

Ambulanssjukvård

Riktlinjer för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård



Version 2.1

2018

Flisa

Föreningen för Ledningsansvariga Inom
Svensk Ambulanssjukvård

Innehållsförteckning

Förord.....	3
1. Inledning.....	4
2. Ambulanssjukvårdens utveckling.....	4
3. Regelverk för ambulanssjukvård.....	5
Hälso- och sjukvård	5
Alarmering.....	5
Trafik	5
Katastrofberedskap/räddningstjänst	6
Upphandling.....	6
Övrigt.....	6
4. Ansvar för alarmering.....	6
5. Ansvar för ambulanssjukvård.....	7
Lagrum	7
Organisation.....	7
6. Medicinskt ledningsansvar	8
Ambulansöverläkare/medicinskt ledningsansvarig läkare	8
Operativt läkarstöd åt ambulanssjukvården.....	9
7. Ambulansuppdrag	9
Ambulansuppdrag.....	9
Primärt ambulansuppdrag	9
Sekundärt ambulansuppdrag.....	10
Passningsuppdrag	10
Ambulansuppdrag med patient	10
Prioriteringsgrupper.....	10
8. Ambulanssjukvårdens resurser	10
Ambulans	11
Andra prehospitala resurser	11
Operativt läkarstöd	11
9. Vård av patient.....	12
10. Medicinteknisk utrustning	13

11. Informationssystem och dokumentation.....	13
12. Kompetenskrav	14
Grundläggande kompetens.....	14
Introduktion	14
13. Kompetensutveckling.....	15
14. Forskning och utveckling.....	15
15. Arbetsmiljö.....	16
Trafiksäkerhet	16
Trafikmedicin.....	16
Hot och våld	16
Fysiska tester.....	17
Alkotester	17
16. Ledning på skadeplats.....	18
17. Förebyggande arbete	18
18. Avslutning.....	18

Omslagsbild: Vårdförbundet

Förord

Detta dokument är framtaget av Föreningen för ledningssansvariga inom svensk ambulanssjukvård, Flisa, efter synpunkter såväl från våra nätverk för ambulansläkare (Slas) och utbildningsansvariga (Nusa) som från enskilda medlemmar och regioner/landsting.

Syftet är att ge riktlinjer att kunna förhålla sig till vad gäller svensk ambulanssjukvård ur ett strikt ledningsperspektiv. Vi har avsiktligt avstått från områden som huvudsakligen berör arbetsrätt och beredskapsfrågor för att fokusera på ledningsperspektivet eftersom hanteringen av dessa områden varierar kraftigt hos respektive sjukvårdshuvudman.

I avsaknad av nationell statlig styrning av ambulanssjukvården, något som även framkommit i Riksrevisionens rapport (Statens insatser inom ambulansverksamheten, RiR 2012:20) och Alarmeringstjänstutredningen (SOU 2013:33). Flisa har en viktig roll att ta fram riktlinjer för att i samverkan med andra aktörer kunna bidra till en ökad nationell samordning och utveckling av svensk ambulanssjukvård.

Karlskrona 30 november 2016



Håkan Klementsson, MD, PhD
ordförande Flisa

Om Flisa

Föreningen för svensk ambulanssjukvård, Flisa, är en ideell organisation, fackligt och politiskt obunden, och består av verksamhetschefer, medicinskt ledningsansvariga och utbildningsansvariga från Sveriges samtliga sjukvårdsregioner/landsting. Flisa har, som enda organisation, den samlade kunskapen ur såväl nationella som regionala perspektiv om svensk ambulanssjukvård inbegripet även alarmeringssjukvård.

1. Inledning

I Sverige utförs varje år runt miljonen ambulansuppdrag med patient (2016). Patienter och närstående har krav på hög tillgänglighet liksom på ett kvalificerat och säkert omhändertagande. Detta medför stora utmaningar för ambulanssjukvården som måste hantera inte bara en svensk sjukvård i förändring utan även ta hänsyn till en allt äldre befolkning. Till detta tillkommer förändrade krav och förväntningar från en allt större del av befolkningen. Det märks i synnerhet från ungdomar och unga vuxna.

Ambulanssjukvårdens uppdrag är på många sätt unikt eftersom det omfattar bedömning och vård av akut sjuka och skadade patienter i alla åldrar och med alla typer av sjukdomstillstånd och skador. Ambulanssjukvården hanterar även prehospitala förlossningar.

God och säker vård är en viktig och nödvändig del av ambulanssjukvården och måste integreras i ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer och rutiner.

Vidare har ambulanssjukvården i sitt dagliga arbete viktiga gränssnitt mot (utan inbördes ordning) akutmottagningar, vårdavdelningar, primärvård, psykiatrisk vård, alarmerings-sjukvård, statlig och kommunal räddningstjänst, socialtjänst, kommunal vård och omsorg och polis.

2. Ambulanssjukvårdens utveckling

Det var under 60-talet som landstingen blev huvudmän för ambulans- och sjuktransporter. Landstingen tecknade då avtal med taxi, privata företag, räddningskårer m.fl. men införde även krav på viss grundläggande sjukvårdsutbildning. Begreppet "vård under transport" var därmed infört – även om vårdinnehållet inte på något sätt kan jämföras med det som utförs idag i ambulanssjukvården.

Sedan 2005 tillbaka bemannas ambulanser med minst en legitimerad sjuksköterska. Andelen sjuksköterskor med genomgången specialistutbildning är i stigande och svensk ambulanssjukvård är idag en kvalificerad hälso- och sjukvårdsorganisation.

Under senare år, i takt med att akutsjukhus försvunnit eller fått ändrade uppdrag, riskerar avstånden till närmaste akutmottagning bli allt längre. Därigenom ställs allt högre krav på ambulanssjukvården att tidigt i akutvårdskedjan kunna bedöma och påbörja behandling. Den tekniska utvecklingen har också möjliggjort att exempelvis kunna sända EKG till mottagande läkare vid misstanke om hjärtinfarkt. Vidare har ambulanssjukvården även kommit att utvecklas mot att redan på plats hos patienten bedöma inte bara vårdbehov utan även vilken vårdnivå som är lämpligast utifrån ett personcentrerat

synsätt. Under senare år har även flera landsting/regioner infört eller planerar att införa ett operativt läkarstöd/beslutsstöd med god kännedom om förutsättningarna för ambulanssjukvård.

Antalet samtal till våra larmcentraler har ökat påtagligt de senaste åren (2010-2016) utan att detta kan förklaras utifrån en motsvarande befolkningsökning eller ökad sjuklighet. Orsaken till detta är okänd men sannolikt spelar flera faktorer in. Även den demografiska utvecklingen med ett ökat antal äldre medför ett ökat behov av vård och omsorg (Socialdepartementet, LEV-projektet 2010). Det kommer troligen även att öka nyttjandet och kraven på ambulanssjukvården.

3. Regelverk för ambulanssjukvård

Ambulanssjukvårdens tillsynsmyndigheter är Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) samt Transportstyrelsen.

Här nedan presenteras de viktigaste lagar, förordningar mm som på ett eller annat sätt påverkar ambulanssjukvårdens verksamhet

Hälso- och sjukvård

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- Patientsäkerhetslagen (PSL)
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL)
- Personuppgiftslagen (PUL)
- Patientdatalagen (PDL)
- Ambulanssjukvård SOSFS 2009:10
- Läkemedel SOSFS 2000:1 (revision pågår)
- Delegering SOSFS 1997:14
- Kriterier för bestämmande av människans död SOSFS 2005:10
- Användning av medicintekniska produkter SOSFS 2008:1
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9
- Biobankslagen
- Medicintekniska produkter LVFS 2003:11
- Socialtjänstlagen
- Lag om psykiatrisk tvångsvård

Alarmering

- Lag om 112

Trafik

- Trafikförordningen
- Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bilar och släpvagnar som dras av bilar, TSFS 2016:22

Katastrofberedskap/räddningstjänst

- Krisberedskap och höjd beredskap SFS 2008:1003
- Katastrofmedicinsk beredskap SOSFS 2013:22
- Lag om skydd mot olyckor
- Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

Upphandling

- Lag om offentlig upphandling
- Europeisk standard för vägambulanser, luftburna ambulanser, bårar mm.

Övrigt

- Förvaltningslagen - ang. ansvar som offentliganställd
- Kommunallagen - ang. gränssnitt mot kommunal vård och omsorg
- Kommunallagen - ang. kommunalt självbestämmande
- Brottsbalken - ang. agerande vid nödsituation/nödvarnssituation
- Brottsbalken - ang. agerande vid uppdrag med av samhället omhändertagen
- Polislagen - ang. polismans ingripande vid omedelbar livsfara

4. Ansvar för alarmering

SOS Alarm AB ansvarar för nödnumret 112 på uppdrag av staten och besvarar samtliga nödsamtal i Sverige. Så fort ett 112-samtal (eller annat inkommande samtal) identifierats som ett sjukvårdsärende är det respektive sjukvårdshuvudmans ansvar. Detta ansvar innebär konkret att medicinskt bedöma ärendet, att prioritera utifrån ett beslutstöd, att besluta om vilka resurser som ska användas och att dirigera utlarmad resurs. Detta kan sjukvårdshuvudmannen göra i egen regi eller genom entreprenör.

Den vårdgivare som prioriterar och dirigerar ambulanser har vårdgivaransvaret intill dess att ambulanssjukvården etablerat direkt fysisk kontakt med patienten varvid vårdgivaransvaret övergår till ambulanssjukvården (i de fall sjukvårdshuvudmannen inte sköter utalarmeringen i egen regi).

Myndigheten för samhällskydd och beredskap (MSB) ansvarar för tillsynen av nödnumret 112. Däremot är tillsynsansvaret av överkopplingen av samtal från SOS Alarm AB till funktion för alarmering och dirigering av ambulans vid sjukvårdsärenden inte klarlagt.

Det är en utmaning för larmcentraler att bedöma allvarlighetsgrad och behovet av ambulanssjukvård till den hjälpsökande. För att öka precisionen gällande allvarlighetsgrad hos den vårdsökande pågår en utveckling av de olika beslutstöd och arbetsätt som idag används på larmcentraler. En hög träffsäkerhet avseende allvarlighetsgrad och vårdbehov i samband med dessa larmsamtal har sannolikt en stor påverkan på behovet av ambulanssjukvård.

Majoriteten av alla ambulansuppdrag larmas ut av SOS Alarm AB (2016). Som stöd för bedömning och prioritering vid utlarmning använder SOS Alarm AB ett eget akutmedicinskt index. Landstingen i Uppsala och Västmanland ansvarar själva för prioritering och dirigering via den egna Sjukvårdens larmcentral. Ett beslutstöd för utlarmning anpassat för sjuksköterskor har utvecklats av ambulansöverläkarna i dessa landsting.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, är tillsynsmyndighet för varje vårdgivare som dirigerar och prioriterar ambulanssjukvård.

Flisa anser:

- att det behövs nationell styrning så att gemensamma tekniska gränssnitt används vid all alarmering oberoende av aktör

5. Ansvar för ambulanssjukvård

Lagrum

Ambulanssjukvården är en del av Hälso- och sjukvården och lyder under samma regelverk som övrig sjukvård. Sjukvårdshuvudmannens ansvar för ambulanssjukvården framgår av 6§ i Hälso- och sjukvårdslagen:

”Landstinget svarar för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller läkare transportera personer vilkas tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.”

I Hälso- och sjukvårdslagen står också:

”Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.”

Det vill säga att sjukvårdshuvudmannen har ett ansvar för alla som vistas inom sitt område och som behöver akutsjukvård.

Organisation

Varje sjukvårdshuvudman ska enligt föreskrift (SOSFS 2009:10) upprätta en plan för ambulanssjukvården inom sitt geografiska område.

Av planen ska det framgå

- vilka mål som har fastställts
- vilka resurser som ska finnas
- hur ambulanssjukvården ska vara organiserad

Ur denna plan ska inte bara framgå krav på tillgänglighet utan målen ska även söka säkerställa en god hälso- och sjukvård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

På driftsnivå saknas i många fall tillgång till arbetsledning dygnet runt (till exempel för stöd vid resursbrist, behov av psykosocialt omhändertagande, högt medialt tryck och andra akuta situationer som inte regleras i lokal kris- och katastrofplan).

Vid större publika evenemang har sjukvårdshuvudmannen vidare ett ansvar för att värdera risker inför möjligheten av en allvarlig händelse och anpassa resurserna efter sådan riskbedömning (SOSFS 2013:22 Katastrofmedicinsk beredskap).

Riksrevisionens bedömning är att om Socialstyrelsen prövade om föreskriftsrätten kan användas för att precisera kraven på ambulansverksamheten så skulle föreskrifterna också påverka de avtal som tecknas mellan respektive landsting och ambulansentreprenör. Därmed skulle enskilda kunna få mer lika tillgång till ambulanssjukvård.

Flisa anser

- att Socialstyrelsen och IVO ska ha funktioner med kunskap inom ambulanssjukvård för att kunna utöva nationell styrning och tillsyn
- att ansvariga för verksamheten ska ta tillvara den samlade kompetens som finns i Flisa vad gäller ledningsfrågor som medicinska frågor (Slas) som utbildningsfrågor (Nusa)
- att den operative medarbetaren ska ha tillgång till arbetsledning dygnet runt
- att aktiv medverkan av ambulanssjukvården vid beredskapsplanering och genomförande vid publika evenemang är en förutsättning för att klara en adekvat beredskap

6. Medicinskt ledningsansvar

Verksamhetschefen har det medicinska ledningsansvaret. I de fall verksamhetschefen inte är läkare ska det medicinska ledningsansvaret tilldelas en läkare. Denne benämns vanligen ambulansöverläkare eller medicinskt ledningsansvarig läkare och bör vara specialistkompetent.

Ambulansöverläkare/medicinskt ledningsansvarig läkare

Ambulanssjukvård är idag ingen egen specialitet utan ambulansöverläkarna rekryteras vanligen från olika medicinska specialiteter som anestesi, intensivvård eller akutsjukvård. Det finns idag en stor variation hos sjukvårdshuvudmännen gällande ambulansöverläkarens tjänstgöringsgrad som kan variera mellan 10-100 %. Nationellt finns inga dokument som styr tjänstetrymmet för ambulansöverläkare utan detta avgörs av respektive sjukvårdshuvudman. Anställningsform och organisationstillhörighet för ambulansöverläkare varierar stort i landet. Vissa ambulansöverläkare har enbart sin anställning inom ambulanssjukvården. Andra ambulansöverläkare är anställda både inom

ambulanssjukvård och inom annan klinisk verksamhet. Det finns även ambulansöverläkare som är anställda i en annan verksamhet men med uppdrag att även ha medicinskt ledningsansvar för ambulanssjukvården.

För de medicinska riktlinjerna ansvarar respektive ambulansöverläkare inom sitt geografiska område. Ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer, framtagna av Slas, ser idag till stora delar lika ut ur ett nationellt perspektiv.

Ambulansöverläkarens ansvarsområden omfattar bl.a. medicinsk kvalitetssäkring, patientsäkerhetsarbete, utbildning och forskning och utveckling.

Operativt läkarstöd åt ambulanssjukvården

Flera sjukvårdshuvudmän använder sig av läkarstöd i den dagliga operativa verksamheten. Övergripande funktion för detta läkarstöd är att vara ett beslutsstöd till sjuksköterska i ambulans vid olika patientbedömningar, behandlingar och val av destination. Läkarstödet kan ske över telefon eller direkt med läkare som finns i olika typer av "läkarbilar". Arbetet med operativt läkarstöd på larmcentral har även påbörjats.

Flisa anser

- att det i varje landsting/region bör finnas ambulansöverläkare med 100 % tjänstgöringsgrad
- att ambulansöverläkaren ska ha organisationstillhörighet inom ambulanssjukvården
- att det ska finnas tillgång till operativt läkarstöd dygnet runt för medicinskt beslutstöd

7. Ambulansuppdrag

Med ambulansuppdrag avses uppdrag som genereras och dirigeras via en larmcentral.

Ambulansuppdragen har de senaste åren ökat (2010-2016). När det gäller primäruppdragen har andelen med prioritet 1 varit en betydande del av ökningen medan prioritet 3 har minskat. Även sekundäruppdragen har bidragit till ökningen.

Ambulansuppdrag

Uppdrag utfört med ambulans (dvs. med minst två personer varav en sjuksköterska). Här ingår även bedömd/behandlad på plats mm.

Primärt ambulansuppdrag

Uppdrag till sjukdoms- och skadepå plats eller händelse.

Sekundärt ambulansuppdrag

Uppdrag mellan vårdenheter, beställt av sjukvården och där avsändande läkare har det medicinska ansvaret.

Passningsuppdrag

Uppdrag för att upprätthålla beredskap.

Ambulansuppdrag med patient

Ambulansuppdrag som resulterar i att en patient är påträffad och dokumentation har skett i journal, dvs. att en etablerad vårdkontakt tagits.

Prioriteringsgrupper

Enligt Socialstyrelsen föreskrift SOSFS 2009:10 larmas ambulansuppdrag ut enligt:

- Prio 1- akut livshotande symtom eller olycksfall
- Prio 2- akut men inte livshotande symtom
- Prio 3- övriga uppdrag med vårdbehov eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd

Dessa prioriteringsgrupper kategoriserar den hjälpsökandes medicinska behov utifrån larmcentralens bedömning. Prioriteringsgrupperna är även relaterade till Trafikförordningen (11 kap.) Bestämmelser om undantag vid trafikövervakning, räddningstjänst m.m.) där man använder begreppen trängande (prio 1), brådskande (prio 2) och icke-brådskande (prio 3).

Flisa anser:

- att i första hand prioritet 1, men även prioritet 2 bör graderas i undernivåer för att bättre differentiera den medicinska angelägenhetsgraden.
- att ambulanssjukvården bör ha det medicinska ansvaret för alla patienter inom sin verksamhet d.v.s. även vid sekundäruppdrag.

8. Ambulanssjukvårdens resurser

Att göra beräkningar på nödvändiga resurser är komplext och ett stort antal variabler påverkar behoven som t ex geografiska förutsättningar, landsbygd/storstad, samt tillgång till övrig sjukvård i området. För att tillgodose behovet av snabbt tillgänglig hjälp vid t ex ett uppkommet hjärtstopp behöver insatser från allmänheten öka i väntan på att ambulans anländer. Vissa landsting har infört tjänster med så kallad SMS-livräddning, där lekmän kan vara behjälpliga med initial hjärt- lungräddning. Även samverkan med andra samhällsaktörer kan i vissa fall förkorta responstiderna vid exempelvis hjärtstopp.

Strukturförändringar inom sjukvården med alltmer centraliserad vård påverkar alltid ambulanssjukvårdens nyttjandegrad och därmed tillgänglighet. Inför förändringar bör

alltid risk- och konsekvensanalyser innefatta ambulanssjukvårdens eventuellt förändrade uppdrag. Exempel på förändringar är en ökad mängd bedömningsuppdrag samt centralisering av traumasjukvård liksom annan högspecialiserad sjukvård.

Ambulanssjukvård innefattar både olika kompetenser, funktioner, fordonstyper och uppdrag för de olika mobila enheterna.

Flisa anser

- att ambulanssjukvården redan initialt i strukturförändringsprocesser ska vara en naturlig part
- att definierade beräkningsmodeller för omfördelning av resurser till ambulanssjukvården ska finnas inom sjukvårdsorganisationen
- att tillgängligheten kontinuerligt ska mätas mot lokalt/regionalt uppsatta mål
- att indelning och benämningar enligt nedan används för ambulanser och andra prehospitala resurser:

Ambulans

Resurs för primär- och sekundäruppdrag där det finns behov av vård av patienten under transporten. Bemannas med vårdpersonal (varav minst en ska vara legitimerad) och minst en patient ska kunna transporteras liggande på bår. Ska uppfylla kraven enligt SOSFS 2009:10.

Vägambulans - Bemannas med två sjuksköterskor eller en sjuksköterska och en ambulanssjukvårdare/undersköterska. Vårdnivå motsvarande akutambulans typ B eller intensivvårdsambulans typ C enligt SS-EN 1789.

Ambulansbåt - Förutom besättning är enheten bemannad med sjuksköterska och vissa fall även läkare.

Ambulansflygplan - Förutom piloter är enheten bemannad med sjuksköterska och vissa fall även läkare. Vårdnivå motsvarande FWAA enligt SS-EN 13718.

Ambulanshelikopter - Förutom två piloter eller pilot/räddningsman (HEMS Crew) är enheten bemannad med läkare och/eller sjuksköterska. Vårdnivå motsvarande HEMS eller HICAM enligt SS-EN 13718.

Andra prehospitala resurser

Resurser avsedda för specifika ändamål. Används endast i vissa lands-ting/regioner och bemannas utifrån lokala rutiner.

Bedömningsenhet - Vanligtvis sjuksköterskebemannad personbil. Används främst för bedömning av patienter med oklart vårdbehov men kan även användas som "Single responder".

Akutläkarbil - Läkarbemannad personbil (kallas även läkarstödsenhet).

Sekundärtransport – Fordon vanligen bemannat med en sjuksköterska.

Liggande sjuktransport – Fordon vanligen bemannat med en eller två ambulanssjukvårdare/undersköterskor

Operativt läkarstöd

Läkarresurs för rådgivning, läkarstöd eller ordinationer till operativ personal inom ambulanssjukvården. Även benämnt regionalt läkarstöd.

9. Vård av patient

De flesta som vårdas i ambulanssjukvården är 65 år och äldre och enligt prognoser från Socialdepartementet och LEV projektet 2010 så kommer antalet personer som är 85 år och äldre att fördubblas mellan 2010 och 2050.

En stor del av alla patienter transporteras till akutmottagning. Sedan mer än ett decennium har det skett en utveckling kring bedömning av patienters vårdbehov och vårdnivå varför en ökande del av patienterna inom ambulanssjukvården kan hänvisas till en annan vårdnivå än ambulanssjukvård eller till alternativt transportsätt.

Varje sjukvårdshuvudman har även infört vårdkedjor för olika patientgrupper för att optimera vården med direkttransport till definitiv behandling.

Ambulanssjukvården kommer sannolikt att bli en alltmer viktig part i utvecklande av vårdprocesser som främjar både enskilda patienter och hela hälso- och sjukvårdssystemet inklusive primärkommunal vård.

Vårdkedjor som syftar till rätt vård direkt ger ofta stora fördelar för patienter och sjukvårdssystem. Bland patientgrupper som idag kan omfattas av så kallade snabbspår kan nämnas patienter med misstänkt höftfraktur, ST-höjningsinfarkt, stroke, geriatrisk patient med behov av slutenvård med flera grupper. Även rena uppdrag för ambulant bedömning utgör en ökande andel av ambulanssjukvårdens uppdrag.

Landsting och regioner använder generellt S-las nationella behandlingsriktlinjer och i vissa fall även bedömning av ambulanssjukvårdens patienter enligt PBT – Prehospitalt bedömt tillstånd. De flesta patienter bedöms också enligt triageverktyget/beslutsstödet RETTS®: Rapid Emergency Triage and Treatment System.

Flisa anser

- att all vård ska ske utifrån ett personcentrerat synsätt
- att all vård ska bedrivas utifrån aktuellt kunskapsläge och beprövad erfarenhet

10. Medicinteknisk utrustning

Krav på medicinteknisk utrustning samt vilken vård som ska kunna erbjudas inom ambulanssjukvården anges dels i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2009:10, dels i den europeiska ambulansstandarden SS-EN 1789. Vanligt är att landsting och regioner har upprättat egna förteckningar på vilken medicinteknisk utrustning som ska finnas. Förebyggande underhåll utförs normalt av landsting och regioners egna medicintekniska enheter.

Flisa anser

- att de krav som ställs i specifikationer ska vara funktionella och inte strukturella

11. Informationssystem och dokumentation

Ambulansjournalen utgör en tidig och viktig del patientens vårddokumentation. Utvecklingen går mot att medarbetarna vid vårdtillfället ska ha tillgång till relevanta journaldata med exempelvis uppgifter om patientens aktuella mediciner.

De flesta landsting och regioner har digitala ambulansjournaler där relevanta data från larmcentral automatiskt överförs. Digitala ambulansjournaler är vanligen integrerade med befolkningsregister och i vissa fall även olika kvalitetsregister som ambulanssjukvården bidrar till (ex. HLR-registret och Ambulansregistret). De digitala journalerna innebär även möjlighet för automatisk överföring av kliniska realtidsdata till mottagande enhet.

Sannolikt kommer den medicinsk-tekniska utvecklingen innebära ytterligare möjligheter att överföra patientinformation från ambulanssjukvården till mottagande vårdinrättning.

Flisa anser

- att Flisas standardiserade definitioner av data- och journaluppgifter ska användas
- att ambulanssjukvårdens IT-system med automatik ska kunna överföra information i ett enhetligt format till nationella databaser

12. Kompetenskrav

Grundläggande kompetens

Ambulanssjukvården ska organiseras som övrig sjukvård med de kompetenser som behövs för att bedriva och utveckla avancerad sjukvård. Det innebär att all operativ personal inom verksamheten ska ha en grundläggande vårdutbildning (undersköterske-, sjuksköterske- eller läkarutbildning) och därutöver formell utbildning inom ambulanssjukvård (ex. tidigare befattningsutbildning eller specialistutbildning mot ambulanssjukvård).

Verksamheten ställer stora krav på bred kunskap, kompetens och beslutsförmåga. Enligt föreskrifterna (SOSFS 2000:1; SOSFS 2009:10) ska det finnas minst en legitimerad sjukvårdspersonal i varje ambulans. Ett vanligt krav vid nyanställning är legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård. Den yrkesbeteckningen är skyddad enligt SFS 2001:39.

Utbildning till sådan specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård finns på ett flertal orter runt om i landet. Det saknas ur ett nationellt perspektiv en övergripande styrning av specialistsjuksköterskeutbildningen då ansvaret för dessa utbildningar ligger på regional nivå.

Möjlighet att gå yrkesutbildning för ambulanssjukvårdare har tillkommit senaste året och är under utveckling.

Introduktion

Liksom annan sjukvårdsverksamhet krävs en introduktionsutbildning innan aktiv tjänstgöring inom ambulanssjukvården påbörjas. Utbildningen ska vara av sådan kvalitet att den nyanställda kan utföra arbetsuppgifterna inom ambulanssjukvården.

Flisas utbildningsnätverk Nusa arbetar bl.a. med att standardisera introduktionsutbildning i landet.

Flisa anser

- att varje ambulans ska bemannas med minst en sjuksköterska med specialistutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård
- att läkare verksam inom ambulanssjukvården ska ha specialistkompetens och vara speciellt utbildade och tränade inom ambulanssjukvård
- att kompetenskraven ska vara definierade och möjligheter till kompetensutveckling ska finnas för samtliga yrkesgrupper
- att lämplig introduktionsperiod med hänsyn till olika förkunskapsnivåer är minst 4-6 veckor inräknat teoretiska och praktiska moment
- att en separat kompetensutvecklingsplan som sträcker sig över 1-3 år ska formuleras där den nyanställda får möjlighet att skaffa sig djupare kunskaper/behörigheter

13. Kompetensutveckling

För kompetensutveckling i vardagen krävs ett definierat program för kontinuerlig utbildnings- och kompetensunderhåll. Variationen i landet är stor när det gäller antal utbildningsdagar per år men många verksamheter har börjat ta fram långsiktiga kompetensförsörjningsplaner. Sådana planer kan även omfatta behov av handledare för olika nivåer av studenter.

Vanliga områden för kompetensutveckling/fortbildningsinsatser kan bl.a. vara undersökningsteknik inkl. bedömning, vård och behandling, dokumentation, medicinsk teknik och kommunikation samt trafik.

Flisa anser

- att minst fem arbetsdagar per år och medarbetare krävs för att tillgodose de krav som ställs

14. Forskning och utveckling

Liksom i varje annan sjukvårdsorganisation ska vård ges enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. För att möjliggöra detta krävs bl.a. att resurser finns och kan utnyttjas för inhämtande av vetenskapligt baserad kunskap/litteratur samt deltagande i nationella och internationella vetenskapliga möten och kongresser.

Inom ambulanssjukvården kan definierade modeller för att implementera ny kunskap höja vårdens kvalitet, t.ex. genom fortsatt kontinuerlig revision av behandlingsriktlinjer. Det är viktigt att införande av nya metoder/behandlingar även kan följas upp och där- efter fritt delges andra ambulansorganisationer.

Möjligheter att nationellt samla in säkra kvalitetsdata finns sedan tidigare inom områdena hjärtlungräddning, instabil angina, stroke, höftfrakturer och trauma. För att på ett sammanhållet sätt samla in kvalitetsdata för ambulanssjukvården bör sjukvårdshuvudmännens samarbete med olika kvalitetsregister (ex. Nationellt kvalitetsregister för ambulanssjukvården, HLR-registret) liksom olika nyckeltalsregister (ex. NYSAM och EMS-dataprojektet) utvecklas.

Det är viktigt att huvudmännen tillser att tillräckliga resurser i så fall avsätts för dessa typer av verksamheter.

Flisa anser

- att FoU ska vara en del av den dagliga verksamheten för att systematiskt kunna ta till vara nya rön
- att varje ambulansorganisation ska ha en organisation för FoU
- att ambulanssjukvården, liksom övrig sjukvård, ska ha kliniska lektorer
- att forskningsutbildning ska värderas vid tjänstetillsättning
- att de olika sjukvårdshuvudmännen aktivt ska arbeta för att de nationella behandlingsriktlinjerna revideras fortlöpande
- att ett nationellt kvalitetsregister för ambulanssjukvården är en nödvändighet för att kunna utvärdera behandlingsriktlinjerna gentemot olika resultatmål liksom för att medicinskt kunna utvärdera den egna verksamheten.
- att samtliga landsting/regioner ska ansluta sig till nationella kvalitetsregister

15. Arbetsmiljö

Trafiksäkerhet

Ambulanssjukvården är verksam i alla typer av väglag och trafikmiljöer, ofta i stressade situationer. Dessa faktorer utgör tillsammans med behovet av kommunikation under bilkörning att riskfaktorn får betecknas som hög.

Syftet med en trafiksäkerhetspolicy är att minimera riskerna för medarbetarna, patienter och medtrafikanter. En trafiksäkerhetspolicy ska definiera mål och intentioner både när det gäller arbetsgivarens och medarbetarens ansvar.

Ambulansfordonets förare har det övergripande ansvaret för fordon och trafiksäkerhet medan medicinskt ansvarig för patienten i fordonet avgör hur fordonets hastighet mm. ska anpassas utifrån patientens medicinska tillstånd.

Trafikmedicin

Förare av utryckningsfordon omfattas generellt inte av de högre medicinska krav som gäller för förare av bl.a. tung lastbil, buss och vanligen även taxi. En arbetsgivare kan däremot utifrån sin verksamhet fastställa andra grunder för medicinska krav.

Hot och våld

En grundläggande inställning inom ambulanssjukvården är att största hänsyn tas till egen säkerhet ("Safety on Scene"). Detta främst av följande skäl:

- Hotade eller skadade medarbetare kan inte hjälpa en svårt sjuk eller skadad människa, det vill säga kärnuppdraget äventyras
- Medarbetarna har ett berättigat krav på en trygg arbetsmiljö

Inom vissa landsting erbjuds grundläggande utbildning i hur man identifierar hotfulla situationer och hur man bemöter hot och våld. På de håll i landet där sådana utbildningar och övningar genomförts konsekvent har mindre arbetsmiljöproblem inrapporterats jämfört med övriga områden.

Fysiska tester

Det finns inget regelverk som anger att fysiska tester ska användas inom ambulanssjukvården och därför finns ingen nationell standard att följa. Det är ändå ett flertal sjukvårdshuvudmän som genomför både nyanställningstester och årliga fysiska tester eftersom arbetet omfattar förflyttning av patienter med eller utan bår i situationer av olika svårighetsgrader.

Syftet med de fysiska testerna är att medarbetarna ska upprätthålla en god fysik för att på bästa sätt kunna lösa sina arbetsuppgifter, förebygga skador i och till följd av arbetet samt stimuleras till fysisk aktivitet. Vid nyanställning syftar testerna till att undersöka om individen har de fysiska förutsättningar som krävs för att kunna arbeta inom ambulanssjukvården. Den vetenskapliga testmetod som f.n. finns är Aasa-testen - ett test av fysisk kapacitet specifikt utformat för ambulansyrket. I sex olika moment testas kondition, styrka och uthållighet.

Alkotester

Nykterhetskontroller förekommer hos flera arbetsgivare. Syftet är att objektivt säkerställa att medarbetarna är nyktra innan ett arbetspass påbörjas. Vanligast inom ambulanssjukvården är att alkoholåsterminaler installeras på arbetsplatsen i stället för alkoholås i fordonen. Införande av alkotester kräver rutiner för hantering i de fall alkotesten ger positivt utslag.

Flisa anser

- att vid arbete i vårdutrymmet under färd ska vårdaren vara bältad och sitta bredvid patienten "om det ej är ett hinder för säker vård"
- att de medicinska kraven för utryckningsförare ska lägst motsvara kraven för förare av tung lastbil, buss och taxi
- att ett förebyggande arbete och en översyn av sekretesslagarna skulle minska risken för hot- och våldssituationer
- att ett långsiktigt arbete mot hot och våld krävs för att förändra attityder i samhället
- att en skärpt lagstiftning krävs vid hot och våld mot medarbetarna
- att Aasa-testen är den testmetod som kan användas vid fysiska tester och att handlingsplaner upprättas för de som inte klarar kraven
- att utöver fysiska krav ska dokumenterad simkunnighet krävas

16. Ledning på skadeplats

Vid såväl vardagliga som större olyckor och skadehändelser där även andra samhällsaktörer är inblandade, ex. polis eller räddningstjänst, har ambulanssjukvårdens personal ett ledningsansvar för sjukvården på skadeplats.

Det nationella koncept som vanligen används är Prehospital sjukvårdsledning® där funktionen Sjukvårdsledare ansvarar för sjukvårdsledningen och samverkar med Polisinsatschef och Räddningsledare. I ledningsmodellen ingår även funktionen Medicinskt ansvarig som ansvarar för medicinska prioriteringar och åtgärder på skadeplatsen.

Det förekommer även andra ledningskoncept som används inom landsting och regioner.

17. Förebyggande arbete

Ambulanssjukvården kan genom upplysning och utifrån vetenskapliga metoder arbeta för att förebygga risk för skador och ohälsa. Genom att använda vedertagna metoder likt andra samhällsaktörer kan man möta allmänheten aktivt över hela landet. Preventionsarbetet bör samordnas nationellt i enlighet med "lika vård för alla-principen".

Exempel på förebyggande åtgärder är besök i skolor, på arbetsplatser och hos olika sammanslutningar. Även i detta arbete är det betydelsefullt med en nationell samordning. Informationsspridning internt inom ambulanssjukvården måste förbättras så att nya vedertagna principer och forskningsrön snabbt får spridning och tillgänglighet för alla medarbetare.

18. Avslutning

Ambulanssjukvården förväntas att få ta ett fortsatt ökat ansvar i ett sammanhållet sjukvårdssystem där även samverkan med primärkommuner ingår. Ett ökat antal uppdrag med hänvisningar till annan vårdnivå än ambulanssjukvård eller till alternativt transportsätt kommer att vara en förutsättning för att även framgent kunna upprätthålla en för samhället rimlig tillgänglighet.

För att möta det ökande och mer kvalificerade uppdraget behöver sannolikt även ytterligare kompetenser som operativt verksamma läkare, sjuksköterskor och andra med olika typer av specialistfunktioner att tillföras verksamheten.

En viktig framgångsfaktor i detta arbete är att ambulanssjukvården alltid på ett tidigt stadium är med vid alla förändringar av sjukvårdens olika strukturer och processer.