

*Handläggare:*  
Kerstin Norrbin

Hälso- och sjukvårdsnämnden  
2016-04-19, p 7

## **Inriktning 2017- 2025 för den prehospitla vården i Stockholms läns landsting samt förslag att upphandla prehospital läkarfunktion, vägburen ambulanssjukvård och sjuktransporter**

### **Ärendebeskrivning**

I ärendet redovisas förvaltningens förslag till inriktning för framtida prehospital vård med beaktande av kommande förändringar i framtidens hälso- och sjukvård (FHS). Tidsperioden som avses är 2017 – 2025.

I ärendet redovisas förslag till gemensamma mål och standarder, differentierad prehospital struktur, samordnad prehospital läkarfunktion och stärkt huvudmannastyrning.

### **Beslutsunderlag**

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2016-03-11  
Förstudie om framtida prehospital vård i SLL 2017-2025

### **Ärendets beredning**

Ärendet har beretts i programberedningen för akutsjukvård.

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* godkänna hälso- och sjukvårdsdirektörens förslag till inriktning för den framtida prehospitla vården
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att etablera en tydligare övergripande ledning för den prehospitla vården
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att inrätta ett landstingsgemensamt kliniskt träningscenter för den prehospitla vården
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att enligt lagen om offentlig upphandling upphandla akutläkarbilstjänsten
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag till förfrågningsunderlag för upphandling av akutläkarbilstjänsten
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att enligt lagen om offentlig upphandling upphandla jourläkarbilstjänsten

- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag till förfrågningsunderlag för upphandling av jourläkarbilstjänsten
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att enligt lagen om offentlig upphandling upphandla vägburen ambulanssjukvård
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag till förfrågningsunderlag för upphandling av vägburen ambulanssjukvård.
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att enligt lagen om offentlig upphandling upphandla sjuktransporter
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag till förfrågningsunderlag för upphandling av sjuktransporter.

### **Förvaltningens motivering till förslaget**

Den prehospitla vården inom Stockholm läns landsting (SLL) står inför flera utmaningar. Ambulanssjukvården, liksom övriga prehospitla verksamheter, kommer att ställas inför nya krav från en växande befolkning och detta innebär att vårduppdraget måste utvecklas aktivt. Såväl ambulansverksamheten som prioriterings- och dirigerings-tjänsten kommer att ha nyckelroller för att få patientflödena i den nya sjukvårdsstrukturen att fungera.

#### *Bakgrund och nuläge*

Landstingsrevisorerna presenterade i december 2013 en rapport om "Prehospital vård - vårdkedjans första insats". Deras bedömning var att styrning, samordning och uppföljning av den prehospitla vården i SLL behövde stärkas för att skapa förutsättningar för effektivt resursutnyttjande och en jämlik, patientsäker vård.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i budget för 2016 att ge hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att utreda den framtida prehospitla organisationen. I uppdraget ingick att bland annat identifiera förutsättningar för styrning samt vilka tjänster och resurser som ska ingå.

I den förstudie som nu genomförts redovisas förslag till verksamhetsidé, uppdrag och standarder för den framtida prehospitla vården. Den prehospitla vården inom SLL saknar idag en fungerande struktur med tydlig överensstämmelse mellan mål, strategier och resurser i förhållande till kontext och omvärld.

Det saknas en övergripande samlad uppföljning av patientens hela vårdkedja med fokus på kvalitet, patientsäkerhet, systemnytta och processtyrning. Det

finns brister i samordningen mellan vårdgivare inom ambulanssjukvården och en otydlighet i styrningen av de prehospitaledningarna.

En viktig komponent för att den prehospitaledningen ska fungera optimalt är att det även ges utrymme för gemensamma utbildnings- och övningsmöjligheter.

Den läkarbemanning som finns idag är inte tillräcklig för att tillgodose behoven inom den prehospitaledningen. Det saknas till exempel läkarbemanning under dygnets alla timmar och rekommendationen till annan vårdnivå kvalitetssäkras inte i tillräcklig utsträckning.

Även geografiska förutsättningar, trafiksituationens utveckling och demografiska faktorer, samt beredskapsaspekter, behöver tas hänsyn till i större utsträckning för att ligga till grund för kommande dimensionering och differentiering av den prehospitaledningens resurser.

Framtidens hälso- och sjukvård kommer att innebära en ökning av nuvarande uppdrag och kräva ökade transportresurser av olika karaktär. Antalet avlämningsställen med olika vårdnivåer kommer att öka i framtiden. Detta ställer krav på effektiv ledning och styrning, samordning med förmåga till snabba omställningar och god flexibilitet i den prehospitaledningens organisationen.

Det är av vikt att patienternas behov tillgodoses med rätt val av resurs. Det behöver även identifieras hur flödet mellan vårdinrättningar ska fungera. Även problem med färdigbehandlade patienter som väntar på transport måste hanteras.

Mot bakgrund av kommande förändringar i sjukvårdsstrukturen inom SLL finns flera osäkerhetsfaktorer avseende resursbehov och dimensionering. Detta kräver en flexibel och dynamisk prehospital organisation, som både har förutsättningar att hantera grunduppdraget och som har kapacitet för att möta framtida omställningar.

#### *Inriktning för den prehospitaledningen 2017 - 2025*

Den prehospitaledningen ska kunna möta olika patienter och tillstånd i varierande miljöer, alltifrån förlossningar och nyfödda barn till multisjuka äldre samt utföra akuta livräddande uppdrag. Även transporter mellan vårdinrättningar kan vara av olika karaktär. Dels avancerade uppdrag, såsom intensivvårds- och kuvöstransporter, dels mindre vårdkrävande transporter med olika angelägenhetsgrad. Dessa mycket skilda uppdrag kräver olika nivåer av kompetens, utrustning och transportsätt. Mot bakgrund av den redovisade problembilden föreslås följande grundläggande principer för den framtida prehospitaledningen:

- Gemensamma mål och standarder
- Differentierad prehospital struktur

- Samordnad prehospital läkarfunktion
- Stärkt huvudmannastyrning

#### *Gemensamma mål och standarder*

Den prehospitala vården i Stockholm läns landsting föreslås en vision och verksamhetsidé som har sin grund i gemensamma övergripande och strategiska mål enligt Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård. Förvaltningen föreslår följande mål:

*Rätt vårdinsats* innebär att den prehospitala vården är organiserad för att möta olika patienters vårdbehov. Att insatserna utförs enligt länsgemensamma och nationella behandlingsriktlinjer och vårdprogram.

*Rätt tid* innebär att när vårdbehov uppstått ska patienten vara rätt prioriterad utifrån vårdbehov och nås av rätt resurs inom rätt tid.

*Rätt resurs* innebär att patienten efter bedömning ska kunna transporteras med bäst lämpade transportresurs eller hänvisas till den utifrån bedömt tillstånd mest lämpade vårdenhet. Till exempel 1177 Vårdguiden, primärvård, geriatrik och närakuter eller genom att transporteras direkt till specialistsjukvård.

Kvalitetssäkrad responstid för vägburen ambulans och prioritering och dirigering gäller patientens totala väntetid vid prio 1 uppdrag. Detta innebär den tid som uppstår från att ett ärende har skapats vid prioritering och dirigering till att första ambulans är framme på plats. Förvaltningen förslår att medianväntetiden ska understiga 12 minuter.

Den genomsnittliga nyttjandegraden av vägburen ambulanssjukvård föreslås uppgå som mest till 60 procent. Detta för att säkerställa en god beredskap.

#### *Differentierad prehospital struktur*

De övergripande slutsatserna i förstudien är att det finns behov av utökade resurser men att utbudet av prehospitala resurser kan differentieras. Förvaltningen förslår därför en mer differentierad prehospital organisation där det inrättas en permanent sjuktransportorganisation. Tidigare försök med inrättande av sjuktransportresurser har visat goda resultat.

Sjuktransporternas uppdrag kan vara separerat från ambulanssjukvårdens prehospitala uppdrag, men ändå ingå i en gemensam organisation för att uppnå hög grad av samverkan och kan nyttjas vid katastrofsituationer.

En förändrad prehospital struktur innebär också att specialfunktioner inrättas. Det kan handla om utvecklade ledningsresurser eller specifikt utbildade team, som exempelvis hanterar svåra olyckor.

För att säkerställa personalens förmåga att möta de krav som ställs i den nya strukturen behöver mer fokus läggas på utbildning och övning. Förvaltningen föreslår därför att det inrättas ett landstingsgemensamt kliniskt träningscentrum (KTC).

#### *Samordnad prehospita läkarfunktion*

En ökad läkarmedverkan i den prehospita vården är nödvändig för att få verksamheten att fungera optimalt. Omdisponering av befintliga läkarresurser kan ge förutsättningar för en mer kostnadseffektiv verksamhet.

Det bör etableras en läkarfunktion med akutläkarbilstjänst dygnet runt som säkrar det akuta uppdraget i kombination med ansvar för vårdkrävande intensivvårdstransporter.

Som ett komplement till denna resurs bör jourläkarbilarna, i kombination med primärvårdsuppdraget, kunna säkra behovet av ökad kompetens i bedömningar av patienter som kan hänvisas till annan vårdnivå.

#### *Stärkt huvudmannastyrning*

Ett stärkt huvudmannansvar innebär ökade förutsättningar för effektivare lednings- och kommunikationsvägar samt möjligheter till mer dynamisk produktionsstyrning och effektivare processer.

Den gemensamma ledningens uppgift är att styra utvecklingen inom områden som vårdprocesser, logistik och kommunikationsstöd. Likaså utvecklingen av kompetens samt kvalificerat tjänste- och serviceinnehåll i det prehospita omhändertagandet.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Den budgeterade kostnaden för vägburen ambulanssjukvård och liggande persontransporter är år 2016 cirka 542 miljoner kronor. Beräkningen avser ambulans med specialistutbildad sjuksköterska exklusive IVA-ambulans och utomlänambulans.

Utifrån prognostiserad befolknings- och demografisk utveckling kommer det krävas en successiv ökning av de prehospita resurserna i SLL. Sammantaget finns det behov av en ca 50 procents ökning av nuvarande verksamhet fram till år 2025.

Kostnadsprognosen för genomförande av de föreslagna åtgärderna för vägburen ambulanssjukvård och liggande persontransporter förväntas öka med ca 30 procent fram till år 2025 och då uppgå till ca 710 miljoner kronor. Kostnadsutvecklingen följer inte linjärt ökningen av antal resurser eftersom kostnaderna påverkas av en differentiering av resurserna.

Förslaget att införa kunskaps- och träningscenter kommer medföra ökade kostnader på ca 2 miljoner kronor från och med 2017.

*Konsekvenser för patientsäkerhet*

En implementering av förslaget kommer att öka patientsäkerheten genom att både kompetens och transportkapacitet förstärks. Samverkan mellan olika aktörer och med tydlig styrning och uppföljning kommer säkerställa ökade förutsättningar för trygg och säker vård.

*Konsekvenser för jämställd och jämlik vård*

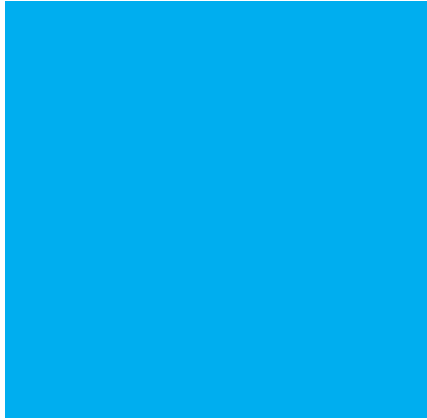
Implementeringen av förslaget kommer att ge en mer jämställd och jämlik vård genom att den prehospitala vården fokuserar på att effektivisera hela det akuta omhändertagandet.

*Miljökonsekvenser*

Den föreslagna inriktningen för den prehospitala vården bedöms inte medföra några konsekvenser för miljön. Den ökade volymen av transporter kan dock medföra miljökonsekvenser vilket bör beaktas i miljökrav i kommande förfrågningsunderlag.

Barbro Naroskyin  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ann Eva Askensten  
Avdelningschef



Förstudie om framtida prehospital vård i SLL

Rätt vårdinsats i rätt tid med rätt resurs

2017–2025



**Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen**

**Kerstin Norrbin**  
**08-123 132 41**  
**[kerstin.norrbin@sll.se](mailto:kerstin.norrbin@sll.se)**



# Sammanfattning

Landstinget svarar enligt hälso- och sjukvårdslagen (6 § HSL) för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Detta innebär att Stockholms läns landsting (SLL) ska se till att det finns ambulanser för akuta insatser, alternativa transportmedel för mindre vårdkrävande uppdrag samt för planerade transporter.

Den prehospitala vården inom SLL står inför utmaningar. Såväl ambulansverksamheten som prioriterings- och dirigerings-tjänsten kommer att ha nyckelroller för att få flödena i den nya sjukvårdsstrukturen att fungera.

Mot bakgrund av kommande förändringar i sjukvårdsstrukturen i SLL finns flera osäkerhetsfaktorer avseende resursbehov och dimensionering. Detta kräver en flexibel och dynamisk prehospital organisation, som både har förutsättningar att hantera grunduppdraget samt framtida omställningar.

SLL behöver en väl fungerande prehospital struktur med god överensstämmelse mellan mål, strategier och resurser i förhållande till kontext och omvärld. Geografiska förutsättningar, trafiksituationens utveckling och demografiska faktorer, samt beredskapsaspekter, behöver ligga till grund för dimensionering och differentiering av prehospitala resurser.

Denna förstudie har genomförts i syfte att ta fram förslag till framtida verksamhetsidé, uppdrag och standarder för den prehospitala vården. Analyser, benchmarking samt uppföljning av data ligger till grund för de bedömningar som gjorts. Hearing med vårdgivare, myndigheter och intressenter har genomförts. Synpunkter från fackliga samverkanspartners och intresseföreningar har beaktats.

Analyserna har syftat till att på en övergripande nivå identifiera förväntade huvudinriktningar och volymförändringar i den prehospitala vården, som konsekvenser av bland annat Framtidsplanen för hälso- och sjukvårdens (FHS) genomförande. Resultatet i denna förstudie visar på ett behov av effektivare processer samt behov av att utveckla, förbättra och standardisera arbetssätt och rutiner inom den prehospitala vården genom tydliga direktiv och anvisningar.

Det prehospitala huvudmannansvaret behöver utvecklas för att säkerställa effektiva processer. Därför föreslås strukturella förändringar i form av ett prehospitalt uppdrag med tydliga mål och standarder, länsgemensam styrning och ledning samt differentierad resursanvändning och ett utvecklat prehospitalt läkarstöd.

Nuvarande prehospitala avtal löper ut inom en tvåårsperiod. SLL:s nuvarande inriktning är att verksamhet ska upphandlas och konkurrensutsättas. En anpassning och samordning av de olika avtalsområdena är nödvändig. Förstudien ger förslag om tidplan för upphandling och förlängning av nuvarande avtal.

Konkret innebär detta att nuvarande avtal behöver förlängas enligt följande:

- Liggande persontransporters avtal förlängs för att kunna samordnas med införande av sjuktransporter.
- Akutläkarbilens avtal förlängs för att kunna samordnas med kommande avtal med jourläkarbilar.
- Den vägburna ambulanssjukvårdens avtal förlängs för att kunna ge utrymme för att forma en organisation som bättre svarar upp mot kommande behov.

Följande inriktningsmål föreslås för den prehospitla vården. De strategiska målen för verksamheten bygger på fyra olika perspektiv:

### **Patient**

Definition: Prehospital vård tillgodoser eller överträffar patienternas förväntningar, vilket innebär att säker vård ges i rätt tid och med högt förtroende.

Mål: Vid uppdrag med prioritetsgrad 1 nås 90 procent av patienterna inom 20 minuter. Mediantid för prio 1-uppdrag är max 12 min.

### **Verksamhet och effektiva processer**

Definition: Den prehospitla vården är lättillgänglig och erbjuder flexibel och differentierad vård och transport. Vården genomförs enligt väldefinierade, standardiserade och effektiva processer utan oönskad variation. Processerna ska utvärderas fortlöpande och utvecklas i nära samarbete mellan SLL:s prehospitla kunskapsorganisation och vårdgivarna.

Mål: Ökat antal standardiserade vårdprocesser som utvecklats i samarbete med professionen och involverade kliniker i SLL.

### **Medarbetare**

Definition: Den prehospitla vården är attraktiv och konkurrenskraftig. Medarbetarna känner trygghet, framtidstro, delaktighet och stolthet över sitt bidrag till verksamhetens mål.

Mål: Systematisk kompetensutveckling för medarbetarna och en långsiktig kompetensförsörjningsplan gemensam för samtliga utförare finns för den prehospitla vården i SLL.

### **Ekonomi**

Definition: En kostnadseffektiv och tillgänglig verksamhet levereras. Den genomsnittliga nyttjandegraden av vägburen ambulanssjukvård uppgår som mest till 60 procent för att säkerställa en god beredskap.

Mål: Verksamheten bedrivs kostnadseffektivt och samtidigt upprätthålls en god krisberedskap.

Den strategiska planeringen har en viktig roll i framtida styrning och ledning av den prehospitla verksamheten. Den viktigaste slutsatsen i denna förstudie är att den prehospitla vården behöver styras utifrån ett länsövergripande och samordnat sätt.

Sammanfattningsvis ges följande rekommendationer:

- att godkänna föreslagna länsgemensamma standarder och mål
- att inrätta en differentierad prehospital verksamhet med uppdrag att tillgodose patientens och sjukvårdens behov av vård och transporter
- att inrätta nya specialfunktioner, speciellt tränade för situationsanpassade behov och specifika patientgruppers behov
- att godkänna förslaget om förändrad prehospital läkarfunktion
- att inrätta en länsgemensam övergripande ledning för den prehospitala vården
- att HSF startar arbetet med en upphandling enligt föreslagen tidplan
- att utveckla förutsättningar för analys och uppföljning för att bättre kunna monitorera effekterna av kommande förändringar.

Visionen är att den prehospitala vården år 2025 formats till en transportmedicinsk organisation som utgörs av olika kompetenser för att möta patienten och vårdens behov av vård och transport på bästa sätt. Specialiseringen inom sjukvården har resulterat i ökat behov av en verksamhet med hög grad av logistik. Patienten känner trygghet i att de får rätt vård, i rätt tid och att den prehospitala vården leder dem rätt i vårdkedjan.

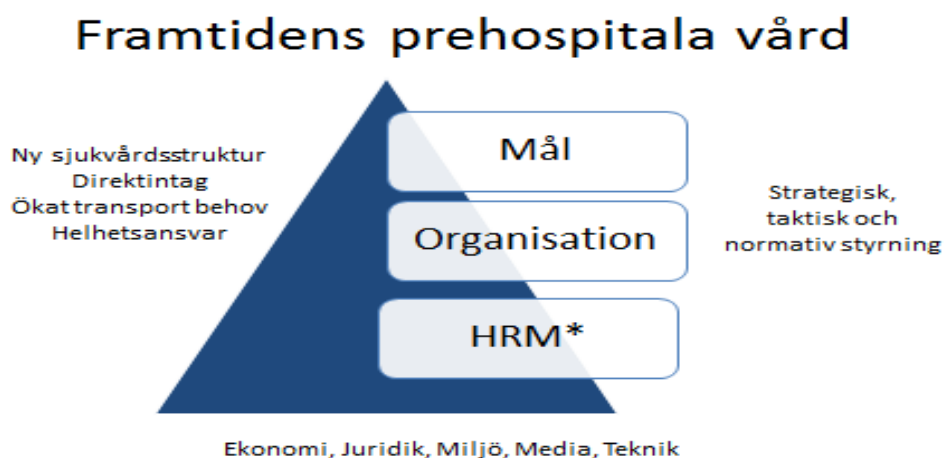
## Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
1 Inledning .....	6
2 Bakgrund .....	7
2.1 Uppdragsstatistik .....	7
3 Förstudiens uppdrag .....	9
4 Nulägesanalys.....	9
4.1 Omvärldsanalys .....	9
4.2 Några nyckeltal .....	10
4.3 Patientperspektivet .....	11
4.3.1 Befolkningsutveckling och demografi .....	11
4.4 Processperspektivet .....	12
4.5 Medarbetarperspektivet .....	13
4.6 Ekonomiperspektivet .....	14
5 Framtida inriktning och mål .....	16
5.1 Vision och verksamhetsidé för den prehospitala vården .....	16
5.2 Strategiska mål .....	17
5.3 Verksamhetsstrategi.....	19
6 Den prehospitala vården i SLL 2017-2025 .....	20
6.1 Differentierad prehospital vård .....	20
6.1.1 Sjuktransportorganisation inrättas .....	22
6.1.2 Specialfunktioner införs.....	23
6.1.3 En förändrad roll för den prehospitala läkarfunktionen.....	23
6.2 Från novis till expertis.....	24
6.3 Sammanhållen strategisk, taktisk och operativ förmåga .....	24
6.4 Prognostiserat resursbehov .....	25
6.5 Tidplan upphandlingar .....	28
7 Slutsatser och rekommendationer .....	29
7.1 Rekommendationer.....	29
Ordlista – begrepp och förkortningar .....	30
Bilaga 1, Definitioner av nyckeldata .....	32
Litteraturförteckning.....	33



# 1 Inledning

Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS) anger riktningen för den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting (SLL). En viktig del i den nya strukturen är renodling av vården vid akut- och universitetssjukhusen, där närakuter ges ett bredare uppdrag. Demografiska och strukturella förändringar innebär behov av utveckling inom den prehospitla vården<sup>1</sup>.



Det handlar om att skapa en effektiv organisation för att kunna ta fram tjänster med hög kvalitet. För att lyckas krävs en HRM-integrerad<sup>2</sup> verksamhetsidé. Organisationens mål, strategier, struktur och HRM-funktioner behöver stämma överens med varandra för att uppnå effektivitet i organisationen.

Utveckling och anpassning till nya förutsättningar kräver aktivt arbete och såväl organisationens verksamhet som medarbetarnas kompetens och förmåga behöver anpassas utifrån omvärldens krav och förväntningar.

Den prehospitla vården inom SLL är idag organiserad efter en beställar- och utförarmodell. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) är beställare och ansvarig huvudman, med privata och offentliga vårdgivare som utförare.

Antalet avlämningsställen med olika vårdnivåer kommer att öka i framtiden. Detta ställer krav på effektiv ledning och styrning, samordning med förmåga till snabba omställningar och god flexibilitet i den prehospitla organisationen.

Landstingsrevisorerna presenterade i december 2013 en rapport om "Prehospital vård – värdkedjans första insats". Deras bedömning var att styrning, samordning och

<sup>1</sup> Långtidsutredning om hälso- och sjukvården i Stockholm läns landsting 2008–2025.

<sup>2</sup> HRM är förkortning för Human Resources Management och handlar om rekrytering, belöningar och utvecklingsmöjligheter för personal. Organisationer är beroende av sina medarbetare för att nå framgång och HRM sätter medarbetarnas kompetens och samarbetsförmåga i fokus. Lindmark, A. & Önnevik, T. (2009).

uppföljning av den prehospitla vården i SLL behöver stärkas för att skapa förutsättningar för effektivt resursutnyttjande och en jämlik, patientsäker vård.

Denna förstudie belyser särskilt anpassningen av den prehospitla vården till FHS och presenterar förslag på inriktning för att kunna möta dessa kommande förändringar.

## 2 Bakgrund

Dagens prehospitla vård omfattar ambulanssjukvård och prioritering och dirigering av prehospitla enheter. Prehospital vård innefattar även ambulanshelikopter och akutläkarbil. Avgränsning har gjorts och dessa resurser berörs endast i begränsad omfattning i denna förstudie.

Vägburen ambulans används för primära och sekundära uppdrag. Primära transportuppdrag avser transporter med sjuka eller skadade patienter från skadeplats till vårdinrättning. Sekundärtransporter avser transporter av patienter mellan vårdinrättningar. Sådana transporter kan vara såväl akuta som icke akuta, och ske med eller utan intensivvård.

Liggande persontransporter är en verksamhet som transporterar personer som har behov av att ligga men inte är i behov av vård under transporten.

### 2.1 Uppdragsstatistik

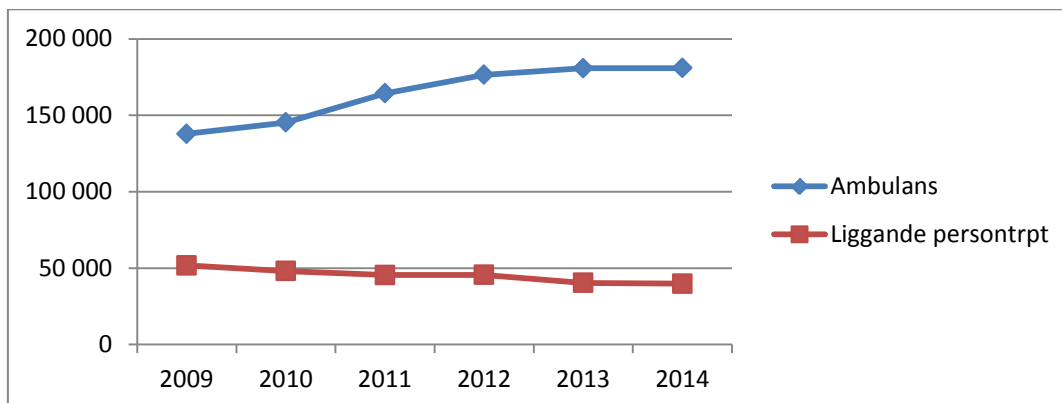
Ambulanssjukvårdens uppdrag omfattade år 2014 cirka 185 000 uppdrag fördelat på 75 enheter. Det är sammantaget 73 ambulanser, varav 1 intensivvårdsambulans och 1 utomlänsambulans, samt 1 helikopter och 1 akutläkarbil.

Utökning av antalet resurser har skett flera gånger under perioden. Ambulansuppdragen avser journalförda patienter samt antal uppdrag där ambulans kommit fram på plats.

Liggande persontransporter utförde cirka 39 800 uppdrag under 2014.

Jämförelse av antal uppdrag per tjänst under 2009–2014 på länsnivå visar en ökning av ambulansuppdrag med ca 30 procent. Antal uppdrag med liggande persontransport har under motsvarande tidsperiod minskat med ca 23 procent.

**Diagram 1: Utveckling av uppdragen**



**Kommentar:** Data hämtad ur ambulanssjukvårdens journalsystem, CAK net, 2009–2014

I dagsläget saknas en övergripande samlad uppföljning av patientens hela vårdkedja med fokus på kvalitet och patientsäkerhet avseende systemnytta och processtyrning. Det finns därför behov av djupare kapacitets- och behovsbedömningar inom den prehospitala verksamheten relaterat till FHS.

Utanför sjukhus arbetar även Stockholms läns landstings jourläkarbilstjänst, som bemannas med specialistläkare i allmänmedicin. Läkarnas uppdrag är bland annat att göra medicinska bedömningar och behandlingar på plats, t ex i patientens hem, i syfte att öka tryggheten för invånare som har extra svårt att ta sig till vårdinrättning.

Jourläkarbilstjänsten kan väljas istället för ambulans eller när ambulanspersonal behöver stöd på plats i patientens hem för att bedöma patienten eller för att styra patienten till rätt vårdnivå. År 2014 gjordes sammanlagt 1 812 uppdrag, merparten av dessa var primärvårdsuppdrag.

HSF:s nuvarande avtal för prehospital vård<sup>3</sup> och övriga avtalade verksamheter löper ut under 2016 och 2017.

- Prioritering och dirigerings-tjänsten 2016-10-31
- Helikopter 2016-10-31
- Akutläkarbilen 2016-10-31
- Jourläkarbilar 2017-06-01
- Vägturen ambulanssjukvård 2017-01-31
- Liggande persontransport 2017-03-03

<sup>3</sup> SLL Prehospital vård innefattar idag ambulans, helikopter, akutläkarbil, liggande persontransport samt jourläkarbilar och prioritering och dirigerings-tjänst.



## 3 Förstudiens uppdrag

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i budgeten för 2016 att ge HSF i uppdrag att utreda den framtida prehospitala organisationen. I uppdraget ingår att bland annat identifiera förutsättningar för styrning samt vilka tjänster och resurser som ska ingå. I den förstudie som nu genomförts redovisas förslag till verksamhetsidé, uppdrag och standarder för den framtida prehospitala vården.

Olika analyser, benchmarking och uppföljning av data ligger till grund för de bedömningar som gjorts<sup>4</sup>. Även synpunkter från intressenter vid hearing och från fackliga samverkanspartners har beaktats. Analyserna har, på övergripande nivå, identifierat förväntade huvudinriktningar och volymförändringar i den prehospitala vården, som konsekvenser av FHS genomförande. Tidsperspektivet i analysen är 2017–2025.

## 4 Nulägesanalys

Den prehospitala vården är den första delen i vårdkedjan. Verksamheten har utvecklats från att vara en transportorganisation till att vara en avancerad, integrerad del av vården<sup>5</sup>. Kärnan i det prehospitala uppdraget handlar om både vård och transport. Kompetens och utrustning inom den prehospitala vården har de senaste decennierna genomgått en snabb utveckling<sup>6</sup>. Denna utveckling kommer att fortsätta under de kommande åren.

### 4.1 Omvärldsanalys

Utveckling med större urbanisering medför ökade risker för spridning av virus och utbredning av pandemier. Med tätbefolkade städer, som står i ständig kontakt med varandra, blir sjukdomsutbrott svårare att kontrollera. Förekomsten av bioterrorism kan på sikt inte uteslutas.

Globaliseringen innebär att en ekonomisk, klimatologisk eller säkerhetspolitisk kris på andra sidan jorden mycket snabbare kan komma att påverka vår egen situation. Det är en mångfacetterad värld vi lever i, och det kommer bli än mer komplext att samarbeta och nå resultat i framtiden.

Nationellt och internationellt, exempelvis i Oslo och Köpenhamn, dimensioneras resurserna till ca 22 000–27 000 invånare per ambulans. För att kunna hantera den vardagliga verksamheten samt ha beredskap för allvarliga händelser bör också

---

<sup>4</sup> SIQs modell för kundorienterad verksamhetsutveckling, Svenska Institutet för kvalitetsutveckling (2005).

<sup>5</sup> Svensk ambulanssjukvård 2003, Socialstyrelsen (2004).

<sup>6</sup> Suserud et al. (2009).

dimensioneringen av den prehospitla vården i Stockholms län sannolikt ligga på denna nivå.

Responstiden för första ambulans på plats vid livshotande tillstånd varierar i jämförelse med andra länder. I jämförelse med London som har 8 minuter<sup>7</sup> som mål vid prio 1-larm är Stockholms responstid hög. För att förbättra tillgängligheten vid de svåraste tillstånden bör förbättringar göras avseende väntetidsmål och prioritering.

## 4.2 Några nyckeltal

Presentation av nyckeltal för den prehospitla verksamheten på länsnivå är viktig för att få en samlad bild av verksamheten vid uppföljning och jämförelse. Indikatorerna som presenteras i denna förstudie ger kunskap om produktivitet, kvalitet, tillgänglighet och effektivitet.

**Tabell 1: Nyckeltal ambulanser**

Genomsnitt Ambulans	Väntetid < 20 min % av prio 1	Median (min) 1a ambulans på plats	Uppdrag per 1000 invånare	Nyttjande grad %
SLL	86,1	13,7 <sup>8</sup>	100	59
VGR	82,0	14,8 <sup>9</sup>	102	48

**Kommentar:** I beredskapen (då ambulansen ej är på uppdrag) ingår bland annat tid för utbildning, skötsel av utrustning och fordon. Data hämtad från NYSAM nyckeltal 2014 och Qlickview.

I jämförelse med Västra Götalandsregionen (VGR) är tillgänglighet och nyttjandegrad något högre i SLL. Det finns dock geografiska skillnader som har betydelse i jämförelse mellan dessa områden. Mediantiden i riket för väntetid av ambulans är 14,7 minuter, övriga jämförelser för riket finns inte redovisade.

Responstiden varierar nationellt och internationellt. Sydney har exempelvis en mediantid på prio 1-larm på 10,78 minuter. Jämförelsen med Sydney visar att de delar in prio 1-larmen i två kategorier och har en responstid på 7,65 minuter för de mest akuta livshotande tillstånden, så kallade prio 1A.

Liggande persontransporter har som mål att 90 procent av uppdragen ska utföras i rätt tid. För förbeställda transporter innebär det att väntetiden som längst ska uppgå till 10 minuter. För direktbeställda transporter ska väntetiden inte vara längre än 2 timmar.

<sup>7</sup> Ambulance care in Europe (2015).

<sup>8</sup> Öppna jämförelser, SKL 2014.

<sup>9</sup> Ibid.

**Tabell 2: Nyckeltal liggande persontransporter SLL**

	Andel godkända transporter %	Uppdrag per 1000 invånare
Liggande persontransport	94,9	2

**Kommentar:** Nuvarande avtal mäter måluppfyllnad med andel godkända direktbeställda och förbeställda transporter utifrån upprättade väntetidsmål.

I tabellen nedan jämförs kostnader för respektive uppdrag. Beräkningen är gjord utifrån antal uppdrag och årsersättningen för respektive tjänst under 2014.

**Tabell 3: Nyckeltal jämförelse tjänst och kostnad per uppdrag SLL**

	Kostnad/Volym
Ambulans	2 900
Liggande persontransport	1 200

**Kommentar:** Kostnaderna för prioritering och dirigering är inräknade i denna jämförelse.

## 4.3 Patientperspektivet

En effektiv prehospital vård är en viktig förutsättning för invånarnas förtroende för samhället. Den prehospitala vården regleras av lagar och författningar i likhet med annan sjukvård och ska tillgodose patientens medicinska och omvårdningsmässiga behov<sup>10</sup>.

### 4.3.1 Befolkningsutveckling och demografi

Stockholms län utvecklas intensivt och är en av Europas kraftigast växande regioner. Befolkningen i Stockholm förväntas uppgå till 2,5 miljoner invånare 2025, vilket i snitt innebär en ökning med ca 40 000 personer per år. Prognosen visar även att antalet äldre än 65 år ökar med ca 30 procent till 2025. Den mest värdtunga gruppen, 80 år och äldre, kommer att öka som mest efter 2020. Den största patientgruppen som vårdas i vägburen ambulanssjukvård är kvinnor över 85 år. Hälften av det totala antalet patienter är personer som är äldre än 65 år.

En åldrande befolkning, innebär ökad vårdkonsumtion då antalet kroniska sjukdomar, såsom hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes, förväntas öka. Det finns många faktorer som påverkar individens beslut att söka vård. Invånarnas uppfattning om hälsa, socialt stöd, socioekonomiska bakgrund och tidigare erfarenheter av vården behöver beaktas inför beslut om framtida prehospitalt uppdrag<sup>11</sup>.

För att veta hur tillgängligheten av prehospitala resurser ska tillgodoses i framtiden är det av betydelse att känna till behovet av dem. Patienterna har olika behov och angelägenhetsgrad av prehospital vård. För att kunna möta framtida behov måste såväl beslutsstöd som uppföljningssystem utvecklas.

<sup>10</sup> SOSFS 2009:10 Föreskrifter Ambulanssjukvård m.m.

<sup>11</sup> Socialstyrelsens rapport, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015.

Den prehospitla vården ska kunna möta olika patienter och tillstånd i varierande miljöer, allt från förlossningar och nyfödda barn till multisjuka äldre samt akuta livräddande uppdrag. Även transporter mellan vårdinrättningar kan vara av olika karaktär. Dels avancerade uppdrag, såsom intensivvårds- och kuvöstransporter, dels mindre vårdkrävande transporter med olika angelägenhetsgrad. Dessa mycket skilda uppdrag kräver olika nivåer av kompetens, utrustning och transportsätt.

Den prehospitla vården är således mångfacetterad och karaktären på uppdragen varierar kraftigt. I dag finns det inget reellt alternativ till ambulans, förutom liggande persontransport, som inte bedriver vård. Mot bakgrund av uppdragens varierande komplexitet, behöver en alternativ permanent sjuktransportorganisation skapas och samordnas.

Vad som är resurseffektivt inom den prehospitla vården behöver klargöras i högre grad, både vad gäller produktivitet och effektivitet. Flera aspekter måste beläggas, bland annat patientsäkerhet, god och jämlik<sup>12</sup> vård, evidens, beredskapsnivå och arbetsmiljö. Det måste utredas hur tillgänglighet och akut beredskap påverkas om den prehospitla vårdens resurser används i vårdkedjor allt längre in i sjukhusen.

Rekommendation om fortsatt egenvård eller hänvisning till annan vårdnivå skulle kunna ske med högre grad av patientsäkerhet med stöd från en bättre utvecklad prehospital läkarorganisation och uppbyggda vårdkedjor.

Den tidigare utredningen om ambulanssjukvården i SLL mellan 1991 och 1993 resulterade i att verksamheten konkurrerades ut med förhoppning om högre kvalitet och effektivitet. En svaghet med dagens verksamhet är att den inte på ett tydligt sätt svarat upp mot förväntad långsiktig utveckling, utbildning och kvalitetsförbättring. Nuvarande organisation är inte effektivitets- och kvalitetsdrivande i önskad utsträckning och den prehospitla vården kan förbättras, såsom tidigare undersökningar även påvisat<sup>13</sup>.

## 4.4 Processperspektivet

FHS indikerar att vårdkedjor är av största vikt, och att det handlar om att utifrån patientens perspektiv, identifiera och utforma vårdkedjor som kan svara upp mot både patientens och sjukvårdens behov.

Dagens organisationsstruktur är fragmentiserad och inte tillräckligt effektiv. Ett exempel på detta är brist på standardiserat överlämnande mellan ambulans och akutmottagningar på de olika sjukhusen. Ett annat exempel är bristen på samstämmighet i utrustning samt hur påfyllning av material hanteras av de olika vårdgivarna. Det är nödvändigt att identifiera och ta bort aktiviteter som inte tillför verksamhet eller patienten ett mervärde.

Under 2014 lämnades ca 84 procent av totala antalet uppdrag på akutmottagningar. Övriga avlämningsställen där patienter lämnas är vårdcentraler, geriatriska

---

<sup>12</sup> Vårdanalys – en mer jämlik vård är möjlig.

<sup>13</sup> Ambulanssjukvårdens förändring i Stockholms Läns Landsting 1991–1993, Landstingsrevisorernas Prehospital vård – vårdkedjans första insats (2013).

avdelningar och närakuter. Andelen av dessa alternativa avlämningsadresser uppgår idag till ca 2 procent. I 14 procent av fallen saknas uppgift om avlämningsställe. Orsaker till att denna uppgift saknas kan bero på att patient inte har följt med ambulans, har vårdats på plats, eller brist på dokumentation.

**Tabell 4: Vanligaste avlämningsställe SLL**

Vanligaste avlämningsställe	Antal	Andel %
Akutsjukhus	151 311	84
Övriga avlämningsställen	2 615	2
Uppgift saknas	25 258	14

**Kommentar:** urval av data har hämtats från Årsrapport 2014 Prehospitla verksamheter i SLL.

Det är viktigt att identifiera att patienters behov tillgodoses med rätt val av resurs. Det behöver även identifieras hur flödet mellan ambulans och vårdavdelningar ska fungera. Även problem med färdigbehandlade patienter som väntar på transport måste hanteras. Det behöver inte bara utformas mål utan även tas fram planer för att kunna hantera denna typ av problematik redan nu. Det finns annars risk för att den prehospitla tillgängligheten och beredskapskapaciteten i SLL påverkas negativt.

Det skapas en rad olika projekt och förbättringsaktiviteter hos vårdgivarna, där en del utvärderas, andra inte. Bristen på styrning på övergripande nivå för dessa aktiviteter är tydlig, vilket har uppmärksammats vid såväl avtalsuppföljning som löpande utvärdering samt samverkansmöten.

Sjukvårdshuvudmannen har det yttersta ansvaret, oavsett driftform och den strategiska planeringen behöver utvecklas. Dels kopplat till om den prehospitla verksamheten är optimalt geografiskt organiserad, dels om den är rustad för att kunna ge patienten rätt vård i rätt tid med rätt resurs. Planering kräver dock mål att styra mot, vilket idag saknas liksom nationella och länsgemensamma standarder samt medicinska kvalitetsindikatorer.

## 4.5 Medarbetarperspektivet

Totalt finns det ca 600<sup>14</sup> tillsvidareanställda medarbetare hos de nuvarande vårdgivarna Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, Samariten Ambulans AB och Falck Ambulans AB. Det finns behov av en gemensam strategisk långsiktig personalförsörjnings- och kompetensutvecklingsplan.

Viktiga strategier för långsiktig kompetensförsörjning är:

- samordnade rekryteringsinsatser
- optimala bemanningsstrukturer
- teknik som ökar transparens och möjlighet till uppföljning
- lärande organisation med stark kunskapsstyrning
- tydliga karriärs- och utvecklingsmöjligheter.

---

<sup>14</sup> WIM-enkät 2014.

Det handlar dels om att, genom en effektiv rekryteringsprocess, attrahera rätt medarbetare, dels om att kunna skapa lång- och kortsiktig kompetensutveckling för att behålla rätt medarbetare i organisationen. Detta kan bland annat åstadkommas genom tydligare krav i avtal med ett visst antal utbildningsdagar per år men också genom sammanhållen utbildningsstrategi och utvecklad uppföljning.

Avtalsuppföljningen visar att följsamhet till grundläggande kompetenskrav i nuvarande avtal brustit vilket innebär behov av ökad detaljstyrning. Det har exempelvis varit svårt för verksamheterna att bemanna verksamheten under sommaren på grund av personalbrist. Den analys som genomförts visar att det ofta förekommit bristande kompetens på ledningsenheter under sommarperioden. Konsekvensen av detta är att avtalad och planerad ledningskapacitet inte upprätthålls. I kommande avtal behöver därför minsta antal gemensamma utbildningsdagar per år och medarbetare tydligt framgå. Dessa bör sedan registreras i ett gemensamt system för att skapa transparens och årligen följas upp av förvaltningen.

Idag råder hög personalomsättning<sup>15</sup> hos de vägburna ambulansvårdgivarna. Detta gäller främst omsättningen av specialistutbildade sjuksköterskor. För att undersöka vilka bakomliggande faktorer detta kan bero på behöver faktorer som arbetsinnehåll och kompetensstrategier djupare analyseras.

När det gäller individuell kompetensutveckling handlar det inte bara om att individens och organisationens mål samordnas, utan även om hur nya medarbetare introduceras. De behöver både rätt förutsättningar för att utföra sitt arbete och samtidigt få den kompetensutveckling de behöver för att kunna utveckla verksamheten. Rätt aktiviteter med gemensamma arbetsätt och rutiner samt möjlighet till karriärutveckling skapar både motivation och tillhörighet vilket i sin tur gynnar både patient och verksamhet.

Personalens engagemang är kopplat till de förutsättningar som ges. FRAPP, som är den prehospitla vårdens nya IT-plattform i SLL, kommer bättre kunna motsvara en del av dessa behov. Dock kvarstår problematiken med bristen på gemensamma standardiserade rutiner. Det behövs revidering och implementering av nya arbetsätt och rutiner för att ny teknik ska komma verksamheten till gagn. Uppföljningssystemen är i dag begränsande, men även lagstiftning försvårar insyn och journalgranskning, vilket gör det svårt att värdera kvaliteten på den upphandlade tjänsten.

## 4.6 Ekonomiperspektivet

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att vården utformas i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.

Den budgeterade kostnaden för vägburen ambulanssjukvård och liggande persontransporter uppgår 2016 till ca 542 mkr per år<sup>16</sup>. Förutom kostnader för enskilda processer och bristande logistik handlar den enskilt största kostnadspåverkan om vilka väntetidsmål som beslutas. Det vill säga, om väntetiden ska minska kommer fler

<sup>15</sup> WIM-enkät 2015, 9–29 procent personalomsättning specialistutbildade sjuksköterskor och 3–16 procent personalomsättning ambulanssjukvårdare.

<sup>16</sup> Beräkningen avser ambulans med specialistutbildad sjuksköterska exklusive IVA-ambulans och utomlänsambulans.

resurser att behövas, vilket ger ökade kostnader. Utifrån prognostiserat behov avseende demografisk utveckling kommer det att krävas ökade resurser.

Dagens fragmentiserade organisation gör att det finns utrymme för kostnadseffektivitet och utveckling<sup>17</sup>. Samverkan genom integrering av exempelvis prehospita läkarorganisation förväntas uppnå positiv effekt på ekonomin. En utveckling av den initiala prehospita bedömningen, tillsammans med ett utökat utbud av resurser, kan bidra till bättre nyttjande av prehospita resurser. Detta skulle ge en ökad service till invånare som med rätt stöd kan få sin vård tillgodosedd i hemmet och därmed färre transporter till akutmottagningar.

---

<sup>17</sup> C Ax, C Johansson, H Kullén, (2005), Den nya ekonomistyrningen.

# 5 Framtida inriktning och mål

Prehospital vård är en strategisk nyckelfunktion för hälso- och sjukvårdens vård- och transportbehov. Det finns därför behov för huvudmannen att ha en god insyn i verksamheten, för att kunna möjliggöra snabba förändringar och kunna möta nya krav och behov av omställningar. Det finns även behov av att kunna stödja utförandet av tjänsten, avseende hänvisning till rätt vårdnivå och tillgänglighet samt genom högre grad av kunskapsstyrning.

Införande av en mer flexibel organisation avseende kompetens och resurser skulle ge verksamheten bättre förutsättningar att klara sitt uppdrag och motsvara framtidens behov inom ekonomiska ramar, relaterat till osäkra faktorer i en föränderlig värld. Osäkerhetsfaktorer rör risker som pandemier, stora katastrofer och terrordåd, men även resursbehov och dimensionering. Logistiken att kunna hantera skilda uppdrag förbättras med en differentierad prehospital organisation.

Den prehospitala vården måste även fortsättningsvis vara dimensionerad och rustad för att klara det katastrofmedicinska uppdraget vid allvarliga händelser. Utvecklingen kring högspecialiserad vård behöver också beaktas<sup>18</sup>.

## 5.1 Vision och verksamhetsidé för den prehospitala vården

Visionen är att den prehospitala vården år 2025 formats till en transportmedicinsk organisation som utgörs av olika resurser för att möta patienten och vårdens behov av vård och transport på bästa sätt. Specialiseringen inom sjukvården har resulterat i ökat behov av en verksamhet med hög grad av logistik. Patienterna känner trygghet i att de får rätt vård, i rätt tid och att den prehospitala vården leder dem rätt i vårdkedjan. Visionen nås genom de övergripande målen och verksamhetsstrategin, vilket konkret realiseras i samband med framtagning av de olika förfrågningsunderlagen.

Stockholms läns landstings prehospitala vård ska bidra till invånarnas hälsa och trygghet i vardagen. Det är alla verksamheters och alla medarbetares ansvar, oavsett roll, uppgift och uppdrag att både se till den enskilda individens behov och till länsinvånarnas samlade behov.

---

<sup>18</sup> SOU 2015:98 Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa.



Den prehospitala vården i Stockholms läns landsting föreslås följande vision och verksamhetside:

### **Rätt vårdinsats i rätt tid med rätt resurs**

**Rätt vårdinsats** innebär att den prehospitala vården är organiserad för att möta olika patienters vårdbehov. Att insatserna utförs enligt länsgemensamma och nationella behandlingsriktlinjer och vårdprogram.

**Rätt tid** innebär att när vårdbehov uppstått ska patienten vara rätt prioriterad utifrån vårdbehov och nås av rätt resurs inom rätt tid.

**Rätt resurs** innebär att patienten efter bedömning ska kunna transporteras med bäst lämpade transportresurs eller hänvisas till den utifrån bedömt tillstånd mest lämpade vårdenhet, såsom 1177, primärvård, geriatrik och närakuter, eller genom att transporteras direkt till specialistsjukvård.

Förslag till länsgemensamma standarder i den prehospitala vården har utarbetats, se strategisk karta, sidan 18. Dessa standarder har sin grund i de gemensamma övergripande och strategiska mål enligt Socialstyrelsens nationella indikatorer för God vård.

## 5.2 Strategiska mål

HSF har ett stort ansvar för att förverkliga målbilden för Framtidens hälso- och sjukvård, att målen fokuserar på hög tillgänglighet, god kvalitet, delaktighet och hög effektivitet i vården. Målen kommer följas upp årligen och omprövas regelbundet.

Ett av målen är kvalitetssäkrad responstid för vägburen ambulans, prioritering och dirigering och gäller patientens totala väntetid vid prio 1-uppdrag, från skapat ärende vid prioritering och dirigering, till första ambulans är framme.

Ett annat mål handlar om att den genomsnittliga nyttjandegraden av vägburen ambulanssjukvård ska uppgå till som mest 60 procent för att säkerställa en god beredskap.

Redovisning av målen i den strategiska kartan kommer att göras för länet i helhet, men även väntetider inom respektive område kommer att monitoreras. Handläggningstider för prioritering och dirigering samt ambulanssjukvårdens framkörningstider studeras även var för sig.

Förutom nedanstående mål kommer antal uppdrag per prioritet att monitoreras. Produktionen kategoriseras per uppdragsprioritet och redovisas helår samt per månad. Geografiska skillnader med redovisning inom respektive område samt kommuner kommer även att följas och jämföras med nationell statistik.

## Strategiska mål för prehospital vård SLL

En ekonomi i balans				
Perspektiv	Vård i rätt tid	Säker vård	Hög effektivitet	Högt förtroende för vården
Mål	Patientens väntetid vid prio 1	Kvalitetsäkrad kompetens, andel av specialist-sjuksköterska		Beredskapsgrad/ nyttjandegrad
Målvärde	< 12 min, medianväntetid första ambulans på plats	> 80% Specialistsjuksköterska i ambulans		< 60% Genomsnittlig nyttjandegrad
Mål	Andel förbeställda uppdrag i rätt tid	Länsgemensamma riktlinjer och rutiner		Systematisk utvärdering av patientupplevelser
Målvärde	100%	100%		> 1 gång per år
Mål	Systematisk journalgranskning	Antal utbildningsdagar per medarbetare		God kris- och katastrofmedicinsk beredskap
Målvärde	> 1%	> 10 dagar per år		Jämlik och jämställd vård
Mål	Kvalitetssäkrad rätt vårdnivå	God informationssäkerhet ur ett helhetsperspektiv		Resurseffektivt miljöarbete
Målvärde/mål	> 90%	Standardisering		Vård efter etiska riktlinjer och uppförandekod
Strategi	Systemanalys och åtgärder ur ett helhetsperspektiv	Tydlig samordning och styrning		Samordnad strategi med länsövergripande processer
Attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare				
Stolta medarbetare		Systematisk kompetensplanering		Chef och ledare

De strategiska målen beskriver utgångspunkten för hela den prehospitala vårdens framtida uppdrag. Målområdena ger en samlad målbild och genom nedbrytning av områdena på alla nivåer beskrivs hur vision och verksamhetsidé ska nås. Det yttersta målet är att förverkliga målbilden för visionen om framtidens prehospitala vård till 2025.<sup>19</sup>

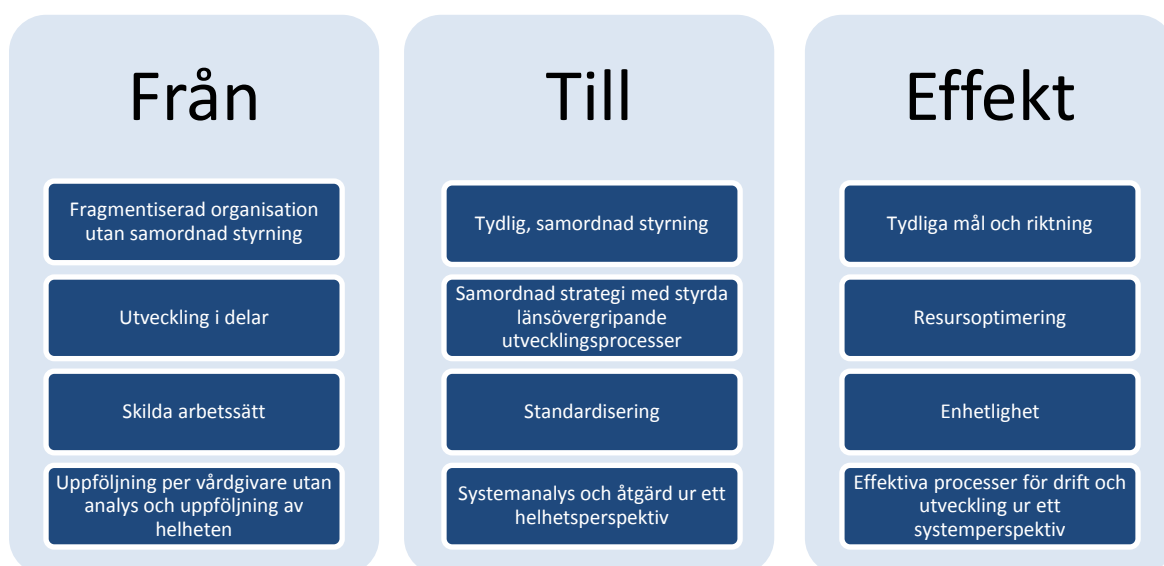
<sup>19</sup> Färgerna i den strategiska kartan beskriver mål och målvärde. Orange färg indikerar prioriterade områden att arbeta med och där det bör utvecklas dynamiska mål relaterat till årligt budgetarbete. Grön färg avser strategi för att nå målen.

## 5.3 Verksamhetsstrategi

En anpassning och samordning mellan de olika avtalsområdena är nödvändig för att stödja det framtida uppdraget. SLL:s inriktning är att verksamheten ska upphandlas och konkurrensutsättas, vilket kräver god insyn och kunskap om verksamheten.

Förstudien föreslår därför att nuvarande avtal för vägburen ambulanssjukvård förlängs upp till två år och att förfrågningsunderlag arbetas fram samt att direktavtal med Ambulanssjukvården i Storstockholm AB tecknas. Förstudiens slutsatser bör utgöra en grund för samtliga förfrågningsunderlag och avtal.

Den viktigaste slutsatsen i denna förstudie är att den prehospitala vården behöver styras utifrån ett länsövergripande och samordnat sätt. Verksamhetsstrategin för att nå önskat resultat sammanfattas enligt följande:



Ett stärkt och aktivt huvudmannansvar ger dessutom bättre förutsättningar för att möta sjukvårdens strukturella förändringar med ökat vård- och transportbehov och för övriga åtgärder inom ramen för Framtidsplanen för hälso- och sjukvård (FHS).

# 6 Den prehospitala vården i SLL 2017-2025

Landstinget svarar enligt hälso- och sjukvårdslagen (6 § HSL) för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet. Detta innebär att SLL ska se till att det finns ambulanser för akuta insatser, alternativa transportmedel för mindre vårdkrävande uppdrag samt planerade transporter.

År 2025 har den prehospitala vården formats till en transportmedicinsk organisation som består av olika kompetenser för att möta patienten och vårdens behov av vård och transport på bästa sätt. Specialiseringen inom sjukvården har också resulterat i ökat behov av en verksamhet med hög grad av logistik. Patienterna känner trygghet i att de får rätt vård, i rätt tid och att den prehospitala vården leder dem rätt i vårdkedjan.

Framtidens prehospitala mål nås genom att leverera, rätt vård i rätt tid med rätt resurs, vilket innebär att vi kan välja vilken typ av vård eller transport som ska utföra vilket uppdrag. Alla patienter behöver inte vård utan en del enbart transport med en lägre eller ingen vårdnivå alls.

Bedömningen är att, utifrån nuvarande utveckling, kommer det år 2025 vara ca 240 000 patienter årligen som behöver prehospital vård. Av dessa kommer merparten av uppdragen att vara av akut karaktär men med förändring av kompetens och ökat utbud i den prehospitala vården ges ökad möjlighet att anpassa utbudet efter behovet.

Förutom ovanstående utveckling kommer även ca 70 000 patienter årligen behöva interhospital vård och transport på grund av sjukvårdens strukturella förändring.

## 6.1 Differentierad prehospital vård

Den prehospitala vården i SLL bör differentieras med hänsyn till bland annat kraven på medicinska kunskaper. Liknande förändringar har gjorts såväl internationellt som nationellt. London har till exempel sedan 2004 arbetat med att erbjuda befolkningen en ökad service genom att ta sjukvården till patienten i hela samhället.

Det innebär att ökat behov av vård utanför sjukhus möts med anpassning av olika resurser med olika kompetens. Denna rekommendation av differentierad ambulanssjukvård innebär att verksamheten delas upp, där vissa resurser utför transporter och andra resurser ger mer kvalificerad akutsjukvård utanför sjukhus. Detta gäller såväl primära som sekundära uppdrag.

En mer differentierad verksamhet som optimerar nyttjandet av kompetens och resurser kan bättre möta kommande prehospitalt behov. För att Stockholms läns landsting ska kunna leverera en modern och patientsäker ambulanssjukvård krävs det att den är differentierad.

Inrättande av olika kategorier av resurser för att möta kommande prehospitalt behov kan utformas enligt nedanstående tabell.

**Tabell 6: Resurskategori**

	Kategori	Profession	Högsta nivå
<b>Typ A</b>	Prehospital läkare	Specialistläkare i anestesi/akutsjukvård	Erfaren specialist
<b>Typ B</b>	Prehospital läkare Intensivvård	Specialistläkare i anestesi/akutsjukvård	Erfaren specialist
<b>Typ C</b>	Prehospital läkare, jourläkare	Prehospital läkare, ST Läkare, specialistutbildad allmänläkare, akutsjukvård	Erfaren specialist, utbildningsresurs
<b>Typ D</b>	Ambulanssjukvård	Specialistutbildade sjuksköterskor	Specialist ambulanssjukvård
<b>Typ E</b>	Sjuktransport	Grundutbildade sjuksköterskor	Legitimerad sjuksköterska
<b>Typ F</b>	Sjukresa, sittande, liggande	Ej medicinskt utbildad personal	Gymnasieutbildning
<b>Typ G</b>	Specialistutbildade team	Specialistutbildade sjuksköterskor	Erfaren specialist
<b>Typ H</b>	Specialistutbildad helikopterpersonal	Specialistutbildade sjuksköterskor	Erfaren specialist

Kompetensen i ovanstående modell presenterar högsta nivå av profession. De olika resurserna bör bemannas tillsammans med ambulanssjukvårdare och utvecklas till välfungerande prehospitala team.

Uppdragen i verksamheten kategoriseras enligt prioriteringsgraderna 1–4 och utförs av rätt resurs med rätt kompetens. Typ A till D (se modell ovan) kan, med tydligt mandat, användas för att styra patienter till rätt vårdnivå. De patienter som bedöms som icke akuta kan därmed rekommenderas fortsatt egenvård, primärvård eller sjukhusvård.

Uppdragen som kräver specifika åtgärder kan hanteras av specialfunktioner medan transportuppdrag eller interhospitala transporter av olika prioriteringsgrad utförs av en differentierad sjuktransportorganisation. Den svårt sjuke patienten får specialistvård och assisteras av prehospitala läkare/akutläkare. Den icke akuta patienten kan få en kompletterande bedömning av akutläkare och beroende på tillstånd transport till rätt vårdnivå av typ E–F resurs (se modell ovan).

Förslaget om differentierad vård innebär att kompetens och resurser anpassas efter behov. Det införs en differentierad sjuktransportorganisation som kan hantera uppdrag av olika karaktär. Det införs specialfunktioner samt en förändrad prehospital läkarfunktion. De olika funktionerna beskrivs utförligare i kommande avsnitt.

### 6.1.1 Sjuktransportorganisation inrättas

Det bör inrättas en permanent sjuktransportorganisation med uppdrag som, utifrån standardiserade procedurer för optimal logistik, styrs av prioriterings- och dirigeringsstjänsten. Det finns inget reellt alternativ till ambulans i dag varför en permanent sjuktransportorganisation med fokus på transportbehovet bör etableras. Tidigare försök med inrättande av sjuktransportresurser har visat goda resultat.

Sjuktransporternas uppdrag kan vara separerat från ambulanssjukvårdens prehospitala uppdrag, men ändå ingå i en gemensam organisation för att uppnå hög grad av samverkan, såsom vid katastrofsituationer. Dessa fordon kan också användas som transportresurs för akuta uppdrag i händelse av katastrof eller annan större resursbrist. Detta innebär att någon beredskap inte behöver äventyras, tvärtom blir den förbättrad då totala antalet fordon ökar.

Genom att etablera en sjuktransportorganisation som komplement till den akuta verksamheten kan behov och efterfrågan bättre matchas mot varandra. Fordonen kan bemannas med en eller två personer där kompetensen anpassas utifrån patientens behov, vilket ibland kan handla om rena transportuppdrag och ibland om uppdrag där mer avancerad vård behöver ges. Transportresurserna, kan säkerställa effektiva överflyttningstransporter, exempelvis mellan särskilt boende och röntgenmottagning.

De uppdrag som ska utföras kan vara transporter av prioriteringsgrad 1–4. Definitionen av begreppet liggande persontransport i SLL bör därför ändras och benämnas sjuktransport, prio 4. I andra landsting eller regioner används begreppet sjuktransport och uppdragen kategoriseras som prio 4, vilket sammankopplas med Socialstyrelsens definition om prioriteringsgrad, SOSFS:2010. Syftet med att ändra benämningen är att skapa enhetlighet, dels för att kunna ge optimal samordning av transportsätt, dels för att ge ökad möjlighet till nationell jämförelse.

Inrättande av olika fordonstyper som kan ta flera patienter kan även effektivisera patientflödet. En buss skulle till exempel kunna transportera både liggande och sittande patienter. Besättningen kan bestå av en specialistsjuksköterska och två ambulanssjukvårdare varav en fungerar som förare. Det finns dock svårigheter med att inrätta en resurs som innebär medåkning eftersom det är många avlämningsställen i SLL. Detta kan medföra längre transporttider för vissa patienter. Denna form av resurs bör istället övervägas när det finns stort behov av att transportera flera patienter mellan några få inrättningar. Det bör även poängteras att denna form av resurs kräver att sjukvården utvecklar dynamisk ut- och inskrivning av patienter för att få ett så effektivt flöde som möjligt.

## 6.1.2 Specialfunktioner införs

Det bör finnas speciellt utbildade och specialtränade team. Det kan handla om specifika resurser vid t ex svårare trafikolyckor med losstagning, CBRNE-händelser<sup>20</sup> och sjukvårdsinsatser till sjöss eller på hög höjd. Med specialtränade team avses inte resurser som enbart arbetar med denna typ av arbetsuppgift utan personer som arbetar med ordinarie arbetsuppgifter inom prehospital vård och samtidigt är specialtränade för specifika uppdrag. Specifika ledningsfunktioner finns redan idag och kommer även att behövas i den framtida prehospitala vården, dock i mer utvecklad form.

## 6.1.3 En förändrad roll för den prehospitala läkarfunktionen

Rekommendation ges om att kombinera samtliga läkare i prioriterings- och dirigeringsfunktionen med akutläkaruppdraget och jourläkaruppdraget till en gemensam funktion. Den prehospitala läkaren kan, utöver det kliniska arbetet, även ge stödjande insatser till prehospital personal genom konsultationer via telefon eller på plats. Viktigt är att det är läkare som är väl förtrodda med det prehospitala uppdraget.

Förslagsvis etableras en läkarfunktion med en akutläkarbil dygnet runt som säkrar det akuta uppdraget i kombination med ansvar för vårdkrävande intensivvårdstransporter. En erfaren akutläkare tillförs verksamheten, vilket möjliggör en kompetensförstärkning för den initiala prehospitala bedömningen så att inte patienterna behöver åka in till sjukhus i lika stor utsträckning som idag.

Som ett komplement till denna resurs kan jourläkarbilarna, i kombination med primärvårdsuppdraget, säkra behovet av ökad kompetens i bedömningar av patienter som kan hänvisas till annan vårdnivå. Denna läkarfunktion blir därmed ett gott stöd till ambulanssjukvårdens personal, samtidigt som primärvårdsuppdraget säkerställs.

Ökad medverkan av läkare i verksamheten bidrar också till utveckling av den prehospitala personalens kompetens. Tillsammans med personalen kan läkarna utveckla evidensbaserade metoder. Läkarens roll handlar om kvalitetssäkring av den vård som utförs prehospitalt. De prehospitala läkarresurserna kan också vara en plattform för utbildning av ST-läkare.

Chefläkaren för den prehospitala vården har det övergripande ansvaret för utveckling av vårdkedjor och vårdprogram. För att säkerställa diagnostik och kvalitetssäkring bör standardiserade operativa manualer (SOP) utformas (liknande de manualer som utformas i Norge), vars innehåll är baserat på system för utbildning, certifiering, delegering, dokumentation och internkontroll av arbetet. Chefläkaren bör tillsammans med andra läkare ansvara för genomgång, uppföljning och kontroll. Feedbacksamtal mellan läkare och prehospital personal bör vara ett naturligt inslag i det vardagliga arbetet.

---

<sup>20</sup> CBRNE – innebär farliga ämnen och står för kemiska (C), biologiska (B), radiologiska (R), nukleära (N) och explosiva (E) ämnen.

## 6.2 Från novis till expertis

Kompetensutvecklingen i verksamheten bör ha sin utgångspunkt i begreppet ”från novis till expertis”. Detta innebär att medarbetares utveckling följer en standardiserad rutin för introduktion och kompetensutveckling som handlar om att växa med uppdraget.

Medarbetare får möjlighet att börja med prehospital sjuktransportverksamhet, för att allt eftersom kunskap och erfarenhet byggs på, kunna bemanna specialistenheterna. Det ger även en möjlighet för personer att minska tid i akut utryckningsverksamhet och arbeta under mer förutsägbara former, om så önskas. En tydlig kompetensprofil för respektive resurstyp bör tas fram vid upphandlingen.

Det bör läggas mer fokus på utbildning och övning. Inrättande av ett landstingsgemensamt kunskaps- och träningscenter är därför nödvändigt för att öka den prehospitala vårdens förmåga i både vardag och katastrofsituationer.

Patientsäkerhet och tillgänglighet är beroende av personalens kompetens och förmåga, och tonvikten bör läggas på att öva snabb och strukturerad patientundersökning, livsviktig behandling, stabilisering, individuell patientprioritering och transport till rätt vårdnivå för det omhändertagande som krävs i det enskilda fallet.

En särskild aspekt av krisberedskap och katastrofmedicin rör förmågan att hantera händelser med farliga ämnen. Socialstyrelsen noterar att en av de stora utmaningarna för landstingens förmåga att hantera sådana händelser ligger i att hålla jämn takt i utbildning av personalen, både på akutsjukhusen och inom ambulanssjukvården. Ett särskilt behov är utbildning och träning för omhändertagande av olika sjukdomar och skador, till exempel omhändertagande vid traumaskador eller exponering av farliga ämnen<sup>21</sup>.

## 6.3 Sammanhållen strategisk, taktisk och operativ förmåga

För att stärka och säkerställa den katastrofmedicinska beredskapen är det nödvändigt att börja strukturera och utveckla resurser och kompetens på ett annat sätt än vad som görs idag. Större utrymme behöver ges för planering, riskbedömningar, övningar och utbildning<sup>22</sup>. Samverkan med andra aktörer, såsom polis och räddningstjänst finns redan idag men kan utvecklas ytterligare, exempelvis genom etablerande av IVPA<sup>23</sup>.

Även samverkan med frivilligorganisationer och militära resurser bör utvecklas både när det gäller planering och genomförande av olika insatser. Detta i syfte att skapa en dynamisk verksamhet med god kapacitet att hantera det oförutsedda. En sammanhållen förmåga ökar graden av samarbete och kan leda till mer effektiv användning av resurserna, till exempel inom transporter, logistik, kommunikation och medicinskt stöd.

<sup>21</sup> Socialstyrelsens rapport om Traumavård vid allvarlig händelse i Sverige, (2015).

<sup>22</sup> SOU 2015:98 Träning ger färdighet. Koncentrera värden för patientens bästa.

<sup>23</sup> IVPA: I väntan på ambulans.



Detta skulle även kunna tillgodose stöd till specifika ledningsfunktioner för den händelsestyrda verksamheten. Det saknas idag en utvecklad befälsordning i det vardagliga arbetet. Specifika ledningsfunktioner skulle i högre grad kunna säkerställa resurskapacitet och kvalitet i utförda insatser.

Den samlade bedömningen utifrån denna förstudie är att Stockholms prehospitala vård behöver stärka huvudmannens ledningsorganisation. Ledningen bör samverka med andra aktörer som är involverade i den prehospitala verksamheten och ha bättre system för uppföljning av den prehospitala vårdens kvalitet.

Ambulanssjukvården bör hållas samman med prioriterings- och dirigerings-tjänsten, sjukvårdsupplysning, koordinator och sjuktransportverksamhet. För att kunna utföra olika typer av uppdrag bör det, utöver ambulanser, även finnas läkarbilar, fordon för intensivvårdstransporter och sjuktransportenheter. Det behöver även förutsättningslöst vidare utredas om ytterligare alternativa transportsätt behövs, exempelvis båt.

Det bör utvecklas en struktur med ett transportmedicinskt system som är beständigt och som, oberoende av väderlek, infrastruktur och trafiksituation, snabbt kan transportera värden till patienten och sedan patienten till rätt vårdnivå.

## 6.4 Prognostiserat resursbehov

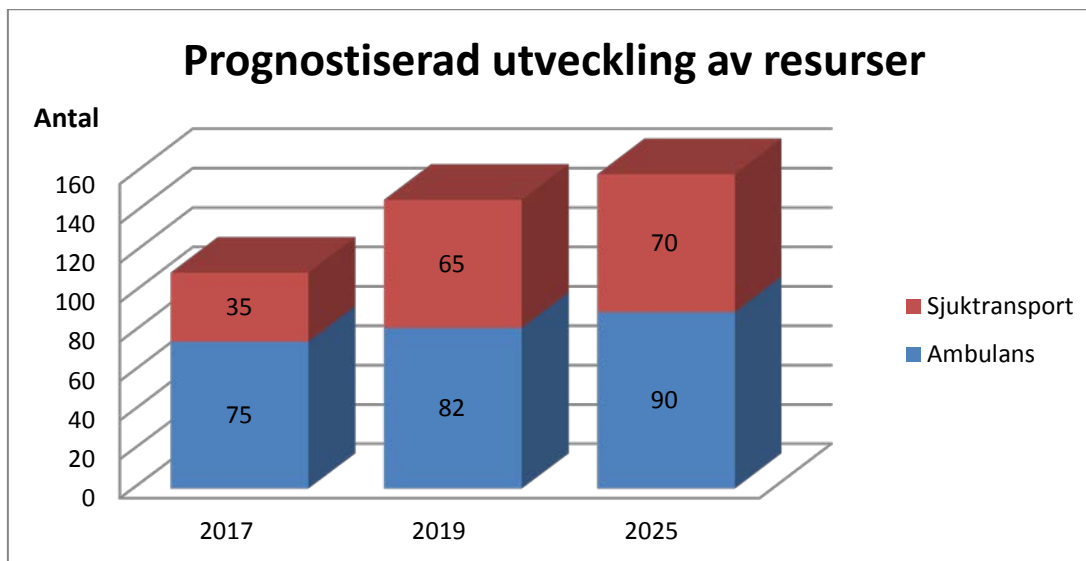
Idag är dimensioneringen i länet ca en ambulans per 29 000 invånare. Dagens ambulansstäthet är förhållandevis låg i jämförelse med andra större städer, och mot bakgrund av den prognostiserade befolkningsökningen kommer Stockholms län behöva utöka sin ambulansverksamhet med ca 18 procent. Detta motsvarar ytterligare 14 ambulanser till år 2025. Denna ökning innebär dock en fortsatt låg ambulansstäthet jämfört med övriga städer. För att förbättra tillgängligheten behöver ytterligare resurser sättas in.

Det finns en motsvarande beräknad ökning på 18 procent för transporter utan vårdbehov. Tillsammans med ökat behov av transporter till och från olika vårdinrättningar inom SLL kommer fler resurser att behövas<sup>24</sup>. För att kunna hantera denna volymökning, som motsvarar ca 36 000 uppdrag per år, krävs en transportorganisation som består av minst 70 transportresurser. Idag finns ca 30–35 enheter som utför liggande persontransporter.

---

<sup>24</sup> Prehospital styrning i framtidens omhändertagande, programkontoret, 2012.

**Diagram 2: Prognostiserad utveckling av prehospitala resurser SLL**



Mot bakgrund av ovanstående prognoser kommer totalt en ökning motsvarande ca 50–55 ambulanser och sjuktransportfordon att krävas fram till 2025. Sammanfattningsvis kommer resurserna behöva utökas i takt med rådande befolkningsökning, men genom att differentiera vård och transport skulle samtidigt kostnadsutvecklingen kunna begränsas. Även kunskap och kompetens kan användas på ett bättre sätt.

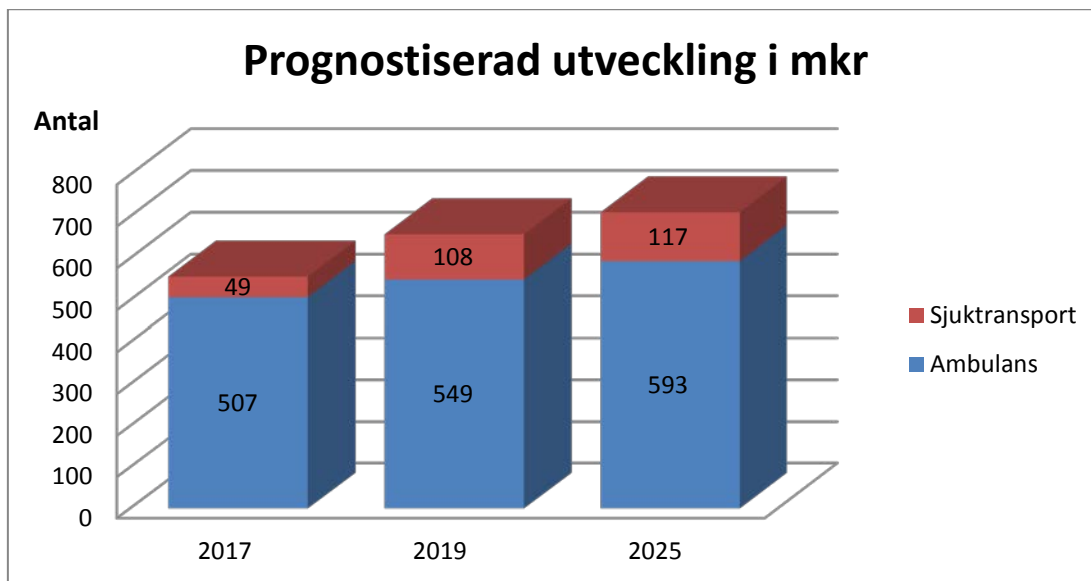
Landstinget behöver använda resurserna på ett optimalt sätt och även om det införs en differentierad organisation kommer det att vara nödvändigt att möta behovet med fler resurser. Det kommer att kunna genomföras effektiviseringar, i form av standardiserade arbetssätt, men detta kommer inte att vara tillräckligt.

Ambulansernas belastning uttrycks vanligen i nyttjandegrad, med vilken avses faktisk uppdragstid i förhållande till tjänstgöringstimmar. Det som ytterst bestämmer i hur hög grad en enskild ambulans kan belastas är den väntetid som anses rimlig för invånarna i ett område, vid akut behov av vård. Med väntetid<sup>25</sup> avses tiden från det att PoD besvarat samtalet tills ambulansen är framme hos patienten.

Hur mycket en enskild ambulans kan belastas måste alltså bedömas från fall till fall, med utgångspunkt från de väntetider som eftersträvas för aktuellt område. Det finns inget nationellt normtal för hur mycket en ambulans kan och bör belastas. En del av Sveriges landsting och regioner har gjort en allmän bedömning om att ett område där det enbart finns en ambulans sällan kan tillåtas ha en nyttjandegrad som överskrider 35–40 procent av den totala tiden.

<sup>25</sup> Bilaga 1 Definitioner nyckeltal.

**Diagram 3: Prognostiserad utveckling i mkr för prehospitala resurser SLL**



**Kommentar:** Beräkningen avser ambulans med specialistutbildad sjuksköterska exklusive IVA-ambulans och utomlänsambulans. Kostnadsutvecklingen följer inte ökningen av antal resurser linjärt eftersom kostnaderna påverkas av resursernas drifttider. Observera att beräkningen utgår från 2015 års prisnivå.

Denna prognostiserade beräkning innebär en kraftig ökning av nuvarande uppdrag och kräver ökade transportresurser av olika karaktär. Genom att differentiera uppdraget vård och transport kan dock kompetensen i verksamheten bättre tas tillvara på, samtidigt som kostnadsutvecklingen begränsas.

Invånarnas uppfattning om trygghet och säkerhet relateras till hur väl samhällsviktig verksamhet som polis, räddningstjänst och ambulans klarar att hantera olyckor, brott och samhällsstörningar.

En väl fungerande och samordnad prehospital vård är en förutsättning för ett kostnadseffektivt nyttjande av akutsjukvårdens och närsjukvårdens resurser.

Detta får särskild betydelse då akutsjukvården differentieras med ökat krav på styrning till såväl högspecialiserad vård<sup>26</sup> och traumacenter som närakuter och vårdcentraler<sup>27</sup>. Genom en bättre samordning, ledning och styrning bör ett effektivare gemensamt kompetens- och resursnyttjande också kunna uppnås inom den prehospitala vården.

<sup>26</sup> SOU 2015:98 Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa.

<sup>27</sup> Socialstyrelsens rapport om Traumavård vid allvarlig händelse i Sverige, (2015).

## 6.5 Tidplan upphandlingar

Den föreslagna tidplanen anger när respektive tjänst bör upphandlas, det vill säga från och med när nya avtal ska börja gälla. För att säkerställa helheten, kommer det att vara ett sammanhållet projekt som genomför upphandlingen av de olika tjänsterna.

**Tabell 7: Rekommenderad tidplan för ny avtalsstart**

Verksamhet	Tidplan ny avtalsstart, senast
Sjuktransport	1 november 2017
Akutläkarbil	1 februari 2018
Jourläkarbil	1 februari 2018
Vägburen ambulans	1 februari 2019

De utmaningar och utvecklingsbehov som den prehospitala vårdorganisationen står inför och som diskuteras i denna rapport, kräver att de enskilda tjänsternas roll och uppdrag ses över. Förändringar behöver också ske mot bakgrund av de strukturella förändringar som Framtidsplanen för hälso- och sjukvård (FHS) medför.

Utvecklingsläget innebär därför att nya kravspecifikationer noga behöver övervägas, dels utifrån det enskilda uppdraget för respektive tjänst, dels utifrån hur en ny prehospital organisation bäst ska kunna fungera ur ett systemperspektiv.

Hur underlagen utformas inför förnyad upphandling är således av strategisk betydelse. För att kunna ge rätt tid till detta, fordras en förlängning av nuvarande avtal. Till detta kommer den normala tidsåtgången som en upphandling tar i anspråk, i regel cirka 18 månader.

Förstudiens inriktningsförslag och rekommendationer kommer att ligga till grund för förfrågningsunderlagen.

Konkret innebär detta att nuvarande avtal behöver förlängas enligt följande:

- Liggande persontransporters avtal förlängs för att kunna samordnas med införande av sjuktransporter.
- Akutläkarbilens avtal förlängs för att kunna samordnas med kommande avtal med jourläkarbilar.
- Den vägburna ambulanssjukvårdens avtal förlängs för att kunna ge utrymme för att forma en organisation som bättre svarar upp mot kommande behov.

# 7 Slutsatser och rekommendationer

Prehospital vård avser bedömning, vård och transport av sjuka och skadade utanför sjukhus. Begreppet inkluderar såväl prehospitala som transportmedicinska aspekter som komplexa skadesituationer där utökad samverkan kan behövas.

Utgångspunkten i denna förstudie har varit att identifiera överensstämmelse mellan interna och externa faktorer i nuvarande och framtida organisation. Utredningen visar att dagens verksamhet har begränsad möjlighet att anpassa utbud efter behov. Att arbeta med vård och skapa trygghet kräver kontinuerliga och långsiktiga insatser, forskning och utveckling samt utbildning.

Den prehospitala verksamheten saknar idag den styrning, stabilitet och kontinuitet som behövs för att klara framtidens hälso- och sjukvård. Komplexiteten i uppdraget kräver medvetna strategier och förhållningssätt.

HSF gör bedömningen att det krävs långsiktig planering för att skapa förutsättningar för en prehospital vård med hög kvalitet. Nyckeln ligger i att sammanfoga alla delar till en helhet under ett längre tidsperspektiv.

Den strategiska planeringen har en viktig roll i framtida styrning och ledning av den prehospitala verksamheten. Framgångsfaktorer är kreativitet, professionalism och helhetssyn. Verksamheten måste rekrytera rätt personer, administrera effektivt och skapa rätt arbetsklimat för att verksamheten ska kunna fungera optimalt.

## 7.1 Rekommendationer

- att godkänna föreslagna läns gemensamma standarder och mål
- att inrätta en differentierad prehospital verksamhet med uppdrag att tillgodose patientens och sjukvårdens behov av vård och transporter
- att inrätta nya specialfunktioner, speciellt tränade för situationsanpassade behov och specifika patientgruppers behov
- att godkänna förslaget om förändrad prehospital läkarfunktion
- att inrätta en läns gemensam övergripande ledning för den prehospitala vården
- att HSF startar arbetet med en upphandling enligt föreslagen tidplan
- att utveckla förutsättningar för analys och uppföljning för att bättre kunna monitorera effekterna av kommande förändringar.

# Ordlista – begrepp och förkortningar

*Här redovisas begrepp och förkortningar som förekommer i förstudien*

Ambulans	transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade (källa: Socialstyrelsens termbank)
Ambulanssjukvård	hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans (källa: Socialstyrelsens termbank)
Avlämningsställe	här: mottagande vårdenhet för patient som erhållit ambulanstransport, liggande persontransport eller sjukresa
Behovsanalys	metod att bedöma behov inom ett specifikt område
Beslutsstöd	enhetliga begrepp och skalor för att bedöma en patients behov av insats
Differentiering	här: uppdelning av olika enheter med olika kompetenser i ambulanssjukvården
Dimensionering	här: proportionering/anpassa volym för vägburen ambulans
Dirigering	koordinering av prehospitla enheter
FHS	Framtidsplanen för hälso- och sjukvård
FRAPP	Framtida Prehospital Plattform IT
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HSF	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Huvudman	förvaltningsrättslig term för den statliga myndighet, kommunala förvaltning, eller annan likartad organisation som har ansvaret för viss verksamhet
Interhospital	mellan sjukvårdsinrättningar
Leverantör	här: vårdgivare som har avtal med SLL att leverera en tjänst
Liggande persontransport	liggande sjukresa för patient utan vårdbehov
Patientsäkerhet	skydd mot vårdskada
PoD	Prioritering och dirigering
Prehospital vård	vård som utförs mellan vårdbehovets uppkomst och ankomst till sjukvårdsinrättning. Här: samlingsbegrepp för avtalade tjänster inom ambulanssjukvård, prioritering- och dirigering samt liggande persontransport i SLL.

Prio 1, 2 och 3	prio 1-uppdrag där patient bedöms ha akuta livshotande symtom prio 2-uppdrag där patient bedöms ha akuta men inte livshotande symtom prio 3-uppdrag där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd (källa: Socialstyrelsens termbank)
Prioritering	här: bedömning av vårdanrop
Responstid	tiden från det att ambulansen larmats till dess att den är framme hos patienten
Riskanalys	systematisk identifiering och bedömning av risk
Sjukresa	resa från en persons folkbokföringsadress till vårdenhet och tvärtom
Sjuktransport	en transport där en patient i sluten vård förflyttas från en vårdgivande enhet till en annan
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SLL	Stockholms läns landsting
Specialistsjuksköterska	sjuksköterska med specialistutbildning
Styrning	här: långsiktig, övergripande styrning och påverkan på en verksamhet samt möjlighet till uppföljning
Vårdgivare	statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare)
Vårdkedja	alla de insatser som riktas mot en patient under ett sjukdomsförlopp
VGR	Västra Götaland regionen
Väntetid	tiden från det att PoD besvarat samtalet tills ambulansen är framme på plats.

# Bilaga 1, Definitioner av nyckeldata

## **Väntetid < 20 minuter**

Andel av prio 1-larm där ambulansen nått patienten inom 20 minuter från det att PoD besvarat samtalet tills ambulansen är framme på plats.

## **Mediantid 1:a ambulans på plats**

Detta mått används i SKL:s öppna jämförelser.

## **Uppdrag per 1000 invånare**

Antalet prio 1-prio 3-uppdrag under ett år per 1000 invånare.

## **Nyttjandegrad**

Faktisk uppdragstid i förhållande till tjänstgöringstimmar.

## **Kostnad per ambulansstimma**

Tjänstens totalkostnad dividerad med det totala antalet disponibla ambulansstimmar.

## **Ambulanskostnad per invånare och år**

Tjänstens totalkostnad för ambulanserna dividerad med antalet folkbokförda invånare.

## **Kostnad per liggande persontransport per uppdrag**

Tjänstens totalkostnad dividerad med det totala antalet uppdrag.

## **Liggande persontransport kostnad per invånare och år**

Tjänstens totala kostnad för liggande persontransport dividerad med antalet folkbokförda invånare.



# Litteraturförteckning

- Ambulanssjukvårdens förändring i Stockholms Läns Landsting 1991–1993.
- C Ax, C Johansson, H Kullvén, (2005), Den nya ekonomistyrningen, Liber AB, Malmö.
- Lindmark, A. & Önnevik, T. (2009) Human Resource Management – Organisationens hjärta. Lund: Studentlitteratur.
- Långtidsutredning om hälso- och sjukvården i Stockholm läns landsting 2008–2025.
- Prehospital styrning i framtidens omhändertagande, programkontoret, 2012.
- Rapport 09/2010 – Resor för sjuka – enbart transport eller en del av vårdkedjan? Landstingsrevisorerna.
- SIQs modell för kundorienterad verksamhetsutveckling, Svenska Institutet för kvalitetsutveckling (2005).
- Socialstyrelsens rapport, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).
- Socialstyrelsens rapport om Traumavård vid allvarlig händelse i Sverige (2015).
- SOSFS 2009:10 (M) Föreskrifter Ambulanssjukvård m.m. [http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10/Documents/2009\\_10.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10/Documents/2009_10.pdf).
- SOU 2015:98 Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa.
- Suserud, B-O. Svensson, L. (2009) Prehospital Akutsjukvård, Stockholm: Liber AB.
- Vårdanalys. Vårdval och vårdutnyttjande – Hur fördelas vården mellan olika socioekonomiska grupper vid vårdval i specialistvården? [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se).
- Svensk ambulanssjukvård 2003, Socialstyrelsen (2004).
- [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10238/2004-1-7\\_200417.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10238/2004-1-7_200417.pdf).
- Vårdanalys – en mer jämlik vård är möjlig. [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se).
- 2014 Prehospitala verksamheter i SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen SLL.
- Öppna jämförelser SKL, [www.skl.se](http://www.skl.se).