

Ambulanssjukvård – den svenska modellen

av Peter Jonasson och Karl-Axel Wallman-C:son

Peter Jonasson är leg. sjuksköterska och redaktör för Nordisk Prehospital AkutMedicin (PAM). Karl-Axel Wallman-C:son är anestesiläkare och chefredaktör för samma tidskrift.



Under största delen av 1900-talet har ambulanssjukvårdens organisation präglats av att all personal skall vara jämställd i kunskaps- och kompetensnivå. Organisationsmodellen har en lång historisk bakgrund från den tid då kraven på personalen begränsades till styrka att bära bår, körskicklighet och fordonskännedom. De senaste 5 – 10 åren har stora förändringar skett i Sverige och det som tidigare normalt sett har varit en transportverksamhet, kan idag definieras som prehospital akutsjukvård (1).

Den prehospitala akutsjukvården i Sverige

Landstingen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstingen har också ansvar för att det finns en ändamålsenlig organisation för väg- och luftburna sjuktransporter (2). Sverige har ej någon specifik ambulanslagstiftning, men lagar som gäller för sjukvården generellt gäller även för ambulanssjukvården.

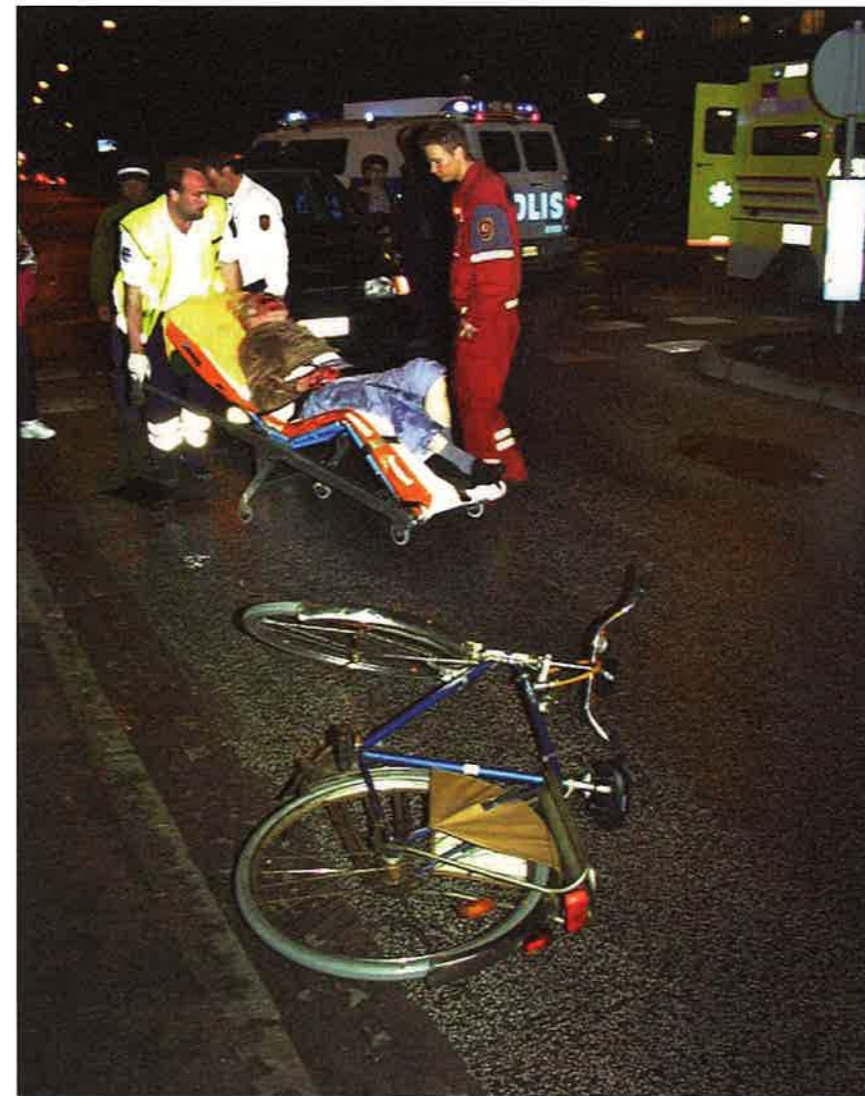
Ambulanssjukvården har under 1990-talet knutits allt närmare den övriga akutsjukvården – både verksamhetsmässigt och organisatoriskt – och benämns nu allt oftare som «prehospital akutsjukvård». S k «spjutspetsfunktioner», bemannade med specialläkare eller specialistsjuksköterska, både s k akutbilar och ambulanshelikoptrar har införts. Nivån på det akutmedicinska omhändertagandet har höjts och möjligheten att snabbt få korrekt hjälp vid akuta olycks- och sjukdomsfall har förbättrats (3).

Ambulanssjukvården är sjukvårdens förlängda arm och är således en del av den totala sjukvårdsorga-

nisationen. Vid en kartläggning, utförd av Socialstyrelsen 1997, framkom det att hos 17 av totalt 26 sjukvårdshuvudmän hade detta inneburit att delar av ambulanssjukvårdens personal var stationerad på sjukhus, medan fyra sjukvårdshuvudmän fortfarande hade hela sin personal stationerad hos den kommunala räddningstjänsten (4).

Ambulanspersonalens kompetensnivå

Snabba och kompetenta insatser vid akuta olycks- och sjukdomsfall kan vara skillnaden mellan liv och död. Kraven ökar även genom omstrukturering av sjukhusvården med nedläggning eller förändrad inriktning på mindre akutmottagningar. Sådana förändringar sker både till följd av ökade kompetens- och kvalitetskrav och som led i ekonomiska besparingar. Svensk ambulanssjukvård bemannas till stor del av ambulanssjukvårdare med varierande utbildningsbakgrund, allt från ambulanssjukvårdare med 7–20 veckors ambulansutbildning eller undersköterska med påbyggnadsutbildning i ambulanssjukvård till legitimerad



(Foto: Ambulansforum Sverige)

sjuksköterska med specialistutbildning i ambulanssjukvård (3).

Ambulanssjukvårdare har dels av tradition och dels av brist på formellt kompetent personal givits möjligheter att vid behov ge patienter vissa – av Socialstyrelsen utvalda – läkemedel. Sådan delegering har sedan 1993 tillåtits av Socialstyrelsen, samtidigt som myndigheten påpekat att detta förfarande måste användas med stor restriktivitet för att garantera en säker vård. Det får heller inte leda till att landstingen avstår från att anställa legitimerad personal eller vidareutbilda befintligt personal till legitimerad behörighet – där arten av arbetsuppgifter kräver att det skall vara sådan (1).

Ambulanssjukvård är hälso- och sjukvård och skall därför följa de lagar och författningar som gäller för denna. Läkemedelshandling i ambulanssjukvården utgör ett undantag till dessa, vilket fått till följd att många ambulansorganisationer i dag är uppbyggda med personal som saknar formell kompetens för de hälso- och sjukvårdsinsatser som görs. Socialstyrelsen beskriver att «Det är också tänkbart att vissa medicinska åtgärder inte blir vidtagna på grund av brist på adekvat sjukvårdskompetens» (3). Socialstyrelsen aviserade därför hösten 1997 att delegeringarna för icke legitimerad ambulanspersonal (ambulanssjukvårdare) kommer

att dras in och en ny föreskrift kommer att ersätta SOSFS 1995:8 (5).

Socialstyrelsen beskriver att det inte är möjligt att kräva av sjukvårdshuvudmännen att omedelbart anställa den mängd personal med formell kompetens som behövs. Socialstyrelsen har därför valt att ge landstingen en övergångsperiod på fem år för att kunna uppfylla detta krav. De ambulansorganisationer som därefter önskar fortsätta med avancerad hälso- och sjukvård måste alltså utnyttja dessa fem år till att höja den formella kompetensen hos dem som skall hantera läkemedel och göra andra kvalificerade bedömningar och åtgärder (3). Den nya föreskriften har nyligen varit ute på remiss och förväntas vid utgivningen av detta nummer av Akuttjournalen ha vunnit laga kraft.

Debatten om delegeringar inom ambulanssjukvården, startade egentligen redan långt tidigare. Hösten 1996 publicerades en C-uppsats om delegeringar inom ambulanssjukvården (1). Uppsatsen väckte ett stort massmedialt intresse, då författaren hävdade att delegeringsförfarandet till icke legitimerad personal var en «återvändsgränd» för ambulansutvecklingen. Debatten har sedan dess fortsatt i många olika medier – däribland i Ambulansforum. Tongångarna har bitvis varit hårda och onyanserade mellan ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterskor, och mellan deras fackförbund Kommunal (ambulanssjukvårdarna) och Vårdförbundet (sjuksköterskorna). Ambulansöverläkarna har påfallande ofta saknats i debatten.

Nu förefaller det som om alltför av ambulanssjukvårdens personal accepterar att samma kvalitetskrav skall gälla prehospitalt som hospitalt, dvs att krävande medicinska bedömningar och åtgärder skall utföras av legitimerad personal. Allt mer kraft bör istället läggas på att



(Foto: Ambulansforum Sverige)

utveckla ambulanssjukvårdarens roll i «ambulansteamet», dvs ambulanssjukvårdare och en ambulanssjuksköterska med olika och specialiserade uppgifter i teamet. Ambulanssjukvårdaren bör vara undersköterska med påbyggnadsutbildning i ambulanssjukvård 20 veckor på gymnasieskola och ambulanssjuksköterskan bör ha specialistutbildning i ambulanssjukvård 40 poäng (veckor) på vårdhögskola (6). I nuläget finns denna utbildning endast hos ett fåtal vårdhögskolor i Sverige.

I den första svenska doktorsavhandlingen om sjuksköterskans roll

i prehospital akutsjukvård, framkom att detta var en modell som attraherade de svenska ambulansöverläkarna. 88% av dem ansåg att ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterska var den adekvata nivån för arbete i ambulans och 10% ansåg att den nivån var för låg (7).

Hälso- och sjukvårdens specialisering

I Sverige har det skett en ökad centralisering av sjukvården i form av mer specialiserade enheter. Detta har lett till större svårigheter att få fullgod kompetens på alla akutsjukhus. En del akutsjukhus har

också lagts ner. Det ökar i sin tur betydelsen av att kunna föra ut hög medicinsk kompetens till den skadade/sjuka och snabbt föra denna direkt till enheter med för skadan/sjukdomen lämplig specialisering. Detta har fört med sig att «spjutspetsfunktioner» i form av akutbilar och ambulanshelikoptrar har skapats i en del landsting. Kompetensen på sjukvårdspersonalen varierar i dessa enheter. I en studie om akutbilar, framkom att samtliga akutbilar (i studien) bemannades av sjuksköterskor med specialistutbildning i anestesissjukvård (8).

Vad gäller ambulanshelikoptersjukvården bör särskilt Uppsala Akademiska Sjukhus (UAS) ambulanshelikopter uppmärksammas. Ambulanshelikoptern bemannas av ett begränsat antal anestesiläkare och anesthesi- eller intensivvårdssjuksköterskor. Verksamheten är speciellt inriktad på kvalificerade sekundärtransporter (intensivvård) mellan olika sjukhus och spänner över hela Norden. UAS har bedrivit flygande intensivvård sedan 1993. En verksamhet som hela tiden växer och som numera blivit klassad som riksspecialitet av Socialstyrelsen (9).



(Foto: Ambulansforum Sverige)

Ambulanshelikoptersjukvård

Ett flertal länder, till exempel Norge, Österrike, Tyskland och USA, har tidigt insett värdet av ett snabbt och kvalificerat prehospitalt omhändertagande. Ett väl fungerande system med ambulanshelikoptrar har därför byggts upp i dessa länder, och därigenom, kan ett större antal invånare erbjudas ett kvalificerat första omhändertagande. Frågan har under åren diskuterats bland annat inom den medicinska disciplinen och ett 30-tal (!) officiella utredningar om ambulanshelikoptersjukvården i Sverige har gjorts. Slutsatserna har i flera undersökningar varit samstämmiga och visat att en väl fungerande ambulanshelikoptersjukvård med kort anspänningstid kan vara avgörande för en patients utgång vid livshotande skada eller sjukdom. Handell & Dahl (10) föreslog därför, i en rapport till Vägverket, ett rikstäckande system med 16 ambulanshelikopterbaser (varav 12 nyetableringar) enligt NLA:s koncept, vilket innebär en enhetlig standard vad gäller rutiner, personal och utrustning.

Ambulanshelikoptersjukvården i Sverige är nyligen studerad i en rapport (11). I denna framkom att bruk av ambulanshelikopter som en integrerad del av den ordinarie ambulanssjukvården, var en relativt ny företeelse i Sverige (merparten startades i början av 1990-talet) och att ambulanshelikoptrarnas användningsområde varierade. Även bemanningen varierade. Några sjukvårdshuvudmän hade valt att bemanna ambulanshelikoptern med anestesiläkare och anesthesi- eller intensivvårdssjuksköterska, andra bemannade ambulanshelikoptern enbart med anestesissjuksköterska. I rapporten framkom det att sex sjukvårdshuvudmän bedrev ambulanshelikoptersjukvård med egen ambulanshelikopter i sin sjukvårdsorganisation. Det framkom också att Soci-

alstyrelsen nu har uppdraget att ännu en gång utreda de medicinska, organisatoriska och finansiella förutsättningarna för ett sammanhängande ambulanshelikoptersystem i Sverige. Denna sk «Helikopterambulansutredningen» skall vara klar den 30 april 1999.

Det framkommer i flera studier och rapporter, att enbart prehospital tjänstgöring inte ger tillräcklig träning i de avancerade bedömningar och behandlingsåtgärder som krävs för den lilla grupp som de svårast skadade och sjuka utgör. För att erhalla och bibehålla dessa kunskaper krävs tjänstgöring inom sådan akutmedicinsk verksamhet som dagligen handhar avancerade patofysiologiska tillstånd (12). Ibland annat Malmö och Uppsala sker detta genom rotationstjänstgöring mellan anestesiklinik och akutbil, respektive anesthesi- eller intensivvårdsklinik och ambulanshelikopter (12, 13).

Alarm och prioritering

Den prehospitala akutsjukvårdens främsta mål är att skapa optimala förutsättningar för att patienten skall kunna tillgodogöra sig nästa länk i vårdkedjan. Första länken i vårdkedjan är SOS Alarm, som är den hjälpsökandens första kontakt med akutsjukvården, och som tar hand om larmet och de kringliggande frågeställningarna. En förutsättning för korrekt utlarmning av ambulans, ambulanshelikopter och akutbil skall kunna ske är att det finns kompetenta mottagare av larmet. I och med ökade krav på ambulanssjukvården ställs också ökade kvalitetskrav på larmfunktio-



(Foto: Ambulansforum Sverige)

onen. Alarmeringsfunktionen bör därför samordnas med ambulanssjukvården så att samma höga kvalitetsnivå kan upprätthållas genom hela den prehospitala akutsjukvården (11). Sverige har valt ett system med ett begränsat antal larmcentraler med högkvalificerad teknik. Bemanningen har historiskt skett enligt räddningstjänstens krav, och kvalificerad, specialkompetent sjukvårdspersonal har börjat rekryteras på senare år. Larmoperatörerna har också fått tillgång till ett beslutsstödssystem enligt norsk modell, benämnt «Svenskt Index för Akutmedicinsk Larmmottagning» (14).

Forskning och utveckling (FoU)

Socialstyrelsen anser att forskningen inom den prehospitala akutsjukvården varit lågt prioriterad. Ambulanssjukvården måste som all annan medicinsk verksamhet grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen efterlyser därför forsknings- och utvecklingsprojekt inom den prehospitala verksamheten och hoppas att forskningen stimuleras och får ett större utrymme än tidigare (4).

Ambulansforum

Ambulansforum (<http://www.ambulansforum.se/>) är ett internetforum vars syfte är att bli ett branschnätverk för den totala prehospitala akutsjukvården i Skandinavien. Ambulansforum startades den 5 februari 1997, av leg. sjuksköterskan Kenneth Karlsson, och firade nyligen tvåårsjubileum. Forumet hade då besökts vid cirka 64.000 tillfällen! I Ambulansforum finns tidskriften Nordisk Prehospital AkutMedicin (PAM). Redaktionens målsättning är att tidningen skall ligga i frontlinjen för den prehospitala akutsjukvården. I tidningen kan man följa nyheterna inom ambulansutvecklingen. Här finns också möjlighet att få publicera debattinlägg, artiklar och forskningsrapporter. Genom PAM strävar redaktionen efter att ge den prehospitala akutmedicinen ett nätverk för kontakt, utveckling, information och utbildning av liknande slag som den traditionella medicinen har i form av nationella och internationella kontakter, kongresser och vetenskapliga tidskrifter. PAM:s målsättning för framtidens ambulanssjukvård är att:

- Den integreras med samhällets övriga akutsjukvård.
- Den bedrivs med patientens vårdbehov som ledstjärna, i en nära och positiv samverkan med räddningstjänsten, polisen, SOS Alarm och övriga aktörer som finns med i det prehospitala omhändertagandet.
- Den kompletteras med ett natio-

nell system med anestesiläkare i ambulanshelikoptrar.

- Den utvecklar ett nära samarbete med universitet, vårdhögskolor och leverantörer för att trygga en god kompetens och för forskning och utvecklingsprojekt.

Egentligen var redaktionens grundidé att endast göra en elektronisk tidning, men under utvecklingen upptäcktes att Internet ger så mycket mer. Tekniken är ganska ny och också mångas kunskaper om den, men redaktionen är övertygade om att detta är framtidens sätt att förmedla både kunskap och information. Här ju öppet dygnet runt, året runt! Målsättningen är att får redaktionen reda på en nyhet skall man förhoppningsvis kunna läsa om den några få minuter senare. Snabbt, enkelt, intressant, interaktivt och informativt är möjligheter med Internet som media.

Referenser

1. Karlsson K. Delegering prehospitalt – retrospektiv studie av delegering till icke legitimerad ambulanspersonal – ansvar, omfattning, metoder och uppföljning. Lund: Vårdhögskolan i Lund-Helsingborg, 1996.
2. SFS. Hälso- och sjukvårdslag. Svensk författningssamling 1982:763. Stockholm: Allmänna förlaget, 1982.
3. Stensnäs L, Rehnqvist N. Utbildningsnivån måste höjas inom ambulanssjukvården. Stockholm: Dagens Medicin, 1999;1–3.
4. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens meddelandeblad nr 8/98. Svensk ambulanssjukvård 1997. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.
5. Karlsson K. Rätten att icke legitimerad ambulanspersonal hanterar läkemedel tidsbegränsas. Socialstyrelsen vill ha bort delegeringarna inom 5

år. Nordisk Prehospital AkutMedicin, 1997.

6. SOSFS. Kompetensbeskrivning för sjuksköterska i ambulanssjukvård. Socialstyrelsens författningssamling 1997:18. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
7. Suserud B-O. The role of the nurse in Swedish prehospital emergency care. Gothenburg: The Department of Anaesthesiology and Intensive Care, The Institute of Surgical Sciences, Sahlgrenska University Hospital, 1998.
8. Jonasson P, Isacson H. Akutbilssjuksköterskans roll i prehospital akutsjukvård – kompetens, ansvar och kvalitetsutveckling. Skövde: Hälsohögskolan Väst, 1998.
9. Karlsson K. Uppsalahelikoptern – lyftet för svensk intensivvård. Nordisk Prehospital AkutMedicin, 1997.
10. Handell S, Dahl, L. Ambulanshelikopter verksamhet i Sverige. Rapport till Vägverket. Borlänge: Vägverket, 1996.
11. Jonasson P. Ambulanshelikoptersjukvården i Sverige 1998 – organisation, kompetens, ansvar och kvalitetsutveckling. Nordisk Prehospital AkutMedicin, 1999.
12. Svensson A, Wallman-C:son K-A, Jerntorp P. Akutbil – utvärdering av försöksverksamhet i Malmö. Malmö: Sjukvården Malmö, AkutCentrum, 1993.
13. Gedeberg R. Projekt rapport ambulanshelikopter 1993-10-16-1995-07-31. Uppsala: Anestesi kliniken, Akademiska sjukhuset, 1995.
14. Wallman-C:son K-A. INDEX – Nytt beslutsstödssystem förbättrar säkerhet och service vid ambulanslarm. Nordisk Prehospital AkutMedicin, 1997.

Akuttutvalget (NOU 98:9)

– noen kommentarer

av Per Chr. Juvkam

NOU 98:9 er en viktig milepæl i arbeidet for en styrket prehospital akuttmedisinsk kjede i Norge. Utredningen som helhet fastslår at slaget om folkehelsen står på en rekke arenaer – hvorav helsetjenester ved akutt sykdom og skade er en prioritert arena. Så får det heller være at det motsatte kommer til uttrykk i enkelte av kapitlene i utredningen (3.7.) Utvalget har gjort et omfattende og godt arbeid, men dessverre med altfor kort tidsfrist. Dette arbeidet skulle vært satt i gang for flere år siden!

Forfatteren er overlege ved Anestesiavdelingen, Sentralsjukehuset i Ålesund. Dessuten er han Leder av Den Norske Legeforening's Utvalg for prehospital akuttmedisin.



(NOU 1998:9)

Utredningen inneholder kontroversielle forslag om nye premisser for akutt sykehusstrukturen. En kan frykte at debatten nå vil fokusere ensidig på disse forslagene. De viktige prehospitalt aspektene kan drukne i en opphetet debatt om sykehusstrukturen (jfr. også «motmeldingen»). Sannsynligvis er det langt mindre uenighet om utredningens forslag og vurderinger an-

gående prehospitaltjenester. En iverksettning av anbefalingene for styrking av det prehospitalt apparatet er en viktig forutsetning for eventuelle endringer i sykehusenes funksjonsfordeling. Utformingen av og yteevne for tjenestene påvirker hverandre gjensidig. Og det prehospitalt må nødvendigvis komme først!

Utvalget burde vurdert nøyere tiltak for optimalisering av kjeden og har dessverre unnlatt å klart peke på pasienter, publikum og pårørende som det

viktige første ledd i den akuttmedisinske kjede. Det må stilles krav til helsetjenestens arbeid i forhold til publikums kunnskap og mestring i akuttmedisinske situasjoner. Akuttutvalgets skepsis til nytten av saklig og godt forberedt folkeopplysning er svakt begrunnet og åpenbart lite klokt. Utredningen bør følges opp med konkrete planer for opprusting av leddene publi-

