("standards"), bl.a. tillgänglighetsmål i minuter, kan anges.

2.3 Inomregional ambulanssjukvårdssamverkan

Regionala rådet för prehospitalkvård (RRPA) huvuduppgifter är att vara ett samråds- och samverkansorgan för såväl medicinska som verksamhetsrelaterade frågor. Rådet ska också vara referensorgan och remissinstans och tillföra regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsutskottet och dess kansli medicinsk och verksamhetsrelaterad sakkunskap. Ledamöter är de verksamhetsansvariga inom ambulanssjukvårdsverksamheterna, ambulansöverläkarna, cheferna för PKMC och AmbuAlarm samt en representant för HSA. Rådets arbetsformer och mandat liknar de medicinska sektorsråden. Rådets rekommendationer måste antas och beslutas av respektive sjukhusledning för att bli gällande.

Enligt rådets reglemente ska samtliga väsentliga frågor inom ambulansverksamheten behandlas av rådet. Exempel på frågor är: Initiera, utarbeta och följa upp behandlingsanvisningar, kvalitetssäkra verksamheten, utarbeta normer för kvalitetsuppföljning, verka för vårdkedjesamverkan, behandlingskontinuitet och kostnadseffektivitet, initiera FoU, verka för spridning och implementering av ny kunskap samt utmönstring av förlagade metoder.

Det finns en stor samsyn om att RRPA behövs för att hålla samman och utveckla verksamheten. Samtidigt finns kritik mot att arbetet i rådet inte är tillräckligt effektivt och engagerat. FoUU-frågor och medicinska frågor har hittills inte fått tillräckligt utrymme. Verksamhetsansvariga anser å ena sidan att rådet skulle ha mera kraft att påverka verksamheten och utveckla den gemensamma standarden inom VGR, å andra sidan att självständigheten i de fem ambulansenheterna ska finnas kvar. Några av de övriga som intervjuats anser att det borde finnas ett regiongemensamt lednings/beslutsorgan för ambulansfrågorna inom VGR.

Slutsats

- Förutsättningarna för RRPA att fullgöra sitt uppdrag måste stärkas.

2.4 Medicinsk ledning

Den medicinska ledningen av ambulanssjukvården utövas av den ambulansöverläkare (i regel en deltidstjänst) som finns inom respektive ambulansenhet vid sjukhusen. Ambulansöverläkaren har bl a det medicinska ansvaret, beslutar om behandlingsriktlinjer, delegerar uppgifter till ambulanssjuksköterskor, svarar för den medicinska utbildningen, deltar i utvecklingen av vårdprocesser och har uppföljningsansvar.

Utformningen av bl a behandlingsriktlinjer och vad och hur verksamheten ska följas upp och kvalitetssäkras varierar mellan de olika sjukhusgrupperna. Någon helt regiongemensam standard finns inte.

Samordningen av de medicinska frågorna inom VGR sker inom RRPA. Ambulansöverläkarna anser inte att deras frågor får det utrymme inom RRPA som de borde ha. Viss samverkan mellan ambulansläkarna sker utanför RRPA men inte i den regelbundna och strukturerade form som efterfrågas.

De övriga huvudmän som studerats har samliga en chefsambulansöverläkare, som har det samlade ansvaret för det medicinska innehållet i huvudmannens hela ambulansverksamhet.

Distriktsläkarna och de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) i kommunernas hemsjukvård upplever att gränsdragningen för det medicinska ansvaret är otydlig då en patient flyttas mellan primärvård/hemsjukvård, ambulanstransport och till sjukhus. Ambulansöverläkarna delar dock inte denna syn utan anser att ansvarsgränsen är tydlig.

Slutsatser

- Samverkan mellan ambulansöverläkarna bör stärkas och formaliseras bättre.
- Inom ramen för den organisation som väljs inom VGR bör en cheföverläkarefunktion för ambulanssjukvårdsverksamheten inrättas.
- Den otydlighet i det medicinska ansvaret som distriktsläkare och MASar upplever måste klarläggas och ansvarsgränserna förtydligas.

2.5 Informationshantering

Nuvarande ambulansjournal AmbuLink är föråldrad och behöver ersättas med en ny. Det redovisas stark kritik mot att journalen inte svarar upp mot de krav som är rimliga att ställa samtidigt som det är svårt att få exempel på en annan bättre modell. Behov finns därför för att en tydlig regiongemensam kravspecifikation skall utarbetas.

Funktionaliteten i den speciella mobila och tuffa miljön är viktig, dvs att journalen och tekniken är robust och användarvänlig. Systemet måste också kunna kommunicera elektroniskt med de andra journalsystem som sjukhusen och alarmeringsfunktionen använder. Hemsjukvården efterlyser också möjligheten att enkelt kunna överföra information från KLARA-systemet till ambulanserna. Och vidare skall data med automatik kunna sändas till kvalitetsregister och också relativt enkelt kunna tas ut, sammanställas och analyseras som led i verksamhetsuppföljning, kvalitetsutveckling och eget lärande.

Ambulansverksamheten är en viktig del i akutsjukvården och ingår därför självklart i akutsjukvårdprocessen. En ny ambulansjournal måste svara upp mot de krav som dessa vårdprocesser ställer.

En förstudie om vilka krav en ny ambulansjournal ska uppfylla har påbörjats och det är viktigt att detta arbete snabbt kan omsättas i ett nytt system både vad gäller innehåll, funktionalitet och teknik.

Motsvarande utvecklingsarbete pågår inom t ex Region Skåne och Hovedstadsregionen i Danmark och erfarenheter därifrån borde kunna inhämtas.

Slutsatser

- Behov finns att snarast genomföra en förstudie, utforma en kravspecifikation och skapa ett bättre system för informationshantering.
- Därefter snarast möjligt ersätta nuvarande ambulansjournal med en ny som svarar upp mot ställda krav.

2.6 Inköp och utrustning

Inom den prehospitala akutsjukvården liksom för övriga verksamheter inom VGR svarar Regionservice för upphandlingen och bistår förvaltningarna med kompetens. För ambulansverksamheten är det inom RRPAs ram som utrustningsstandarden ska diskuteras, samrådats och överenskommas. De olika driftenheterna ska därefter följa de gemensamma riktlinjerna och utnyttja sig av de upphandlingsavtal som Regionservice har slutit.

Enighet råder om att det är dessa principer som ska gälla. Samtidigt riktas kritik mot hur upphandlings- utrustningssamordningen fungerar i praktiken. Vissa hävdar att det måste finnas möjlighet till avsteg då annan utrustning ibland bedöms passa den egna verksamheten bättre, att Regionservices avtal ofta är mindre förmånliga och att själva processen är osmidig.

Det är angeläget att se över hur nuvarande rutiner fungerar och hur de kan göras smidigare samtidigt som följsamheten till beslutade riktlinjer bör följas upp.

Slutsats

- En översyn av hur nuvarande arbetssätt och riktlinjer kan utvecklas behövs.

2.7 Driftsformer - egen regi och/eller entreprenörer

Utredningen har inte haft något preciserat uppdrag att analysera frågan om fördelar eller nackdelar av att driva verksamheten i egen regi eller genom entreprenör. Närapå samtliga som har intervjuats har dock själva tagit upp frågan och därför redovisas uppfattningarna.

Av den totala (markbundna) ambulansverksamheten inom VGR är cirka 40 procent upphandlad och drivs av entreprenörer. Två av sjukhusgrupperna har valt att inte upphandla någon del av verksamhe-

ten men samtliga sjukhusgrupper har relativt näraliggande erfarenhet av upphandlad ambulansverksamhet.

Bland de verksamhetsansvariga finns en stor samsyn om att förändringsarbete och utveckling försvåras och blir trögare att genomföra då man har entreprenör. Det anges också att flexibiliteten hämmas och att det är svårt att i avtalen täcka in och reglera de förändringar som bör och måste ske i en dynamisk verksamhet under en längre avtalsperiod. Samtidigt bedömer man att entreprenören kan bedriva verksamheten till lägre kostnad.

Den entreprenör som intervjuats ger en annan bild och menar att man har ett stort intresse av att utveckla verksamheten men att man vill vara med från start och bli delaktig i hela processen. Möjligheter till effektiviseringar och kostnadsänkningar, utan kvalitetssänkningar, påtalas. Entreprenören vill också att hela verksamheten, oberoende av driftsform, ska följas upp och analyseras med samma kvalitetsindikatorer.

Stockholms läns landsting och Region Skåne redovisar ingen skillnad vad gäller flexibilitet och utvecklingsvillighet mellan entreprenörer och drift i egen regi.

Frågan om vem som vid entreprenördrift är vårdgivare och därmed har vårdgivaransvar och därav följande skyldigheter är höggradigt aktuell inom ambulanssjukvården.

Slutsats

- Såväl drift i egen regi som i entreprenörregi erbjuder både för- som nackdelar.
- Driftsansvarig enhet ska besluta om driftsform.
- Tydliga krav på verksamheten är avgörande, bl.a. visavi verksamhetsmål, måluppfyllelse och forskning och utveckling.
- Utvärdering av måluppfyllelse måste ske på samma sätt oavsett om verksamheten drivs i egen regi eller på entreprenad.
- Vårdgivaransvaret vid entreprenädrift måste tydliggöras och ansvarsfördelning ske i enlighet med detta.

2.8 Verksamhetsuppföljning och verksamhetsdata

I utredningens del 1:2 presenteras en mängd verksamhetsdata för samtliga ambulansområden och stationer gällande år 2009. Redovisningen är den första i sitt slag som gjorts över den prehospitala verksamheten inom VGR.

Ambulanser

På VGR-nivå och även på ambulansområdesnivå visar redovisningen att verksamheten i huvudsak fungerar bra. Väntetider, uppdragsandel av total tid och invånarnas nyttjande av ambulans avviker inte på något utmärkande sätt från vad som redovisats från andra huvudmän. Tar man i beaktande att VGR är en geografiskt omfattande region med varierande befolkningstäthet visar materialet att verksamheten hävdar sig väl i jämförelse med andra. Vid jämförelser på ambulansstationsnivå framkommer emellertid skillnader i tillgänglighetsdata, som kan behöva föranleda ytterligare bearbetning och överväganden.

Ur rent medicinsk synvinkel är väntetiden på ambulans i de allra flesta fall långt mindre viktig än vilken kompetens, erfarenhet och utrustning ambulanspersonalen har då de kommer fram till patienten. Endast i ett fåtal fall, såsom vid hjärtstillestånd, ofri luftväg och stora blödningar är tidsfaktorn kritisk och då så knapp (fåtal minuter från inträffad händelse till insättande av akutmedicinsk insats) att det i de allra flesta fall är omöjligt att nå fram fort nog med ambulans. För att rädda liv i dessa sammanhang behöver således också andra resurser mobiliseras – lekmän som tar hjälp av bl.a. automatisk apparatur för ”hjärtstart” och personal från övriga ”blåljusorganisationer”. Däremot är medborgarupplevelsen av trygghet relaterad till en förväntan och förvissning om hur snabbt ambulanssjukvårdshjälp kan vara på plats.

Behovet/efterfrågan av ambulanssjukvård ökar och för VGR har antalet uppdrag ökat med mellan 2-3 procent per år sedan 2006. De övriga huvudmän som studerats redovisar ökningstal i ungefär samma storleksordning. Någon fördjupad analys av varför behovet/efterfrågan ökar har inte gjorts i denna utredning.

Ur redovisningen hämtas följande:

- För 94 % av invånarna i VGR understiger väntetiden (teoretiskt) vid prio 1 larm 20 minuter.
- För 85,4 % av invånarna i VGR understeg väntetiden 2009 (i verkligheten) vid prio 1 larm 20 minuter.
- Mediantiden, för hela VGR, då 1:a ambulans vid prio 1 larm är hos patienten är 11,7 minuter. Enligt ”Öppna jämförelser” är motsvarande siffra för riket 13,6 minuter.
- Kortast mediantid har ambulansstationerna i Alingsås och Lidköping med 9,2 minuter.
- Längst mediantid har ambulansstationen i Färgelanda med 24,5 minuter och näst längst Tranemo med 22,2 minuter.
- Högst tillgänglighet/kortast väntetid: Ambulansstationerna Gårda, Lundby, Angered, Kortedala och Frölunda når 93,9% och Skara 91,2 % av invånarna inom 20 minuter.
- Lägst tillgänglighet/längst väntetid: Färgelanda ambulansstation når 29,2% av invånarna, Tranemo 43,1 % och Henån 54,6 % inom 20 minuter.
- Lägst nyttjande av ambulanstransport (prio 1- 3) har invånarna i Lerum med 65 transporter per 1000 invånare 2009. Regiongenomsnittet är 103 per 1000 invånare.
- Högst nyttjande har Strömstad med 175 per 1000 invånare (det höga värdet beror sannolikt på att turister/sommarboende som inte är folkbokförda i kommunen finns med i antalet uppdrag men inte i befolkningsunderlaget).
- Högst uppdragsandel har Gårda ambulansstation med 68 % av tillgänglig tid. Genomsnitt för VGR är 35 %.
- Lägst uppdragsandel har Tranemo ambulansstation med 16 % av tillgänglig tid.

Slutsatser

- Tillgängligheten till ambulanssjukvård kan anges på olika sätt och mätas med olika mått beroende på vad man särskilt vill belysa. Eftersom upplevelsen av trygghet ur befolkningsperspektiv torde vara starkt knuten till förvisning om att hjälp vid ett verkligt akut behov är snabbt på plats bör tidsmål formuleras.
- Behovet att vara snabbt på plats gäller ur strikt medicinsk synvinkel i en minoritet av ambulanssjukvårdens uppdrag, men tidsfaktorn kan i vissa fall vara livsavgörande.
- Ägaruppdraget bör bli tydligare (tillgänglighetsmått i minuter), innehålla regiongemensamma standards och krav på en utvecklad, kontinuerlig och regiongemensam verksamhetsuppföljning.

Ambulanshelikoptern

Ambulanshelikoptern fungerar verksamhetsmässigt och organisatoriskt mycket bra.

Sjukvårdsteamet i ambulanshelikoptern har den högsta medicinska kompetensnivån av samtliga ambulansenheter inom VGR och är tillgängligt dygnet runt. Helikopterteamets kompetens nyttjas av de markbundna ambulanssteamerna genom telefonkonsultation även i fall då helikoptern inte utlarmats. Denna möjlighet går sannolikt att utöka ytterligare

Nyttjandegraden för VGRs ambulanshelikopter ligger i nivå med Stockholms läns landstings. En fördjupad studie visar att antalet ”samtidighetskonflikter”, dvs flera larm under samma tidsintervall, ökar under sommaren (maj – augusti). Genomsnittligt antal samtidighetskonflikter per år sedan 2005 är ca 150. Av dessa inträffar 100 under tiden maj – augusti.

Samarbete sker sedan några år tillbaka med Sjöfartsverkets räddningshelikopter, som också är stationerad på Säve flygfält i Göteborg. Önskemål finns om att formalisera och utöka samarbetet ytterligare.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har tillsammans med Sjöfartsverket under 2010 påbörjat ett utvecklingsarbete, där VGR varit pådrivande och medverkar, som har till syfte att pröva möjligheterna att samordna landstingens ambulanshelikoptrar och Sjöfartsverkets sjöräddningshelikoptrar.

Slutsatser

- Möjligheter att utnyttja ambulanshelikopterteamets kompetens som konsulter i ännu högre grad bör undersökas.
- SKLs arbete med nationell samordning och att samordna ambulanshelikoptrarna med sjöräddningshelikoptrarna bör följas.

Sjuktransporter

Nuvarande organisation av sjuktransporter för liggande patienter utan akut vårdbehov har fungerat sedan 2006. Ansvar har respektive sjukhusgrupps ambulansenhet och transporten sker med särskilda sjuktransportfordon. Beställning och dirigering av denna typ av sjuktransport sker genom SOS Alarm AB. Om patienten är sittande definieras transporten som sjukresa och beställs genom beställningscentralen och utförs av av Västtrafik upphandlad entreprenör.

Utredningen visar att uppdragsandelen för sjuktransportfordonen är relativt låg. Genomsnittet för VGR är 56% uppdragstid med en variation mellan ambulansområdena i intervallet 50 % till 66 %. Samtidigt riktas kritik mot att väntetiderna ibland är långa och dessutom opreciserade. Detta gäller även vid förbeställda transporter. Det finns inga preciserade väntetidsmål fastställda för sjuktransporter inom VGR. Både Region Skåne och Stockholms läns landsting har sådana mål fastställda.

En av svårigheterna med att få ett effektivare utnyttjande är att efterfrågan av transport varierar stort under dagen. Vid vissa tidpunkter räcker inte fordonen till, med långa väntetider som följd, och vid andra är efterfrågan låg och överkapacitet uppstår.

På RRPAs initiativ har ett gemensamt utvecklingsarbete för sjuktransporterna påbörjats under våren 2010. Detta arbete måste involvera såväl beställare som utförare av tjänsten så att efterfrågan och resurstillgång ges förutsättningar att mötas.

För Region Skåne gäller att både planerade och oplanerade sjuktransporter ska påbörjas inom en timma. Utförare är ambulansenheter och transporten beställs genom SOS Alarm AB. Om patienten inte behöver vård under transporten, sittande eller liggande, beställs och utförs transporten av Skånetrafiken.

I Stockholms läns landsting innebär väntetidsmålen att transporten ska påbörjas inom 10 minuter från den avtalade tiden om den beställts 8 timmar före och inom 2 timmar om den direktbeställts. Sjuktransport används för liggande patienter med eller utan vårdbehov under transporten. Verksamheten utförs av en entreprenör som ansvarar för helheten dvs beställning, dirigering/prioritering och själva transporten.

Slutsatser

- Uppdragsandelen är generellt låg.
- Uppstartat utvecklingsarbete bör prioriteras för att uppnå ökad effektivitet och servicenivå.
- Matchningen av efterfrågan från beställare och resurskapacitet hos utförare behöver förbättras.
- Ägaruppdraget bör bli tydligare (tillgänglighetsmått i minuter), innehålla regiongemensamma standards och krav på en utvecklad, kontinuerlig och regiongemensam verksamhetsuppföljning.

Ekonomi och personal

I utredningen redovisas respektive ambulansområdes sammanlagda bruttokostnader för 2009. Syftet är att få en översiktlig bild och jämförelse av kostnader utan att i detta läge djupare analysera orsakerna till olikheterna. Samtliga ambulansenheter har själva möjligheter att ytterligare skärpa sin egen analys

och vidta lämpliga åtgärder för att sänka kostnader och effektivisera verksamheten. Centralt stöd för datafångst, jämförelser och analys bör ges och ytterligare utvecklas.

I beräkningarna har den totala kostnaden (kostnaden för sjuktransporter borttagen) dividerats med antalet dygnsambulanser. Kostnaden per dygnsambulans varierar relativt stort mellan ambulansområdena.

- Lägst kostnad har Kungälv's sjukhus: 6 691 kkr/dygnsambulans och år
- Högst kostnad har SU: 9 330 kkr/dygnsambulans och år

SU godkänner inte utredningens beräkningssätt och har enligt egen beräkning angivit att en dygnsambulans inom SU kostar 8 198 kkr/år.

Tabell: Inomregional spännvidd i kostnader

Om samliga VGR ambulanser drivs till kostnaden vid	Kkr/år	Kkr/år
Kungälv's Sjukhus	450 304	450 304
SU (utredningens beräkning)	627 909	
SU (SUs beräkning)		551 658
Skillnad/potential	177 605	101 354

Beräkningen i tabellen ovan gör inte anspråk att redovisa en sanning utan mer illustrera just spännvidden mellan sjukhusgruppernas olika kostnadsnivåer och därmed i viss mån potentialen för effektivisering.

En annan bild av kostnadsläget inom VGRs ambulansverksamhet fås vid jämförelse med Region Skåne och Stockholms läns landsting

Tabell: Översiktlig jämförelse av kostnader

Jämförelse av kostnader mellan VGR, Stockholm och Skåne			
	VGR	Skåne	Stockholm
Budget 2010 mkr		387	470
Kostnad 2009 mkr	597		
Avgår sjuktransport	34	0	0
Avgår hkp	38	0	52
Avgår PKMC (motsv)	7	20	0
Summa	518	367	418
Antal invånare milj	1,6	1,1	2,0
kr/inv	324	334	209
Antal dygnsambulanser	67	43	45
"kostnad/dygnsamb" mkr	7,73	8,53	9,29

Med utgångspunkt från de kostnader som redovisas i utredningen (med reservation för exaktheten) för ambulansverksamheten i Region Skåne och Stockholms läns landsting visar den jämförande översiktliga beräkningen att VGRs genomsnittliga kostnad per dygnsambulans är lägst. Beräkningen är gjord enbart för att få en indikation på om kostnadsnivån i VGR "sticker ut" på något alarmerande sätt eller inte.

Ur redovisningen av vilken personal respektive sjukhusgrupp har för att driva ambulansverksamheten kan jämförelse göras för kategorin ledning/stab/administration.

Sjukhusgrupperna har idag tillsammans 33,7 nettoårsarbetare inom ledning/stab/administration. Nyckeltalet som valts (antal personer i ledning/stab/administration per 10 milj kr årsomsättning) är lägst för NU-sjukvården (0,35) och högst för Kungälv's sjukhus (1,06), se tabell nedan.

Tabell: Jämförelse mellan ambulansområdenas administrativa kostnader

Jämförelse av ledning/stab/administrativ personal						
Sjukhusgrupp	SU	NU	SÅS	SkaS	KS	VGR
Antal personer	8,0	5,25	6,0	10,7	3,7	33,7
Kostnader 2009 mkr	148,8	149,1	98,4	119,3	34,9	550,5
Antal personer/10 mkr i årsomsättning	0,54	0,35	0,61	0,89	1,06	0,61

Slutsats

- Genom kontinuerlig och regiongemensam uppföljning/benchmarking (inomregionala ”öppna jämförelser”) kan driftsansvariga enheter skaffa underlag för att identifiera områden för att vidta möjliga effektiviserings- och rationaliseringsåtgärder. Centralt stöd skall ges för datafångst och sammanställning och analys av data för möjliggörande av jämförelser.

2.9 Katastrofplanering

Regionens Prehospitala och katastrofmedicinska centrum (PKMC) ansvarar för att det finns en katastrofmedicinsk beredskap i VGR samt ansvarar för ledningen av de prehospitala insatserna då en allvarlig händelse inträffat. PKMC ska bedöma sannolikheten för att något ska hända, förbereda för händelsen samt utbilda och förbereda personalen som ska hantera händelsen.

Den tydliga uppfattningen bland dem som intervjuats i denna utredning är att PKMC fungerar mycket bra och ligger i framkant i jämförelse med motsvarande organisationer vad gäller kompetens och fullgörande av sin uppgift.

Synpunkter framförs dock på att PKMC, i frånvaro av en regionalt koordinerande funktion för ambulanssjukvården, betraktas som VGRs gemensamma ”allmänna” prehospitala organ och inte enbart ett organ för de prehospitala frågor som rör katastrofmedicinsk beredskap. Exempelvis gäller detta utbildningsfrågor, remissarbete och omvärldskontakter.

Slutsats

- Tydliggör PKMCs uppdrag och ansvarsområde och fortsätt utveckla verksamheten.

2.10 Ambulansalarmering, -prioritering, -dirigering

AmbuAlarm skapades 2009 med uppgift att vara regionens enhet för styrning, uppföljning och utveckling av ambulansalarmering, -prioritering och -dirigering samt upphandling och uppföljning av larmtjänster. I uppdraget ingår också att följa utvecklingen inom kommunikationsområdet och ta de initiativ som bedöms lämpliga. AmbuAlarm har t ex ansvarat för att införa det nya radiosystemet RAKEL.

Satsningen på AmbuAlarm har varit riktig. Trots den korta tid som enheten varit verksam är erfarenheterna goda samtidigt som viss kritik riktats mot att arbetet till en början varit alltför inriktat på teknik. De verksamhetsdata som redovisats i denna utredning har AmbuAlarm emellertid ansvarat för och tagit fram ur nu tillgängliga system. Det hade inte varit möjligt att göra detta tidigare och är exempel på hur uppföljningsarbetet har och kan fortsatt utvecklas.

Det finns en stor potential hos AmbuAlarm att ytterligare utveckla regionens kompetens inom det prehospitala akutsjukvårdsområdet för logistik, dirigering, prioritering, verksamhetsuppföljning och beställning/upphandling.

Slutsats

- Fortsätt utveckla verksamheten som tydlig regiongemensam strategisk prehospital resurs.

2.11 Forskning och utveckling samt utbildning

Ambulansenheterna inom sjukhusgrupperna och Kungälv's sjukhus har ansvaret för FoUU inom sina respektive organisationer. Inom RRPA ska samråd ske, initiativ tas och uppföljning göras inom detta breda och viktiga område. På forskningsområdet finns dessutom PreHospiten vid Högskolan i Borås, Sahlgrenska akademien och VGRs Prehospitala utvecklings centrum (PUC). Nordiska Hälsovårdshögskolan är och har likaså varit säte för doktorander inom det prehospitala området. I regionen finns således väletablerade forskningsinstitutioner som samverkar med och tillför den prehospitala akutsjukvården i VGR medicinsk forskningskompetens och resurser för kunskapsbildning och nytänkande.

Av intervjuerna som genomförts av utredningen framgår dock att man anser att FoU-frågorna inom den prehospitala akutsjukvården trots detta inte är tillräckligt utvecklade. Några påstår att det saknas forskningsanslag, andra att det inte saknas anslag men att det finns för få ansökningar till befintliga forskningsanslag. Trots sin bredd, kompetens, storlek och närhet nämns Sahlgrenska akademien förvånansvärt sällan i sammanhanget.

Flera efterlyser ett tyngre akademiskt innehåll i den prehospitala akutsjukvården. Vidare att bristen på forskning inom det akutmedicinska området sannolikt beror på att akutmedicin inte är någon egen specialitet. En tanke som framförs, för att stärka akutmedicinen inom forskningen är att akutmedicinska specialister och ambulansläkare ska samverka i ökad grad, möjligtvis i ett "Akutmedicinskt centrum" med Onkologiskt centrum som förebild.

Dessutom anges att implementeringen av nya rön och forskningsresultat i den praktiska verkligheten brister, att spridningen inte sker systematiskt och att det tar för lång tid. PUC har skapats för dessa ändamål, men ännu inte fått betydelse. Det är också stora kvalitetsskillnader mellan olika enheter då det gäller att stimulera intresset hos personalen till forsknings- och utvecklingsuppgifter samt avdela resurser för handledning.

Utbildningsprogram utvecklas och genomförs ofta var för sig inom de fem ambulansorganisationerna inom VGR. En viss samordning sker men såväl utvecklingen av programmen som genomförandet borde kunna samordnas mera regionalt.

Slutsatser

- Ett tydligt VGR-gemensamt grepp bör tas över FoU-inriktningen, inkluderande implementeringen av nya rön och utmönstring av föråldrade metoder.
- Forskningen inom det akutmedicinska området kan ytterligare stärkas och stimuleras varvid särskilt Sahlgrenska akademins roll behöver bli mer aktiv.
- En VGR-gemensam personalpolitisk policy bör utarbetas för att stimulera och premiera forskningsinitiativ bland personalen.
- Regional samordning av utveckling och genomförande av utbildningsprogram inom ambulanssjukvården i regionen bör genomföras.

2.12 Samverkan med andra aktörer

Den generella uppfattningen bland samtliga övriga huvudmän och aktörer, externa såväl som VGR-interna, som intervjuats är att den prehospitala akutsjukvården i huvudsak fungerar bra och att samarbetet också fungerar bra. Viktiga synpunkter som identifierats är följande:

- Polisen vill ha ett enda kontaktorgan med den prehospitla akutsjukvården inom VGR. De upplever en komplikation i att det finns fem olika enheter inom samma huvudman som de ska ha löpande kontakt med.
- SOS Alarm anser att trots att det finns en avtalspart (VGR genom AmbuAlarm) så ska de ändå förhålla sig till fem olika enheter som delvis har speciella krav. SOS Alarm vill liksom polisen ha en enda kontaktrelation med VGR.
- Primärvården och hemsjukvården anser att det är en omständlig process för dem, trots deras sjukvårdskompetens, att larma ambulans vilket leder till irritation och en känsla av överprövning.
- Räddningstjänsterna vill ha IVPA-avtal (I Väntan På Ambulans) med ambulansenheter.
- Entreprenören saknar en tydlig beställarfunktion där beställar- och utföraruppdraget inte blandas och efterlyser en kvalitets- och uppföljningsmodell som är lika för verksamheten oberoende av driftsform.
- Försvaret ser en möjlighet att samarbeta mer inom utbildningsområdet genom att samutnyttja instruktörer, lokaler och utrustning.
- Sjöfartsverket vill utveckla och formalisera samverkan med ambulanshelikoptern.

Slutsats

- Förbättringar kan vidtas utan förändrad driftsorganisation för ambulanssjukvården, men polisens och SOS Alarm ABs synpunkter talar för behov av en tydligare regional koordineringsfunktion och ”en dörr” till regionens ambulanssjukvård och övriga prehospitla akutsjukvård.

2.13 Utvecklingen framåt

Det finns stor samsyn inom VGR och bland övriga huvudmän om hur den prehospitla akutsjukvården kommer att kunna utvecklas under de kommande åren.

Slutsatser

- Ambulanspersonalens kompetens kommer att öka med fler specialistutbildade sjuksköterskor och mer läkarmedverkan i verksamheten.
- Genom kompetens- och metodutveckling kommer man att bli bättre på diagnostik så att patienten omgående kommer till rätt specialitet och rätt vårdnivå, s k ”fast tracks”.
- Fler standardiserade behandlingsriktlinjer kommer att implementeras.
- Sjukvårdsproduktionen i ambulanserna kommer att öka.
- Ambulanserna blir ännu mer av mobila akutmottagningar och, om beredskapstid finns, dessutom en resurs för hemsjukvård, vårdcentraler och anhöriga – och eventuellt också med deltagande i olycks- och skadeförebyggande verksamhet.
- Sjukhusens roller i regionens samlade hälso- och sjukvårdssystem kommer att utvecklas och specialiseras, och samverkan och integration med de olika profilerade sjukhusen och deras vårdprocesser kommer att öka.
- Ökad satsning på forskning och utveckling i mer regionövergripande sammanhållna program behövs.

2.14 Prehospitla organisationen i VGR

VGR skiljer ut sig från de sex övriga studerade sjukvårdshuvudmännens ambulansorganisationer genom att inte ha en sammanhållen gemensam prehospital akutsjukvårdsorganisation. Hos övriga huvudmän är driftsverksamheten uppdelad i ett antal distrikt inom en gemensam organisation. I den gemensamma ledningsorganisationen finns förutom övergripande driftsledningsansvar och/eller upphandlingsansvar också den medicinska ledningen samt ansvaret för FoU, kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning.

Det finns en stor samsyn bland sjukhusdirektörer, verksamhetschefer och hälso- och sjukhuschefer om vikten av att driftsansvaret för ambulanserna ligger på respektive sjukhusförvaltning. Samtidigt anser dessa att vissa funktioner mycket väl kan och bör samordnas ytterligare och bland andra befattningshavare inom den prehospitala akutsjukvården efterlyser man en mer sammanhållen regiongemensam organisation. Polisen och SOS Alarm anser att man vill ha en enda kontaktpunkt med VGR.

Argument som framförs för att behålla nuvarande sjukhusanknutna driftsorganisation är att

- arbetet med att utveckla vårdprocesserna försvåras om ambulansorganisationen och sjukhuset är skilda förvaltningar.
- smidigheten att samarbeta i det dagliga arbetet försvåras liksom rotationstjänst ambulanssjukvård - akutmottagning.
- den lokala kännedomen om personer och lokaler minskar.
- det blir svårare att delta i lokala utvecklingsprogram med kommuner och primärvård.
- utvecklingen från "beredskapskultur" till sjukvårdskultur hämmas.
- ambulansverksamheten är hårt publikt granskad/utsatt varför starkt lokalt ledningsstöd behövs.

De funktioner/verksamheter som idag tydligt är samordnade inom VGR är

- Ambulanshelikoptern, Kungälv's sjukhus är administrativt ansvarigt
- Larm, dirigering och prioritering, AmbuAlarm med SOS som entreprenör
- Kris- och beredskapsorganisationen, PKMC
- Journalsystem, AmbuLink med SkaS som systemägare
- Inköp, Regionservice är upphandlingsansvarig

Regionala rådet för prehospital akutsjukvård, RRPA, är samråds- och samordningsorgan för ambulanssjukvården inom VGR. Det uppdrag som RRPA har är omfattande och tydligt men eftersom det är ett råd finns besluts- och verkställighetsmandatet inte hos rådet utan i linjeorganisationen.

Enligt uppdragsbeskrivningen är RRPAs uppdrag att:

- Verka för gemensamma medicinska prioriteringsgrunder och uppföljning och utveckling inom prehospital akutsjukvård.
- Initiera och/eller utarbeta förslag till regionala behandlingsanvisningar, samordna och följa upp dessa samt verka för att de följs 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 god vård skall kunna ges till regionens alla invånare.
- Verka för god kvalitet inom den prehospitala vården och utarbeta förslag till normer för kvalitetsuppföljning.
- Delta i arbetet med utveckling av nya verksamhetsbeskrivningar och regional administrativ praxis.
- Verka för vårdkedjesamverkan med Sjukvårdsupplysning och SOS Alarm.
- Verka för behandlingskontinuitet och samverkan med specialistvård, primärvård och kommuner samt att tillfredsställande informationsutbyte från ambulanssjukvården sker till berörda vårdenheter vid överföring av patienter.
- Verka för en kostnadseffektiv verksamhet.
- Verka för spridning och implementering av aktuella rapporter inom prehospital vård.
- Verka för ett välfungerande 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 verksamhetsområdets utveckling.

RRPA utser på ettårsbasis inom sig en ordförande men har inga egna administrativa resurser.

Behovet av ett samrådsorgan av RRPAs typ är oomtvistat men samtidigt är kritiken genomgående mot att RRPA inte ”orkar med” alla sina frågor. Exempel som framförs är att för lite tid ägnas åt medicinska frågor, kvalitetsuppföljning, samordnad utbildning, utvecklingsfrågor samt initiering av forskning och implementering av nya metoder och utmönstring av gamla. Ofta arbetar de fem ambulansorganisationerna med samma frågor utan tillräcklig samordning vilket leder till olikheter och ineffektivitet. Någon av de intervjuade uttrycker ”att det är för lite driv i RRPA”.

Slutsatser

- VGRs ambulanssjukvårdsorganisation skiljer sig från övriga studerade motsvarande organisationer genom att vara uppdelade på fem separata driftenheter.
- Tydligt motstånd finns bland nuvarande sjukhusgrupper och beställare om att bilda en enda driftsansvarig enhet inom VGR.
- Tydlig samsyn finns för en ökad samordning av ytterligare ett antal väsentliga funktioner, utöver dem som är samordnade redan idag, såsom medicinsk ledning och utveckling, kvalitetssäkring utifrån ”god vård”-perspektiv, uppföljning och utvärdering, utbildning och FoU.
- Idag saknas VGR-gemensam standard för t ex vårdprocesser, behandlingsprogram och uppföljning och utvärdering vilket kan äventyra principen om alla invånare i Västra Götalandsregionen lika rätt till god vård.

3. Redovisning av genomfört seminarium

Under hösten genomfördes ett seminarium med 30 deltagare som företrädde sjukhusgrupperna, hälso- och sjukvårdskanslierna, primärvården, PreHospiten, VGRs Prehospitala Utvecklings Centrum (PUC), Regionservice och Hälso- och sjukvårdsavdelningen (deltagare se bilaga 1).

Syftet med seminariet var att diskutera och förankra förslag till

- vilka funktioner inom den prehospitala akutsjukvården som var lämpliga att göra regiongemensamma
- hur regionala standards inom området kan utformas och vad de ska innehålla.

Seminariedagens resultat redovisas nedan.

3.1 Möjliga regiongemensamma funktioner

Idag är följande funktioner regiongemensamma:

- **Ambulanshelikoptern**, Kungälv's sjukhus är administrativt ansvarigt
- **Larm, dirigerering och prioritering**, AmbuAlarm med SOS som entreprenör
- **Kris- och beredskapsorganisationen**, PKMC
- **Kommunikationssystem RAKEL**, AmbuAlarm projektansvarig
- **Journalssystem**, AmbuLink med SkaS som systemägare
- **Inköp**, Regionservice är upphandlingsansvarig

Bland seminariets deltagare fanns en stor samsyn om att dessa funktioner fungerar bra och även fortsatt bör vara regiongemensamma.

Därutöver föreslogs nedanstående funktioner som möjliga att göra regiongemensamma:

- **Medicinsk ledning**, formaliseras och stärks genom att bli inrättad en "chefläkarfunktion".
- **Behandlingsanvisningar/riktlinjer**, att de ska vara fastställda på VGR nivå och gemensamma.
- **Initiera utveckling och uppföljning av vårdprocesser**, ansvaret för vårdprocesserna ligger på respektive sjukhusgrupp men att utvecklingsinitiativ och uppföljningsansvar är VGR-gemensamt.
- **Standard fordon/utrustning**, i princip ingen avvikelse från fastställd VGR-standard.
- **Utbildning**, ansvaret för utveckling och genomförande samordnas efter samråd i RRPA.
- **Utvecklingsprogram**, initieras och samordnas efter samråd i RRPA
- **Forskning**, initieras och samordnas efter samråd i RRPA.
- **Uppföljning, utvärdering samt avvikelshantering**, utifrån ägaruppdrag och gällande regionala standards fastställa VGR-gemensamma mått, mätmetoder och målvärden för all prehospital akut-sjukvårdsverksamhet finansierad av VGR.
- **Implementering av nya och utmönstring av gamla metoder**, i enlighet med fastställda behandlingsriktlinjer.
- **Tjänsteupphandling**, samordnas då beslut finns om upphandling.
- **Daglig vårdplatskoordination**, samordnas för bästa möjliga regionala resursutnyttjande.
- **Driftsansvar ambulanser**, en enda VGR-gemensam driftsorganisation skapas.
- **Omvärldskontakter/bevakning samt ansvar för remissvar**, VGR-ansvar för omvärldskontakter mm.

Bland seminariedeltagarna uttrycktes en stor samsyn om nyttan av att samordna samtliga ovan uppräknade funktioner utom:

- **Daglig vårdplatskoordination**: Tanken avvisades inte helt men frågeställningen behövde mer betänketid och överväganden. Idén har hämtats från Region Skåne och Hovedstadsregionen där man anser att koordinationen är betydelsefull.

- **Driftsansvar ambulanser:** Att bilda en VGR-gemensam driftsorganisation möter ett stort motstånd från i första hand företrädarna från sjukhusgrupperna och hälso- och sjukvårdskanslierna.
- **Omvärldskontakter/bevakning samt ansvar för remissvar:** Frågan besvarades inte av seminariedeltagarna, sannolikt för att den ansågs självklar eller inte bedömdes ha prioritet i sammanhanget.

Seminarieriet hade inte att ta ställning till hur de regiongemensamma funktionerna skulle inlemmas organisatoriskt utan frågeställningen var den mer principiella: Vad är lämpligt att samordna och vad är inte lämpligt att samordna? I avsnitt 4.7 lämnar utredningen förslag till organisatorisk hemvist för de olika funktionerna.

3.2 Möjliga regionala standards

Den andra huvudfrågan som seminarieriet hade att diskutera var vilka regionala standards som kan vara lämpliga att fastställa. Förslaget som presenterades återges nedan och innehåller sju olika standards benämnda från A till G.

A. Kvalitetssäkrad responstid ambulanser

Idag finns inget fastställt tillgänglighetsmål angett i minuter för inom vilken tidsram 1:a ambulans ska vara på plats hos patienten vid prio 1 larm. Före 2006 då nuvarande ägaruppdrag beslutades fanns ett tillgänglighetsmål/väntetidsmål som innebar att

- inom 20 minuter ska 80% av invånarna nås av ambulans vid prio 1 larm.

Trots att detta mål inte varit fastställt i formell mening har det ändå levt kvar i verksamheten som ett riktvärde. Som nämnts tidigare har många efterlyst ett fastställt och tydligare tillgänglighetsmål för framtiden. Utredningen har därför i förslagen tagit utgångspunkt i den tradition som gällt för VGR.

För övriga huvudmän som studerats gäller för prio 1 larm:

Region Skåne

- inom 20 minuter ska 90% av invånarna nås inom respektive ambulansområde
- inom 35 minuter ska 99% ”

Stockholms läns landsting

- inom 10 minuter ska 75% av invånarna nås inom respektive ambulansområde
- inom 15 minuter ska 95% ”
- inom 20 minuter ska 99% ”
- inom 30 minuter ska 100% ”

Landstinget i Värmland

- inom 25 minuter ska 95% av befolkningen nås

Hovedstadsregionen

Här redovisas inte mål utan faktiskt uppnådd väntetid.

- inom 6,5 minuter nås 50% av invånarna
- inom 13 minuter nås 90% av invånarna

Oslo/Akershus

- Inga formellt fastställda maxtider.

London Ambulance Service

- inom 8 minuter ska 75% av invånarna nås
- inom 19 minuter ska 95% av invånarna nås

Tabell: De verkliga väntetider som gäller för VGR enligt redovisning i utredningsdel 1:2 Verksamhetsdata 2009 är i sammandrag

Jämförelse väntetider ambulansområden						
	VGR	KS	NU	SkaS	SU	SÄS
Mediantid (minuter) 1:a amb på plats	11,7	12,2	13,3	12,4	11,1	11,7
< 10 min %1:a amb på plats	43,4	40,7	37,9	41,0	43,3	42,5
< 15 min ”	70,6	70,4	61,2	62,9	81,7	64,8
< 20 min ”	85,4	87,7	77,1	81,9	92,9	81,8
< 25 min ”	92,7	94,9	87,7	92,0	96,5	90,3
< 30 min ”	96,3	97,3	93,4	96,3	98,2	95,5

Mediantid är det tidsmått som SKL använder i ”Öppna jämförelser”.

Tabell: Nedan redovisas väntetider för ett urval ambulansstationer representerande olika tätortsgrader

Jämförelse väntetider (urval av) ambulansstationer storstad, tätort och mindre tätort							
	VGR	Gårda	Öjersjö	Borås	Vänernborg	Tranemo	Dals-Ed
Mediantid (minuter) 1:a amb på plats	11,7	10,8	16,4	9,2	12,6	22,2	21,2
< 10 min, % 1:a amb på plats	43,4	51,2	10,1	58,0	36,9	4,6	33,3
< 15 min ”	70,6	84,1	48,7	74,5	70,9	15,6	44,8
< 20 min ”	85,4	93,9	76,2	85,2	86,6	43,1	53,3
< 25 min ”	92,7	96,8	89,6	92,5	94,5	66,6	69,1
< 30 min ”	96,3	98,3	96,1	96,2	97,4	84,9	78,2

Färgmarkeringens betydelse:

Grön = OK

Turkos = Möjlig

Röd = Nej

Förslag till regionala standards som diskuterades vid seminariet.	
A. Kvalitetssäkrad responstid ambulanser	Kommentar
<p>Gäller prio 1 larm och när 1:a ambulans ska vara på plats inom respektive ambulanssjukvårdsområde</p> <p>Alt 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Mediantid 12 min, samt Väntetid inom 20 min för 90% av invånarna <p>Alt 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Mediantid 12 minuter, samt Väntetid inom 15 min för 90% av invånarna 	<p>SÄS och SU uppfyller kravet. Endast SU uppfyller väntetidkravet</p> <p>Ingen uppfyller väntetidskravet (SU 81,8 %)</p>

forts A. Kvalitetssäkrad responstid ambulanser	Kommentar
<p>Alt 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediantid 12 minuter, samt • Väntetid storstad inom 15 min för 90 % av invånarna • Väntetid medelstor stad (Borås, Vänersborg m fl) inom 20 min för 90% av invånarna • Väntetid mindre tätort/glesbygd inom 30 min för 90% av invånarna <p>Alt 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediantid 12 minuter, samt • Väntetid inom 10 minuter för 50% av invånarna • Väntetid inom 20 minuter för 90% av invånarna, samt • Väntetid inom 30 minuter för 99% av invånarna 	<p>Inget ambulansområde uppfyller (vissa stationer uppfyller dock)</p> <p>Ingen uppfyller (Borås 85,2%, Vänersborg 86,6%)</p> <p>Uppfylls av Öckerö, Vårgårda, Ulricehamn, Svenljunga, Skene, Vara, Tidaholm, Mölltorp, Krontorp, Hova, Åmål, Tanum, Strömstad, Munkedal, Lysekil, Kungshamn, Hallinden, Tjörn</p> <p>Uppfylls ej av Tranemo, Herrljunga, Mellerud, Henån, Färgelanda, Dals-Ed, Bengtsfors</p> <p>Inget ambulansområde uppfyller (vissa stationer uppfyller dock)</p> <p>SU uppfyller</p> <p>Ingen uppfyller (SU 98,2%)</p>

Av färgmarkeringen ovan framgår att seminariedeltagarna ansåg att alternativ 1 var det bästa och att alternativ 4 skulle kunna fungera. Argumenten mot alternativ 2 var främst att det skulle bli mycket svårt att nå målet samt att de ökade kostnaderna inte står i rimlig proportion till medborgarnyttan. Alternativ 3 avvisades därför att det är mycket svårt att motivera olika mål för olika delar av regionen samt att det är svårt att någorlunda entydigt definiera vad som är den ena eller andra tätortsgraden. Kommunikationen till medborgarna skulle bli otydlig och värdet av att ha ett tillgänglighetsmål därmed bli mindre.

Enligt alternativ 1 skärps kraven på tillgänglighet genom att det är 90 % av invånarna som ska nås inom 20 minuter och inte 80 % som är det nuvarande "inofficiella målet" samtidigt som målet ska uppnås inom varje ambulansområde och inte sammantaget för VGR. Målet 80 % av invånarna uppnår samtliga ambulansområden utom NU-sjukvården som 2009 nådde 77,1 %. I dagsläget är det endast SU som når 90 % av invånarna inom 20 minuter.

Tidigare i utredningen har skrivits att: "Ur rent medicinsk synvinkel är väntetiden på ambulans i de allra flesta fall långt mindre viktig än vilken kompetens, erfarenhet och utrustning ambulanspersonalen har då de kommer fram till patienten. Endast i ett fåtal fall, såsom vid hjärtstillestånd, ofri luftväg och stora blödningar är tidsfaktorn kritisk och då så knapp (fåtal minuter från inträffad händelse till insättande av akutmedicinsk insats) att det i de allra flesta fall är omöjligt att nå fram snabbt nog med ambulans. För att rädda liv i dessa sammanhang behöver således också andra resurser mobiliseras – lek-män som tar hjälp av bl.a. automatisk apparatur för "hjärtstart" och personal från övriga "blåljusorganisationer". Däremot är medborgarupplevelsen av trygghet relaterad till en förväntan och förvisning om hur snabbt ambulanssjukvårdshjälp kan vara på plats."

Motivet för att tydligt fastställa ett tillgänglighetsmål, inom det tidsintervall som kan bli aktuellt i detta sammanhang dvs inom 15 till 30 minuter, är därför i första hand för att tillgodose ett rimligt medborgarkrav på trygghetskänsla – ett "patientperspektivmål" i enlighet med konceptet "God vård"

B. Kvalitetssäkrad sjuktransportlogistik

I dag finns inga mål fastställda för de sjuktransporter som den prehospitla akutsjukvården ansvarar för dvs sjukresor där patienten måste färdas liggande.

För några av de övriga huvudmännen som studerats gäller följande mål:

Region Skåne

- ska utföras enligt SOS Alarms direktiv så snart som möjlig, dock påbörjas inom 1 timma

Stockholms läns landsting

- inom 10 minuter om resan beställts 8 timmar före
- inom 2 timmar om resan direktbeställts

Förslag till regionala standards som diskuterades vid seminariet	
B. Kvalitetssäkrad sjuktransportlogistik	Kommentarer
<p>Kravet gäller inom respektive ambulanssjukvårdsområde</p> <p>Förbeställda sjuktransporter (= 12 tim före)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% försening till bokad behandling/undersökning • Väntetid inom 30 min för 100% av övriga transporter <p>Ej förbeställda sjuktransporter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Väntetid inom 2 timmar för 100% av transporter 	<p>Detta krav överensstämmer med avtalet med SOS Alarm AB</p>

Seminariedeltagarna godkände dessa standards. Synpunkter framfördes dock på att om väntetiden blir 2 timmar vid ej förbeställda transporter kan det innebära svårigheter vid sjukhusens akutmottagningar då patienter inte kommer vidare vilket bromsar flöden/processer.

C. Kvalitetssäkrad kompetens och erfarenhet

En standard som säkrar upp och driver på utvecklingen mot en ökad kompetens är motiverad ur kunskaps-, patientsäkerhets- och effektivitetssynvinkel i enlighet med ”God vård”. Detta förslag är också en fortsättning på och förstärkning av Socialstyrelsens krav på att i varje akutambulans där läkemedel skall kunna administreras ska det finnas minst en legitimerad sjuksköterska.

Förslag till regionala standards som diskuterades vid seminariet	
C. Kvalitetssäkrad kompetens och erfarenhet	Kommentarer
<ul style="list-style-type: none"> • Fastanställda ambulans-ssk ska vara vidareutbildade inom antingen ambulanssjukvård, anestesivård, intensivvård eller annan likvärdig utbildning. • Minst 50% av ssk inom varje ambulansområde ska vara vidareutbildade inom ambulanssjukvård. 	

forts. C. Kvalitetssäkrad kompetens och erfarenhet	Kommentarer
<ul style="list-style-type: none"> Minst 5 dagars repetitionsutbildning och fortbildning per år för ambulanspersonal enligt en regiongemensam utbildningsplan. 	

Seminariedeltagarna godkände dessa standards. Någon grupp ansåg dock att ”antal dagar” inte är ett tillräckligt bra kompetensmått.

D. Kvalitetssäkrad vård och behandling

Krav på hur vården ska bedrivas, inkluderande såväl ”ordnat införande” som ”ordnad utmönstring, på bas av bästa tillgängliga kunskap och erfarenhet följer upp de krav som bl a i nuvarande ägaruppdrag ställs på ambulanssjukvården och är också i enlighet med att vården skall vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker och effektiv enligt konceptet ”God vård”

Förslag till regionala standards som diskuterades vid seminariet	
D. Kvalitetssäkrad vård och behandling	Kommentarer
<ul style="list-style-type: none"> Regionala behandlingsriktlinjer ska tillämpas inom hela regionen och fortlöpande hållas uppdaterade 	Ska fastställas regiongemensamt

Seminariedeltagarna godkände denna standard.

E. Kvalitetssäkrad informationshantering

Korrekt, användbar och tillgänglig information om bedömningar som gjorts och åtgärder som vidtagits är mycket väsentlig ur bl a effektivitets- och patientsäkerhetssynvinkel, vilket motiverar en särskild standard.

Förslag till regionala standards som diskuterades vid seminariet	
E. Kvalitetssäkrad informationshantering	Kommentarer
<ul style="list-style-type: none"> Prehospitalt utförda undersökningar, bedömningar och åtgärder ska dokumenteras snarast möjligt och finnas tillgängliga i digital form för nästa länk i vårdkedjan så snart denna information är av värde för patientens fortsatta behandling och vård. 	Förstudie påbörjad för ny digital ambulansjournal.

Seminariedeltagarna godkände denna standard.

F. Kvalitetssäkrad förbättrings- och lärandeprocess

Rapport- och dokumentationssystemet för avvikelser, både medicinska och andra, är mycket viktigt ur patientsäkerhetssynpunkt, för att kunna åtgärda brister i rutinerna och för kontinuerligt lärande vilket motiverar en fastställd standard.

Förslag till regionala standards som diskuterades vid seminariet	
F. Kvalitetssäkrad förbättrings- och lärandeprocess	Kommentarer
<ul style="list-style-type: none"> • Ett enda regionalt standardiserat avvikelserapportssystem med tydliga rutiner för rapportering, datasammanställning, analys och återkoppling ska användas inom all ambulanssjukvård finansierad av VGR. 	

Seminariedeltagarna godkände denna standard.

G. Kvalitetssäkrad vårdnivå

Utvecklingen mot en allt bättre triagering av patienterna i ambulanserna och direkt ”transport” (”Raka spåret”) till ”rätt”/mest lämpade nästa vårdnivå är under snabb utveckling, av stor betydelse för patientfokusering, effektivitet och ändamålsenlighet i enlighet med ”God vård”. Motiverar en fastställd standard.

Förslag till regionala standards som diskuterades vid seminariet	
G. Kvalitetssäkrad vårdnivå	Kommentarer
<p>Gäller inom varje ambulansområde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minst xx % av samtliga patienter ska av ambulanssteamet triageras och transporteras till rätt vårdnivå. 	<p>Denna standard var inte formulerad till seminariet utan tanken väcktes av deltagarna.</p>

Tanken på en vårdprocess och patientfokuserad standard väcktes av deltagarna vid seminariet.

4. Överväganden och förslag

Under utredningsprocessen har vissa nya frågor väckts vilka inledningsvis redovisas och kommenteras (avsnitten 4.1 – 4.3).

I detta kapitel redovisas i övrigt de överväganden som gjorts mot bakgrund av de verksamhetsfakta, beskrivningar, jämförelser och uppfattningar som redovisats tidigare i utredningen (avsnitten 4.4 – 4.6). Övervägandena avslutas med förslag till regiongemensamma funktioner och organisering av dessa (avsnitt 4.7) samt regiongemensamma standards (avsnitt 4.8).

4.1 Behov av specialambulanser

Under utredningsprocessen har frågor uppkommit om behov av särskilda ambulanser för vissa patientkategorier, dvs för ändamålet utrustade ambulansfordon med särskild kompetens hos ambulanssteamet. De patientgrupper som diskuterats är främst

- barn
- neonatalpatienter, vid överflyttning från en vårdinrättning till en annan.
- intensivvårdspatienter, vid överflyttning från en vårdinrättning till en annan
- psykiatripatienter

För den första patientkategorin, barn, är en möjlig lösning att i samband med fortbildning öka kompetensen hos ambulanspersonalen om vård och omhändertagande av barn. Även vid nyrekrytering av ambulanssjuksköterskor kan barnspecialistutbildning vara ett kriterium.

Transport av för tidigt födda från regionens förlossningsenheter behöver ibland ske till i första hand Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Under transporten behöver i regel vård ges av annan personal än den ordinarie ambulanspersonalen. Patienten vårdas dessutom i kuvös, som kräver såväl extra utrymme som transportsäkring. Dessa transporter sker idag med vägambulans och verksamhetsansvariga för ambulansområdena anser att man har utrustning och kompetens för att klara dem. Dock saknas regional standard för utrustningen, och värdet av att införa sådan standard har framhållits.

Vid längre transportsträckor skulle transporten av neonatalpatienter kunna ske med ambulanshelikoptern, vilket sannolikt skulle vara snabbare och skonsammare för patienten. Helikoptertransport fordrar dock att den medicinska utrustningen inklusive kuvös är ”flyggodkänd”. En sådan kuvös finns tillgänglig inom VGR. En preliminär kostnads- och resursutredning gjordes 2005 och bedömningen då var att årskostnaden skulle vara ca 1,2 milj kr, innefattande kostnad för personal i tjänst, jour och beredskap. Den interna diskussionen avstannade 2007 bl a beroende på att behovet inte helt tydliggjorts från barnspecialistenheter.

Vid överflyttning av intensivvårdskrävande patienter, med behov av såväl omfattande medicinskteknisk kringutrustning som kvalificerad sjukvårdspersonal, mellan sjukhus/vårdenheter fordras för ändamålet anpassade och utrustade fordon och utrustning. Vårdpersonalen som ansvarar för patientvården under transporten behöver ha intensivvårdskompetens och -erfarenhet. Fordonet måste ha tillräcklig volym för patient, vårdpersonal och utrustning och lastkapacitet så att stipulerade totalvikter inte överskrids. Regional standard för utrustningen saknas, och fördelar respektive nackdelar med sådan bör utredas.

Inom Västra Götalandsregionen har NU-sjukvården, SÄS, SkaS och SU löst sina behov vad gäller intensivvårdstransporter på olika sätt, medan Kungälvssjukhus saknar möjlighet till egen transport av intensivvårdskrävande patient.

För att kunna ge patienter med psykiatrisk sjukdom eller psykiska symptom ”god vård” behöver ambulanssjukvårdspersonalen ha kunskap och erfarenhet inom området. Behoven, och om behov finns genomförandet, av sådan utbildning inom regionens ambulanssjukvård behöver utredas särskilt.

Sammantaget är utredningens bedömning är att det inte finns några redovisade behov av eller krav på att omedelbart inrätta specialambulanser eller snabbt utveckla resurser för de diagnosgrupper som diskuteras ovan. Diskussion pågår dock parallellt med andra utvecklingsfrågor inom den prehospitala akutsjukvården inom ramen för den instruktion och det uppdrag som gäller för RRP. Det är därför lämpligt att frågan om specialambulanser och specifik kompetens fortsatt bevakas och utvecklas av RRP.

Förslag

- RRP bevakar och tar de utvecklingsinitiativ som bedöms riktiga i frågan om att bygga upp ytterligare regionala specialambulansresurser inklusive frågan om ambulanshelikopters utnyttjande för transport av neonatalpatienter.

4.2 "Hjärtstartare" och IVPA-avtal i VGR

Under utredningsarbetet har frågor ställts om vilken roll VGRs prehospitala akutsjukvård har då det gäller utplacering, service, utbildning och finansiering av sk hjärtstartare, automatiska defibrillatorer som det sedan några år tillbaka är tillåtet för lekmän att använda. I korthet gäller följande:

- Vem som helst - privatperson, organisation eller företag - kan införskaffa en "hjärtstartare" och låta denna vara tillgänglig för allmänheten. Apparaternas funktionalitet är sådan att vem som helst ska kunna använda dem för att behandla en person som drabbats av hjärtstopp.
- Civilförsvarsförbundet och Svenska HLR-rådet med Hjärt-Lungfonden som samarbetspartner har tagit initiativ till Sveriges hjärtstartarregister, ett nationellt register för de hjärtstartare som är tillgängliga för allmänheten (och som registrerats av ägaren) i Sverige. Via www.hjartstartarregistret.se får man information om var hjärtstartare finns placerade.
- Denna typ av hjärtstartare kan också finnas i polisens, räddningstjänstens, hemsjukvårdens eller andra myndigheters fordon.

Ansvaret för dessa hjärtstartare, vad gäller tillsyn, service, batteribyte etc, har den organisation/person som inköpt apparaten. VGRs ambulansorganisationer medverkar ibland i utbildningsinsatser angående HLR för företag/organisationer som önskar sådana men har inget ansvar för inköp, utplacering eller service för dessa "hjärtstartare".

Flera av sjukhusgruppernas ambulansorganisationer har IVPA-avtal (I Väntan På Ambulans) med räddningstjänsterna. I dessa avtal, där ett av kriterierna för IVPA-larm alltid är hjärtstopp, regleras ansvaret avseende vem av parterna som ansvarar för inköp, utbildning, service etc. avseende hjärtstartarapparat (oftast är detta ambulansorganisationen ansvar). Ett IVPA-larm, som alltid sker genom SOS Alarm ABs försorg, definieras som en sjukvårdsåtgärd och ska följa Socialstyrelsens föreskrifter för ambulanssjukvård bl a innebärande att händelsen och åtgärderna som vidtas av räddningstjänstens personal ska dokumenteras och följa patientens ambulansjournal. Användning av hjärtstartare i enlighet med ett IVPA-avtal är sålunda reglerat av SoS FS till skillnad från en insats gjord av en person i allmänhet.

Utredningens bedömning är att spridningen av hjärtstartare i landet går mycket snabbt i och med att apparaterna blivit enkla att använda och förhållandevis billiga. Utvecklingen drivs på av både ideella personer och organisationer samt engagerade personer och avdelningar inom hälso- och sjukvården m fl. VGRs insats bör vara att stödja denna utveckling men inte påta sig ansvar för inköp och service. Ambulansorganisationerna bör dock fortsätta att i mån av resurser medverka vid utbildningsinsatser. Huvudprincipen bör vara att RRP ska analysera i vilka projekt och med vilken insats VGR ska medverka.

För de hjärtstartare/defibrillatorer som används inom ramen för IVPA avtal, i regel med räddningstjänsterna, ska ansvaret för inköp, service och utbildning vara reglerat i avtalet.

Förslag

- Ansvaret för inköp, service och utbildning avseende hjärtstartare ska regleras i IVPA-avtal där sådana ingås.
- RRPA ska analysera och värdera i vilka hjärtstartarprojekt och med vilken insats som VGR ska medverka.

4.3 "Framtidens hälso- och sjukvård"

Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU) beslutade i april ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag

att inleda en utredning för att stärka närsjukvården, belysa lokalsjukhusens roll och organisationsform i framtiden samt säkra tillgången på vårdplatser i regionens hälso- och sjukvård och förbättra patientomhändertagandet.

Utredningen, kallad "Framtidens sjukvård", har startat sitt arbete under hösten. Under det seminarium som denna utredning genomförde angående den prehospitala akutsjukvården diskuterades bl a vilken roll som ambulanssjukvården framöver ska ha inom det regionala sjukvårdssystemet.

Denna utredning har visat att det pågår en mycket stark utveckling inom ambulanssjukvården om att utvecklas som kompetent mobil akutsjukvårdsresurs som snabbt kan komma till patientens hjälp. Samtidigt pågår en utveckling där ambulansorganisationens arbetsuppgifter vidgas till att bli en resurs för primärvård och hemsjukvård, att arbeta med prevention och utbildning gentemot allmänhet etc. Dessa utvecklingslinjer pågår också hos samtliga övriga studerade huvudmäns ambulansorganisationer. Generellt sett är ambitionerna och utvecklingen positiv och av godo. De tillgängliga resurserna och kompetenserna ska nyttjas så mycket som möjligt.

Klart är att den prehospitala akutsjukvården/ambulanssjukvården kommer att spela en allt viktigare roll i den fortsatta utvecklingen av ett sjukvårdssystem karakteriserat av att leverera vård enlighet med konceptet "God vård". Ambulanssjukvårdens mobilitet, kompetens kombinerad med ett allt mer utvecklat teknikstöd, processutveckling med starkt patientfokus och en fortsatt utveckling av samverkan med andra vårdaktörer kommer att bilda ett betydelsefullt regionalt "kitt" vars potential tydligt nu kan skönjas.

Samtidigt är det viktigt att en diskussion om "Framtidens sjukvård" även tydligt tar med och försöker definiera vilken roll den prehospitala akutsjukvården ska ha förutom primäruppdraget att vara en kompetent, mobil akutsjukvårdsresurs som snabbt är på plats hos patienten. Uppdraget för ambulanssjukvårdsorganisationen att kunna användas som kompletterande resurs för övriga sjukvårdsenheter ska sannolikt vara olika i större städer relativt mindre tätorter respektive glesbygd där utnyttjandegraden för primäruppdraget är lägre och följaktligen beredskapstiden längre.

Förslag

- Frågan om den prehospitala akutsjukvårdens roll och uppgift, som komplement och stöd till övriga sjukvårdsenheters uppdrag, vid sidan om primäruppdraget bör finnas med i den analys som utredningen "Framtidens hälso- och sjukvård" genomför.

4.4 Inriktning och övergripande ställningstagande

Utredningen har tidigare dragit slutsatsen att den prehospitala akutsjukvården inom VGR i huvudsak fungerar bra. Tillgängligheten gentemot medborgarna är generellt sett god. I jämförelse med andra huvudmän avviker inte personalens kompetens eller kompetensutveckling och verksamheten följer väl de utvecklingslinjer som pågår inom den nationella och internationella prehospitala akutsjukvårdsverksamheten.

Samtidigt har konstaterats att verksamheten sannolikt kan utvecklas än bättre, snabbare och mer kraftfullt genom att centrala funktioner i högre grad samordnas, ägaruppdraget blir tydligare och arbetsformer och organisation utformas bättre för att möjliggöra att den totalt tillgängliga kompetensen kan nyttjas för hela regionens bästa. Det finns en stor samsyn om detta bland verksamhetsansvariga inom VGRs ambulansorganisationer.

Den övergripande jämförelse av dygnsambulanskostnaden (de totala ambulanssjukvårdskostnaderna utslaget på antalet dygnsambulanser) som gjorts med Region Skåne och Stockholms läns landsting visar att kostnaden inte är högre i VGR. Region Skånes ambulanser är upphandlade och drivs till 100% av entreprenörer medan Stockholms läns landstings är upphandlade till ca 70 %. I VGR är sammantaget 40 % av verksamheten upphandlad.

Jämförelsen av kostnaderna mellan sjukhusgruppernas ambulansenheter inom regionen visar emellertid på betydande skillnader. Spännvidden mellan lägsta och högsta kostnad (Kungälv's sjukhus kostnad för en dygnsambulans jämfört med SUs) aggregerat till VGR-nivå är dryg 170 milj kr (alternativt ca 100 milj kr om SUs beräkningsmodell används, se sidan 10). Utredningen har inte gjort någon analys av hur stor del av skillnaderna som är motiverade p g a inomregionala skillnader i förutsättningar.

VGR som huvudman skiljer ut sig från övriga studerade huvudmän genom att det inte finns en huvudmannagemensam prehospital akutsjukvårdsorganisation med driftsansvar. Frågan om det är mer effektivt ur kvalitets-, utvecklings- och kostnadssynpunkt att skapa en enda VGR-gemensam ambulansenhet har diskuterats. Sjukhusledningarna och verksamhetsansvariga motsätter sig starkt en sådan förändring med hänvisning bl.a. till att det försvårar samarbetet mellan sjukhusets verksamheter och ambulanssjukvården och därmed utvecklingen av lokala vårdprocesser, försvårar möjlighet till rotationstjänst mellan akutmottagning och ambulanssjukvård samt förändringen från beredskapskultur till sjukvårdskultur inom ambulansverksamheten.

Utredningen har inte haft som uppdrag att utreda, och med det underlag som framtagits heller inte tydligt kunnat visa, att en enda regiongemensam driftsorganisation skulle innebära lägre kostnader med bibehållen eller högre kvalitet. Något sådant förslag läggs därför inte. Utredningen bedömer dock inte att en omorganisation på något sätt skulle behöva försvåra fortsatt förändring från beredskaps- till sjukvårdskultur. Däremot skulle en sådan förändring åtminstone initialt sannolikt medföra ökade ekonomiska omställningskostnader och kostnader i form av "negativ energi" med tanke på det motstånd som finns.

Det alternativ som föreslås är att därför att ägaren ska styra verksamheten genom ett tydligare ägaruppdrag, innefattande regional samordning av ytterligare funktioner inkluderande löpande och sammanhållen uppföljning på VGR-nivå, och med regiongemensamma standards. Sannolikt kommer detta att innebära att kvaliteten utjämnas och förbättras och att omotiverade variationer, bl.a. i kostnader, försvinner.

Samsynen är således stor vad gäller att samordna ytterligare funktioner till regiongemensam nivå. Dessa funktioner (se avsnitt 4.7) föreslås därför samordnas i en regiongemensam enhet underställd regiondirektören alternativt hälso- och sjukvårddirektören (påpekas bör att en översyn för närvarande pågår om hur regionens centrala ledningsorganisation ska utformas vilket även kan påverka detta förslag). Utredningens förslag innebär också att Regionala rådet för prehospital akutsjukvård (RRPA) resursförstärks så att dess möjligheter att fullgöra uppdraget ökas.

Ambulanshelikoptern tillhör organisatoriskt och driftsansvarsmässigt Kungälv's sjukhus samtidigt som den på ett mycket tydligt sätt är en regiongemensam resurs. Den medicinska kompetensen är den högsta inom VGRs ambulanssjukvård och tillgänglig dygnet runt. Synpunkter har framförts om denna kompetens inte borde kunna nyttjas ytterligare bl a som "back upp" för övrig ambulanssjukvård. Inom SKL pågår en process som syftar till att tillsammans med Sjöfartsverket finna formerna för en nationell samverkan mellan landstingens ambulanshelikoptrar och Sjöfartsverkets sjöräddningshelikoptrar. Utredningen har övervägt om verksamheten skulle vinna på om ansvaret för regionens ambulansheli-

kopter finns i en tydlig regiongemensam enhet. Då en sådan nu föreslås anser utredningen att ansvaret för ambulanshelikoptern flyttas från Kungälvssjukhus till den VGR-gemensamma enheten.

Utredningen har vidare övervägt eventuella förändringar av områdesindelningen för ambulansområdena. I första hand har detta gällt om Kungälvssjukhus ambulansområde ska fortsätta att vara ett eget område, tillföras SUs område eller delas upp mellan SU och NU-sjukvården. Kungälvssjukhus ambulansområde har en förhållandevis liten verksamhetsvolym med fem dygnsambulanser och ett sjuktransportfordon. Dessutom är verksamheten uppdelad i två driftsenheter, med två ambulanser i egen regi och tre genom entreprenör. Organisationen är sårbar för störningar och har relativt höga kostnader för stab/ledningsfunktionen. Samtidigt är den totala kostnaden, uttryckt som årskostnad per dygnsambulans, den lägsta inom VGR. Verksamhetsdata visar inte att verksamhetens kvalitet skulle vara annorlunda än övriga områden. Utredningen föreslår därför inte någon organisatorisk förändring utan lämnar frågan öppen för ytterligare bearbetning och överväganden av sjukhusledningen.

Frågan om vilken driftsform, dvs om verksamheten ska drivas i egen regi eller av entreprenör(er), har också varit levande under hela utredningstiden. Sjukhusgrupperna och Kungälvssjukhus har idag beslutanderätten över driftsformen. Uppfattningarna om vilken driftsform som är bäst ur ett samlat perspektiv – flexibilitet, kvalitet, utveckling och kostnad – är delade bland olika huvudmän och verksamhetsansvariga. Utredningen föreslår att beslutet om vilken driftsform som ska väljas ska, precis som för närvarande, ligga hos respektive driftsansvarig förvaltning. Vårdgivaransvarsfrågan, och dess innebörd bl a ansvarsmässigt vid drift på entreprenad, måste ytterligare bearbetas.

Förslag

- För förslag om ägaruppdrag, uppföljning och organisation hänvisas till kommande avsnitt.
- Ansvaret för ambulanshelikoptern flyttas från Kungälvssjukhus till den VGR-gemensamma prehospitala enheten.
- Beslut om val av driftsform, egen regi eller upphandlad entreprenad, ska åvila respektive driftsansvarig förvaltning.
- Vårdgivaransvarsfrågan, och dess konsekvenser, behöver tydliggöras.

4.5 Inomregional ambulanssjukvårdssamverkan

Regionala rådet för prehospital akutsjukvård (RRPA) är det organ inom VGR där regional samverkan och samordningen inom den prehospitala akutsjukvårdsverksamheten ska ske. RRPA är inget beslutsorgan utan förslag som initierats av RRPA måste för att få verkan beslutas av antingen HSA eller ledningen för respektive sjukhusgrupp. RRPAs beslutsmandat är m a o ytterligt begränsat, medan de frågor RRPA ska bevaka, initiera och följa upp omfattar i princip alla frågor som berör ambulanssjukvården.

Till sin formella form liknar RRPA de medicinska sektorsråden med den skillnaden att ledamöterna inte enbart består av verksamhetsföreträdare med medicinsk sakkunskap. RRPA har också ett bredare uppdrag som förutom medicinska frågor även innefattar verksamhets- och driftsfrågor.

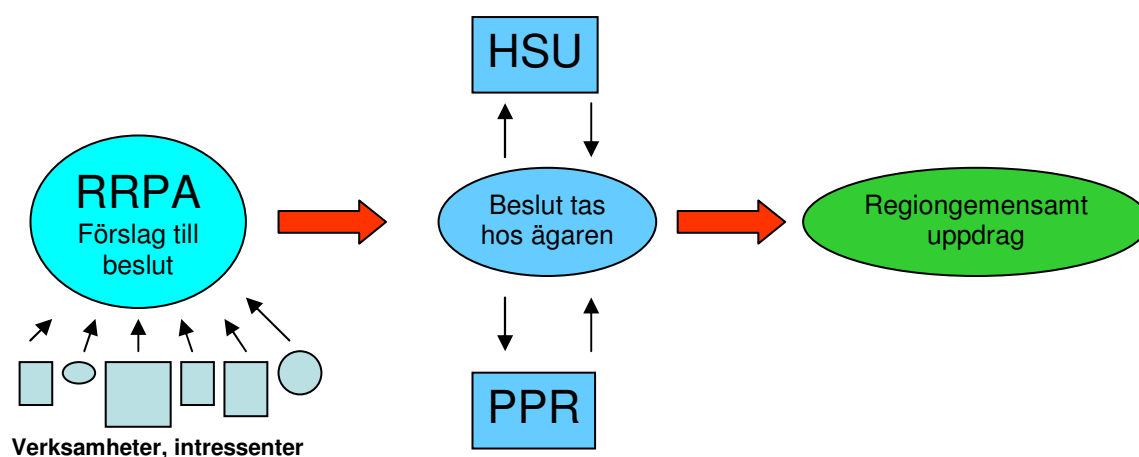
Parallellt med denna utredning har en utvärdering och översyn gjorts av de medicinska sektorsråden kallad ”Rapport om och förslag till utveckling av sakkunnighetsstrukturen inom kunskapsorganisationen i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård”. Rapporten är nu föremål för remissbehandling. I rapporten konstateras att utvecklingen av de medicinska sektorsråden har varit riktig och ska fortsätta. Samarbetet mellan råden behöver dock stärkas och för att minska ”stuprörstänkande” föreslås de grupperas i grupper med förstärkt administrativt stöd genom s k koordinatörer. För varje grupp föreslås vidare finnas en medicinsk rådgivare med koppling till HSA. Enligt förslaget ingår RRPA i en grupp tillsammans med Anestesi/operation/intensivvård, Kirurgi inkl kärl- och plastikkirurgi, Kvinno- sjukvård, Ortopedi, Urologi och Öron-, näs- och halsspecialiteten.

Rapportens slutsatser sammanfaller med de slutsatser denna utredning redovisat angående RRPA så tillvida att rådet har en viktig roll men saknar tillräckliga resurser för att fullgöra sitt uppdrag. Utredningens förslag är därför att stärka RRPAs möjligheter att fullgöra sitt uppdrag utan att förändra rollen.

En översyn och förslag till viss justering, i huvudsak redaktionell enligt den utformning som gäller för de medicinska sektorsråden, har gjorts av RRPAs uppdragshandling vilken redovisas i bilaga 2. Förändringen i sak gäller att funktionen regionambulansläkare och medicinskt råd tillförts, se avsnitt 4.6.

Beslutsprincipen för de medicinska sektorsråden och RRPA förändras inte. För att förslag ska bli bindande beslut krävs att beslut fattas i linjeorganisationen av rätt befattning/instans. Principen illustreras nedan:

Princip för beslut



(PPR är Program- och prioriteringsrådet)

Förslag

- Se avsnitt 4.6 och 4.7.

4.6 Medicinsk ledning

I nuvarande organisation i VGR finns ingen samlad medicinsk ledning för ambulanssjukvården utan det medicinska ansvaret finns hos ambulansläkaren i respektive ambulansorganisation hos sjukhusgrupperna. Samordning sker i viss mån genom ambulansläkarnas medverkan i RRPA och genom informella kontakter. I Region Skåne och Stockholms läns landsting finns en formaliserad medicinsk ledningsfunktion för den prehospitala akutsjukvården. För att få en bättre samordning av de medicinska utvecklingsfrågorna och stärka uppföljningen föreslås att en sådan funktion även skapas i VGR.

Utredningen föreslår att en tjänst som regionambulansläkare inrättas. Denna läkare ska bl a

- ha det övergripande ansvaret för ambulanssjukvårdens medicinska innehåll
- fastställa behandlingsriktlinjer
- initiera och driva på utvecklingen av vårdprocesser
- övervaka implementering av nya och utmönstring av gamla metoder
- fastställa den medicinska utrustningen
- ansvara för den regiongemensamma medicinska uppföljningen, utvärderingen och avvikelshantering
- vara ordförande för det medicinska rådet (se nedan)
- vara pådrivande och samordnande i FoUU-frågor

För att effektivisera den medicinska samordningen föreslås dessutom att ett ”Medicinskt råd” för ambulansverksamheten inrättas inom RRPA. Detta råd ska fungera som ett samarbets- och samrådsorgan för ambulansområdenas ambulansläkare under ledning av regionambulansläkaren. Rådet ska också fungera som ett beredningsorgan inom RRPA. Regionambulansläkaren fattar beslut efter att samråd skett i dels Medicinska rådet dels RRPA. Frågor som inte definierats som regionambulansläkarbeslut måste gå vidare till HSU/HSA för fastställelse och därmed få verkan. Rådet bör träffas minst fyra gånger per år.

Förslag

- En befattning som regionambulansläkare inrättas.
- Ett Medicinskt råd inom RRPA bildas.

4.7 Regiongemensamma funktioner och organisationsförslag

Tidigare har de funktioner som idag är, och även de övriga funktioner som det finns en stor samsyn om att de bör eller kan vara, regiongemensamma redovisats. Syftet med en samordning är att få en större effektivitet, ökad kompetens, bättre uppföljning, tydligare medicins ledning och starkare driv i utvecklingsarbetet.

Utredningen presenterar nedan två alternativ till hur denna samordning av regiongemensamma funktioner kan organiseras. Utredningen förordar alternativ 1.

Alternativ 1

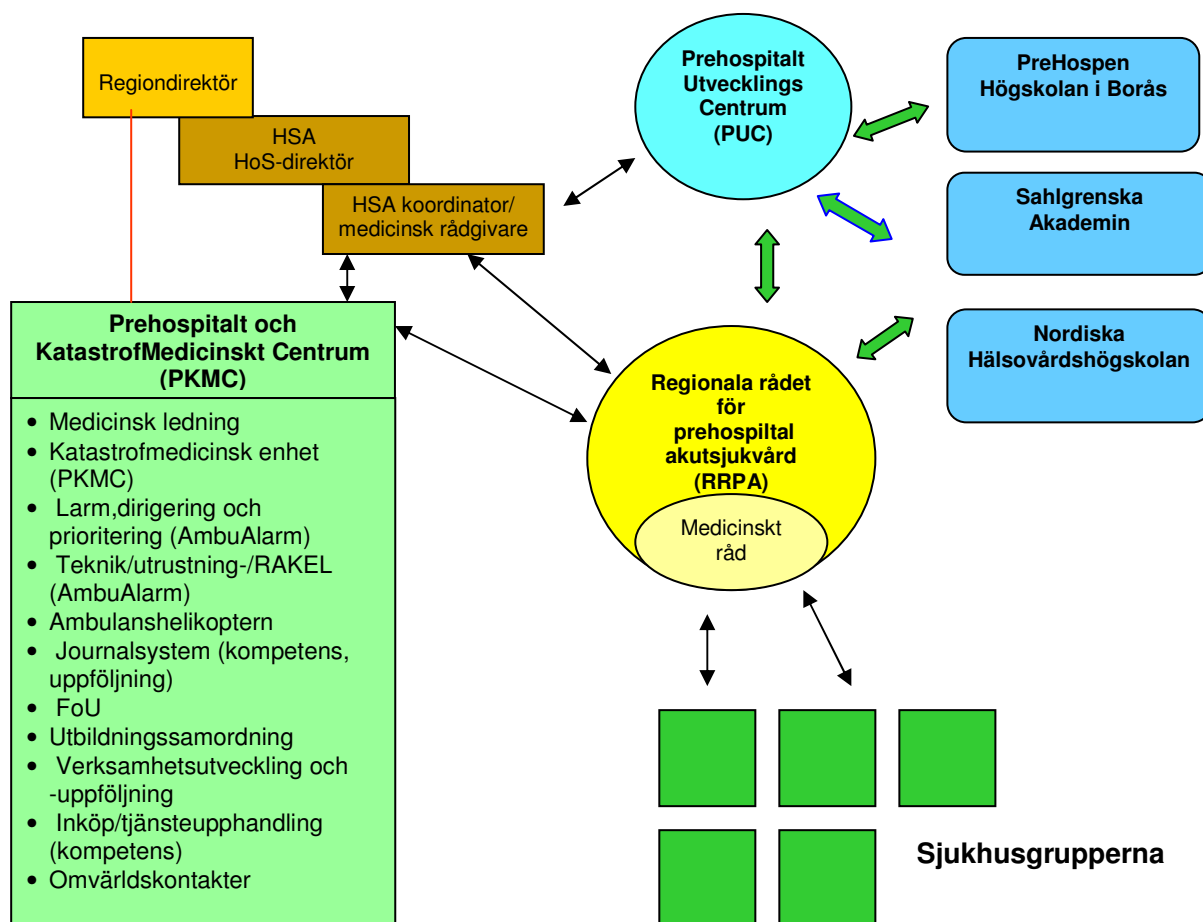
Idag finns PKMC som regiongemensam prehospitala enheten inom VGR. I denna enhet är också AmbuAlarm inordnad. PKMC har som tidigare beskrivits hög kompetens och fullgör sitt uppdrag som beredskapsenhet för kriser och katastrofer på ett mycket bra sätt. Den kompetens som finns inom PKMC, inte minst för utbildning och kompetensutveckling, används delvis som en resurs av övriga ambulansenheter inom VGR. Utredningen vill bygga vidare på detta och föreslår som alternativ 1 att PKMCs roll och uppdrag vidgas till att inrymma de övriga regiongemensamma funktioner som tidigare redovisats. Trots den betydligt vidgade rollen, i princip ett nytt PKMC, föreslås att namnet behålls eftersom det tydligt beskriver vad enhetens uppgift är och är inarbetat.

Alternativ 1 illustreras av skissen på sidan 30

Förklaring till organisationsförslag:

- **HSA koordinator och/eller medicinsk rådgivare**, i enlighet med nuvarande organisation eller anpassning till förslag från ”sakkunnighetsstrukturen inom kunskapsorganisationen”.
- **Medicinsk ledning**, en funktion som regionambulansläkare föreslås inrättas tillsammans med ett Medicinskt råd (se avsnitt 4.6). I regionambulansläkarfunktionen ingår ansvar för behandlingsriktlinjer, initiering och utveckling av vårdprocesser, implementering av nya och utmönstring av gamla metoder, medicinsk uppföljning, utvärdering och avvikelshantering samt initiering och koordinering av FoUU.
- **Katastrofmedicinsk enhet**, nuvarande PKMC .
- **Larm, dirigerig och prioritering**, dessa funktioner är AmbuAlarms ansvar idag
- **Kommunikationssystem RAKEL**, AmbuAlarm är projektansvarigt för införandet av detta system.
- **Ambulanshelikoptern**, nuvarande organisation för ledning och driftsansvar inlemmas i enheten.
- **Journalssystem**, nuvarande journalssystem AmbuLink ägs av SkaS. En förstudie om ett nytt system har påbörjats vilket sannolikt kan bli ett gemensamt system för akutmottagning och ambulans med koppling till hemsjukvårdens dokumentation. Kompetens för införande och uppföljning bör finnas inom enheten.

Organisationsskiss av VGRs Prehospitala och KatastrofMedicinska Centrum (PKMC) i samverkan med övriga enheter



- **FoU**, ingår delvis i det medicinska ledningsansvaret men har samtidigt ett bredare uppdrag med samordning, kontakter, forskningsanslag och handledning.
- **Utbildningssamordning**, ansvarar för utveckling och samordning av den regiongemensamma utbildningen
- **Verksamhetsutveckling, uppföljning, utvärdering och avvikelshantering**, medicinsk utveckling, utvärdering och uppföljning ingår i läkarnas ansvar men även den del som inte har medicinsk karaktär ska initieras, drivas och samordnas inom enheten.
- **Inköp, tjänsteupphandling**, speciell kompetens för det prehospitala området behövs och samordningen sker inom enheten tillsammans med regionservice uppdrag
- **Standard fordon/utrustning**, kompetens bör finnas och samordning ske inom enheten.
- **Omvärldskontakter/bevakning samt ansvar för remissvar**, samtliga enheter inom VGR har omvärldskontakter men det bör finnas en enhet/funktion som mer tydligt kan företräda VGRs prehospitala akutsjukvård utåt och också ha ett speciellt ansvar för att omvärldskontakter upprätthålls och utvecklas.

Fördelarna med att ha en enda central enhet för de prehospitala akutsjukvårdsfrågorna är att de olika och särskilda kompetenserna som både behövs i beredskapsorganisationen och i den "allmänna" ambulanssjukvårdsverksamheten kan samutnyttjas och dessutom kan administrativa stödfunktioner vara gemensamma.

Vad utredningen kunnat utröna finns inga formella hinder att inom en regiongemensam prehospital enhet även inrymma kris- och beredskapsfrågorna. Enligt Socialstyrelsens bestämmelser (SoS 2005:13 §6) ska ”I varje landsting finnas en organisation för att planera, samordna och övervaka den katastrofmedicinska beredskapen på både regional och lokal nivå.” Vidare att ”Den övergripande planeringen och samordningen bör genomföras på central nivå i landstingens organisation.”

Enhetens organisatoriska placering direkt under regiondirektören motiveras av att vid en akut kris- och katastrofhändelse ha direkt koppling till den högsta ledningen och maximal beslutskraft. Nuvarande PKMC har denna organisatoriska placering.

I den nya roll och det större uppdrag som nya PKMC får ingår personalen vid nuvarande PKMC med AmbuAlarm och ambulanshelikoptern. Utöver dessa befattningar bedömer utredningen att tre helt nya tjänster, verksamhetschef, regionambulansläkare och FoU-samordnare, behöver inrättas och särskilt finansieras. Ytterligare befattningar som behövs är verksamhetsutvecklare, utbildningssamordnare, teknik- och utrustningssamordnare och ansvarig för journalsystem- och avvikelser. Bedömningen är ett behov av 5-6 nya tjänster inom enheten men där tjänster (i regel delar av tjänster), arbetsuppgifter och finansiering idag finns inom sjukhusens ambulansorganisationer.

Utredningen bedömer att de ovan beskrivna funktionerna ska ingå i enheten. Däremot är det inte en exakt beskrivning av befattningar eller av enhetens innehåll och organisation. Det ankommer på den verksamhetschef som utses att forma en funktionell inre organisation och knyta till sig medarbetare med rätt kompetens.

Hela nya PKMC bör finansieras genom ett direktanslag från RS/HSU. Det innebär att nuvarande anslag till PKMC och AmbuAlarm tillförs nya PKMC med en utökning av vad de tre nya tjänsterna beräknas kosta. Övrig finansiering av löses genom att den del av AmbuAlarms finansiering som idag sker via sjukhusgrupperna avräknas anslagen till hälso- och sjukhusnämnderna tillsammans med kostnaderna för de tjänster som idag finns inom sjukhusgrupperna och som nu koncentreras till nya PKMC, (se avsnitt 4.11).

Alternativ 2

Detta alternativ innebär att nuvarande PKMC behålls i sin nuvarande form och att en ny regiongemensam prehospital enhet bildas, dock att nuvarande AmbuAlarm som är en enhet inom PKMC flyttas till den nya enheten. I denna nya enhet ingår i övrigt samtliga de funktioner som presenterats ovan för alternativ 1.

Antal befattningar och kostnaden bedöms vara desamma.

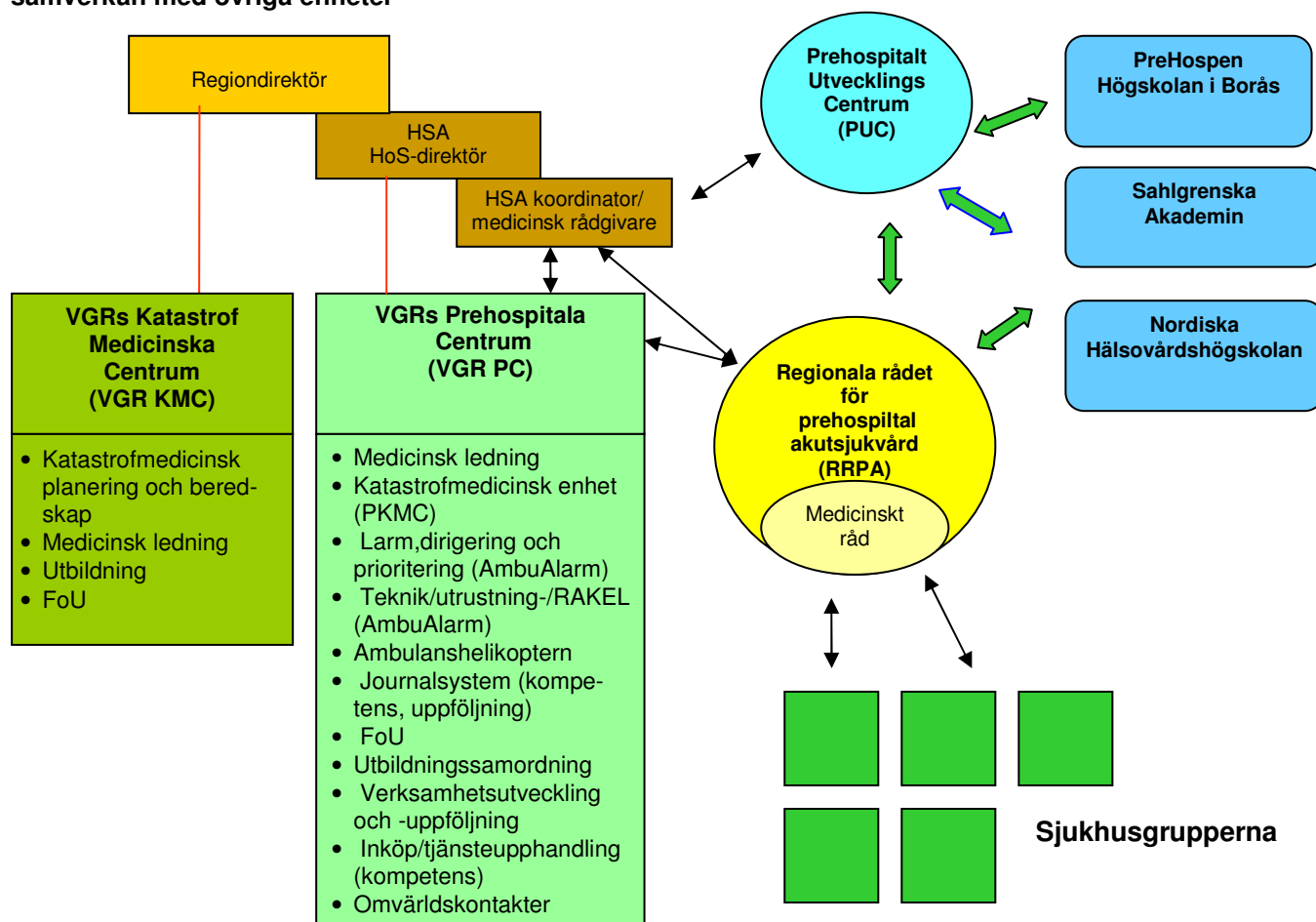
Den organisatoriska placeringen av den nya enheten föreslås vara under hälso- och sjukvårdsdirektören eftersom behovet av en direkt koppling till regiondirektören inte är lika motiverad då kris- och beredskapsorganisationen finns i en separat enhet.

Den nya enheten föreslås kallas VGRs Prehospitala Centrum (VGR PC). För att undvika förväxling bör nuvarande Prehospitalt och KatastrofMedicinsk Centrum (PKMC) få ett nytt namn till VGRs KatastrofMedicinska Centrum (VGR KMC).

Ett motiv för att välja denna organisation är att en gemensam organisation enligt alternativ 1 skulle försvåra en effektiv och tydlig kris- och beredskapsorganisation. Utredningen gör inte den bedömningen.

Alternativ 2 illustreras av skissen nedan:

Organisationsskiss av VGRs Prehospitala Centrum och VGRs Katastrof Medicinska Centrum i samverkan med övriga enheter



Alternativ 1 eller 2

Ovan har framgått utredningen förordar alternativ 1 även om alternativ också skulle fungera. De främsta skälen till ställningstagandet är

- En enda samlad prehospital organisation för de regiongemensamma funktionerna ger störst synergieffekter. All kompetens, medicinsk, FoUU-inriktad, teknisk, utvärderings- och uppföljningsinriktad samt administrativ, kan samutnyttjas på ett enklare och mer effektivt sätt i alternativ 1. Dessa fördelar för alternativ 1, framför alternativ 2, gäller även om det förutsätts att samverkan och samlokalisering också sker vid eventuellt val av alternativ 2.
- Alternativ 1 bygger vidare på en redan etablerad enhet som sedan länge delvis används som kompetens- och utbildningsresurs för ambulansverksamheten i stort.
- Benämningen på enheten behöver inte bli något problem vid val av alternativ 1.
- Renodlingen av kris- och beredskapsverksamheten enligt alternativ 2 är inte någon fördel ur kompetens- eller effektivitetssynpunkt varken i den akuta krissituationen eller dagliga verksamheten.

Förslag

- En VGRs regiongemensam prehospitala enhet i enlighet alternativ 1 ovan skapas.

4.8 Regiongemensamma standards

I uppdragshandlingen till föreliggande utredning "Översyn av prehospital akutsjukvård i Västra Götalandsregionen" anges att förslag på regiongemensam standard för prehospital akutsjukvård och underlag för ett nytt ägaruppdrag skall utformas.

I nuvarande "Ägardirektiv gällande för den prehospitala akutsjukvården i Västra Götalandsregionen", daterat 2006-02-16, anges som övergripande mål: "Rätt patient i rätt tid, med rätt kompetens och rätt resurs, med rätt åtgärder till rätt vårdgivare". Vidare anges strategiska mål ur kund-, process/FoUU och ekonomiperspektiv.

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12, ställer generella krav på vården i Sverige. Kraven syftar till att åstadkomma vad som sammanfattande betecknas som "God vård", ett begrepp vars innehåll ursprungligen formulerades av Institute of Medicine i USA 2001 (ref. "Crossing the Quality Chiasm. A New Health System for the 21 Century". Washington DC: National Academy Press; 2001). I begreppet innefattas idag sex kvalitetsområden, definierade såväl internationellt som inom svenska landsting och regioner. I Västra Götalandsregionen beslutade sålunda Regionstyrelsen att de övergripande kvalitetsmålen för regionens hälso- och sjukvård är att vården skall vara

- **Kunskapsbaserad och ändamålsenlig**
- **Säker**
- **Patientfokuserad**
- **Effektiv**
- **Jämlik, och**
- **Ges i rätt tid**

Vid utformandet av förslag på regiongemensam standard för det prehospitala akutsjukvårdsområdet är det naturligt att bygga vidare såväl på de övergripande och strategiska målen i nuvarande ägardirektiv som på komponenterna i God vård. Nedan föreslagna standarder följer därför logiskt sekvensen "**Rätt patient i rätt tid, med rätt kompetens och rätt resurs, med rätt åtgärder till rätt vårdgivare**", i syfte att belysa betydelsefulla länkar i den prehospitala akutsjukvårdskedjan.

Sammantaget ska därmed kunna mätas och beskrivas, jämföras och analyseras:

- när efterfrågade ambulanssjukvårdsresurser är på plats,
- vilken kompetens och erfarenhet ambulanssjukvårdspersonalen har,
- vilken vård som ges,
- hur bedömningar och åtgärder dokumenteras och hur denna information hanteras och tillvaratas,
- hur förbättring och lärande sker samt
- hur väl patienterna fås att nå nästa, mest lämpade vårdnivå/vårdinstans i akutsjukvårdskedjan.

Det är också viktigt att patientens/närståendes uppfattning om kvaliteten i ambulanssjukvården, bl.a. avseende bemötande, regelbundet följs upp. Utredningen föreslår därför att ambulanssjukvårdshetera i Västra Götalandsregionen fortsätter att arbeta med regelbundna patientenkäter, vilket finns med i nuvarande ägaruppdrag, och att dessa patientenkäter görs regiongemensamma vad gäller innehåll, genomförande, analys och rapportering.

De regionala standarder som föreslås i det följande skall gälla för all ambulanssjukvård (som varande en del av den prehospitala akutsjukvården) som finansieras av VGR. Förslagen är i enlighet med dem som diskuterats vid det seminarium som genomförts av utredningen kompletterat med en standard för "patientupplevelse" (standard H nedan).

Målet föreslås vara att de angivna standarderna skall vara uppnådda, eller överträffade, senast vid årsskiftet 2012/2013. Mätningar av måluppfyllelse skall dock påbörjas så snart det är praktiskt möjligt, i

syfte inte minst att skaffa underlag till en bedömning av om målen är möjliga att nå inom angiven tid och utan andra resurstillskott än vad utredningen uttryckligen föreslår eller sådana som senare beslutas i särskild ordning (t.ex. för utveckling av informationshanteringssystem för akutsjukvården).

I de fall mätmetoder, mått och måltal saknas för en standard föreslås att RRPA ges i uppdrag att utarbeta sådana, och rapportera resultatet till hälso- och sjukvårdsavdelningen senast 2011-06-30. Det är således utredningens mening att avsaknad av etablerade mätmetoder, mått och målvärden för en angiven standard inte diskvalificerar standarden från att ingå bland föreslagna regionala standarder.

Följande standards, ”kopplade till God vård-konceptet”, föreslås:

A. Kvalitetssäkrad responstid ambulanser

[God vård: vården skall vara patientfokuserad och ges i rätt tid]

Standarden ska gälla vid Prio 1 larm och för när 1:a ambulans är på plats hos patienten inom respektive ambulansområde och den är:

- Mediantiden ska understiga 12 minuter, samt
- Väntetiden (mätt från då SOS Alarm mottar samtalet) ska vara inom 20 minuter för 90 % av invånarna.

Kommentar:

Standardkravet inom 20 minuter för 80 % av invånarna uppnår samtliga ambulansområden redan idag utom NU-sjukvården. 90 %-kravet uppnår idag emellertid endast SU. Det är därför rimligt att ambulansområdena har en viss tid på sig för att nå denna högre standard.

Motivet för att standarden ska **gälla inom varje ambulansområde** är att likabehandlingen av VGRs invånarna ökar i förhållande till om det geografiska området istället varit hela VGR. Idag nås 85,4 % av invånarna av ambulans inom 20 minuter (mätt med hela VGR som geografiskt område). Valet av **inom 20 minuter** är en avvägning av vad som är ett rimligt medborgarkrav på väntetid och kostnader för ambulanssjukvården. Föreslagen väntetid ligger väl inom vad som anses medicinskt acceptabelt (se avsnitt 2.8 sidan 7).

Metoden att nå den denna standard kommer att variera och sannolikt också att bestå av flera olika åtgärder som t ex bättre styrning vad gäller dirigering (framförhållning för var nästa larm kan komma), omlokalisering av ambulanser, bättre utnyttjande av den totala resursen och kanske utökning med någon eller några ambulanser under vissa tider.

Det går inte att med nuvarande teknik på ett tillräckligt träffsäkert sätt simulera fram vilken resursökning i form av ökat antal ambulanser och därmed budgetmedel som behövs för att nå standarden. Målsättningen måste vara att genom att utnyttja tillgänglig teknik och resurser smartare kunna nå målet utan resurstillskott.

B. Kvalitetssäkrad sjuktransportlogistik (liggande patienter)

[God vård: vården skall vara patientfokuserad och effektiv]

Standarden för sjukresor är:

För **förbeställda** sjukresor (beställda minst 12 tim före)

- 0 % försening till bokad behandling/undersökning
- inom 30 min för 100 % av övriga resor

För **ej förbeställda** sjuktransporter

- inom 2 timmar för 100 % av resorna

Kommentar:

Ett utvecklingsarbete pågår inom ambulansorganisationerna för att förbättra servicen. Även här bör ges en rimlig tid för enheterna att nå standarden. Idag finns i avtalet med SOS Alarm inskrivet som krav att vid förbeställd resa till behandling eller undersökning ska patienten vara vid mottagningen på utsatt tid.

C. Kvalitetssäkrad kompetens och erfarenhet

[God vård: vården skall vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig och säker]

Standarden är:

- Fastanställda ambulanssjuksköterskor ska vara vidareutbildade inom antingen ambulanssjukvård, anestesivård, intensivvård eller annan likvärdig utbildning.
- Minst 50 % av sjuksköterskorna inom varje ambulansområde ska vara vidareutbildade inom ambulanssjukvård.
- All ambulanspersonal ska genomgå minst 5 dagars repetitionsutbildning och fortbildning per år enligt en regiongemensam utbildningsplan.

Kommentar:

En viktig förutsättning för att kunna erbjuda alla regionens medborgare vård av likvärdig kvalitet är att den sjukvårdspersonal de möter har kompetens och erfarenhet som uppfyller gemensam standard. Förreslagna standards avseende adekvat vidareutbildning och fortlöpande kompetenssäkring och kompetensutveckling bedöms säkra kraven på kompetens och erfarenhet, inom ramen för gällande driftsbudgetar.

D. Kvalitetssäkrad vård och behandling

[God vård: vården skall vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig och säker]

Standarden är:

- Regionala behandlingsriktlinjer ska tillämpas inom hela regionen och fortlöpande hållas uppdaterade

Kommentar:

Ännu en viktig förutsättning för att kunna erbjuda alla regionens medborgare vård av likvärdig kvalitet är att sjukvårdspersonalen ger vård ”enligt vetenskap och beprövad erfarenhet”, att vården är så evidensbaserad som möjligt. För att kunna göra detta är systematiskt utarbetade och, när ny kunskap finns tillgänglig, uppdaterade behandlingsriktlinjer ett viktigt hjälpmedel.

Det är enkelt att utvärdera om uppdaterade behandlingsriktlinjer finns tillgängliga inom hela regionen, men svårare att mäta i vilken utsträckning de verkligen tillämpas. Journalgranskning kan vara en metod, men den är kompetens- och tidskrävande och svårt att standardisera.

Automatiserade och standardiserade tekniker liksom mått och mätetal för utvärdering av tillämpningen av de regionala behandlingsriktlinjerna behöver därför utvecklas under den kommande ägaruppdragsperioden och vara implementerade senast årsskiftet 2012/2013.

E. Kvalitetssäkrad informationshantering

[God vård: vården skall vara säker, effektiv och patientfokuserad]

Standarden är:

- Prehospitalt utförda undersökningar, bedömningar och åtgärder ska dokumenteras snarast möjligt och finnas tillgängliga för nästa länk i vårdkedjan så snart denna information är av värde för patientens fortsatta behandling och vård.

Kommentar:

Ett användarvänligt och välfungerande elektroniskt informationshanteringssystem, anpassat för bruk inom ambulanssjukvården och med syfte att säkra att rätt information finns på rätt plats vid rätt tid är en viktig beståndsdel i en väl fungerande vårdkedja.

Det är vidare viktigt att informationen följer patienten ”sömlöst” i hela vårdkedjan, från mottagandet av larmsamtalet via ambulanssjukvården till olika former av mottagande enheter och vidare in i, och ut ur, sjukvårdssystemet och att den information som samlas in och lagras enkelt kan användas till sammanställningar och för analyser och lärande. En förstudie om en ny digitaliserad akutsjukvårdsjournal har påbörjats av SkaS.

Mätmetoder och mått för uppföljning av följsamhet till standarden inom detta område behöver utvecklas och målvärden bestämmas.

F. Kvalitetssäkrad förbättrings- och lärandeprocess

[God vård: vården skall vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker och effektiv]

Standarden är:

- Avvikelse rapporteringssystem med tydliga rutiner för rapportering, datasammanställning, analys och återkoppling ska användas inom all ambulanssjukvård.

Kommentar:

Ett genomarbetat system för hantering av avvikelser är ett viktigt verktyg för kontinuerlig förbättring och fortlöpande lärande. En målsättning skall vara att systemet är regiongemensamt så att regionövergripande rapporter kan tas fram och regioninterna jämförelser göras.

För närvarande kan inte entreprenörerna använda VGRs avvikelsehanteringssystem MedControl.

G. Kvalitetssäkrad vårdnivå

[God vård: vården vara patientfokuserad och effektiv]

Standarden är:

- Minst 90 % av samtliga patienter ska av ambulanssteamet triageras och transporteras till rätt vårdnivå.

Kommentar:

Mätmetoder för uppföljning av följsamhet till standarden inom detta område behöver utvecklas.

H. Kvalitetssäkrad patientupplevelse

[God vård: vården skall vara patientfokuserad]

Standarden är:

- Patientupplevelse skall mätas regelbundet med regiongemensamma patientenkäter i alla sjukhusenheternas och ambulanshelikopters verksamheter

Kommentar:

Mätmetoder, mått och måltal för uppföljning av följsamhet till standarden inom detta område behöver utvecklas.

Förslag

- Regionala standards enligt A-H ovan fastställs att ingå i ägaruppdraget för kommande period.

4.9. Avtal med räddningstjänsterna (IVPA mm)

Ambulanssjukvården och räddningstjänsterna samarbetar dagligen och detta samarbete fungerar smidigt och bra enligt de intervjuer som denna utredning gjort. Roller, uppgifter och ansvarsgränser för de olika organisationerna är också reglerade i lagar och författningar. Räddningstjänsterna efterlyser dock att s k IVPA-avtal (I Väntan På Ambulans) tecknas och att de är utformade på likartat sätt inom VGRs område.

Flera av VGRs ambulansområden har tecknat IVPA-avtal med respektive räddningstjänster. I socialstyrelsens författningssamling SoS 2009:10 regleras former och förutsättningar för IVPA-avtalen. Avtalen ger SOS Alarm AB rätten att utlarma då deras bedömning är att en enhet från räddningstjänsten kan nå fram till patienten snabbare är närmast tillgänglig ambulans. Kriterierna för IVPA-larm är första hand hjärtstopp, ofri luftväg eller stort trauma. Räddningstjänstpersonal som larmas via IVPA ska ha grundläggande sjukvårdsutbildning.

Principen för de IVPA-avtal som tecknats i regionen är ”byte av tjänster” där ambulanssjukvården svarar för sjukvårdsutbildning av räddningstjänstpersonalen samt för den medicinska utrustning som behövs. I de fall som beredskapsstyrka behöver larmas och detta medför extra kostnader för räddningstjänsten debiteras ambulanssjukvården i regel en schabloniserad summa (per timma eller uppdrag).

Det finns även en annan typ av avtal mellan ambulanssjukvården och räddningstjänsterna som avser assistans med transporter i oländig terräng samt lyft- och bärhjälp. Ambulanssjukvården har (enligt avgjorda rättsfall) ansvaret för lösa transporten av sjuka medborgare. Om man inte har egna fordon eller resurser i övrigt måste man därför i avtal med andra aktörer säkra att sådana finns att använda.

Utredningen föreslår att RRPA utarbetar ett förslag till gemensam VGR-mall för IVPA-avtal samt för avtal om transport-, lyft- och bärhjälp. Företrädare för räddningstjänsterna bör inbjudas delta i processen.

Förslag

- RRPA utarbetar ett förslag till VGR-mall för IVPA-avtal samt avtal om transport-, lyft- och bärhjälp.

4.10 Ej tidigare kommenterade slutsatser

I kapitel 2 ”Analys och slutsatser av utredningens del 1:1 och 1:2” avslutades varje avsnitt med uppbyggda ”Slutsatser”. Följande återstår att kommentera:

- Polisen och SOS Alarm vill ha ett enda kontaktorgan med den prehospitala akutsjukvården inom VGR.

Kommentar:

Genom att skapa nya PKMC (alternativt VGR KMC och VGR PC) tillgodoses i hög grad, om ej full ut, kravet på ett enda kontaktorgan inom VGR. Tydligheten gentemot externa kontakter blir därmed större.

- Primärvården och hemsjukvården anser att det är en omständlig process för dem att larma ambulans, trots deras sjukvårdskompetens vilket leder till irritation och en känsla av överprövning i kontakt med ambulanspersonal.

Kommentar:

De ambulansområden som har ett strukturerat samarbete (utvecklingsprojekt, ömsesidig praktik, ledningsträffar etc) med primärvård och hemsjukvård har mindre av denna problematik. Personkännedomen och förståelsen för de olika yrkesrollerna ökas

- Den otydlighet i det medicinska ansvaret som distriktsläkare och MASar upplever måste klarläggas och ansvarsgränserna förtydligas.

Kommentar:

Denna fråga bör klarläggas snarast genom att RRPA tydliggör ansvarsgränserna. Detta kan ske t ex genom att RRPA uppdrar åt några ambulansläkare att tillsammans med företrädare för primärvården och hemsjukvården att först identifiera vilka otydligheterna och därefter åtgärda dem.

Förslag

- Sjukhusgrupperna bör stimulera respektive ambulansorganisation till utökad organiserat kontaktutbyte med primärvård och hemsjukvård. AmbuAlarm bör se över om SOS Alarm ABs larmrutiner då primärvårds-/hemsjukvårdspersonal larmar ambulans kan göras smidigare.
- RRPA uppdras tydliggöra de medicinska ansvarsgränserna mellan ambulansläkare (ambulanspersonal) och primärvårdsläkare (hemsjukvårdspersonal).

4.11 Kostnader och finansiering

Tabell: Beskrivning av finansiering av ny regiongemensam prehospital enhet

Verksamhet/befattningar	Milj kr (2009)	Kommentar
Nya tjänster: Verksamhetschef, regionambulansläkare, FoU-samordnare	3,0	Ofinansierat idag, kräver ny finansiering från regionstyrelsen (RS).
Nuvarande PKMCs regionbidrag 2009	6,2	Idag anslag från RS. PKMC har idag dessutom stadsbidrag för bl a utbildningsuppdrag på drygt 3 milj kr
AmbuAlarm regionbidrag 2009	0,7	Idag anslag från RS/HSU
AmbuAlarm, finansiering via sjukhusen (HSN)	2,0	Idag finansiering via sjukhusen (HSN). Förslag: RS/HSU tillförs summan från HSN
5-6 nya regiongemensamma tjänster	4 – 4,5	Idag hos sjukhusens ambulansenheter. Förslag: RS/HSU tillförs summan från HSN
Ambulanshelikoptern	38 (50*)	Idag finansierad av RS/HSU genom direktanslag till Kungälv's sjukhus. (* Budgeterad kostnad för 2011)
Summa	54,4 (66,4*)	Förslag: RS/HSU direktfinansierar den regiongemensamma enheten

Tidigare i texten har utredningens bedömning av kostnadsförändringar successivt kommenterats. Sammanfattat gäller:

- Standarhöjningen av verksamheten genom att föreslagna ”Regionala standards” uppnås ska ske inom nuvarande kostnadsramar. Om detta visar omöjligt ska redovisning ske i samband med den årliga verksamhetsuppföljningen. Bedömning och beslut om eventuell kompletterandefinansiering får då göras.
- Ofinansierade kostnader för den nya gemensamma organisationen (alternativ 1 eller 2) bedöms vara ca 3.0 milj kr (kostnaden för tre nya tjänster).
- Övriga kostnader är idag finansierade. Av dem finns 6 – 6,5 miljoner kr i hälso- och sjukhusnämndernas budgetar och utredningen föreslår att denna summa överförs till RS/HSUs budget.
- Totala kostnaden för den regiongemensamma enheten (nya PKMC) bedöms vara 54,4 miljoner kronor (2009 års kostnader) vilken föreslås att RS direktfinansierar.

Förslag

- Den nya regiongemensamma prehospitala enheten finansieras enligt förslaget ovan.

5. Förslag till ägaruppdrag

I detta kapitel lämnas ett förslag till ägaruppdrag för den prehospitla akutsjukvården i VGR för perioden 2011-2015.

Förslag till

Ägaruppdrag gällande för den prehospitla akutsjukvården i Västra Götalandsregionen för perioden 2011 – 2015.

Inledning

Under 2010 har på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsutskottet den prehospitla akutsjukvården utretts. Syftet med utredningen, som hade ett brett uppdrag, var att ge underlag till ett nytt ägaruppdrag bl a innehållande förslag till "Regionala standards" för den kommande perioden. Detta ägaruppdrag är utformat efter de åtgärder och förslag som utredningen presenterat.

Den prehospitla akutsjukvården är en del av sjukvården och regleras bl a av Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens förordningar. Patientens behov av vård och behandling på insjuknande/skadeplats och under transport till rätt sjukvårdande inrättning har stor betydelse för det fortsatta vårdresultatet. Den prehospitla akutsjukvården är en viktig del i vårdkedjan och därmed en del i process och programarbetet inom Västra Götalandsregionen.

Tidsperiod och uppföljning

Dåvarande Hälso- och sjukvårdsstyrelsen fastställde för perioden 2000-2005 "Mål för ambulanssjukvården i Västra Götalandsregionen". För åren 2006-2010 har regionstyrelsen fastställt "Ägaruppdrag gällande den prehospitla akutsjukvården i Västra Götalandsregionen".

Detta ägaruppdrag gäller från och med att det beslutats av regionstyrelsen fram till och med utgången av 2015.

Kontinuerlig utvärdering och uppföljning av verksamheten utifrån ägaruppdraget ska göras av verksamhetsansvariga enheter. Inom varje sjukhusgrupp upprättas och uppföljs detaljerade mål för den egna sjukhusgruppens ambulanssjukvård, på samma sätt som för övrig verksamhet inom sjukhusgruppen, och i dialog med beställarfunktionen.

Till Hälso- och sjukvårdsutskottet ska årligen överlämnas en rapport gällande hela den prehospitla akutsjukvårdsverksamheten. Ansvar för sammanställningen av rapporten har den regiongemensamma enheten Prehospitalt och KatastrofMedicinskt Centrum (PKMC). Rapporten ska bl a innehålla uppgifter om hur utfallet blivit för de "Regionala standards" som ingår i detta ägaruppdrag. Rapportens exakta innehåll och utformning, bl a vilka mått och mätmetoder som ska användas, samråds om i Regionala Rådet för Prehospital Akutsjukvård (RRPA).

De angivna standarderna ska vara uppnådda, eller överträffade, senast vid årsskiftet 2012/2013. Mätningar av måluppfyllelse ska dock påbörjas så snart det är praktiskt möjligt.

I de fall mätmetoder, mått och måttal saknas för en standard ges RRPA, med stöd av PKMC, i uppdrag att utarbeta förslag till sådana och överlämna dessa till hälso- och sjukvårdavdelningen senast 2011-06-30.

Organisation

Den prehospitala akutsjukvårdens ambulansverksamhet är organiserad enligt följande:

- Driftsansvaret för den markbundna prehospitala ambulanssjukvårdsverksamheten organiseras inom respektive sjukhusgrupp, NU, SkaS, SU och SÄS, samt Kungälv's sjukhus.
- Västra Götalandsregionens Prehospitala och KatastrofMedicinska Centrum (PKMC) ansvarar för de regiongemensamma prehospitala akutsjukvårdsfunktioner. Dessa är
 - Regiongemensam medicinsk ledning
 - Katastrofmedicinsk planering och beredskap
 - Luftburen ambulansverksamhet
 - Larm, dirigering och prioritering
 - Kommunikationssystem (RAKEL)
 - Journalsystem (tills vidare AmbuLink)
 - Regiongemensam forskning och utveckling inom området
 - Regiongemensam utbildning och samordning inom området
 - Regiongemensam verksamhetsutveckling, -uppföljning och -utvärdering inom området
 - Inköp/tjänsteupphandling i samarbete med regionservice
 - Regiongemensamma omvärldskontakter
- Regionala Rådet för Prehospital Akutsjukvård (RRPA) ansvarar för såväl medicinsk och driftsmässig samverkan och samordning av verksamheten enligt sitt uppdrag.

Driftsform

Respektive driftsansvarig förvaltning bestämmer om ambulansverksamheten ska drivas i egen regi eller upphandlas av entreprenör.

Gränslös dirigerings

Gränslös dirigerings ska tillämpas, dvs larmoperatören har rätt att utlarma den ambulans, oberoende av vilken driftsenhet den tillhör, som bäst kan lösa aktuell uppgift/händelse.

Mål och regionala standards

Övergripande mål

Det övergripande målet för den prehospitala akutsjukvården är:

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

Regionala standards

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12, ställer generella krav på vården i Sverige. Kraven syftar till att åstadkomma vad som sammanfattande betecknas som "God vård". I begreppet innefattas idag sex kvalitetsområden. Regionstyrelsen har beslutat att de övergripande kvalitetsmålen för regionens hälso- och sjukvård är att vården skall vara

- **Kunskapsbaserad och ändamålsenlig**
- **Säker**
- **Patientfokuserad**
- **Effektiv**
- **Jämlig, och**
- **Ges i rätt tid**

Vid utformandet av regiongemensam standards för det prehospitaled akutsjukvårdsområdet är det naturligt att bygga vidare såväl på de övergripande och strategiska målen i nuvarande ägardirektiv som på komponenterna i "God vård". Nedanstående regionala standards följer därför logiskt det övergripande målet "**Rätt patient i rätt tid, med rätt kompetens och rätt resurs, med rätt åtgärder till rätt vårdgivare**".

Sammantaget ska kunna mätas och beskrivas, jämföras och analyseras,

- när efterfrågade ambulanssjukvårdsresurser är på plats,
- vilken kompetens och erfarenhet ambulanssjukvårdspersonalen har,
- vilken vård som ges,
- hur bedömningar och åtgärder dokumenteras och hur denna information hanteras och tillvaratas,
- hur förbättring och lärande sker
- hur väl patienterna fås att nå nästa, mest lämpade vårdnivå/vårdinstans i akutsjukvårdskedjan, samt
- hur patienterna upplever kvalitet i vård och omhändertagande

De regionala standards (nedan betecknade från A-H) gäller för all ambulanssjukvård som finansieras av Västra Götalandsregionen.

A. Kvalitetssäkrad responstid ambulanser

[God vård: vården skall vara patientfokuserad och ges i rätt tid]

Standarden ska gälla vid Prio 1 larm och för när 1:a ambulans är på plats hos patienten samt inom respektive ambulansområde.

- Mediantiden ska understiga 12 minuter, samt
- Väntetiden (mätt från då SOS Alarm mottar samtalet) ska vara inom 20 minuter för 90 % av invånarna.

B. Kvalitetssäkrad sjuktransportlogistik (liggande patienter)

[God vård: vården skall vara patientfokuserad och effektiv]

Standarden är:

Förbeställda sjuktransporter (beställda minst 12 tim före)

- 0 % försening till bokad behandling/undersökning
- inom 30 min för 100 % av övriga resor

För **ej förbeställda** sjuktransporter

- inom 2 timmar för 100 % av resorna

C. Kvalitetssäkrad kompetens och erfarenhet

[God vård: vården skall vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig och säker]

Standarden är:

- Fastanställda ambulanssjuksköterskor ska vara vidareutbildade inom antingen ambulanssjukvård, anestesivård, intensivvård eller annan likvärdig utbildning.
- Minst 50 % av sjuksköterskorna inom varje ambulansområde ska vara vidareutbildade inom ambulanssjukvård.
- All ambulanspersonal ska genomgå minst 5 dagars repetitionsutbildning och fortbildning per år enligt en regiongemensam utbildningsplan.

D. Kvalitetssäkrad vård och behandling

[God vård: vården skall vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig och säker]

Standarden är:

- Regionala behandlingsriktlinjer ska tillämpas inom hela regionen och fortlöpande hållas uppdaterade

Kommentar:

Automatiserade och standardiserade tekniker liksom mått och mätetal för utvärdering av tillämpningen av de regionala behandlingsriktlinjerna behöver utvecklas.

E. Kvalitetssäkrad informationshantering

[God vård: vården skall vara säker, effektiv och patientfokuserad]

Standarden är

- Prehospitalt utförda undersökningar, bedömningar och åtgärder ska dokumenteras snarast möjligt och finnas tillgängliga för nästa länk i vårdkedjan så snart denna information är av värde för patientens fortsatta behandling och vård.

Kommentar:

Mätmetoder och mått för uppföljning av följsamhet till standarden inom detta område behöver utvecklas och målvärden bestämmas.

F. Kvalitetssäkrad förbättrings- och lärandeprocess

[God vård: vården skall vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker och effektiv]

Standarden är:

- Avvikelsesrapportssystem med tydliga rutiner för rapportering, datasammanställning, analys och återkoppling ska användas inom all ambulanssjukvård.

G. Kvalitetssäkrad vårdnivå

[God vård: vården vara patientfokuserad och effektiv]

Standarden är:

- Minst 90% av samtliga patienter ska av ambulanssteamet triageras och transporteras till rätt vårdnivå.

Kommentar:

Mätmetoder för uppföljning av följsamhet till standarden inom detta område behöver utvecklas.

H. Kvalitetssäkrad patientupplevelse

[God vård: vården skall vara patientfokuserad]

Standarden är

- Patientupplevelse skall mätas regelbundet med regiongemensamma patientenkäter i alla sjukhusenheternas och ambulanshelikopterns verksamheter

Kommentar:

Mätmetoder, mått och måltal för uppföljning av följsamhet till standarden inom detta område behöver utvecklas.

6. Förslag till beslut

Här sammanfattas de förslag som ingår i utredningen och som regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta om.

Regionstyrelsen föreslås besluta

- Uppdra åt regiondirektören att upprätta en regiongemensam prehospital enhet i enlighet med utredningens alternativ 1 benämnd Västra Götalandsregionens Prehospitala och KatastrofMedicinska Centrum (PKMC).
- Finansieringen av den nya regiongemensamma prehospitala enheten ska ske enligt utredningens förslag (avsnitt 4.11).
- Ägaruppdrag för perioden 2011-2015, inkluderande regionala standards, fastställs enligt utredningens förslag (kapitel 5).
- De regiongemensamma akutprehospitala funktionerna fastställs vara de som beskrivits i förslaget till ägaruppdrag inklusive att ansvaret för ambulanshelikoptern flyttas från Kungälv's sjukhus till den regiongemensamma prehospitala enheten.

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslås besluta

- Fastställa det reviderade uppdraget, enligt bilaga 2, för Regionala Rådet för Prehospital Akutsjukvård (RRPA).
- I den analys som den planerade utredningen "Framtidens hälso- och sjukvård" kommer att göra ska den prehospitala akutsjukvårdens roll och uppgift som komplement och stöd till övriga sjukvårdenheter uppdra, vid sidan om primäruppdraget (kompetent, mobil akutsjukvårdsresurs som snabbt är på plats hos patienten) definieras.
- Uppdra åt RRPA att bevaka och ta de utvecklingsinitiativ som bedöms lämpliga i frågan om att bygga upp ytterligare specialambulansresurser inklusive frågan om ambulanshelikopterns utnyttjande för transport av neonatalpatienter
- Uppdra åt RRPA att tydliggöra vårdgivaransvaret vid entreprenad drift.
- Uppdra åt RRPA att tydliggöra de medicinska ansvarsgränserna mellan ambulansläkare (ambulanspersonal) och primärvårdsläkare (hemsjukvårdspersonal).
- Rekommendera sjukhusgrupperna att stimulera sin respektive ambulansenhet till utökad organiserat kontaktutbyte med primärvård och hemsjukvård.
- Uppdra åt RRPA att utarbeta ett hos räddningstjänsterna förankrat förslag till regiongemensam avtalsmall för IVPA-avtal (I Väntan På Ambulans)samt om transport-, lyft- och bärhjälp. Avtalsmallen ska även reglera ansvaret för inköp, service och utbildning för hjärtstartare.
- Uppdra åt RRPA att analysera och värdera i vilka hjärtstartarprojekt och med vilken insats som Västra Götalandsregionen ska medverka.

Bilaga 1

**Prehospital akutsjukvård VGR
Deltagare vid seminarium 28 september****Kungälv's sjukhus**

Ann Stokland

Per Lilja

Sven Martinell

NU-sjukvården

Jan-Erik Wounsch

Anders Johansson

SU

Lars Ekström

Mats Kihlgren

Kerstin Norbin

SÄS

Marie Gardtman

PerHäggbblad

SkaS

Birgitta Molin-Mellander

Stefan Håkansson

Elisabeth Hellström

PKMC

Annika Hedelin

PUC

Bengt Göran Olausson

AmbuAlarm

Bengt Asplén

Pontus Rotter

Primärvården

Ann Christine Baar, Göteborg

Monica Ericson-Sjöström, Södra Bohuslän

Hälso- o sjukvårdskanslier

Jan Carlström, Göteborg

Katarina Orrbeck, Sjuhärad

Gunbritt Palo, Skaraborg

Regionservice

Magnus Gamberg

PreHospen

Birgitta Wireklint Sundström

HSA

Mats Johansson

Ingvar Karlberg

Hans Bertil Fransson

Peter Lönnroth

Robert Sinclair

Lennart Löfgren

Förslag till reviderat uppdrag för

Regionalt råd för prehospital akutsjukvård

Syfte

Det Regionala Rådet för Prehospital Akutsjukvårds (RRPA) uppgift är att tillföra den politiska och administrativa ledningen sakkunskap i medicinska och regionalt verksamhetsrelaterade frågor samt utgöra forum för samråd och samverkan inom det särskilda ansvarsområdet prehospital akutsjukvård. Utgångspunkten är regionens arbete med "God vård" i enlighet med Agaruppdrag för kvalitet och patientsäkerhet (Dnr RSK 591-2006). Detta innebär att verka för en regional hälso- och sjukvård som är:

- *säker*
- *kunskapsbaserad och ändamålsenlig*
- *patientfokuserad*
- *effektiv*
- *jämlik*
- *tillgänglig*

Uppdragsgivare

Regiondirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören är uppdragsgivare.

Ledamöter

Rådets ledamöter är:

- Verksamhetschef, regionambulansläkare och ansvarig för ambulansalarmeringen inom regionens Prehospitala och Katastrofmedicinska Centrum (PKMC)
- Regionens beredskapschef och beredskapsöverläkare
- Verksamhetschefer/motsvarande inom den av regionen i egen regi bedrivna ambulanssjukvården.
- Ambulansöverläkare inom den av regionen i egen regi bedrivna ambulanssjukvården.
- Regionens beredskapschef och beredskapsöverläkare.
- Prehospital samordnare vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen.
- Därutöver kan ytterligare sakkunnig adjungeras.

Ledamöterna utses av respektive sjukhusdirektör och ordförande utses inom gruppen. Cirkulation av ordförandeskapet rekommenderas och bör övervägas varje år.

Huvudfunktion

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

Rådets roll är rådgivande. Ansvaret för driften av sjukvårdsverksamheten ligger odelat på de enskilda enheterna.

Medicinskt råd

Inom RRPA bildar ambulansläkarna ett medicinskt råd som är ett samråds- och beredningsorgan för de medicinska frågorna som behandlas av RRPA. Ordförande i det medicinska rådet är regionambulansläkaren. Sammanträde sker vid behov dock minst 4 gånger per år.

Särskilda uppdrag

Uppdragsgivarna kan lämna särskilda uppdrag inom RRPAs kompetensområde. Dessa uppdrag skall vara skriftliga, ställda till rådets ordförande och förutom beskrivning av uppdraget uppta mål/syfte och tidsplan.

Frageställningar från övriga förvaltningar/kanslier ska ske skriftligt från ansvarig förvaltningschef till regiondirektören eller hälso- och sjukvårdsdirektören. Uppdragen kanaliseras av den av hälso- och sjukvårdsavdelningen utsedda samordnaren.

Kontinuerliga uppgifter

I de kontinuerliga uppgifterna ingår att

- Verka för gemensamma medicinska prioriteringsgrunder, behandlingsanvisningar, uppföljning och utveckling inom prehospitalet akutsjukvård.
- 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 god vård skall kunna ges till regionens alla invånare.
- Verka för god kvalitet inom den prehospitala vården och utarbeta förslag till normer för kvalitetsuppföljning.
- Verka för ett välfungerande samarbete kring utbildning i alla dess led mellan regionens enheter för prehospitalet akutsjukvård.
- Initiera FOU-projekt.
- Verka för vårdkedjesamverkan med sjukvårdsupplysning och SOS Alarm AB.
- Verka för behandlingskontinuitet och samverka med specialistvård, primärvård och kommuner samt att tillfredsställande informationsutbyte från ambulanssjukvården sker till berörda vårdenheter vid överföring av patienter.
- Verka för en kostnadseffektiv verksamhet.
- Verka för spridning och implementering av aktuella rapporter inom prehospital vård.
- På eget initiativ göra framställningar till uppdragsgivarna i frågor, som bedöms vara angelägna för verksamhetsområdets utveckling.

Plan för verksamhetsområdet

RRPA utarbetar en plan som regionalt beskriver förväntade behov och utvecklingstendenser inom verksamhetsområdet. Planen bör innehålla prioriterade områden med kortsiktig och långsiktig planering. Planen utgör information och underlag för styrning och ledning.

Inför varje årsskifte görs därutöver en beskrivning av det pågående och planerade arbetet med särskilda uppdrag och kontinuerliga uppgifter.

Administration

Rådet avgör själv sina arbetsformer inom ramen för uppdraget och har själva att svara för sekreterarfunktionen inklusive minnesanteckningar eller protokoll. Administrativt stöd i övrigt lämnas av PKMC.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen ställer tjänsteman till förfogande, som ska svara för koordineringsfunktionen för uppdragsgivarna och de medicinska sektorsråden inklusive RRPA och därmed ständigt adjungeras till rådets möten. Koordinatören erhåller dokumentation från rådet.

Ordförandekonferenser

För information och överläggningar i rådsövergripande och regiongemensamma frågor inbjuder hälso- och sjukvårdsdirektören ordförandena i råden till konferens 4-6 gånger per år. Till dessa konferenser inbjuds politiker, sjukhusdirektörer, primärvårdsdirektören/chefer och tjänstemannaledningar.

Information

Deltagarna i rådet svarar för informationen till sjukhusledningen om rådets arbete inom eget verksamhetsområde. Information om ordförandekonferenser ges på regionens hemsida. Övrig information, exempelvis behandlingsprogram och årsberättelse skall finnas tillgängligt på regionens hemsida www.vgregion.se/sektorsrad.

Bildandet av rådet

Beslut om bildande och avveckling av RRPFA fattas av hälso- och sjukvårdsdirektören efter samråd med regiondirektören.

Regiondirektör

Hälso- och sjukvårdsdirektör