

Bilaga 13. Intressentdialoger med prioriterade nyckelinformanter och utvalda representanter för dessa

Intressentgrupperingar

1. Forskarsamhället och akademien
 - a) Centrum för interprofessionell samverkan och sambruk inom akutvård (CISA)
 - b) Chalmers, medicinteknik och telemedicin
 - c) Prehospen Borås
 - d) Prehospital ICT Arena (PICTA), Lindholmen Science Park
 - e) Umeå universitet, forskare inom prehospital vård vid
2. Ledningsansvariga i svensk ambulanssjukvård (FLISA) och Sveriges Ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan (SLAS)
3. Myndigheter
 - a) eHälsomyndigheten (*Dialog avseende möjligt utvecklingsförslag.*)
 - b) Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (*Redovisas framförallt i Patientsäkerhet med fokus på prehospital akutsjukvård, bilaga 7.*)
 - c) Läkemedelsverket
 - d) Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) (*Kartläggande dialog för förståelse av ansvar och roller.*)
 - e) Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
 - f) Polismyndigheten (*Redovisas framförallt i bilaga om Prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa, bilaga 15.*)
 - g) Sjöfartsverket
 - h) Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (*Dialog avseende möjligt utvecklingsförslag.*)
 - i) Trafikverket (*Kartläggande dialog för förståelse av trafiksäkerhet.*)
4. Patientföreträdare (*Redovisas framförallt i bilaga om Prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa, bilaga 15.*)
5. Patientnämnderna
6. Privat aktör (Almega, Samariten ambulans)
7. Professionsföreträdare och Fackförbund
 - a) Ambulansförbundet, ambulanssjukvårdare
 - b) Kommunalförbundet, ambulanssjukvårdare
 - c) Nätverket för utbildning av ambulanssjuksköterskor
 - d) Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (RAS)
 - e) Riksföreningen för anestesi och intensivvård (ANIVA)
 - f) Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård (MAS)
 - g) Specialistförening för akutläkare, prehospital sektion (SWESEM)

- h) Svensk förening för glesbygdsmedicin (SFGM)
- 8. Region Skåne; exempel från arbete med verksamhetsutveckling
- 9. Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) (*Redovisas framförallt i Patientsäkerhet med fokus på prehospita akutsjukvård, bilaga 7.*)
- 10. Räddningstjänst
 - a) Kommunal
 - b) Statlig, SOSUV (Samverkansområde skydd undsättning vård)
- 11. Sjukvårdens larmcentral (SvLC)
- 12. SOS Alarm
- 13. Socialstyrelsen (SoS)
 - a) Barnsamordnarnätverk
 - b) Etiska rådet
 - c) Nämnden för funktionshinderfrågor
 - d) Rådet för missbruks- och beroendefrågor (ANDTS)
 - e) Äldrerådet
 - f) Nationella minoriteter
 - g) Nationella vårdkompetensrådet genom dess kansli (*Anteckning under rubrik Utveckling på kort sikt*)
- 14. Standardiseringsverksamhet (SIS)
- 15. Svenska ambulansregistret (AmbuReg)
- 16. Svensk luftambulans (6 regioner)
- 17. Svenskt ambulansflyg (Kommunalförbund, 21 regioner)
- 18. Sveriges kommuner och regioner (SKR)
 - a) Ambulansnätverket
 - b) Civila samrådshelikoptergruppen
 - c) God och nära vård
 - d) I väntan på ambulans (IVPA) (*Kartläggande dialog för förståelse av området, finns beskrivet i rapporten samt i bilaga 6.*)
 - e) Nationellt programområde (NPO) Akut vård
 - f) NPO Barn och ungas hälsa
 - g) NPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation (Pivot)
 - h) NPO Psykisk hälsa (*Redovisas framförallt i Patientsäkerhet med fokus på prehospita akutsjukvård, bilaga 7.*)
 - i) NPO Äldres hälsa

Huvudsakliga frågor till intressenterna

1. Identifiera och beskriv kortfattat de tre främsta **utmaningarna (bristerna)** i dagens ambulanssjukvård.
2. Ange och beskriv kortfattat upp till fem konkreta områden för **utveckling och förbättring** av ambulanssjukvården utifrån ett nationellt perspektiv på **kort sikt** (mindre än 5 år).
3. Ange och beskriv kortfattat upp till fem konkreta områden för **utveckling och förbättring** av ambulanssjukvården utifrån ett nationellt perspektiv på **lång sikt** (5 år eller längre).

- Uppmaning att ha följande områden i fokus; organisation/ledning, resurser (ex fordon, utrustning), bemanning (ex personalresurs, kompetens), samverkan och patientsäkerhet.
- Några intressenter har aktivt uttalat att förslag på kort sikt i stor utsträckning är desamma som på lång sikt och några intressenter har enbart valt att ge förslag på kort sikt.
- Anpassat efter intressent har några samtal haft fokus av kartläggande karaktär och några med fokus på specifika sakområden/dimensioner. Denna typ av informationsmaterial återfinns även i rapporten.
- Intressentdialoger avseende Prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa redovisas i bilaga 15.

Brister och utmaningar

Intressent	Brister och utmaningar
Forskare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ett alltför dåligt utnyttjande av IT- och kommunikationsteknik inom flertalet områden; verksamhetsplanering, uppföljning, vårdinsats samt samordning mellan aktörer och organisationer involverade i prehospital/mobil sjukvård. Problemen gäller såväl den enskilda incidenten som stora incidenter med många individer inblandade. Tekniken finns sedan länge men brister i förmåga till systeminnovation, långsiktig vision och insikt, samt upphandlingar som ser till helhetsaspekter bromsar. 2. Brist på samsyn och styrning mellan regionerna, och förvaltningarna, för att driva på IT-användning regionalt och nationellt. 3. Brist på samsyn och styrning mellan regionerna, och förvaltningarna, för att driva på standardisering och interoperabilitet. 4. Tillskapa en nationell styrning för ambulanssjukvården. Idag finns FLISA, men det är en intresseorganisation som inte kan ställa krav på att saker skall göras, bara arbeta på frivillighetsbasis. 5. Avsaknad av nationell styrning vilket leder till ojämlig ambulanssjukvård. 6. Avsaknad av beskrivning av vad ambulanssjukvårdens uppdrag är. Detta leder till att olika regioner och organisationer själv formulerar uppdraget och arbetar väldigt olika. 7. Avsaknad av styrning gällande kompetens inom ambulanssjukvården. Detta leder till olika kompetens i olika delar i landet. Den enda riktlinjen som finns är att det ska finnas en legitimerad personal i varje ambulans. Det finns inga krav på specialistutbildningar eller tankar om vad nya typer av enheter som tex bedömningsenheter, ska ha för kompetens. 8. Det saknas en tydlig uppdragsbeskrivning för dagens och framtidens ambulanssjukvård. 9. Kravet på att endast en i besättningen ska ha sjuksköterskekompetens är för lågt. Socialstyrelsen bör ställa krav på högre kompetens (minst en specialistutbildad ambulanssjuksköterska i varje ambulans) 10. Det saknas nationell styrning angående innehållet i specialistutbildning inom ambulanssjukvård. Ska nationella kortare kurser kunna genomföras i utbildningen? (PHTLS, AMLS, Oländig terräng, CBRNE, Katastrofmedicin, Tung räddning?) 11. Antal uppdrag inom ambulanssjukvården ökar. De flesta upplevs vara av mindre akut karaktär. Dessvärre har inte mer resurser tillförts. 12. Se över den medicinska kompetensen hos SOS alarms personal. Över och underprioriteringar av larm upplevs öka.

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>13. Inget nationellt upphandlat journalsystem vilket försvårar journalgranskningar och statistiska jämförelser mellan regioner</p> <p>14. Digitalisering/videostöd behöver utvecklas och implementeras</p> <p>15. Singel-respons uppdrag. Vems ansvar, primärvård eller ambulanssjukvård?</p> <p>16. Brist på kompetent personal, påverkar både rekrytering och hållbarhet.</p> <p>17. En mycket stor utmaning inom dagens ambulanssjukvård är att det skadeförebyggande arbetet i samband med ambulanstransporter (ordinarie körning och utryckningskörning) utvecklas inom de tre områdena: trafiksäkerhet, arbetsmiljösäkerhet och patientsäkerhet. Ur ett helhetsperspektiv är det viktigt att arbeta parallellt med dessa tre säkerhetsområden. Att upprätthålla kvalitetssäkrade och säkra ambulanstransporter kan endast ske genom en fullgod och utvecklad ambulanssäkerhet. En god ambulanssäkerhet kommer alla till del: patienten, anhöriga, ambulanspersonal (sjuksköterskor, sjukvårdare och ambulansläkare) samt medtrafikanter i vägtrafiken.</p> <p>18. Den främsta utmaningen (bristen) är att det saknas en nationell förarutbildning för ambulanspersonalen. Jämfört med polismyndigheten (som har en nationell förarutbildning) saknas en helhetssyn på säker ambulanskörning och ambulanssäkerhet. I Sverige skulle det därför vara motiverat en nationell förarutbildning för ambulanspersonalen. Detta är inte enbart en fråga om utryckningskörning av ett utryckningsfordon utan i grunden ett synsätt hur ambulanssäkerhet och förebyggande arbete kan ske mot trafikskador som uppstår vid ambulansrelaterade kollisioner och krascher i vägtrafiken.</p> <p>19. När ett ambulansfordon är inblandat i en skadehändelse riskerar patienten att få olika trafikskador/vårdskador samtidigt som närstående och ambulanspersonal ombord även riskerar sådana skador. En annan utmaning är arbeta aktivt med att utveckla en nationell skaderegistrering av ambulansrelaterade skadehändelser, kollisioner och krascher i vägtrafiken. En sådan registrering och överblick saknas i dag. Vi vet med andra ord inte hur många patienter som drabbas av incidenter och skadehändelser under en ambulanstransport. Givet dessa förhållanden torde det vara mycket svårt att i framtiden utveckla ambulanssäkerheten och patientsäkerheten i samband med ambulanstransporter.</p>
FLISA/SLAS	<p>1. Tillgängligheten skiljer sig åt mellan olika regioner och även inom dessa. Skillnaden beror bland annat på geografiska förhållanden, demografi eller befolkningstäthet, men det finns också orsaker till tillgänglighetsskillnaderna som är mer påverkbara.</p> <p>2. Larmcentraler och ambulanssjukvården erfar att delar av den ökade vårdefterfrågan via 112 kan tillskrivas tillgänglighetsproblematik inom andra delar av hälso- och sjukvården. Att som vårdsökande veta vart man ska vända sig vid olika typer av medicinska tillstånd är komplext.</p> <p>3. För att göra vårdintervjuer samt hantera den ökade vårdefterfrågan via 112 ställs stora krav på kompetens hos larmcentralspersonalen. Detta både för att göra kvalificerade vårdbedömningar, säkra hänvisningar eller rådgivning, och för att välja lämplig respons för att tillgodose patienten behov. Det senare kompetensbehovet accentueras då utbudet av mobila resurser med olika kompetensprofil ständigt ökar.</p> <p>4. Då den prehospitaled sjukvården handlägger i stort sett alla typer av patientgrupper, ställs stora krav på fortbildning och kompetensutveckling.</p> <p>5. Förändringar av riktlinjer inom olika diagnosgrupper (NPO/RPO) påverkar många gånger ambulanssjukvården, ibland via undanträngningseffekt eller</p>

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>genom att det ställs nya krav på resurstillgång, kompetens, längre transportsträckor eller utrustning.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Patienter som kommer i kontakt med larmcentral eller ambulanssjukvård gör många gånger detta på grund av komplexa problem som ofta inkluderar behov av såväl hälso- och sjukvård som socialtjänstinsatser. 7. Ambulanssjukvården är den enda sjukvårdande verksamhet som särbehandlas vad gäller läkemedelshantering, 9 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37. "Iordningsställande och administrering eller överlämnande av läkemedel får delegeras inom hälso- och sjukvården med undantag för ambulanssjukvården". Detta undantag påverkar ambulanssjukvården och dess patienter, då situationer ofta uppstår då ambulanssjuksköterskan behöver administrera läkemedel samtidigt som andra kvalificerade vårduppgifter som luftvägshantering behöver utföras. 8. Att vara utryckningsförare (blåljus) borde av Transportstyrelsen jämföras med att vara yrkesförare och därmed läggas till som egen grupp med specifika medicinska krav likt, de som framför buss, tyngre fordon, taxi mm. Ambulanssjukvården är verksam i alla typer av väglag och trafikmiljöer. 9. Idag ser man både djurambulanser och privata evenemangsambulanser med samma färger som regionala ambulanser, och även med regionsloggor på, köra runt i Sverige. Förutom falsk varudeklaration så blir det problematiskt när de tex passerar olyckor utan att hjälpa till.
<p>Läkemedelsverket</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Från Läkemedelsverkets sida handlar det främst om hanteringsfrågor; användning, rekvisition och förvaring. 2. Ambulanssjukvård utgår inte alltid från sjukhus, men det finns en vårdgivare som ses som medicinskt ledningsansvarig och dit sker rekvisering av läkemedel till ambulanserna. Avlägsna vårdcentraler kan kanske behöva förse ambulans med läkemedel och det är en pragmatisk lösning. Behöver säkerställas att ambulans kan behöva fyllas på på olika ställen. Både när det gäller rekvisition och förvaring. Utmanande miljö att förvara och använda läkemedel i. Förvaring är viktigt för hållbarhet. Kompetens krävs för både hantering och förvaring, båda är viktiga områden 3. Läkemedelsverkets tillsynsansvar innebär inget specifikt för prehospital akutsjukvård utan det är; inspektion av apotek, partihandel, tillverkare och kliniska prövningar, även tillsyn vid ansökan om godkännande och biverkningssammanställningar från företagen. Felanvändning kan upptäckas och man kan införa begränsningar i användning. Biverkningsrapportering brister från ambulanssjukvården. Det kan bero på att det måste finnas en koppling till en medicinskt ansvarig. Läkemedelsverket tillsynar inte användning av läkemedel. 4. Idag finns möjlighet för kommunal räddningstjänst att på uppdrag av regioner utföra viss hälso- och sjukvård inklusive att ge begränsat antal läkemedel (syrgas och Naloxon). Det kan i vissa fall behövas andra typer av läkemedel, t.ex. smärtlindring. Det är regionen som tillhandhåller läkemedlen, utfärdar generella direktiv och personliga delegeringar samt ger behandlingsanvisningar och utbildar räddningstjänstpersonal. Förslag finns att bredda detta uppdrag till att omfatta även statlig räddningstjänst och sjöräddning. Behöver fundera över hur listan ska förvaltas och hur man säkerställer förvaring.

Intressent	Brister och utmaningar
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Icke-legitimerad personal får endast ge syrgas och Naloxon och här finns förslag om delegeringsförfarande (det förutsätter att någon är ansvarig och ställer krav på utbildning). 6. Regionala olikheter i behandlingstradition, organisation och ibland lokalt varierande läkemedelsrekommendationer kan medföra olikhet i vård. 7. Viktig med gränser (statlig, regional, kommunala aktörer, somatik vs psykiatri), men finns en risk att dela upp det då det blir det konkurrens. Bättre att höja kompetensen så att alla ärenden kan handläggas. Att balansera kompetens och säkerhet kräver ett nära och bra samarbete. Stärka kunskapsbasen (med stöd av mobila team, läkarkontakt i realtid) t ex läkemedelsval vid våldsamma situationer. 8. Kanske enklare om allt ansvar för läkemedel låg på en myndighet? 9. Dokumentation av läkemedelsbehandling är en patientsäkerhetsfråga och måste fungera i journalsystem oavsett plats. 10. Landet ser olika ut, så också behoven. Kan vara lång tid till sjukhus, demografi, avståndet påverkar benägenheten att söka vård. Det behövs ensade standarder som tar hänsyn till olikheter. 11. Allmänt sett har ambulanssjukvården utvecklats markant över de senaste årtiondena. Kvalitetsutveckling med snabba vårdförlopp har ägt rum vid tex hjärtinfarkt och stroke. 12. Ur ett läkemedelsverksperspektiv så är hanteringen av läkemedel, att de är effektiva i slutänden av vikt.
Sjöfartsverket	<p>Sjöfartsverket sysslar inte med sjuktransport och har sällan har med ambulanssjukvård att göra förutom när de lämnar över en räddad person till en väntande ambulans på land.</p> <p>Däremot finns det andra saker som vi gärna pushar för:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Det saknas ett enhetligt ansvar/tänk kring det statliga sjukvårdsansvaret utifrån internationella åtaganden. ”Vilken region ska utföra statens åtaganden?” 2. Man har glömt bort de statliga räddningstjänsternas behov av att kunna utföra viss limiterad sjukvård i de fall de egentligen ansvariga regionerna inte kan medfölja vid en räddningsaktion. 3. Regionerna saknar mandat att bedriva sjukvård utanför svenskt SAR-område vid t.ex. en svensk militärövning på internationellt vatten i det fall den SAR-ansvariga staten inte har begärt hjälp av Sverige. T.ex. svenskt fartyg sjunker på t.ex. ryskt SAR-område och besättningen önskar inte bli hämtad av annat land än Sverige.
Patientnämnderna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patientnämnderna har många klagomål på bemötande. 10 % av samtliga ärenden 2021 avsåg bemötande, när det gäller ambulanssjukvård uppgick andelen till 37 %. Således en tydlig skillnad. 2. Vi har en del ärenden där information från patienten som lämnats vid larmcentralen inte förmedlas vidare till ambulanssteamet, vilket ställer till problem. 3. Bristar i bemötande: Patienterna anser att de inte blivit lyssnade till eller blivit tagna på allvar. 4. Bristande bedömningar: Senare visade det sig vara sjukdom i behov av sjukhusvård av olika allvarlighetskaraktär. Anmälarna anser att i vissa fall har det gjorts en felaktig bedömning av prioritetnivå

Intressent	Brister och utmaningar
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Bedömning av relevant färdmedel: Patienten/närstående förstår inte varför de ska köra själva eller ta taxi när ambulansen är där. 6. Tillgänglighet i glesbygd: Upplevelser att patienter inte fått ambulanstransport ”i rätt tid”, då det är långa avstånd och begränsade resurser i glesbygd. De som bor i glesbygd har sämre förutsättningar för snabb hjälp vid akut sjukdom. Viktigt att säkerställa att det finns olika nivåer av ambulanstransporter där det finns geografiska utmaningar, för att säkerställa en Nära vård bland annat.
Privat aktör	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulanspersonalens kompetensutveckling för ökad patientsäkerhet. En hög andel av ambulanspersonalen i Sverige har ingen möjlighet att få återkoppling på sina bedömningar vilket är en viktig komponent i sin utveckling och är mycket viktigt för ökad patientsäkerhet. Även viktigt att förebygga orsaker till hög personalomsättning vilket dränerar verksamheten på viktig erfarenhet och kompetens. 2. Ökande hot/våld-situationer. Detta medför en stigande personalomsättning. Man har idag ingen möjlighet att få varning om farliga personer eller adresser trots att detta kan vara känt hos polismyndigheten. Utlöser återkommande incidenter. 3. Överutnyttjande av de prehospitalla resurserna. I hela kedjan från 112-samtalet till utlarmad ambulans förekommer mångringare/-åkare som slukar mycket resurser. En stor andel av dessa har egentligen inte behov av akutambulans utan har ofta en social, psykiatrisk eller missbruksproblematik som borde hanteras med andra resurser.
Fack Ambulansförbundet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Svaghet i ambulansberedskap där ambulanssjukvården är kraftigt underdimensionerad i förhållande till behoven (patientsäkerheten är ofta hotad p g a sena insatser). För få resurser leder till att flera kommuner i rad kan vara dränerade på ambulanser. Avsaknaden av redundans och överkapacitet medför skörhet i den prehospitalla kedjan. 2. Alldeles för få övningar och låga krav på kunskap och fysisk förmåga hos ambulanspersonal skapar en lång rad av patientsäkerhetsrisker likväl som arbetsmiljöproblem. Riskerna ökar genom det förbundet identifierat en chanstagande verksamhet, långt bort från verklighetens utmaningar. 3. Svag eller obefintlig följsamhet till lagar och regler. Läkemedelshanteringen som sker i handlingspraktiken står i strid med Socialstyrelsens föreskrifter. Föreskrifter om övningar e t c efterlevs inte, och det får inte heller några legala konsekvenser för sjukvårdshuvudmän eller vårdgivare som inte efterlever lagkrav och föreskrifter (exempel är ska-krav om övning och läkemedelshantering). Det är sedan många år välkänt att icke legitimerad personal, dagligen och regelbundet både iordningställer och administrerar läkemedel i flera regioner i riket. Vid en lång rad av olycksfall och allvarliga sjukdomsfall krävs fyra händer, så oavsett regelverket sker i den dagliga handlingspraktiken såväl iordningställande och administration av läkemedel av icke legitimerad personal.
Fack Kommunalförbundet	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Arbetsmiljön</u> Ett problemområde är schemat, som läggs så att det är svårt att få raster eller måltidsuppehåll. Man får inte alltid gehör från dirigeringen när man har rast eller måltidsuppehåll, utan får larm ändå och får avbryta rasten. Utrymme för måltidsuppehållet finns inte alltid. Det kan också handla om att man inte har nog med transporttid för att ta sig till station under arbetstid. Det saknas tid till att iordningställa ambulansen efter ett pass. Arbetspassen är långa.

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>Det finns krav på att ambulansen ska gå kontinuerligt så det saknas möjligheter till återhämtning och pauser. Transporter mellan sjukhus har ökat på grund av att man centraliserat flera specialistverksamheter (ett exempel från Skåne). Det går åt mycket ambulanstid att transportera mellan sjukhus.</p> <p>Det är arbetsgivaren som ansvarar för arbetsmiljön för personalen, men det är dirigeringen som gör det svårt för arbetsgivaren att ta sitt arbetsmiljöansvar när de dirigerar larm. Kraven på att klara insatstiderna vid prio 1 larm är ett stort stressmoment för ambulanspersonalen. Det ska förstås vara korta tider, men kravet på att man måste klara ett visst antal larm-% inom tid stressar personal om man inte klarar uppdraget. Detta handlar om upphandlingskrav: om man inte klarar insatstider så straffas utförare ekonomiskt.</p> <p>Underdimensionering av antal ambulanser per invånare ställer stora krav på de som jobbar i ambulanserna att alltid vara redo vilket påverkar deras arbetsmiljö. I Sverige finns det 6 ambulanser /100 000 invånare och om man jämför med t.ex. Norge så har de 24 ambulanser / 100 000 invånare (enligt en ambulanssjukvårdare i Skåne).</p> <p>Blåljuspersonalens utsatthet för hot och våld fortsätter att öka. De ökade hoten ute, i patientens hem, av anhöriga, utanför vårdinrättningar, m.m. är ett allvarligt arbetsmiljöproblem. Här är samarbetet mellan olika blåljuspersonalyrkesgrupper viktigt för att trygga arbetsmiljön för personalen. När det gäller ”farliga adresser”, där det brukar förekomma hot- och våldssituationer, så har inte ambulanserna tillgång till register som poliserna har, då det är sekretessbelagda uppgifter. Det gör att det blir ett stort osäkerhetsmoment för personalen.</p> <p>I vissa situationer i trafiken så uppstår det farliga situationer på grund av oaktsamhet från trafikanter, detta gäller både vid körning i trafik och när ambulansen kommer fram till en olycksplats. Vid olycksplatsen så respekterar man inte alltid avstängningar (genom bl.a. att sänka farten).</p> <p>2. <u>Prioritering av larm</u></p> <p>Flera larm skulle kunna hanteras annorlunda. Det kan bero på flera saker att larm blir prioriterade på fel nivå. T.ex. inom äldreomsorgen kan ibland brist på kunskap göra att man ringer ambulans i onödan. Ofta beror det på bristande tillgång till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen.</p> <p>Patienter kan uppleva att de har större besvär än de har och prioriteras då upp i nivå. Man kan ha försökt att få vård på olika inrättningar och fått vänta på tid eller inte kommit in. Då väljer man att ringa en ambulans som en sista utväg för att komma till vården. Många prio 1 larm som personal åker på till i hemmet lämnas kvar hemma utan att mer vård behövs på t.ex. sjukhus.</p> <p>3. <u>Bemannning/rekrytering/utbildning</u></p> <p>Det är svårt att bemanna alla ambulanser då det saknas personal med erfarenhet och utbildning för att jobba inom den prehospitalla vården. Det saknas både ambulanssjukvårdare och sjuksköterskor. Kommunal anser att det ska vara två professioner i ambulansen: en ambulanssjukvårdare och en sjuksköterska. Då tar man vara på kompetens på ett patientsäkert och kostnadseffektivt sätt. Dock saknas möjligheten att delegera medicinhantering till ambulanssjukvårdarna vilket Kommunal anser skulle öka kvaliteten och utveckla ambulansverksamheten om den möjlighet fanns.</p> <p>När det gäller personalförsörjning konkurrerar ambulanssjukvården med sjukhusen om sjuksköterskor vilket gör att det blir brist inom akutsjukvården när utbildad personal går över till att jobba inom ambulanssjukvården. Det här visar att det behövs två professioner inom ambulanssjukvården för att säkerställa patientsäkerheten och klara av den</p>

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>framtida personalförsörjningen. En viktig del i detta är att utveckla ambulanssjukvårdarrollen och låta ambulanssjukvårdare ta ett större ansvar.</p>
<p>Profession RAS ANIVA MAS SWESEM</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avsaknad av formulerat och reglerat uppdrag för svensk ambulanssjukvård 2. Larmcentralens betydelse; stor del av det vardagliga arbetet styrs av en annan organisation, larmcentralen. I stora delar av Sverige är det SOS Alarm, ett bolag med eget arbetssätt och riktlinjer, som har uppdrag att hantera medicinska larm. Bolagsformen innebär att genomlysning är svår, och det är högst oklart om SoS Alarm utför uppdraget som vårdgivare på så sätt som HSL stipulerar, då man sannolikt inte systematiskt arbetar vetenskapligt i tex utveckling av medicinska riktlinjer. Larmcentralens arbete behöver i högre grad samstämma med ambulanssjukvårdens för att uppfattas som relevant och för att vara effektiv. Avsaknad av kravet på medicinsk kompetens i hantering av medicinska larm är något som behöver analyseras utifrån god precision i prioritering av en stor del av larmsamtalen. 3. Avsaknad av enhetliga och evidensbaserade riktlinjer för arbetet inom ambulanssjukvård - det finns en stor flora föråldrade och felaktiga riktlinjer, och hänsyn måste tas till den prehospitala kontexten och evidensläget när riktlinjer utvecklas. 4. Det finns inte en nationell definition på vad som är ambulanssjukvård, samt vad ambulanssjukvården skall utföra, och förväntas utföra. detta leder till otydliga gränser mellan de olika aktörerna inom hälso-och sjukvården, och en felanvändning av samhällets resurs. 5. Stor personalomsättning framförallt i de stora regionerna och de större städerna, till följd av hård arbetsbelastning och för få resurser till den ökade mängden sjukvårdsuppdrag som har tillkommit. En tydlig orsak till den höga belastningen är även den otydlig gränsdragning mellan tex. Kommunalt sjukvårdsansvar, primärvårdens ansvar och vad som är ambulanssjukvårdens ansvar. Men även ett riktmärke för hur många ambulanser skall det finnas per 100 000 invånare tex. eller motsvarande mått. 6. Det är en ojämn kompetensnivå i ambulansen då man inte har som krav på minst en specialistutbildad ambulanssjuksköterska i varje ambulans, som krav för sin verksamhet. Variationen i landet är stor och där med en kompetensskillnad mellan de olika regionerna/orterna, som kan påverka patientsäkerheten. 7. De behandling-och bedömningsriktlinjer för ambulanssjukvården som idag finns i de olika verksamheterna är skiftande, och bygger till stor del på den lokalt ansvariga ambulansöverläkaren. Detta gör att vården och patientsäkerheten är olika i landet, beroende på vem eller vilka som utformat riktlinjerna lokalt, samt vilken kompetens den läkaren har inom området. Det bör finnas en nationell medicinsk styrning, och där med en nationell koncensus kring olika behandlingsmodeller.
<p>Profession Nätverket för utbildning av ambulanssjuksköterskor</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avsaknad av ett nationellt formellt anställningskrav inom ambulanssjukvården gällande specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård. Idag finns ett tolkningsutrymme gällande formellt kompetenskrav. Det är nödvändigt med en föreskrift som ställer krav på specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård, vilket innebär att den skyddade yrkestiteln respekteras även inom ambulanssjukvård. Med ambulanssjuksköterska avses den profession som genomgått en specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård, och har rätt att använda den skyddade yrkestiteln. Se Patientsäkerhetslagen kap 4: 5§ och 9§.

Intressent	Brister och utmaningar
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Avsaknad av nationella anställningskrav och organisation för prioritering och dirigerering av ambulansuppdrag. 3. Utvecklingen av ambulanssjukvård bedrivs inte i tillräckligt stor utsträckning av specialistsjuksköterskor med inriktning mot ambulanssjukvård.
Profession Glesbygd SFGM	<ol style="list-style-type: none"> 1. För de som bor och för oss som arbetar i glesbygd med sjukvård, räddningstjänst och polis är första utmaningen att kommunikationen försvåras. Avstånd och andra förhållanden (man är ensam och sämre rustad) är vi vana vid att överbygga med flexibilitet, men att vi arbetar i olika organisatoriska, ekonomiska, juridiska modeller/ramar försvåras. 2. Den andra utmaningen vi vill framföra är att uppdragen ofta är formulerade för att passa en akutsjukvård prehospitalt utifrån hur majoriteten av landets befolkning har det i de tre stora befolkningstäta regionerna. Primärvården har nu ofta hamnat helt utanför larmkedjan. I glesbygd är det naturligt att befolkning och ambulans använder hälsocentralen/sjukstugan som första instans vid alla förekommande händelser, dvs även ren akutsjukvård som i modell från befolkningstäta områden organiseras utifrån akutmottagningens/akutsjukhusets perspektiv. Personlig kännedom om området och befolkningen, vana att mötas räddningstjänst/ambulans/primärvård och polis i vårduppdrag, grundat på gemensamma övningar och erfarenheter av att ha gått igenom skarpa lägen efteråt, ger trygghet och effektivitet. Detta har minskat eller försvunnit helt genom att man alltmer skiljer de olika utförarna av akut prehospital vård åt. 3. Det är dyrt att bedriva alla sorters samhällstjänst i glesbygd. Staten måste tydliggöra att om basal infrastruktur på detta område ska finnas i hela landet, behöver det få kosta mer, finnas utrymme för olika lösningar t ex samordnade anställningar, tillgodose större behov av utbildning/fortbildning/samövning/utrustning (t ex för IVPA-liknande lösningar inte bara för räddningstjänsten). 4. Olika huvudmannaskap ger olika juridiska ramar. Vems ansvar på jourtid? Statlig räddningstjänst i fjällvärlden gör till exempel att ett annat regelverk gäller där. Det försvårar arbetet. 5. Allt är en kostnadsfråga. I dagsläget är ambulansen en länsgemensam resurs. Tillgängligheten i glesbygd påverkas även av brist i övriga länet. SOS prioriterar utifrån kriterier. Om det är brist prioriteras ofta att ambulansresursen ska finnas i tätort, i Västerbottens inlandet alltså Lycksele, men då får övriga länet väldigt långt avstånd till närmsta ambulansresurs. Det måste alltså även finnas resurser i tätort eller så måste kriterierna skrivas på ett annat sätt. Ju mer centraliserat SOS blir desto mer standardrutiner går de efter och då får ambulanserna åka på larm som är längre vårdnivå. (normalt ska det vara typ 3 med ordentligt vårdbehov). Det är en konsekvens av att de i tätorter har mer tillgång till ambulans. Befolkningens förväntningar skiljer sig väldigt. –”De som är friska nog att klaga på hur snabbt ambulansen kommer drar in IVO medan de gamla inte orkar bråka” erfar en ambulanssjuksköterska i Västerbotten. 6. Ett problem är att larmoperatören inte hinner ta reda på hur stort behovet egentligen är. Vid många uttryckningar för ambulansen gäller personer där droger, alkohol finns med i bilden vilket försvårar bedömningen via telefon. Så något positivt med de långa avstånden är ändå att de i ambulansen hinner få veta mer om patienten under den långa framkörningen. 7. Redan idag har ett utökad samarbete utvecklats mellan Polis, Fjällräddning och kommunal räddningstjänst. Detta gäller särskilt vid s.k eftersökslarm EFP men även vid olyckor i fjällnära områden där väntetider på polis kan vara lång.

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>IVPA (I Väntan På Ambulans) finns i flera kommuner och även kommunalräddningstjänst samt fjällräddning åker på hjärtlarm.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. IVPA skiljer mellan kommunerna vilket är negativt då det inte blir lika förutsättningar när något akut händer. Vissa menar att detta med IVPA kan vara negativt vid rekrytering till räddningstjänsten då en del inte vill åka på såna larm utan känner sig obekväma med det, att inte vara en hel grupp som åker och inte ha kunskapen. Larmen är ofta hjärtstopp och det kan vara en svår situation. Ambulanspersonal uppskattar dock IVPA väldigt mycket. De är deras första ögon på plats. Utryckningstiderna i exempelvis Sorsele är långa vilket är farligt för alla. 9. Att det finns så få på poliser gör arbetet mer farligt. Det händer ofta att ambulansen inte får hjälp av någon patrull. IVPA kan bli utlarmat istället för polis eftersom det inte finns och på IVPA ska egentligen bara 2 åka ut. Ett hjärtstopp är fullt upp för bara två personer. En del kommunerna skicka ofta fler men det är bara goodwill att de gör det. Inget som är avtalat eller som de får ersättning för. De inblandade jobbar i olika lagrum vilket ställer till det ibland. 10. På vissa orter finns inte mobiltäckning och GPS fungerar inte alltid vilket försvårar tillgängligheten och att hitta för ambulansen. 11. Allt överskuggande är en enorm personalbrist överallt, en och annan grön ö. Extremt läkarglest ihop med stora avstånd och svårtillgänglig miljö, stafettläkare av olika kvalitet. En risk finns att det blivit svårare nu när det inte finns några distriktssköterskor i primärvården som kan stötta upp och göra hembesök. Det finns erfarenheter av att läkarna aldrig kunnat komma ut flera mil i kommunen utan sjuksköterskor har försökt lösa det själv ibland med hjälp av polisen. 12. Suicidförsök är ofta förenat med fara för den som försöker förhindra det. Detta handlar mycket om säkerhet där polisen har andra förutsättningar. I glesbygd kan det vara långt mellan utryckningsfordon och går inte enkelt att "välja bort" självmord som larmtyp i hopp om att en ambulans ska hinna fram. Här bör man i stället ha en beredskap för att vem som helst kan råka ut för ett självmordslarm och att den som är närmast till hands: polis, ambulans eller räddningstjänst måste rycka ut och rädda liv! Kriterierna är smala för IVPA. Suicid hamnar lite mitemellan. Ett pågående suicidförsök är först ett polisärende tills det är konstaterat att behov av sjukvård finns. Det finns väldigt lite polisresurser i glesbygd idag vilket påverkar både ambulansens och räddningstjänstens arbete på många sätt. 13. Ska man rädda liv är det psykologiska hjälpen nog så viktigt. Får personerna inte hjälp tar de livet av sig. Vi behöver fånga upp drogmissbruk men också samverka för att ge långsiktig hjälp och stöd. Psykiatrin fungerar för dåligt tycker många. Erfarenhet finna av att ambulansen blir utringd istället och får sitta i timmar med en persona som mår dåligt. I ett litet samhälle är det en alkoholiserad person som mår dåligt och kan stå för 30% av alla körningar för ambulansen. Ett vanligt scenario är att personen blir skjutsad till psykiatrin i Skellefteå, nyktrar till, blir utskriven och sen samma visa igen och igen. Läkarbristen bidrar också för ingen vill skriva vårdintyg på distans och då måste ambulansen skjutsa personen till psykiatrin eftersom det inte finns någon Polis eller annan resurs som kan skjutsa eller följa med en taxi till psykiatrin. Finns ingen medföljare vill inte taxi göra körningen. 14. "Stay and play or load and go", där det sistnämnda ofta vinner menar många. Men responstid och utryckningstid är också viktigt. Vi måste få en person på plats som kan ge till exempel fri luftväg, hjälp vid akut förlossning, stoppa

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>blödning osv. Kompetens är särskilt viktigt när man ska minska skador vid transport.</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Tiden är en risk men även klimat och väderförhållanden samt brist på kvalificerad personal. 16. Olyckligt i Västerbotten är att ambulansen ligger under akutvården tycker vissa. Det som man menar fungerade bättre när den låg under primärvården var att det var lättare att kommunicera och samarbeta. Ekonomisk styrning och att allt dirigeras från akutsjukvården är en försämring eftersom de inte har intresse av att förbättra primärvården, hjälpa primärvården. Och vi behöver samarbeta med primärvården för att kunna ge en bra vård i glesbygd. Vi ser även en brist på övningar med samverkansfunktion som fokus. 17. Bara av att befinna dig i glesbygd är du utsatt och kanske särskilt den samiska befolkningen och andra som talar ett annat språk även om tolk finns via sos. I en krissituation faller man ofta tillbaka i sitt ursprungliga språk eller dialekt. Om inte ambulanspersonalen förstår kan det förstås uppstå svårigheter. Renskötande samer har 70% högre risk att drabbas av dödlig olycka i sitt arbete och med tanke på att också 70% av alla samer bor i glesbygd, så får detta ett jämlikhetsperspektiv.
<p>Verksamhetsexempel Region Skåne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trender visar att antalet uppdrag stiger, antalet icke akuta patienter stiger i västvärlden. Samhället står inför en förändring. En utmaning att möta upp den avseende kompetens. 2. Ambulansen ses i stor utsträckning som enbart en transportresurs. Om ambulans kan förväntas vara delaktig i ett vårdflöpp måste ambulans finnas med som part i arbetet. 3. Bristande tillgång till sjukvårdsjournaler. Integration med övrig sjukvård som berör patienten i vårdkedjan. Journalsystem, möjligheter till avlämning till annan mottagare än akutmottagning, tex genom samarbeten med primärvården. Möjlighet att boka tider eller motsvarande. Utöka paletten av möjlighet till hänvisning. 4. Ambulanssjukvården agerar som en egen ö i vårdsystemet idag. Vi är hänvisade till ett begränsat antal mottagare av patienter. Vi har inga kontaktvägar till övriga vårdaktörer. Ingen möjlighet till att remittera, hänvisa eller säkra upp fortsatt vård. Alla patienter har inte behov av att söka akutsjukvård momentant. Vårdens utveckling går mot att ambulanssjukvården genomför bedömningar av vårdbehov till allt större del. Då saknas möjligheter att hänvisa patienter vidare genom vårdkedjan. Detta är särskilt märkbart gällande psykiatriska patienter. Mottagare är endast psyk akut, BUP samt beroendecentrum. Inga andra möjligheter finns till hänvisning. Därmed hänvisas den psykiatriska patienten i många fall till sin egna förmåga att söka sig vidare till tex primärvårdsresurser. Psykiatripatienter är en särskilt sårbar grupp. Ingen uppföljning av ambulanssjukvårdens bedömning kan därmed genomföras, vilken kan ses som en patientsäkerhetsrisk. Barnpsykiatriska patienter blir alltmer frekventa. Ibland saknas psykiatrisk resurs, utåtagerande mm som en "platsar" inom BUP-akut finns ingen naturlig mottagare till. Psykiatriambulanser finns endast i storstadsområde. Utmaning i glesbygd. Ingen hållbarhet finns i att endast ha specialresurser i glesbygd, kompetens måste finnas i övrig ambulanssjukvård också. Kostnadseffektivitet och frekvens av ärenden kan leda till kompetensförlust på sikt. 5. Vad är ambulanssjukvård?! Behov av att definiera vad ett ambulansuppdrag är. Nationella programområden, nationell likriktning. Den typ av styrning saknas, hur ska vi bedriva ambulanssjukvård i Sverige, vilka krav ska ställas på

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>regioner. Vad är ambulanssjukvårdens uppdrag. Likriktning i arbetet i Sverige. Paletten av uppdrag är ganska stor, transport mellan sjukhus pga platsbrist, till att förflytta ECMO-patienter, leda stora insatser på Öresundsbron. Komplex organisation. Avgränsning behövs.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Bibehålla kompetenserna inom ambulanssjukvården. Med en ständig personalrotation urholkas kompetensen och kunskap försvinner. Detta innebär att nyrekrytering och kompetenshöjningsinsatser kring psykiatri måste ständigt göras. Kunskap och erfarenhet rinner ur verksamheten. Påverkan på patienten i slutändan. 7. Strategiska mål som är enhetliga för all ambulanssjukvård, ej bara kvantitativa utan kvalitativa mål behövs. 8. Stort problem i att någon annan aktör styr uppdraget kring att prioritera och dirigera som inte har ett arbetsmiljö- och arbetsgivaransvar gentemot ambulanssjukvården. Ständigt ökar med högprioriterade larm. Andelen och antalet prioritetor stiger. Ambulanssjukvården styr ej över den delen. Ingen medicinsk utbildad personal i första linjen. 9. Ingen vision om framtiden. Bristen på regional ledning får konsekvenser. Det blir ingen diskussion om viktiga frågor av strategisk natur. Det finns därmed inte någon formulerad vision om var den prehospitala vården är på väg. Därmed är det också svårt att definiera vad ett ambulansuppdrag är och vad ett ambulansuppdrag skall innehålla. Nationellt måste Socialstyrelsen tydligare definiera ambulanssjukvården. 10. Ingen regional ledning – ingen rättvis spelplan. Idag finns ingen överordnad ledning av den prehospitala vården i Skåne. Förvaltningen Medicinsk Service har ett samordningsansvar men kan egentligen inte styra de privata vårdgivarna som arbetar under eget verksamhetsansvar. I realiteten har detta inneburit att en offentlig utförare bestämt spelplanen för de privata utförarna (vårdgivarna) vilket är på flera sätt felaktigt och medför många problem. Det saknas styrning av oberoende och samordnande organ över ambulanssjukvården i Skåne. Skall vi erbjuda lika vård till all Skånes befolkning oavsett var i Skåne man är bosatt och oavsett privat/offentlig regi, då måste styrningen vara objektiv och utgå från att driften ut mot patienterna skall vara densamma. Styrningen gällande information, framtidsfrågor, delaktighet etc måste vara transparent och uppföljning och utvärdering måste genomföras på lika villkor. Samtliga leverantörer av ambulanssjukvården måste behandlas lika. Målet att komma dit kan däremot få vara olika beroende på olika avtal. Personliga egna synpunkter om privat driven ambulanssjukvård får inte lysa igenom från ”ledning/styrning” i beslut som skall fattas. 11. Patientsäker ambulanssjukvård året om. Personalresurserna måste vara tillräckliga året om. Det betyder att ett gemensamt beslut behöver fattas om vilken kompetens vi ska ha i ambulanssjukvården i framtiden? Räcker det med grundutbildad sjuksköterska eller vi ska ha kvar VUB-kravet i Skåne? För att driva en patientsäker ambulanssjukvård året om krävs dessutom att verksamheterna inte drar ner ambulansresurser under vissa delar av året tex under sommaren. Det medför en risk för patientsäkerheten.
Räddningstjänst Kommunal	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Organisation/ledning</u> <ul style="list-style-type: none"> • En kontinuerligt funktionell operativ ledning saknas helt! Räddningstjänst, Polis eller andra myndigheter saknar en fungerande samverkanspart utan att en ”särskild händelse” är aktiverad (varken vid akuta mindre händelser, eller före/efter särskilda händelser). Beslutsförmåga inom sjukvårdshuvudmannens

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>ansvar och uppdrag enligt HSL saknas, rutiner för larmning finns till SOS-operatör, men med låg frihetsgrad i beslut. Detta får till följd att proaktivitet och strategiskt agerande för beredskapsproduktionen uteblir.</p> <ul style="list-style-type: none"> Förståelse eller ens kännedom om resultat, analys av brister i form av långa responstider, resurs ej tillgänglig, osv – verkar obefintlig. Om "självkännedomen" om organisationens tillkortakommanden är bristfällig, finns inte heller några incitament att hitta lösningar i samverkan. => vår upplevelse framförallt i BD är ren ovilja och motstånd till IVPA och breda samhällsnyttiga samverkanslösningar. <p>2. <u>Bemanning/volym</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Resurssvaga organisationer har för få prehospitala akutresurser, primärt ambulanser, helikopter, osv. Varje dag fördröjs respons på prio1-larm pga slut på resurs. Det är dock inte lätt att som annan organisation utan statistik från sidan precisera detta. Möjligen har omfattande kritik mot SOS-Alarm både i media och i politiska kretsar lett till ett "garderande förhållningssätt" där det är viktigare att inte göra fel/dra på sig kritik än att optimera resurser till behov. Med andra ord, man larmar ambulanser på högre prioritet än tidigare, allt oftare. => driver naturligtvis ett behov av större resurs. (vår del av) Sverige har inga eller få nivådifferentierade prehospitala system, det är antingen en ambulans, och då bemannad enligt SOSFS krav, eller en sjuktaxi, inget däremellan. I en internationell jämförelse bedömer jag att Sverige skickar mycket hög kompetens på enkla uppdrag => driver naturligtvis ett behov av större resurs. <p>3. <u>Samverkan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Samverkan mellan blåljusenheterna på en skadeplats sker med god vilja till samhällsnytta och med pragmatiska samverkanslösningar. Men vår upplevelse är att det inte är lika enkelt på lednings/formell nivå. Norrbottnen enorma avstånd – alla lösningar som minskar responstider till patient borde vara efterfrågade...eller? Transport i terräng men ej avtal om IVPA? => Sitta och titta på en patient i en snödriva i 1h, men får inte "omhänderta/vårda"? Trots politiska beslut om IVPA => begränsat införande, senast igår kväll responderade räddning till ett akut hjärtstopp, centrala Luleå, kvinna <50, utan avtalsreglering. Frekvent förekommande, men ingen IVPA. Legitimerad kultur tilltro till egen profession => misstro mot "semiprofessionella" t.ex. räddningstjänst. Sjuktransport i fjällmiljö – mycket osäker hantering. Merparten av ärendena i fjällen leder till bråk mellan polis och sjukvård huruvida det är sjukvårdsärende eller statlig fjällräddning, inte sällan i långa processer medan patienten väntar. <p>4. "Greta-perspektivet!!!" (=saknar patient-/individperspektiv, det som är det viktiga)</p>

Intressent	Brister och utmaningar
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Ledningsförmåga på skadeplats/Ledningscentral 6. Förmåga att hantera masskadesituationer kapacitetsmässigt (personellt, materialmässigt) 7. Bemötandet av suicidförsök, de som faller mellan stolarna. Viktigt att trycka på parallellitet mellan lagstiftningar (LSO, HSL, PL)
Sjukvårdens larmcentral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bristen på medicinsk kompetens på larmcentralerna generellt i Sverige. SvLc i SUV har löst det med sjuksköterskor som tar alla inkommande 112 samtal, men det ser väldigt olika ut nationellt. Behov finns också av prehospita läkar-kompetens. En ”prehospital bakjour” som kan råda, serva och styra hela den prehospita sjukvården, larmsjuksköterskor, ambulanspersonal, men även alla mobila team (inklusive läkarteam) som idag definierar sin egen verksamhet utan någon större samordning, vilket medför stor risk att patienter hamnar mellan stolarna och en ineffektiv vårdapparat. 2. Komma tillrätta med påtagliga samverkansbrister med närliggande verksamheter så som viss specialistvård, primärvård, kommunal hemsjukvård och socialtjänst. Fördefinierade ”vårdkedjor” bör tas fram som är anpassade efter den enskilda patientens behov oavsett ingång i vården (112, 1177, primärvårdsbesök eller via kommunal hemsjuksköterska). 3. Standards för utbyte av data mellan larmcentraler inom olika myndigheter. Det fanns med i den senaste 112 utredningen. Det pågår ett arbete mellan SOS Alarm och Polisen men där har inga andra myndigheter bjudits med än så länge. 4. Det finns större finansieringsmöjligheter för kommunal räddningstjänst att ta del av statliga medel via MSB jämfört med hur det ser ut inom sjukvården (larmcentral och ambulans). Det kan gälla tex bidrag vid byggnation. Sjukvård är den disciplin som räddar absolut flest liv men medlen är väldigt små i jämförelse med de som MSB fördelar till räddningstjänsten.
SOS Alarm	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Avsaknad av styrning/tydlighet i vad som är ambulansbehov</u> I SOSFS 2009:10 finns flera saker definierade gällande ambulanssjukvård. Det som saknas är en styrning/tydlighet kring vilka patienter/patientkategorier/vårdbehov ska anses vara ambulanssjukvårdens att hantera. Det finns specificerat följande i 5 kap Larmcentraler och prioriteringar <ul style="list-style-type: none"> • Avtal med larmcentraler 1 § Det landsting som anlitar en larmcentral för larmning av ambulans ska i ett avtal med centralen reglera <ol style="list-style-type: none"> a) centralens tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens för uppgiften, b) centralens rätt att disponera ambulanser (dispositions rätt), och c) vilka tekniska lösningar för larm och övrig kommunikation som ska användas mellan centralen och en ambulans. <ul style="list-style-type: none"> • Prioriteringsgrader 2 § Vid utgående larm från en larmcentral ska följande prioriteringsgrader gälla: <ul style="list-style-type: none"> • Prio 1 – Akuta livshotande symtom eller olycksfall. • Prio 2 – Akuta men inte livshotande symtom. • Prio 3 – Övriga uppdrag med vård- eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd Den prehospita vårdens främsta utmaningar idag är att det inte finns någon styrning, varken nationellt eller på regionsnivå, kring vad som är att betraktas som ett ”ambulansbehov”. Det finns lika många åsikter, infallsvinklar, tyckande, upplevelser som det

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>finns människor i hela den prehospitala vården. Ingen kan beskriva vad som ingår i ambulanssjukvårdens uppdrag. På larmcentralnivå görs försök till styrning/tydlighet i det som vi kallar medicinska beslutsstöd. Men hur utvärderar vi faktabaserat träffsäkerheten i det utifrån de förutsättningar som idag råder. Och hur definierar vi gemensamt träffsäkerheten. Denna utmaning är idag den absolut mest omdiskuterade frågan i alla forum. Famlandet efter samsyn i avsaknad av styrning och tydlighet tar mycket tid och många resurser (så väl personella som ambulansresurser) i anspråk.</p> <p>Allmänheten har också idag helt andra krav och förväntningar på vad 112 och ambulanssjukvården innebär för just dom i den situationen de befinner sig i. Krav på snabbhet, tillgänglighet, tillgång på välfärden man har "rätt till" sätter den prehospitala vården på prov. När styrningen saknas så skapar det otrygghet för vår personal, på larmcentral och i ambulanssjukvården.</p> <p>I regeringsbeslutet för god och nära vård (överenskommelsen om en god och nära vård) beskrivs ambulanssjukvården vara till för de svårast sjuka där vård krävs under transporten till sjukhus eller mellan två vårdinrättningar. Samtidigt så kan man tolka att de ska ha ett bedömningsuppdrag för styrning till rätt vårdnivå (kapitel 6.1). Det kan upplevas som motsägelsefullt och behövs förtydligas.</p> <p>Ur texten: "Ambulanssjukvården ska ta hand om de svårast sjuka patienterna som har behov av sjukvårdsinsatser redan på vägen till vårdinrättning samt mellan vårdinrättningar. En del av uppdraget innebär att bedöma patienten och styra till rätt vårdnivå."</p> <p>Man behöver förtydliga skillnaderna mellan ambulanssjukvård v/s prehospital vård.</p> <p>2. <u>Datadelning</u></p> <p>I syfte att säkra patienten i larmkedjan och uppfylla kravet på god vård skulle data behöva delas mellan larmcentral och ambulanssjukvård (hela vägen in till sjukhuset). Det finns idag ingen tydlighet kring vad som är möjligt/på vilken nivå datadelning är möjlig. Detta gagnar inte gemensam utveckling och minimerar våra möjligheter att följa upp patienten genom larmkedjan (inte ens på aggregerad nivå där den enskilda patienten inte är identifierbar). Jurister i regionerna tolkar lagarna olika, vilket ger olika förutsättningar i olika regioner. Utmaningen är starkt sammankopplad även med punkten 1 ovan. Datadelning är en förutsättning för uppföljning av larmkedjan där strävan är att rätt patient ska hanteras på rätt nivå, med rätt resurs och i rätt tid. Den enas hantering/utfall får stor påverkan på nästa instans. Larmcentral på ambulanssjukvård och ambulanssjukvård på akutmottagningarna – och ytterst slutenvården. Väldigt sällan påverkas primärvården då patienter i mindre omfattning styrs/eller transporteras dit. Detta trots att patienterna kanske i större omfattning är primärvårdspatienter snarare än slutenvårdspatienter. Det är av största vikt att man inom den prehospitala vården har rätt förutsättningar för att bedriva så väl ett kvalitativt som ett kvantitativt systematiskt kvalitetsarbete.</p> <p>3. <u>Kompetens</u></p> <p>Kompetensförsörjning nu och i framtiden. Kompetensförsörjning och brist på legitimerad personal, framför allt sjuksköterskor, är något hela sjukvården lider av. I brist på tydlig styrning och förutsättningar avseende punkten 1 och 2 ökar regionernas krav på att det ska vara legitimerad personal som ska bedöma och prioritera alla vårdärenden som inkommer på 112. Till syvende och sist konkurrerar vi om samma personal, som då antingen ska arbeta på larmcentral, inom ambulanssjukvård eller inom övrig sjukvård och vårda patienterna. Sjuksköterskan är en oerhört viktig kompetens på larmcentralen. Men är det effektivt och mer kvalitativt om larmcentralerna som idag tar emot över 1 miljon vårdärende per år enbart består av legitimerad personal. Eller kan vi med tydligare styrning och stöd i punkten 1 och 2 skapa bättre förutsättningar för att</p>

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>utveckla systemstöd, beslutsstöd och processer som kan stödja icke legitimerad personal att bedöma akutgrad samt ge akutmedicinska råd i väntan på ambulans.</p> <p>När man diskuterar kompetens så kan man inte samtidigt glömma bort att diskutera tillgång på kompetens. Vart gör en specifik kompetens bäst nytta för patienten men även ur ett helhetsperspektiv för hälso- och sjukvården. Vi är alla en del av en helhet, då kan vi inte arbeta i stuprör.</p>
<p>Etiska rådet SoS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hur påverkar God och nära vård ambulanssjukvården? Hur god? Hur nära? Lika tillgång till en miniminivå? Det är en grundläggande värderingsfråga. Hälso- och sjukvårdslagen gäller, men på detta område är många verksamheter involverade. Behöver ta ett helhetsgrepp och inte enbart titta på en pusselbit. Man måste acceptera tillgänglighetsskillnader beroende på geografi. Bosätter man sig i glesbygden så får man ta det som bjuds. Ambulanssjukvården är en del i ett större system, det är kopplat till t.ex. primärvården och ibland får primärvården åka ut och vara ambulansvård. Det finns en risk att man bara tänker på ambulanssjukvårdens resursanvändning. Man kanske väljer att köra in en patient som inte behöver akutsjukvård för att vara på säkra sidan. Tidsfaktorn kan påverka svårighetsgraden i t.ex. glesbygd. 2. Etiska plattformen är solklar; får inte prioritera utifrån patientens ansvar, alla ska omhändertas oavsett egen förskyllan MEN såklart utsätter vi oss för olika risker. Miniminivån bottnar i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) där det står att man ska leverera vård av god kvalitet. Vad är det minsta man måste ha i sitt utbud för att man ska uppfylla krav i HSL? Vad är minimikraven för de som befinner sig långt bort? Vad är kostnadseffektivt? På vilka grunder och var ska man lägga dessa minimikrav? Man måste nog acceptera geografiska skillnader och olikheter kan accepteras om man utgår från att en miniminivå ändå ska vara uppfylld. Vilka utgör en geografiskt sårbar grupp? Finns det patientgrupper som har det sämre än andra? Då bör dessa lyftas för att arbeta mot större jämlikhet. 3. Vid geografiskt svårtillgänglig miljö kanske det är bra att kunna lösa saker när man ändå är på plats. Finns skäl att hitta andra funktioner som kan larmas in, men viktigt att väga in beredskapsfrågor vilka resurser man ska ha och var resurser tas från. Om man använder sig av räddningstjänst eller frivilliga så får man fundera över vad som kan vara rimliga minimikrav när det gäller t.ex. kompetensfrågan och ansvarsfrågan. Hur ambulansvården fungerar kan hänga ihop med hur vården fungerar i övrigt, exempelvis tillgång till IVA-platser. Vilka förutsättningar finns det att ta ett helhetsgrepp rörande dimensionering av hela hälso- och sjukvårdssystemet? Kan vinna på större krav på telemedicinsk tillgång och bakre stöd än när man har korta geografiska avstånd. 4. När vi ska sortera bland utvecklingsförslag behöver vi ha för ögonen hur stor patientnytta förslaget förväntas få. Hur ser behovet ut som förslaget ska lösa? Vad kostar det i resurser? Om man kan identifiera områden där kunskapsunderlaget är sämre så bör man satsa där. Rikta forskningsmedel för att stimulera kunskapsutveckling. Titta på andra länder för att se vad som kan förbättras/förändras. 5. Konstigt att man behandlar psykiskt sjuka personer på ett annat sätt än somatiskt sjuka. Vi har speciella tvångslagstiftningar som låser oss vid

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>psykisk hälsa, men ibland är frågan inte om man lider av psykisk sjukdom utan om man är beslutskompetent eller inte. Då kan man lika gärna ha drabbats av en skallskada. Man får bedriva vård utan samtycke om det är en nödsituation. Lagen om psykiatrisk tvångsvård och tvångsvård är något annat, där behövs beslutskompetens. Tröskeln är lägre att använda tvång när det kommer till psykisk sjuka just för att det finns en tvångsvårdslagstiftning. Riskerna finns och det är troligen så att patienter med psykiatriska tillstånd särbehandlas negativt i sjukvårdssystemet och samhällssystemet, med t ex mer våld och tvång och sämre kvalitet (och kompetens) på vårdinsatser eller vårdliknande insatser. När det rör sig om hot om våld så kan det krävas polisassistans. Även om det är så att fler resurser behöver larmas ut och därmed är kortsiktigt mer kostsamma så kan det ändå vara besparande om patienten blir bemött på rätt sätt i det långa loppet. Det är viktigt att det finns ett tätt samarbete mellan polis och sjukvård med t ex bakre stöd från psykiatri till polis samt kompetens hos såväl polis som ambulans för att öka kvaliteten.</p>
<p>Missbruk ANDTS SoS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bristande förståelse för våldsutsatthet och utsatthet för kvinnor som befinner sig i drogberoende och i prostitution, och för långsiktiga psykiska konsekvenser av det. 2. Man tar inte behov av akut psykiatrisk vård (suicidrisk, psykos) på allvar på grund av beroendeproblematik och hemlöshet. 3. Bemötandet brister, vilket gör att man drar sig för att söka vård. 4. Många upplever moraliserande och en stigmatisering, och en syn att det handlar om ett livsstilsval och att man får skylla sig själv. Kan göra att man inte vill följa med ambulansen. Det handlar om grupper som kan vara misstänksamma mot hälso- och sjukvården i stort och även andra myndigheter. Många är rädda för att söka vård hos sjukvården, även akutvård. Det finns en rädsla för risken att ens boendesituation påverkas om socialtjänsten avslutar ens boende på grund av en akut inläggning på sjukhus. Överhuvudtaget en rädsla för konsekvenser, att bli misstrodd, inte tagen på allvar, många oroar sig för tvångsvård i form av LPT eller LVM i kontakt med sjukvården eller att bli polisanmälda för innehav. Rädslan för kontakt med vården kan leda till att kvinnor istället behöver tvångsvårdas då de inte vågar ta emot vård på frivillig väg. Utsattheten är troligen inte könsspecifik men mäns våld mot kvinnor måste ändå beaktas särskilt 5. Upplever att ambulanssjukvården tar längre tid på sig att komma när personer är påverkade av något. Väntetider kan vara långa för en person som är ångestladdad och rädd. 6. Vården glömmer lätt bort betydelsen av friska närstående både akut och för patientens tillfrisknande.
<p>Äldrerådet SoS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problematiskt om den äldre personen är multisjuk. Viktigt att ambulanssjukvården får information. Svårigheter vid demenssjukdom, tappar språket och kanske är behovet av journal då ännu större? Ännu mer om svenska är andraspråk inklusive nationella minoriteter.

Intressent	Brister och utmaningar
NPO Äldres hälsa SKR	<ol style="list-style-type: none"> 2. Brist på geriatriker och geriatrisk kompetens, framförallt i norra Sverige (dock generell reflektion, men spiller över på ambulansen). 3. Kan ambulansen hamna i svåra situationer om sjukhus inte tar emot patienter från SÄBO (jmf pandemin)? Vems är ansvaret?
Standardiseringsverksamhet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utrustning som inte passar med varandra eller inte är utbytbara försvårar sömlösa transporter och ger försämrad vårdnivå och säkerhetsrisker för patienter och personal, samt bidrar till dåligt utnyttjande av resurser. 2. Låg kännedom om standardiseringens möjligheter gör att standardiseringsarbete av myndigheter och vårdgivare inte ses som ett medel för verksamhetsutveckling, effektiv samordning och myndighetsutövning.
Svenska Ambulansregistret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Övergripande ser vi att det saknas en tydlig definition av ambulanssjukvårdens uppdrag och avgränsningar. Det finns till exempel tillgänglighetsmål för prio 1 uppdrag som är olika i varje region men övergripande mål för och planer för systematisk kvalitetssäkring av den kvalificerade vård som bedrivs saknas. 2. Bristande uppföljning/kvalitetssäkring av larmcentralernas triageverktyg bidrar till dagens tillgänglighetsproblem för ambulanssjukvården vilket sätter enskilda sjuka och skadade i risk och som motverkar jämlik vård på lika villkor (tillgänglighetsperspektivet då dagens användning av olika index/triageverktyg ofta skapar påtaglig resursbrist till men för enskilda). Nationell samsyn vad gäller kodverk för larmcentral saknas. 3. Bristande nationell uppföljning/kvalitetssäkring av ambulanssjukvårdens bedömningar och behandlingsriktlinjer samt utfall vilket gör det svårt att värdera om ambulanssjukvården användes på för brukarna bästa sätt liksom ur vårdgivarens resursutnyttjandeperspektiv. 4. Sekretesslagstiftning och olika vårdgivare i akutvårdskedjorna (ibland upp till tre olika (larmcentral, ambulansutförare, akutsjukhus/primärvård) försvårar arbetet med att hjälpa den sjuke/skadade till lämpligaste vårdnivå förutom att kunna analysera patientflödena och analyser enligt 1 och 2 ovan.
Svensk luftambulans Svenskt ambulansflyg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vilka medicinska konsekvenser får bristen på samordning på vården? Ojämlig vård och patientsäkra förhållanden! 2. Utmaning mellan regionernas lokala samordning och bristen på samordning och koordinering av infrastrukturella frågor på nationell nivå när det gäller flygburen ambulans. Många olika intressenter från olika nivåer gör det hela problematiskt. Kommunallagstiftningen utgör hinder. Viktigt att Kommunalförbundets förutsättningar inte innebär att i huvudsak stå sina medlemmar närmast utan fokusera på gränslös utalarmering. 3. Problem att en del regelverk är skrivet för det flygoperativa där man flyger från flygplats till flygplats och det är inte applicerbart för ambulanshelikopterterverksamheten. Det är något som vi behöver påverka på nationell nivå men framförallt europeisk nivå (EASA-nivå). 4. Medicinsk kvalitet och vårdnivå måste vara viktigaste kriteriet för samordningen. Finns dock ofta andra dimensioner som är starkt drivande; ekonomiska, politiska, marknadskrafter. 5. Brist på strategiska gemensamma vägval för framtiden. Vi vilar på beslut av olika historiska skäl t ex ingår inte ambulanshelikopter i Svenskt ambulansflyg (Kommunalförbund) som även kräver läkarrepresentation (läkare värderar medicinskt om man ska flyga eller inte).

Intressent	Brister och utmaningar
	<ol style="list-style-type: none"> 6. Ur patientsäkerhetssynpunkt är det inte likvärdigt att nivån på kompetens skiljer sig åt mellan regioner när den mest avancerade vården bedrivs. Frågan är varför en viss vård bemannas med viss kompetens på sjukhus men inte med samma kompetens prehospitalt? Läkare har diagnosutbildningen, det behöver vara läkare med specialutbildning för att kunna verka utanför sjukhus, det krävs såväl formell som reell kompetens för både läkare och sjuksköterskor, samverkan mellan professionerna (precis som på sjukhus) beroende på skadan eller olyckstillbudet. 7. Annorlunda karaktär på sekundärtransporter (som kan vara akuta) och primäruppdrag. Tidslinjen för primäruppdrag kan vara att man behöver få en ambulanshelikopter inom 3 - 4 minuter. Vid samtidighetskonflikt bör det vara den operativa läkaren som bedömer vilket uppdrag man tar. 8. Vid interregionala intensivvårdstransporter bygger det på att dels tilldela kompetens och dels att transportresurserna är tillgängliga. Det finns en risk att båda systemen inte synkroniserar bra. 9. Det finns förmåga att se alla Svenskt Ambulansflygs flygplan, endast till viss del de privata operatörerna. Den nationella flygkoordineringscentralen saknar full tillgång till alla ambulanshelikoptrar. 10. Svenskt ambulansflyg har påtalat att svenska nationella ambulansflyget (SNAM=statlig sällan använd resurs) har demonterats sedan årsskiftet vilket kan medföra svårigheter att transportera många svårt sjuka eller skadade samtidigt vid större händelse. 11. Relativt få antal flygplatser i vårt avlånga land; vissa privata, vissa regionala och vissa statliga. Finns ingen gemensam nämnare i t ex tillgänglighet. Bristande infrastrukturell förutsättning för landning och hämtning av patient samt tankning. Ny bra plattform med system under uppbyggnad där de större baserna är Umeå, Landvetter och Arlanda. 12. I flygbranschen är bränslet en utmaning. Det är specifikt och går inte att köpa på så många ställen. Levereras oftast till flygplatser. Tankanläggningar kan finnas av mindre slag på ex sjukhusplattor. Små volymer och inget utan kommersiellt syfte att bedriva tankanläggningar. Regioner har en utmaning kompetensmässigt att hantera en tankanläggning. Många nyheter inom ambulanshelikopter med exempelvis satellitbaserade navigationssystem vilka ska godkännas av Transportstyrelsen. Ofta upphandlat av privata aktörer eftersom det är kostsamt och svårt initialt. Då blir regionerna blir bundna till dessa. 13. Intensivvårdsbårarna är undermåliga och inte kompatibla mellan fordon. 14. Varje region har sina avtal med i huvudsak med SOS Alarm. Det finns små skillnader i utalarmeringskriterierna och ytterligare standardisering är möjlig för ambulanshelikoptersjukvården.
Ambulans-Nätverket SKR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tillgång och rekrytering av personal (ambulanssjuksköterskor) 2. Samverkansmöjligheter och forum för samverkan inom God o nära vård, framför allt psykiatri och kommunal sjukvård. 3. Bättre prioritering av uppdrag, medicinsk kompetens och ledning vid larmcentral. 4. Tillgång till journalåtkomst (sjukhusjournaler) för bättre bedömning och vårdnivå.

Intressent	Brister och utmaningar
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Bättre möjlighet till uttag av statistik och uppföljning av kvalitetsdata och inte endast tillgänglighet. 6. Forskningsmöjligheter, möjlighet till forskartjänster inom ambulanssjukvård i liknande omfattning som vid sjukhuskliniker. 7. Stärka kvalitetsregister i svensk ambulanssjukvård 8. Tillgänglighet – ffa för de regioner som inte har larmcentral i egen regi. En hög andel av ambulansuppdragen/patienterna idag har inte behov av ambulanssjukvård. Relaterat till låg/ingen medicinsk kunskap hos SOS operatörerna skickas ambulanser på uppdrag i onödan, som i sin tur skapar en undanträngningseffekt för de som verkligen behöver och leder till längre insatstider. En mindre andel av ärendena hanteras av SOS sjuksköterskor (beroende på hur den regionens avtal ser ut), men dessa har egentligen inte heller några incitament att inte skicka ambulans. Det behöver också klargöras krav på tillgänglighet kopplat till krav på beredskap – inte minst kopplat till andra utredningar gällande krisberedskap och civilförsvarsamverkan. Vad är ambulanssjukvårdens uppdrag? Ska fokus vara på en prehospital akutsjukvårdsresurs, med krav på beredskap? Hur begränsar vi ambulanssjukvårdens uppdrag? Eller ska vi utveckla med fler typer av prehospitala resurser/kompetenser? 9. Avsaknad av nationell styrning avseende kompetens/utbildningar/behandlingsriktlinjer. Det krav vi har idag är att det ska finnas en sjuksköterska i varje ambulans. Annars ser kraven olika ut, om det ska vara specialistutbildad sjuksköterska, alltid två sjuksköterskor, ambulanssjukvårdare eller inte osv. Antal timmars kompetensutveckling/år varierar stort, och vilken typ av kompetensutveckling – vissa har krav på specifika konceptutbildningar, vissa inte t ex. Vad det gäller behandlingsriktlinjer så har idag SLAS en viss styrning, men regionerna gör olika. Likrikta att det är specialistutbildningen ambulanssjuksköterska som ska vara gällande i ambulans. (Idag anställs på ”samma villkor” anesthesi och IVA sjuksköterskor t ex – specialistutbildningar som i stort sett inte är särskilt relevanta i ambulanssjukvården idag. Norge har under Helsedirektoratet en avdelning som specifikt arbetar med prehospital sjukvård och min upplevelse är att de har bättre samordning/styrning i dessa frågor 10. Jämlik vård. Vi arbetar olika idag när det gäller vårdprocesser – t ex direktinläggningar. För hjärtinfarkt/akut stroke ser det i stort lika ut, men vi har här olika tillgång till ambulanshelikopter för snabb transport. Ett ex är i VGR, där man har ambulanshelikopter, ska alla patienter under 50 med stark misstanke om stroke ska helikoptern larmas för snabb transport till Sahlgrenska som har möjlighet till trombektomi – går du över gränsen till Halland så finns inte den möjligheten (regionen anser att det blir för dyrt att använda ambulanshelikoptern). Ett annat exempel är olika möjligheter till direktinläggningar från ambulans, och inte minst tillgång 24/7 med kompetent läkare och olika typer av andra mobila resurser, både egna och från andra vårdaktörer. Använda kompetensen hos ambulanssjuksköterskorna. 11. Otillräckligt med resurser. Koppla till hur responstider ökar i landet. 12. Personalförsörjning/kompetensbrist. Sjuksköterskebristen börjar märkas av även inom ambulanssjukvården, där vi tidigare inte haft bemanningsproblem. 13. Alarmeringstjänsten. SOS Alarm, fördröjning i utlarmning, oklar utlarmning, ökat antal utlarmningar ej anpassad för nära vård. 14. Kommentar: angående responstider sjuksköterskebrist, resursbrist – sannolikt en effekt av att fler svårt sjuka äldre vårdas i hemmet med hemsjukvård – kanske måste andra resurser kunna larmas ut initialt ex kommunala distriktsköterskor i 1:a linjen vid lägre prioritet och oklart vårdbehov. Det är kanske

Intressent	Brister och utmaningar
	<p>inte ambulansens huvuduppgift att göra bedömningar i hemsjukvård – det skulle frigöra resurser och kanske påverka responstider. Flyter ihop med att ambulansens uppdrag inte är tydligt idag.</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Är det vettigt att patienter ska åka 7 mil längre för att dom ska hamna i rätt region? 16. Är det vettigt att åka 25 mil för röntgen när det är 2 mil till röntgen i Norge? 17. Gammal författning att utgå ifrån. Vad är ett ambulansuppdrag – det är inte bara en transport till vårdinrättning, det är en kvalificerad bedömning/ behandling av legitimerad personal och ska även befastas på detta sätt nationellt/legalt. Måste till ett nationellt grepp för att paradigmskiftet ska kunna ske. 18. Att det akuta uppdraget blir allt mer undanträngt av subakuta ärenden som tar mycket tid i anspråk, de är inte sällan ganska svårbedömda i såväl telefon (hos larmcentralen) som när ambulanserna väl kommer på plats. 19. Bedömningsförmågan hos personalen är varierande, en riktad utbildningsinsats över tid som stärker sjuksköterskornas förmåga att identifiera vårdbehov och hänvisa till lämplig vårdnivå. 20. Uppdragsökningen för ambulans. 21. SOS Alarm med brist på insyn och påverkansmöjligheter från Regionen. 22. Samverkan/tillgängligt övrig vård (Primärvård, Psykiatri och hemsjukvård, 1177).
<p>Civila Samråds-helikopter-gruppen SKR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Att regionerna har ojämlig tillgång till snabba insatser med läkarbemannade helikoptrar för primär och sekundäruppdrag. Beroende på att vissa regioner t.ex. inte har råd (Gävleborg, Västernorrland mfl). Ffa tid till universitetssjukhus är oacceptabelt lång i dessa regioner. Vilket drabbar bl.a. patienter med traumatisk hjärnskada samt patienter som behöver trombektomi pga. stroke. 2. Att mängden larm till landsvägsambulans ökar. Delvis pga. brister i primärvårdens åtagande rörande folkhälsosjukdomarna men även avsaknad av snabba bedömningar av sub akuta tillstånd via hälsocentral. Brister från primärvård och kommunal sjukvård rörande de äldre multisjuka som ofta hamnar på akuten (via ambulans) men där man kunnat hantera situationen tidigare i vårdkedjan. 3. Att verksamheten är fragmenterad nationellt. Olika regioner har olika krav på responstider, utbildning, kompetens osv. 4. Det saknas en nationell samordning gällande helikopteruppdrag för såväl primär- som sekundäruppdrag i Sverige. Alla Regioner i Sverige försöker finna sin egna lösning och därmed blir det en splittrad nationell verksamhet som blir kostnadsineffektiv för medborgarna. Det saknas även samordning gällande ut alarmering och gränslös dirigering av samtliga prehospitla uppdrag. Vi behöver bättre selektion i hela kedjan från 112-samtalet till ut larmad ambulans/helikopter. Det förekommer bl a mångringare/-åkare som slukar mycket resurser. En stor andel av dessa har egentligen inte behov av akutambulans utan har ofta en social, psykiatrisk eller missbruksproblematik som borde hanteras med andra resurser. 5. Ambulanspersonalens kompetensutveckling för ökad patientsäkerhet. En hög andel av ambulanspersonalen i Sverige har ingen möjlighet att få återkoppling på sina bedömningar vilket är en viktig komponent i sin utveckling och är mycket viktigt för ökad patientsäkerhet. Även behov av prehosp. läkare för såväl utbildning av ambulanspersonal som stöd i patientarbetet gällande bedömningar/behandlingar/transporter.

Intressent	Brister och utmaningar
	<ol style="list-style-type: none"> 6. Ökande hot/våld-situationer. Man har idag ingen möjlighet att få varning om farliga personer eller adresser trots att detta kan vara känt hos polismyndigheten. 7. I vår region är den största bristen/utmaningen styrningen av våra begränsade resurser. Vi behöver ofta väga för och nackdelar med att skicka en viss resurs på ett visst larm. Det hänger ihop med vår geografi/glest befolkat/turistintensiva veckor/tunt utspridda resurser/dåligt fungerande primärvård/låg medicinsk kompetens hos SOS. Om vi gör en sak så får det konsekvenser för nästa larm. Lösningen är att läkarna på helikoptern tar ett större ansvar vid larmkonflikter med flera högprioriterade larm. Dock löser det inte problem i andra ändan av spektrumet vilket ju är vanligare. 8. Brist på fortbildning i vägambulanssystemet. Den lilla tid som finns tillgänglig blir ofta fylld av en rad måste-saker som egentligen inte är så efterfrågade av medarbetare. För helikoptern, som ju också ska kunna fungera som spjutspets ibland, har vi fått till det acceptabelt med nuvarande 7 fredagar per år. Vägambulansen behöver mer tid för både teori och praktik samt framförallt att få till nån slags fallbaserade genomgångar. 9. Det måste finnas budgetutrymme till utbildning och fortbildning. De nationella och internationella konceptutbildningar som finns för att vidareutbilda personalen ska inte vara en möjlighet utan en självklarhet. Prehospital personal arbetar självständigt och kan inte förlita sig på att andra personalgrupper finna i närheten och kan bidra med sin kunskap utan måste var och en sitta inne med aktuell kunskap. 10. Oklara besked från (tidigare) ledning. Ambulanssjukvårdsutbildning har väckt många känslor av typen; Vad vill egentligen ledningen med detta tilltag? Vill man spara pengar eller något annat? Vägambulansen hade förtjänat en tydlig linje, dvs nu har vi i många år satsat på att höja den medicinska kompetensen i bilarna samt i helikoptern samt förhoppningsvis även till sist i styrningen av hela verksamheten via SOS. Då ska vi inte införa något som går i motsatt riktning helt plötsligt. 11. Delar av Sverige saknar tillgång till läkarbemannad prehospital sjukvård. Således bör detta ses över. (Det är viktigt att understryka att det är kompetensen och utrustningen som ska snabbt till patienten, liksom förmågan att snabbt ta med patienten till lämpligt sjukhus. Ofta är helikopter bra, men även om sådan finns behövs redundans i form av ambulans i någon form. 12. Koordinering av utalarmering mellan regionerna. Detta för att, dels utnyttja resurserna kostnadseffektivt (helikopter fr a), och dels för att en läkarbemannad resurs snabbt ska nå patient, även om den befinner sig på ” fel” sida en regiongräns. 13. I vilken omfattning brådskande IVA-transporter sker med ad hoc personal är idag okänt. Kompetensen inom IVA transporter bör säkerställas och kravställas. 14. Brist på nationell samordning av transportresurser. 15. Brist på kompetenta, miljötränade team med rätt utrustning som utför intensivvårdstransporter som kan avropas av andra regioner. 16. Olika interface för bårar i olika regioner. 17. Mycket bristande kompetens i bedömning och triagering av prehospitala ärenden 18. Ingen tydlig nationell standard i kompetens och utrustning av prehospitala resurser 19. Ingen tydlig samordning av prehospitala resurser

Intressent	Brister och utmaningar
	<ol style="list-style-type: none"> 20. Vilka mål ska finnas för jämlik ambulanssjukvård, vad är ambulanssjukvårdens uppdrag för akut vård prehospitalt, krav tillgänglighet och beredskap, primär- och sekundäruppdrag? 21. Vilka resurser ska finnas för jämlik ambulanssjukvård, vilken förmåga i relation till respektive NPO, motsvarande? 22. Hur ska ambulanssjukvården vara organiserad för jämlik ambulanssjukvård, ambulanssjukvården och regioners förmåga för deltagande i nationell larmtjänst och samordning med övriga samhällsviktiga aktörer?
NPO Barn och ungas hälsa SKR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Den mycket stora bristen på BIVA-platser ger onödigt många och ibland långa transporter. 2. Det finns en stor svaghet genom det väderberoende som flygburna transporter innebär. Om flyg blir det dessutom många om och ilastningar, detta måste vägas in när det handlar om valet av transportfordon. 3. Neonatala transporter innebär särskilda förutsättningar och krav. T ex luftpaket, möjlighet att ta transportkuvös, bullerskydd. Hur säkras barnet i kuvösen? Ambulans behöver anpassas efter moderna behandlingar, det var t ex alltför länge omöjligt att använda högflödessyrgas i ambulans, vilket riskerade innebära att patienter blev kvar onödigt länge på en BIVA enhet eller lades över i CPAP i onödan.
NPO Akut vård SKR NPO Pivot SKR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det finns ojämlikheter i vården t ex har vissa regioner ingen läkarmedverkan i ambulanssjukvården. Stort och mångfacetterat område allt från bedömning av multisjuka äldre till prio-1 med helikoptrar till olycksplats. Olika förutsättningar men också hur man organiserar sig och vilka resurser man lagt. 2. Många uppdrag känns ”onödiga”, t ex utryckningar till äldreboenden. Dessa hade kunnat undvikas med en bättre samverkan med primärvård eller sjukhus. medverkan av läkare och sjuksköterska kan avstyra många ärenden. Brister i primärvård leder till att ambulans rings istället. Frånvaro av läkarmedverkan och frånvaro av bedömningar leder till att många patienter hämtas med ambulans som kunnat bli kvar hemma om de fått en bedömning. Finns även problem med hantering av ”mångsökare”. 3. Infrastruktur för helikopter saknas i regioner som normalt inte har någon egen helikopter. Detta leder till att de tillgängliga resurserna inte kan nyttjas optimalt.
NPO Pivot SKR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Denna vård bedrivs inte utifrån kravet om jämlik vård för alla landets invånare eftersom några sjukvårdsregioner nära nog helt saknar prehospitall intensivvårds kapacitet (eg anestesiläkarbemannning, tillika läkartillgång ex. akutläkare) 2. Behov av EN nationell tydlig ledning/larmorganisation med krav på särskild (rätt) kompetens/träning för samordning och ledning. Orsak; Tydligt huvudmannaskap saknas? 3. Riktlinjer och krav för verksamheten behöver utvecklas. Detta inkluderar avgränsningar av uppdraget och sist men inte minst uppföljning/revision 4. Tydliggöra kompetenskrav för samtliga nivåer prehospitalt 5. Läkarbemannning/resurs måste finnas tillgänglig 6. Krav på gemensam/samordnad övningsverksamhet (från enkla till stora katastrofscenario; Lokalt till nationellt). Tydligt utpekade ansvar för detta.

Intressent	Brister och utmaningar
	<ol style="list-style-type: none"> 7. System för uppföljning, revision, analys och utveckling. Både internt men också av oberoende externa part (eg ett tydligt ledningssystem, nationellt, regionalt, lokalt) 8. Krav på uppföljning/analys/återrapport – deltagande i kvalitetsregister 9. Följa upp om bemanning/kompetens lever upp till krav med de avgränsningar som finns 10. Säkerställa att FoU resurs finns som en del i kontinuerligt lärande och utveckling <p>Sammanfattningsvis har frågan om prehospital kompetens och förmåga utretts många gånger, men tyvärr utan någon påtaglig förändring i linje med det som genomgångarna förespråkar. Riksdag, regering och vårdgivarna i Sverige har inte tillsammans förmått driva frågan vidare för att uppnå en tydlig förbättring på området.</p>

Utveckling på kort sikt

Intressent	Utveckling och förbättring på kort sikt (mindre än fem år)
Forskare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gemensam IT strategi avseende vård, styrning och uppföljning 2. Gemensam strategi avseende standards och interoperabilitet 3. I alla upphandlingar följa strategierna enl. ovan. Ställ krav på leverantörerna men se till att också vara ense om hur t.ex. data kan användas för kort- och långsiktig utveckling 4. Påbörja arbetet med ett gemensamt nationellt ambulansregister som kan skapa underlag för uppföljning, utvärdering och design av t.ex. kvalificerade beslutsstöd (AI/ML etc.). Kan vara värt att titta på hur NEMESIS används i USA. 5. Sjätsätt en organisation för nationell samordning, styrning och utveckling. 6. Beskriv ambulanssjukvårdens uppdrag 7. Premiera specialistutbildade inom ambulanssjukvård 8. Ta fram en gemensam nationell ambulansjournal 9. Ge "ambulansregistret" status som nationellt kvalitetsregister 10. Utarbeta kvalitetsindikatorer som ambulansverksamheter följer och rapporterar 11. Uppdatera uppdragsbeskrivningen 12. Höja kompetens med fler specialistutbildade ambulanssjuksköterskor 13. Nationell samordning av kursverksamhet 14. Öka samarbete/samverkan mellan primärvården och ambulanssjukvård vad gäller patienter som befinner sig i gränslandet mellan dessa verksamheter. Hur stärka ambulanssjukvård i närvårdorganisationen? Kan tex en primärvårdsjour (tex sjuksköterska) åka ut till patienten lika gärna som en ambulans 15. Göra en översyn av avvikelserapporteringen (på nationell nivå) inom samtliga regioner vad gäller vårdskador som uppstår hos patienter i samband med ambulanstransporter. 16. Göra en översyn och följa hur arbetsgivaren (prehospitala arkitekter) genomför sitt systematiska arbetsmiljöarbete utifrån potentiella risker/risksituationer som alkohol- och droganvändning hos ambulanspersonal medför. 17. Göra en översyn och följa hur arbetsgivaren (prehospitala arkitekter) genomför sitt systematiska arbetsmiljöarbete utifrån potentiella risker/risksituationer som dygnstjänstgöring, långa arbetspass och trötthet hos ambulanspersonal medför.

	<p>18. Undersöka möjligheterna att införa en nationell och gemensam utryckningsförarutbildning för ambulanspersonal i Sverige. Undersöka möjligheterna att införa ett nationellt kompetensbevis för ambulansförare (jämför med Norge som sedan flera år tillbaka har ett kompetensbevis).</p>
<p>FLISA/SLAS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulanssjukvårdens och larmcentralernas uppdrag behöver definieras, så att det vid förändringar i vårdstrukturer eller vårdprocesser, står tydligt vem som ansvarar för respektive del i ett förändrat uppdrag eller arbetssätt. 2. Nationella, eventuellt regionala tillgänglighetsmål för samtliga prioritetsgrader behöver tas fram (jfr vårdgaranti). De olika prioritetsgraderna behöver definieras. Måluppfyllnaden ska kontinuerligt följas upp. 3. Ambulanssjukvårdens resurser behöver balanseras mot den ökande vårdefterfrågan via 112 som vi ser. Ett mått för dimensionering är förändringar i uppmätta tillgänglighetsdata mot uppsatta måltal. För att bättre möta den ökade vårdefterfrågan, både ur patient-, men även verksamhetsperspektiv behöver tillgänglighet inom primärvård, både regional och kommunal, inklusive 1177 VPT öka. Detta gäller alla dagar och dygnets alla timmar. 4. För att vägleda vårdsökande vid mindre akuta tillstånd behöver självtrianeringsverktyg tas fram. Ett som vi bedömer lyckat exempel är det verktyg som 1177 tog fram i samband med Coronaepidemin. Larmcentralerna kan vara en viktig del i denna vårdlotsning, förutsatt att larmcentralen, likt 1177 VPT, bemannas med legitimerad sjukvårdspersonal. Det förutsätter synkronisering mellan olika beslutsstöd. Informationsinsatser riktade mot hela befolkningen behöver genomföras för att öka kunskapen om när olika kontaktvägar till sjukvården ska användas (1177, 112 med flera). Detta arbete behöver genomföras som återkommande aktiviteter. 5. För att minimera undvikbar slutenvård kan förutom att öka tillgängligheten till primärvård, även olika typer av mobila specialiserade sjukvårdsteam behöva tillföras den prehospitalla miljön. Detta arbete har i viss utsträckning redan startats, men arbetet behöver intensifieras. Förutsättningen för ett effektivt resursnyttjande är en nära samverkan mellan de mobila teamen, larmcentralen och ambulanssjukvården. 6. För att möta patienters vård- och transportbehov finns redan i dag differentierade resurser. Det behöver tas fram en nationell nomenklatur som definierar de olika resursernas förmåga och uppdrag. Flisas ledningsdokument har redan tidigare definierat detta, men utvecklingen går snabbt och det pågår inom Flisa ett revisionsarbete. 7. Det är ur Flisas och SLAS perspektiv önskvärt med en sakkunnigfunktion inom det prehospitalla fältet hos SoS som knyter en sakkunniggrupp till sig på ett mer kontinuerligt sätt. 8. Flisa anser även att samarbetet mellan SKR, Socialstyrelsen samt Flisa och SLAS behöver formaliseras. 9. Kompetenskrav inom ambulanssjukvården behöver definieras och fastställas. För en akut ambulans borde kompetenskraven vara minst undersköterska/ambulansundersköterska, respektive sjuksköterska/specialistsjuksköterska. För specialenheter kan andra specialkompetenser erfordras. 10. Kompetenskrav på larmcentralspersonal behöver definieras, likt det som görs inom ambulanssjukvården. En hög tillgång till legitimerad personal (sjuksköterskor och läkare) måste finnas. För andra typer av uppgifter vid sidan om 112-uppdraget, fyller även undersköterskor en viktig roll. 11. Tid måste avsättas för fortbildning och kompetensutveckling. Ett minimum är att fem dagar per individ och år avsätts för detta.

12. Krav på den prehospitla sjukvården vad gäller kvalificerade medicinska bedömningar och behandlingar gör att prehospital sjukvård måste ha tillgång till läkare dygnet runt. Behovet kan ibland handla om handläggning av patient på plats, men behov finns alltid för bedömningar på distans i vissa ärenden. Läkartillgången kan organiseras på olika sätt beroende på geografiska förutsättningar och dylikt, men tillgången till i verksamheten insatta läkare behöver garanteras. Detta är en förutsättning för hög patientsäkerhet, utveckling och utbildning, men även för att den prehospitla vården ska kunna bidra till omställningen av vården, genom kvalificerade medicinska bedömningar tidigt i vårdkedjan.
13. Det nationella kvalitetsregistret AmbuReg som samtliga regioner levererar data till behöver utvecklas ytterligare. För att driva detta kvalitetsregister krävs offentlig finansiering och krav på att regionerna använder sig av nationell kodning i sina verksamheter.
14. Den prehospitla vården behöver vara delaktig i framtagandet, eller som ett minimum en remissinstans vid framtagandet av nya riktlinjer på i stort sett alla vårdområden. Detta då den prehospitla vården handlägger i det närmaste samtliga patientgrupper som förekommer inom hälso- och sjukvården.
15. Att ta fram nationella riktlinjer som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet ökar patientsäkerheten och bidrar till jämlik vård.
16. En förstärkt samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser behöver komma till stånd. En gemensam ärendehantering mellan larmcentral, ambulanssjukvård, primärvård (regional och kommunal) och socialtjänst behöver möjliggöras. För att möjliggöra detta kan juridiken kring informationsdelning mellan aktörerna behöva ses över.
17. Vårdnivån måste bibehållas vid transporter av patienter mellan vårdinrättningar. För transport av patient med högspecialiserad vård, som vid IVA- eller neonataltransporter behöver specialiserade transportteam finnas tillgängliga. Teamen behöver kunna genomföra dessa transporter såväl i helikopter, ambulansflyg som i vägambulans.
18. För att i situationer där det är fler patienter än ambulanssjuksköterskor behöver åtminstone handräckningsmöjligheter för läkemedelshantering finnas. Inom övrig sjukvård torde delegeringsbehoven vara betydligt mindre än inom ambulanssjukvården, trots detta särbehandlas ambulanssjukvården. Om handräcknings- eller delegeringsmöjligheter inte ges, förutsätter detta att det blir nödvändigt eller t o m obligatoriskt att bemanna varje ambulans med två sjuksköterskor.
19. För att den prehospitla vården ska kunna bedrivas på ett effektivt och patientsäkert sätt behövs samma tillgång till patientinformation via journalsystem som övrig hälso- och sjukvård har. Detta inkluderar information som till exempel SIP (samordnad individuell plan), beslut om behandlingsbegränsningar och NPÖ för att nämna några exempel. Den prehospitla sjukvården behöver vara såväl konsumenter som producenter av vårdinformation.
20. För att arbeta på ett effektivt och patientsäkert sätt behöver en standard för tekniska gränssnitt för samverkan mellan larmcentraler och ambulanssjukvård tas fram. De tekniska gränssnitten mot andra blåljusaktörer behöver även standardiseras.
21. Den prehospitla sjukvården behöver ha en operativ ledning tillgänglig dygnet runt, detta inte minst för att kunna hantera resursbristsituationer på ett patientsäkert sätt både i vardagssituationer och vid särskild händelse. En del i lösningen av tillgången till operativ ledning är det arbete som har genomförts inom SKR (Flisa förordar dock inte att denna funktion benämns "Inre befäl",

	<p>då befäl inte är en funktionsbenämning som används inom hälso- och sjukvården.)</p> <p>22. En nationell standardiserad trafikutbildning behöver tas fram. Säkra uttryckningar är förutom en trafiksäkerhetsfråga även en arbetsmiljöfråga och ytterst en patientsäkerhetsfråga. Viktigt att enbart regionala ambulanser får ha färg och markeringar som finns i ambulansföreskriften, gäller även kläder.</p>
Läkemedelsverket	För utvecklingsförslag se under rubrik Brister och utmaningar.
Myndigheten för Vårdanalys	<p>Myndigheten för vårdanalys lyfter betydelsen av att fånga patienters erfarenheter och perspektiv. Ambulanssjukvården omfattar ett brett sjukdomspanorama och de funderar över om information kan generaliseras när man vänder sig till enstaka utvalda patientorganisationer. I samband med det nämns nationell patientenkät. Vidare skickar de med att trygghetsaspekten för allmänheten utifrån alla medborgare är viktig. Det skapar en osäkerhet när etablerade strukturer till en del saknas. Det är viktigt att den prehospitala vården inte ska behöva kompensera för andra brister i vården utan att identifierade behov och förändringar går i takt. Ambulanssjukvården verkar utgöra olja i maskineriet i förflyttningen mot nära vård tror myndigheten och funderar över hur kan vi bygga nytt utan att slå sönder.</p> <p>Myndigheten funderar över utvecklingsbehov för den prehospitala akutsjukvården i termer av; sammanhållen vårdkedja och vårdförlopp, gemensamma resurser och samarbetsformer, nationella indikatorer, kvalitetsmål och uppföljning av dessa för detta vårdområde, behov av uppdragsbeskrivning i vägval framåt och utvecklingsplaner på olika nivåer. En frågeställning är hur jämlik vård på lika villkor ska operationaliseras utifrån geografi. Myndigheten för vårdanalys ifrågasätter om det är ändamålsenligt att det bästa blir vägledande och funderar över kompensatoriska resurser och miniminivåer.</p>
Patientnämnderna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetensutveckling för personalen om bemötande utifrån patientens perspektiv, samt hur viktigt det är att informera patienter. Ambulansen har sina riktlinjer som de följer men detta samstämmer inte med patientens förväntningar. Patienten har och kan inte förväntas ha, kunskap om ambulansens arbetssätt. 2. Informationskampanj till allmänheten om ambulansens arbetssätt och prioriteringar. 3. Förslag till förbättring blir naturligt att personalen måste bemöta patienten med empati och respekt, genom utbildning och utveckling i ett personcentrerat arbetssätt.
Privat aktör	<ol style="list-style-type: none"> 1. Förebygga hot/våldssituationer genom att tillåta register på larmcentralerna över farliga personer eller adresser vilket kan säkerställa att man vid behov kan få med polisresurser innan akut situation uppstår. Vilka möjligheter ger nya ”blåljuslagen”? 2. Underlätta informationsöverföring mellan vårdgivare så att ambulanspersonalen kan få återkoppling på sina utförda bedömningar prehospitalt. Viktigt också att man kan få del av viktig information om patienten redan ute på hämtplats (ex allergier och pågående medicinering). 3. Ökat användande av individuella vårdplaner som görs synliga för olika vårdgivare.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Skapa rutiner för adekvat omhändertagande av mångringare/-åkare. Ex genom förbättrat samarbete med andra aktörer (mobila team inom hemsjukvård och psykiatri) samt särskilda team som kan hantera dessa samtal på larmcentralen. 5. Skapa forum för förbättrat samarbete mellan blåljusorganisationer, ex via MSB. I dagsläget återkommande svårigheter att finna lämpliga kontaktvägar i olika frågor. 6. Utbilda allmänheten angående lämpliga sökvägar till sjukvård (idag tendens till överutnyttjande av 112).
Fack Ambulansförbundet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulansberedskap (riket har en ojämlig ambulansberedskap med avsaknad av kapacitet att klara av de vardagliga händelserna – den prehospitla vården är inte dimensionerad för demografin helt enkelt). I ett internationellt perspektiv är även katastrofplanerna i de 21 regionerna illa trimmade till verkliga förhållanden. 2. Svag kunskap och fysisk förmåga för ambulanspersonal att agera i svåra utdragna lägen p.g.a. uteblivna övningar och på tok för låga krav. Kraven måste ovillkorligen höjas och omfatta återkommande krav som helst föreskrivs i en AFS. Den fysiska statusen på många anställda inom ambulanssjukvården är alarmerade dålig, vilket leder till stora brister och risker vid insatser vid sjukdoms- och olycksfall. Det behövs kraftigt höjda krav för att minska riskerna. Regionerna måste anställa mer ambulanspersonal och framförallt ambulanssjukvårdare och läkare. 3. Regelverken kring läkemedelshantering är obsoleta då följsamheten är i stort sett obefintlig. I den praktiska handlingspraktiken är det inte heller möjligt att tillmötesgå föreskrifterna om läkemedelshantering. Regelverket måste reformeras. 4. Skyddsutrustning för taktiska prehospitla insatser måste tillföras verksamheten. I händelse av upplopp, ofred eller andra händelser som innebär samhällsstörning måste det finnas kapacitet att agera (att aldrig lämna någon utanför). I denna del handlar det även om att införa flaggning av farliga adresser och personer, som inte polisen åker till med mindre än flera patruller. Riskbilden har förändrats avsevärt sedan 90-talet och ambulanspersonalen och patienterna kommer ofta i riskabla situationer. 5. Reservkapacitet och egen operativ förmåga måste säkerställas genom införande av egen bränslekapacitet, vattenförsörjning, läkemedel samt föda till ambulanspersonal – som kan komma att tjänstgöra lång tid under tider av ofred mm. Alla ambulansstationer bör klassas som skyddsobjekt där tjänsterna även är säkerhetsklassade.
Fack Kommunalförbundet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inom den prehospitla vården organiserar fackförbundet Kommunal ambulanssjukvårdare som arbetar i team med legitimerad specialistsjuksköterska (ambulanssjuksköterska). Ambulanssjukvårdare är en viktig profession som har en avgörande roll i den prehospitla vården. Som arbetsuppgifter har ambulanssjukvårdaren bland annat att ansvara för sjukvårdsledning vid större olyckor, ansvara för teknik (inkl. medikerteknisk utrustning) samt att transportera patienter på ett tryggt och säkert sätt till sjukhuset. Ambulanssjukvårdare arbetar i team med ambulanssjuksköterskan vilket gör att ambulanssjuksköterskan får fokusera på patienten. 2. För Kommunal är rätt använd kompetens en viktig princip. Därför anser Kommunal att det är slöseri av kompetens och resurser att bemanna

	<p>ambulansen med två sjuksköterskor. Att olika kompetenser i ambulansen kompletterar varandra och arbetar i team leder till ökad patientsäkerhet och bättre arbetsmiljö. Ambulanssjukvårdaren ska vara specialist på sjukvårdsledning vid samarbete med polis och räddningstjänst, radiokommunikation med SOS Alarm, sjukhus, polis och räddningstjänst, teknik, bedömning av hot och våldssituationer, problemlösning och förflyttningsteknik. Ambulanssjuksköterska är specialist på sjukvård: hen bedömer och behandlar patienten i hemmet eller på skadestplats och under transport till sjukhus eller annan vårdinrättning.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gör det mer attraktivt att arbeta som ambulanssjukvårdare genom yrkesutveckling på arbetsplatsen, att se över möjligheterna till viss delegering till ambulanssjukvårdaren (som togs bort för några år sedan). Det utbildas för få ambulanssjukvårdare. Viktigt att utbildningen för ambulanssjukvårdare görs likvärdig över landet med en nationell standard. För att kunna tillgodose det ökade behovet av vård på grund av psykiatriska sjukdomar så krävs en utbildningsinsats gällande psykisk ohälsa. 4. Arbetsmiljön för personalen i ambulanserna. Här spelar många faktorer in som nämns ovan vid beskrivning av brister och utmaningar. 5. Kommunal anser att ambulanssjukvården drivs bäst som egen regi-verksamhet. I fall regionen upphandlar ambulanssjukvård, ska upphandlingen ta hänsyn till arbetsmiljö, kollektivavtal, yrkesutveckling, utformning av ambulanserna, samt dimensionering av antal bilar per invånare. Det ska ingå i upphandlingsunderlaget att se över så att upphandlingar av ambulans och dirigering är synkade med varandra. Upphandlarnas kompetens om ambulanssjukvården måste öka. Att anbud med lägst pris vinner riskerar ambulanssjukvårdens kvalitet. 6. Bättre samordning mellan dirigering och ambulansverksamheten. Prioriteringen av larm måste utvecklas i verksamheterna. 7. Aktivt arbeta med att förebygga hot- och våldssituationer inom ambulansverksamheten.
<p>Profession RAS ANIVA MAS SWESEM</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fastställa och tydliggöra den svenska ambulanssjukvårdens verksamhetsområde och uppdrag. I högre grad måste verksamheten styras nationellt för att kunna utvecklas, samt strategiskt kunna placera och nyttja prehospitala resurser – det vore även gynnsamt ur ett beredskapsperspektiv. Gränsen mot nära vård/hemsjukvård/kommunal vård måste göras, då ambulanssjukvården är en viktig del av samhällets beredskap men ofta betraktas och används som en allmän mobil sjukvårdsresurs. Sannolikt behöver denna centrala fråga kring verksamhet, uppdrag och utveckling hanteras inom ramen för en befintlig eller ny myndighet. 2. Tillse att diverse intresseorganisationer inte påverkar ambulanssjukvårdens utveckling (FLISA, SLAS, SKR:s nätverk etc) utan att utveckling i hög grad sker i strukturerad samverkan mellan berörda myndigheter och akademiska företrädare med prehospital inriktning, samt även i samverkan med de inom professionen som har en formell och reell kompetens. 3. Datautbyte och samverkan mellan larmcentral och prehospital vård måste i högre grad ske med resten av den akuta vårdkedjan för att forskning och utveckling ska kunna göras med hög kvalitet. Hinder i form av sekretesslagstiftning mellan vårdgivare måste fortsatt utredas.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Utverkande av evidensbaserade riktlinjer och införande av dessa i ambulanssjukvården 5. Differentiering av verksamheten; det finns behov av transport mellan vårdinrättningar, eller boende och vårdinrättning som inte kräver medicinsk kompetens, likaväl som det finns transporter med krav på specialiserad vård som t.ex. intensivvård eller neonatalvård – det vore sannolikt mer effektivt och säkert att utveckla dessa typer av transportorganisationer istället för att ambulanssjukvården ska utgöra den självklara basen vid dessa typer av transporter. 6. Kompetenshöjning inom specialistområdet prehospitalet akutsjukvård, då i form av en kliniskutbildning på masternivå, Avancerad specialistsjuksköterska (Advance nursing) via högskolan/universitet, Detta för att höja, förstärka samt kunna utveckla det kliniska patientarbetet inom den prehospitalet akutsjukvården. Idag finns ingen möjlighet att utvecklas både kliniskt och akademiskt, utan att man kommer längre och längre från patientvården. Det enda alternativet som finns idag är en akademisk masterutbildning. 7. Att det finns en nationell nivå på vilken kompetensen som skall finnas i en ambulans som verkar i den prehospitalet akutsjukvården, och det skall vara minst en specialistutbildad ambulanssjuksköterska i varje ambulans. 8. Att få tillgång till att kunna ta del av uppgifter i patientens journal, för att kunna bedöma och behandla patienten med ett korrekt underlag med information om patientens hälsotillstånd, samt att kunna dokumentera de behandlingar, och bedömningar samt åtgärder, i patientens journal som är utförda av ambulanssteamet, så att andra vårdgivare tex. primärvården, kommunen kan ta del av ambulanssjukvårdens besök, vilka beslut har man tagit, vilka råd har man givit och vilken behandling har patienten fått. Detta för att göra patientvården mer säker och tillförlitlig. 9. Att SOS skall kunna ”flagga”, ”märka/markera” farliga, hotfulla adresser/patienter, så att ambulanssjukvården kan undvika att i förstaskedet gå in i en ev. hotfull situation, där det sedan tidigare vet att det varit hotfullt.
<p>Profession Nätverket för utbildning av ambulanssjuksköterskor</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetenshöjning. Varje ambulans skall bemannas med minst en legitimerad sjuksköterska som innehar specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård. Den andra medlemmen i ambulanssteamet skall vara legitimerad sjuksköterska, men bör inneha en specialistsjuksköterskeexamen inom ambulanssjukvård. 2. Föreskrift som reglerar en nationell verksamhet inom prioritering och dirigering av ambulansuppdrag. 3. Tydligt definiera den specialistutbildade ambulanssjuksköterskans profession i syfte att förtydliga ambulanssjuksköterskans autonomi i professionsområde inom ambulanssjukvård i samarbete mellan klinik och akademi. 4. Öka den prehospitalet katastrofmedicinska förmågan. 5. Enas om en gemensam terminologi inom och mellan samverkande aktörer inom prehospitalet verksamhet.
<p>Profession Glesbygd SFGM</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jourtjänstgörande distriktssjuksköterska är en del av lösningen i nära samarbete med äldreomsorgssjuksköterska och ambulanssjuksköterska. Det är bättre att använda de resurser som finns för det är bättre än att en person har lång väg att resa in till sjukhus. Det är många gränssytor och man måste samverka mellan de aktörer som finns att tillgå. 2. Förbättrad ”larmkedja” tillgänglig vid fr a suicidhot men även annan akut psykisk ohälsa. Kräver också kompetensutveckling, särskild utbildning och tillgång till stöd och råd på distans från såväl polis som psykiatri.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Samordnade övningar och möjlighet att gå igenom händelser man samarbetat kring mellan ambulans och personal på HC/Sjukstuga. 4. Förbättrad mobiltäckning och möjlighet för den som finns närmast den sjuke/skadade att få hjälp i bedömningen i både ord och bild även i de glesaste områden. 5. Utbildning hos larmoperatörer om hur man kan behöva arbeta i glesbygd jämfört med i tätbefolkat område med goda kommunikationer. 6. Journaltillgång på plats, videoutrustning och kameror i ambulansen så de kan koppla ihop direkt med rätt specialitet för bedömning, åtgärder och även beslut om vart ambulansen ska föra patienten. Utrustning att kunna ta fler vitalparametrar i ambulansen vore bra. 7. Praktiska förslag på förbättring är att även räddningstjänst skulle vara utrustade med Pulsoximeter, syrgas och Naloxonsprutor (ges i näsan mot överdos av opioider). 8. Samarbete med sjukstugorna är viktigt och behöver förutsättningar för att fortsätta. 9. För att kunna använda digitala hjälpmedel i ambulanserna behöver tillgång till internet bli bättre i glesbygd. 10. Utbildning i AOSP (Akut Omhändertagande av Självmondsnära Person) borde därför ges bredare i glesbygd än i städer. Ett regionalt centrum för suicidprevention har goda kunskaper om lokala förutsättningar och kan därför planera bättre och mer effektiva insatser än centrala aktörer. 11. Samövning och bra kommunikation mellan kommun och region är en förutsättning för att arbetet ska fungera bra. 12. Lagstiftningen behöver i vissa fall anpassas till glesbygdens kontext eftersom de utövas även i glesbygd som har helt andra förutsättningar än där lagarna stiftas, i storstad. 13. Idén med AXG-konceptet (Akutsjukvård i extrem glesbygd) i fjällvärlden är det som behövs; förlänga regionens förmåga att fullgöra sitt ansvar vid sjukdoms- och olycksfall i väglöst land, distriktsläkarjour, kedja med medicinsk rådgivning kopplat till 112 och utbildningskoncept. 14. I många byar har hjärtstartare köpts i och finns i byalokaler och på samlingsplatser. Det har även hållits utbildningar i hur man använder dessa. Vissa högstadieskolor har isvaksövningar. 15. Utvärdera akutbilen i Åsele (den har också en läns-gemensam dirigerings så all övrig ambulans trafik påverkas av den, inte registrerad som en ambulans men ser ut som en och den dirigeras på ett annat sätt än en ambulans, medför stora konsekvenser för främst Vilhelmina och Dorotea).
<p>Verksamhetsexempel Region Skåne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ökad patient-/anhörigdelaktighet. Patienter med psykiatrisk problematik ett likvärdigt uppdrag som somatiska patienter. 2. Ökad slutbehandling i hemmet. 3. Gemensamt eller delat dokumentation- och journalsystem med tillgång till sjukvårdsjournaler i ambulansen. Beslut måste tas om var i sjukvården ambulanssjukvården ska befinna sig. I många andra landsting sker ett närmande till primärvården eller primära vården och då blir det naturligt att man delar dokumentationssystem med de delarna som man verkar inom, såväl den primära vården som den slutna akutsjukvården. 4. Ambulanssjukvården behöver kunna följa upp sina patienter och måste "äga patienten genom hela den prehospitäl vårdkedjan" så att rätt resurser kan nyttjas på ett effektivt sätt.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Personalkompetens. Vad är rätt kompetens för ambulanssjukvården? Tydliggöra och utveckla professionen/yrkestiteln "Specialistsjuksköterska inriktning Ambulanssjukvård" avseende funktion, ansvar och förmåga. Detta för att tydliggöra behovet av denna specialistutbildning. Arbeta med mentorskap, där man har rätt att vara ny i arbetet samtidigt som man nyttjar personal med stor erfarenhet och kompetens. Idag är det ingen skillnad om man som personal är novis/expert på de ambulansuppdrag man erhåller under sina arbetspass. 6. Inte låsa utvecklingen. Vid nya upphandlingar/entreprenörbyte i verksamheten bör man sträva efter att inte blir för "snäv" i kravspecifikationer gällande tex fordon, bårar, utrustning etc. Vidare är det viktigt att olika ambulansverksamheter (privat driven ambulanssjukvård alternativt offentligt driven ambulanssjukvård) har samma möjlighet att driftsätta likvärdiga resurser såsom akutambulanser, transportambulanser, lättvårdsambulanser, SR, bedömningsbilar, utbildningsambulanser mm. Det kan inte enbart vara den privata ambulanssjukvården eller enbart den offentligt drivna ambulanssjukvården som ska ansvara för utvecklingen av ambulanssjukvården i en region. Har våra politiker fattat beslut om att upphandla en del av ambulanssjukvården i privat regi måste utvecklingen ske på lika villkor och lika delar ansvar. 7. Antalet framtida medarbetare måste öka, därmed måste antalet utbildningsplatser matcha behovet. Vi ser svårigheter att i framtiden bemanna med rätt kompetens i våra bilar. 8. Integrera ambulanssjukvården i kvalitetsregister och vårdkedjor där ambulans varit delaktig. Patientens vårdförlopp börjar på larmcentral och inte på akutmottagning. 9. Långa och kännbara ställtider för att få nya ambulanser. Sverige är för sårbart. Det hade varit en fördel om det på nationell nivå fanns en bank av bilar att tillgå samt att bilarna var likriktade i sin utformning och funktionalitet. Militärens utbildning och fordon fungerar inte civilt. Det hade varit en fördel om ett sådant samarbete hade funnits vid ex. Covid-19 pandemin.
Räddningstjänst Kommunal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rekommendera IVPA i SOSFS 2009:10 Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård. Nuvarande reglering säkerställer avtalsläget och att verksamheten står under tillsyn, men inte att verksamheten bör bedrivas (det finns ett antal kostnads/nytta-analyser på området IVPA och hjärtstopp och samhällsnyttan är stor). 2. Bedriv tillsyn med statistiskt underlag av akutsjukvårdens faktiska prestationer, såsom responstider, antal larm där resurs helt eller delvis saknas osv, (kanske redan görs, men vår upplevelse är att bristkänedom är ett problem). 3. Ställ krav på kontinuerlig ledning av akutsjukvården, inte bara vid pågående allvarliga händelser. Beslutsförmåga behövs i stora som små frågor och kontinuerligt. 4. Utveckling av ambulanssjukvårdens ledningsförmåga både övergripande (LC) och skadeplatsnära. Skapa en tydlig parallell till räddningstjänstens räddningsledare och polisens polisinsatschef. Nuvarande system att 1:a ambulans på plats ska kunna ha rollerna som medicinskt ansvarig och sjukvårdsledare håller inte då all personal måste ha denna kompetens då vilket inte funkar i verkligheten. Måste finnas speciellt utsedda och övade som kan bygga upp en vana att leda sjukvårdsresurser. Viktigt att sjukvården skapar en förmåga till övergripande ledning vid ledningscentral där de kan arbeta med systemledning för ambulanssjukvården t ex beredskapsläge, samverka med andra aktörer som är inblandade (räddningstjänstens övergripande ledning, polisens ledningscentraler etc)

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Utökad utrustningsnivå för att hantera masskadesituationer. Handlar både om att ha personal och fordon för att kunna skala upp. Viktigt med god tillgång till basalt sjukvårdsmaterial för traumasjukvård (typ tourniquet, enkel förbandsmaterial etc). I Jönköpings län har Regionen gått in och finansierat så att alla ca 220 brandpersonal i beredskap har personliga sjukvårdsmidjeväsor med denna utrustning. Dessa väskor används vid alla typer av insatser i vardagen (trafikolyckor etc) men gör att vi kan hantera masskadesituationer på ett mycket bättre sätt. Regionen håller all kommunal räddningstjänst med den löpande förbrukningsmaterielen. Regionen utbildar all brandpersonal i användningen av utrustningen. Motsvarande utrustning finns också i ambulanserna vilket gör att samarbetet underlättas avsevärt. Inom länet finns också 3 uppsamlingsplatser med tält, utrustning för syrgasgivning till många drabbade samt större mängder bårar. En av dessa är dessutom en saneringsplats för många drabbade vid händelser med farligt gods/kem. På detta sätt skapas en förmåga att hantera händelser med många drabbade vilket måste finnas över hela Sveriges yta 6. Psykiatriambulanser (yttäckning en utmaning). Involvera mobila team inom psykiatri för att öka kvalitén vid suicidrelaterade händelser 7. Förbättrade svarstider för 1177 kommer förbättra för 112 vilket i sin tur ger bättre träffsäkerhet för ambulansens larm. 8. Utbildning av räddningstjänsten: skapa en minsta gemensam nivå för den löpande fortbildningen inom rtj. Nu finns en gemensam nivå på grundutbildningen men sedan så skiljer det stort i landet. 9. Finansiering av IVPA-uppdrag/hjärtstoppslarm: räddningstjänsterna vill hjälpa till med detta (viktigt uppdrag politiskt) men det behövs en finansieringsmodell, ersättning för uppkomna utryckningskostnader (självkostnadsprincipen) är det minsta. 10. Gemensam begreppsapparat: viktigt vid insatser
<p>Räddningstjänst Statlig, SOSUV</p>	<p>SamSAR har varit ett samarbete mellan Sjöfartsverket, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Polismyndigheten. Projektet påbörjades 2016 och avslutades i december 2019. Syftet med projektet har varit att Sverige ska bli bättre på att ta hand om skadade och sjuka personer som befinner sig i svårtillgänglig (oländig) miljö som är långt från hälso- och sjukvård. Det kan exempelvis vara där det inte finns farbar väg som vid fjäll-, sjö- och flygräddning.</p> <p>Från Socialstyrelsens analys framgår exempelvis följande centrala utvecklingsförslag;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Säkerställa att sjukvårdsbehov identifieras och att sjukvården får möjlighet att ta ansvar för sjukvårdsdelen av uppdraget vid aktörsgemensamma insatser i oländig terräng. Ofta behöver en sjukvårdsledning upprättas parallellt med ledningen av räddningstjänstinsatsen • Förslag till prioritetsordning i uppdrag med sjukvårdsbehov: <ul style="list-style-type: none"> ○ Regionen ansvarar för resurser (personal, transporter mm) ○ Hälso- och sjukvårdspersonal från regionen medföljer på räddningsuppdraget ○ Räddningstjänst utför sjukvårdsinsats under sjukvårdsledning av hälso- och sjukvårdspersonal
<p>Sjukvårdens larmcentral</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nationella mål krävs om man ska nå en jämlik vård. Det kan gälla svarstider på tex larmcentral, insatstider men inte minst medicinsk kompetens som krävs för att bedriva larmcentralverksamhet. 2. Öka läkarmedverkan i den prehospitalla vården, och då framför allt inom triagering och styrning. Behövs redan idag (se ovan). Med God och Nära Vård

	<p>kommer fler och sjukare patienter att vårdas utanför sjukhus, vilket ställer ännu högre krav på medicinsk kompetens och bedömningsförmåga i samband med akuta/halvakuta försämringar hos patienter utanför sjukhusen. Att nyttja relativt dyra mobila läkarteam optimalt kräver en god precision i den initiala medicinska bedömningen, så att man åker på rätt patienter.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Möjlighet att fatta beslut som myndighet. En Räddningsledare inom räddningstjänst har möjlighet att fatta beslut om tex ingrepp i annans rätt. Den möjligheten saknas helt inom sjukvården även om det skulle kunna rädda liv. Jag har flera exempel på detta som jag kan redovisa. Denna möjlighet skulle behövas både för larmcentralen (tex ambulanschef i beredskap, ACIB) och för ambulanspersonal på fältet. 4. Standard för tidigt beslutsfattande vid en insats, dvs redan innan första ambulans anlant till platsen. Inom nätverket för ambulanssjukvård på SKR så arbetar vi med ett sådant förslag. Vi har haft avstämningar med er på Socialstyrelsen och Åsa Kullgrens utredning har fångat upp det behovet. Olika regioner har löst detta på olika sätt idag men några har ingen lösning alls vilket påverkar insatser. Det påverkar också våra samverkanspartners. 5. Stora behov av att beforska verksamheten på samma sätt som sjukvården i stort är. 6. Definiera bra och värdefulla patientrelaterade utfallsmått på kvalitet och kostnadseffektivitet inom den prehospitaled sjukvården. 7. Skapa resurser för att hantera en ökande mängd automatlarm från individer, hemsjukvård och andra tänkbara aktörer som levererar exempelvis vitalparametrar automatiskt. Behöver utvecklas både rent tekniskt för att kunna ta emot data på ett patient- och sekretessmässigt säkert sätt. Men det kräver också en översyn och planering hur inkommande data ska hanteras rent kliniskt, vem ska hantera just denna data? Ska en ambulans skickas, eller en jourläkare, eller ska primärvården ha dessa för långsiktig planering? Massor av frågor kring detta som behöver hanteras. 8. Robusthet inom arbetet med civilt försvar.
SOS Alarm	<ol style="list-style-type: none"> 1. Förtydligande av ambulanssjukvårdens uppdrag och vilken nivå av vårdbehov som man ska nå upp till för att nyttja dessa resurser. 2. Det bör vara regionen som ska ha i ansvar att definiera vad deras resurser ska användas till precis som de ska definiera hur de ska larmas ut. Alternativet är en central, nationell styrning. 3. Hjälpa den prehospitaled vården att tolka lagen avseende delning av data i syfte att hitta och nyttja de möjligheter som finns. 4. Öka samverkan mellan larmcentral och sjukvårdsrådgivning i syfte att sömlöst kunna flytta patienter emellan. Viktigt att behålla en skiljelinje mellan larmcentral och 1177 men det finns stor förbättringspotential i samverkan och effektivitet mellan dessa två verksamheter.
Barnsamordnarnätverk SoS NPO Barn och ungas hälsa SKR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lagstiftningen innebär att man ska få den vård man behöver oavsett ålder, men man behöver fundera över om man har med barnperspektivet i det dagliga "tänket". 2. "Barn är inte barn" utan har olika åldrar. 3. Lägga in barnperspektiv och gemensam värdegrund inom ramen för gemensam utbildning. 4. Rätt förhållningssätt och bemötande, fördjupa kunskap om hur man pratar med barn och unga, att de blir sedda. 5. Uppmärksamma barn som anhöriga även inom ambulanssjukvården.

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Se vårdnadshavare som en resurs och ge plats i transporten. 7. Ambulanspersonalen behöver fördjupad kunskap exempelvis om neuropsykiatriska funktionshinder, även behov av kompetent personal vid sekundärtransporter 8. Unga med psykisk ohälsa ska inte behöva polishandräckning utan få bemötas av vårdpersonal. 9. Det kan ibland finnas andra lösningar än att ett barn behöver köras till sjukhus, problem med avstånd och glesbygd, behövs riktlinjer i regionerna, bör finnas avtal som innebär att den region där barnet hör hemma även ska hämta hem sina barn. 10. Kan vara oklart vart barn i akut skede ska transporteras, behov av barnakuter, ad hoc lösningar är otillfredsställande. 11. Tvingande nationellt register för att kunna följa upp. 12. Utveckla telemedicin som ett hjälpmedel. 13. Definiera enligt termbank och om något saknas så föreslå definition. 14. Helikoptrar är väderberoende och flyg medför om- och ilastningar. Efterfrågar nationellt flygsystem.
Etiska rådet SoS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha patientnyttan för ögonen 2. Identifiera geografisk sårbarhet 3. Acceptera en miniminivå för tillgänglighet i svårtillgänglig miljö och glesbygd 4. Använd tillgängliga aktörer och resurser i tätt samarbete med varandra i glesbygd i kombination med telemedicinsk tillgång och bakre stöd 5. Betrakta psykiskt och kroppsligt sjuka personer likvärdigt 6. Identifiera kunskapsluckor och rikta forskningsanslag 7. Ta helhetsgrepp för dimensionering av hälso- och sjukvårdsresurserna där den prehospitaled akutsjukvården räknas in
Funktionshinder SoS	<p>Liksom i alla vårdkontakter är tillgänglighet ett av de största problemen för personer med funktionshinder. Det kan gälla såväl fysiskt som kognitivt. Det innebär att ambulanspersonal kan behöva fortbildning i att hantera detta samt vara särskilt medvetna om medföljandes betydelse för en trygg och patientsäker situation.</p> <p>Strokeförbundet Bristerna i dagens ambulanssjukvård:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulanssjukvården är ojämnt fördelad över landet. • Med snabba insatser så minskar konsekvenserna av stroke. Diagnos och behandling inom 6 timmar. • Hela landets befolkning behöver få tillgång till trombotomibehandling vid behov. • En förutsättning är effektiva och snabba ambulanstransporter för hela befolkningen.
Missbruk ANDTS SoS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulanssjukvården skulle ha nytta av att få bakgrundsinformation om persons utsatthet. 2. Fortbildning av larmtjänstpersonal och ambulanspersonal i grundproblematiken och bemötande samt en förståelse för beteenden kring bemötande. Specifik utbildning om våldsutsatta kvinnor i missbruk. 3. Ökad kunskap om våldets konsekvenser på lång sikt och dess koppling till psykiska sjukdomar och risk för suicid och psykos.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Koppling till socialjour/polis som kan följa upp om våldsutsatt kvinna inte vågar följa med ambulansen. 5. Kan vara viktigt att adressera kunskapsnivån hos väktare, som ofta möter personerna först. 6. Det behövs tydligare information att vården finns till för att hjälpa och inte dömer. 7. Närstående behöver få information av vården för att kunna stötta och hjälpa. 8. Vården behöver inhämta information från närstående, speciellt vid annan etnisk bakgrund hos kvinnor och barn, för att diagnosen ska bli rätt.
<p>Äldrerådet SoS</p> <p>NPO Äldres hälsa SKR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sammanhållen journal och tillgång till information. Ambulansen måste komma åt dokumentation/information om personen för att vidta rätt åtgärd. 2. Framförallt är det av betydelse att ambulanspersonalen har kompetens att möta och ta om hand äldre. Detta med tanke på bland annat kognitiv svikt hos till synes adekvata äldre personer, psykisk ohälsa och skörhet av olika slag. 1. Det är väsentligt att förstå orsaken till att man kallar på ambulans, viktigt med första steget, det är inte alltid att en äldre person ska till akutsjukhus. Det behövs besluts- och beställningsstöd. 2. Ambulansen behöver se helheten och inte enbart vara fokuserad på sin egen del, sin egen ambulansverksamhet. 3. Gränstytorna mot kommun är jätteviktigt! 4. Vore bra att kunna kontakta geriatriken och eventuella team från sjukhus (goda exempel från ex Region Stockholm). 5. Fånga upp närstående (det kan t ex handla om en vän som blivit vittne till en svår situation). 6. Tolk tillgång vid behov.
<p>Nationella minoriteter SoS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tillgänglighet till information på de nationella minoritetsspråken på 1177, åtminstone på finska, meänkieli, romani och samiska. 2. Värdefullt om det finns kunskap om att de nationella minoriteterna har särskilda rättigheter när det gäller kultur och språk och att det avspeglar sig i information och bemötande. 3. Frågan om service i glesbygden är väldigt viktigt ur ett minoritetsperspektiv, särskilt i de kommuner som ingår i förvaltningsområden för samiska och meänkieli, Sápmi och Tornedalen. 4. I de regioner som ingår i förvaltningsområdena för finska, meänkieli och samiska borde det vara möjligt att kommunicera på minoritetsspråken i kontakter med den prehospitla akutvården. 5. Språk som en viktig faktor både när det gäller rättigheter och patientsäkerhet för nationella minoriteter. Vikten av språklig förståelse gäller ju också andra språkgrupper. Flyktingar och andra immigranter behöver kunna göra sig förstådda och förstå i samband med den prehospitla akutsjukvården, exempelvis rätten till tolk. 6. Vi vet att diskriminerande attityder har lett till dödsfall i samband med ambulansvård (t.ex. fallet med den "kulturella svimningen"). Diskrimineringsombudsmannen (DO) får in en mängd anmälningar avseende hälso- och sjukvården kopplat till etnicitet och religion och som antagligen även avser bemötande inom den prehospitla akutvården. Det kan uppstå risker för patientsäkerheten när diskriminerande attityder leder till bristande tillit mellan patienter och vårdpersonal vilket också är ett perspektiv som bör uppmärksammas. Socialstyrelsen har fått ett uppdrag att ta fram kunskapsstöd för att motverka rasism inom

	<p>hälso- och sjukvården inom vilket samer och romer är identifierade som särskilda målgrupper tillsammans med afrosvenskar och muslimer.</p>
<p>Nationella vårdkompetensrådet genom dess kansli SoS</p>	<p>I arbetet med detta regeringsuppdrag har samtal förts med Nationella vårdkompetensrådets kansli eftersom insamlat informationsmaterial visat på behov som är generella för hälso- och sjukvården när det kommer till kompetensförsörjning så som tillgång till rätt kompetens, att kunna rekrytera och behålla hälso- och sjukvårdspersonal. Frågor om kompetensförsörjning berör även angränsande områden såsom exempelvis patientsäkerhet och tillgänglighet.</p> <p>Nationella vårdkompetensrådets uppdrag är att göra bedömningar av kompetensbehoven i hälso- och sjukvården och att stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå. För närvarande har rådet tillsammans med Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården (S2021/06575) (slutredovisades 30 november 2022). I uppdragets delredovisning har ett antal goda exempel lyfts, såsom den så kallade Borgholmsmodellen där hälsocentralen utvecklat ett väl fungerande samarbete med den kommunala hemsjukvården, ambulanssjukvården och kommunen. I sin fortlöpande verksamhet arbetar rådet med frågan om Avancerad klinisk specialistsjuksköterska, som förekommer inom vissa verksamhetsområden i landet, inklusive primärvården.</p> <p>Samtalet med rådets kansli bestod av ett informationsutbyte och berörde bl.a. övergripande utbildningsfrågor, exempelvis hur lärosäten, regioner och kommuner samverkar om frågor avseende bl.a. behov och efterfrågan, samt utmaningar och möjligheter för kompetensförsörjning som en del i rådets uppdrag.</p>
<p>Standardiseringsverksamhet</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Myndigheters aktiva medverkan i standardiseringsarbete för att inom ramen för det europeiska standardiseringsarbetet driva på för tekniska standarder för interoperabilitet. 2. Utnyttja SIS samarbetsplattform för övriga frågor som behöver standardiseras, även nationellt 3. Standardisering behöver prioriteras högre, möjliggöra ökat deltagande från vård 4. Aktiv medverkan från myndigheter och vård kan underlättas genom regleringsuppdrag till berörda myndigheter (ex Socialstyrelsen, Transportstyrelsen, Läke-medelsverket, Arbetsmiljöverket) och tydliggöra uppdrag gentemot regioner (SKR)
<p>Svenska Ambulansregistret</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Krav på öppna gränssnitt mellan olika vårdgivares digitala system vilket skulle bidra till att skapa förutsättning för obruten vårdkedja inklusive informationsöverföring. 2. Öppna upp för nya kvalitetsregister (med finansiering) inom prehospital akutsjukvård vilket skulle möjliggöra att kunna utvärdera olika larindex, medicinska bedömningar och behandlingsriktlinjer. 3. Analyser från 1 och 2 bör ge möjligheter att kunna följa patientflöden som kan ligga till grund för framtidens akutvård och den pågående omställningen till en god och nära vård, där den prehospitala akutsjukvården är en viktig aktör. 4. Nationell samsyn kring triageverktyg inom den prehospital akutsjukvården saknas och det förekommer att man, utan tillräcklig kunskapsstöd och evidens, byter triageverktyg vilket försvårar verksamhetsuppföljningar. Detta är en brist.

	<p>För att systematiskt kunna kvalitetssäkra den prehospitla akutsjukvården inklusive larmkedjan behövs enhetliga kodverk och riktlinjer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. En utmaning i sammanhanget är att kodverk för prehospital akutsjukvård till stora delar är otillräckligt även i vår omvärld. Men detta får inte hindra att arbetet med nationella kodverk intensifieras inom befintliga strukturer som till exempel Socialstyrelsens termbank, Nätverket för Sveriges medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare (Slas) och Högskolor/universitet för att nämna några. 6. Definiera ambulanssjukvårdens kärnuppdrag. Först när man nått nationell samsyn i denna fråga kan man mer systematiskt kvalitetssäkra ambulanssjukvårdens verksamhet och utveckla både fortbildning och utbildning på avancerad nivå inom detta område. 7. I sammanhanget förtjänar också att nämnas att svensk ambulanssjukvård exklusive kostnader för alarmeringssjukvården har budgeterade kostnader för drygt 5 miljarder SEK årligen, detta utan att någon nationell utvärdering, ur ett medicinskt eller patientnytta-perspektiv görs. I Sverige utförs årligen runt en miljon ambulansuppdrag. Staten bör, menar vi, ha ansvar för det nationella perspektivet,
<p>Svensk luftambulans</p> <p>Svenskt ambulansflyg</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oavsett vilken region som ambulanssjukvården tillhör är det viktigt med en gemensam dialog och hur vi ser framåt. Det finns en gruppering där samtliga aktörer sitter, där diskussioner förs och där det finns stort intresse för samordning. 2. Om utalarmeringsfunktionen har mandat så kan den larma ut resurser till händelser utanför regionen där enheten är parkerad. På några baser finns ak-utbilsverksamhet som komplement till helikopterverksamheten eftersom det i vissa delar av landet är det betydligt bättre med en akutbil än exempelvis en ambulanshelikopter. Synbarheten över luftburna ambulanssjukvårdens förmåga och resurser viktig. 3. Nationell satsning på intensivvårdsbåtar. 4. Uppdatera författningssamling 2009 till att ställa krav på region och vårdgivare att erbjuda prehospital intensivvård av nationell kvalitet, antingen genom egna enheter eller genom avtal med grannregionen. Uppdatera den med att differentiera vårdnivåerna av ambulanssjukvård (riktmärke med sjuksköterskebemannad ambulanssjukvård, erbjuda en lägre vårdnivå med ambulanssjukvårdare, högre vårdnivå med specialistutbildade sjuksköterskor, ännu högre med ambulansöverläkare, absolut högst upp kunna erbjuda prehospital intensivvård). 5. Utveckla regelverk för det flygoperativa inklusive helikopter (nationellt och europeiskt). 6. Samordna upphandling av flygbränsle, tankanläggningar och satellitbaserade navigationssystem för helikopter nationellt. 7. Vid sekundära intensivvårdstransporter är det viktigt att samordna, att kunna dirigera och koordinera gränslöst och ha tillgång till såväl flyg, helikopter och vägambulanser (ambulanshelikoptern har t ex förmåga att ta sig ut till skadeplats och olika terräng som inte flygplan har). Det är dyra verktyg som inte ska begränsas till ett geografiskt område utan de behöver synkroniseras beroende på väder, vind, oländig miljö, behov, tillgång. 8. Prehospital intensivvård är en term som betyder att när intensivvård bedrivs utanför sjukhus ska detta göras med samma krav och vårdkvalitet som intensivvård på sjukhus. Vårdkvalitet handlar om att inte ha fel utrustning och framförallt att ha kompetens. Termen är ett uttryck för vårdbehovet med

	<p>koppling till kompetens. Vårdnivån är densamma men sedan är utmaningarna betydligt större i ett fordon under transport. Viktigt vid utalarmering att bedöma vilken vårdnivå som behövs (finns en betydande övertriagering och en viss undertriagering, incidens 30 fall/10 000 invånare/år har intensivvårdsbehov).</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Definiera, så att det blir en nationell enhetlighet och patientsäkert, vilken kompetensnivå som krävs vid prehospitalet avancerad vård inklusive medicinskt beslutsstöd och tillgång till bakre stöd. 10. Fortsätt utveckla samarbetsytorna gentemot Försvarsmakten och Sjöfartsverket (även Polisen i fjällmiljö vid akutsjukvårdshändelser) att man har förberett samarbetsformerna och kontaktytorna. Fredstida goda lösningar borgar för möjlighet till sömlös uppväxling vid särskilda händelser. Vid katastrofmedicinsk hantering i större perspektiv behöver någon hålla i en nationell taktpinne. Viktigt att kunna nyttja dyrbara resurser utanför sin region, med en nationell samordning.
<p>Ambulans-Nätverket SKR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Möjlighet till uppföljning av kvalitetsdata, patientutfall, mortalitet/överlevnad. Statistik, placering av resurser (simulering), beläggningsgrad. 2. Utökad möjlighet till samverkan med övrig hälso- och sjukvård, tillgång till och inkludering i befintliga journalsystem för sammanhållen informationsöverföring och patientsäkerhet. 3. Utvecklad prioritering, dirigerings och ledning på larmcentral med prehospitalet kompetens. 4. Nationell samordning i frågor rörande civilt försvar och prehospitalet sjukvårdsroll i totalförsvaret, materieförsörjning samt drivmedelsförsörjning. 5. Nationell samordning i frågor rörande pågående dödligt våld och katastrof/beredskap. Tydligare uppdrag och riktlinjer. 6. Organisation och lokalisering baserad på statistik och analys mer än lokalpolitiska önskemål. 7. Tydligare uppdragsbeskrivning baserad på verksamhetens kompetens, förmåga och begränsningar. Kvalitativa mål istället för kvantitativa. 8. Stärka ambulanssjukvårdens deltagande och roll i omställningen mot god och nära vård. 9. Förbättrade vårdkedjor för psykiatriska patienter genom ökad tillgänglighet till psykiatrisk vård både inom psykiatri och primärvård. 10. Tillsätta ”Inre ledning” på alla centraler som har avtal med SOS Alarm för prioritering/dirigering. Ett arbete pågår i Ambulansnätverket SKR avseende ”inre befäl” i egen regi på larmcentralen. Även i slutbetänkandet ”Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga” tar upp detta som en viktig del. Positiva resultat av detta kan presenteras från Dalarna och Kronoberg/Blekinge/Kalmar. En funktion som dagligdags kan optimera resursanvändandet, samt vara en operativ/taktisk samverkansperson med andra myndigheter vid t ex särskilda händelser. Det finns också en arbetsmiljöaspekt i detta avseende hot/våldssituationer där vi idag lämnar över arbetsmiljöansvaret för vår personal till annan aktör – vilket egentligen inte torde vara lagenligt? (Detta som en första åtgärd för att sen ta över larmcentralerna i egen regi). Även slutbetänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga (2022:6) tar upp bristen på prehospitalet ledningsfunktion men nämner dock att arbete pågår i detta och hänvisar till Ambulansnätverket/SKR: s arbete. 11. Gemensam strategi för att möta ”God och nära vård”. Detta behöver kopplas ihop med ”vad är ambulanssjukvårdens uppdrag”. Det finns en risk att ambulanssjukvården tar över primärvården mer och mer. Dessa uppdrag tar allt som

ofta längre tid vilket i sig kan skapa undanträngningseffekter osv. Ska ambulanssjukvården begränsa sig i sitt uppdrag – eller ska vi utöka med fler/mer typer av kompetenser/resurser? Och behöver ju givetvis kopplas isf till budget osv.

12. Nationell samverkan avseende resurser. Plan för nationell samordning att styra ambulansresurser, liksom polisen och till viss del räddningstjänst som gör det över större geografiska områden.
13. Använda kompetensen hos ambulanssjuksköterska mer optimalt. Vi går mer och mer åt att ”strama åt” kring rutiner och riktlinjer, och beslutsstöd som måste följas osv, i hela sjukvården. Till viss del bra, men vi tappar det egna tänkandet, engagemanget, ansvarstagandet. Man jobbar mer idag kring rädslan för att göra fel, än att utgå från att våra medarbetare gör rätt och har kompetensen. Detta är troligen en anledning till att medarbetare slutar, de känner att ”ledningen” inte har förtroendet för sina medarbetare.
14. Uppdatering av dagens föreskrift för ambulanssjukvården.
15. Behov av Specialistutbildningar. Vart bedrivs det idag?
16. Digitalisering av ambulanssjukvården.
17. Vad är ambulanssjukvård. En tydlig uppdragsbeskrivning behövs.
18. Översyn av katastrofmedicinska beredskapen.
19. Möta behovet som SamSAR rapporten presenterat.
20. Ett nationellt grepp gällande IVPA och räddningstjänsternas uppdrag inom hälso- och sjukvård. Är det jämlik vård när det får lov att se ut så olika beroende på vilken region man bor i? Skattemedel används inte korrekt.
21. Gemensam minimumbeskrivning av kompetenser.
22. Gemensamt minimumkrav gällande resurser, per 1000 invånare, per kvm yta el dylikt.
23. Utveckla kvalitetskrav/kvalitetsindikatorer istället för mätning på tid.
24. Tydligt uttalad ambitionsnivå om vad ambulansverksamhet är och förväntas kunna åstadkomma.
25. Utveckling av beslutsstöd som håller en linje genom hela vårdkedjan gällande vilken typ av åkommor som ska hanteras på vilken vårdnivå, ända från telefonrådgivningen på 1177, larmcentral på 112, ambulansverksamheter, primärvård och akutmottagningar.
26. Stabila system för informationsdelning av såväl patientuppgifter (journaler) som styrdokument och annan viktig information.)
27. Uppdaterad författning från Socialstyrelsen gällande ambulanssjukvård.
28. Insyn och påverkan på SOS Alarm.
29. Ledning från sjukvården både i vardag samt vid särskild händelse på SOS (inre befäl).
30. Mer effekt av olika instanser som jobbar med ambulanssjukvård, till exempel FLISA, SLAS och SKR.
31. Digitaliserat och validerat beslutstöd för hänvisningar till annan vård.
32. Nationella jämlika kvalitetsmål för vilken/vilka kompetenser som möter patient vid behov akut vård prehospital?
33. Nationella responstider för akut vård, när möter rätt kompetens patienten prehospitalt vid behov akut vård nationellt?
34. Nationella mål tas fram för träning samordning av ledningsstöd och dirigering av HoS resurser med kontinuitet
35. Ambulanssjukvården tillgänglighet för akut vård v.s. möta kraven utvecklingen mot en god och nära vård samt högspecialiserad vård utifrån respektive patienters nationella programområde

	<p>36. Nationella mål och medel finns för träning med kontinuitet tillsammans med samhällsviktiga aktörer insatser för att kunna ge invånare/patienter nära vård</p>
<p>Civila Samråds-helikopter-gruppen SKR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Statlig finansiering av ambulanshelikopter och ambulansflyg. Med en nationell organisation och styrning. Med fördelning över landet enligt SKR (SKL) rapporten "Vård på vingar". 2. Statlig finansiering som riktar sig till de organisationer som i dagsläget försöker arbeta med samordning av ambulanssjukvården. Dvs FLISA och ffa SLAS. I dagsläget finns inga medel för detta. 3. Förebygga hot/våldssituationer genom att tillåta register på larmcentralerna över farliga personer eller adresser vilket kan säkerställa att man vid behov kan få med polisresurser innan akut situation uppstår. 4. Underlätta informationsöverföring mellan vårdgivare så att ambulanspersonalen kan få återkoppling på sina utförda bedömningar prehospitalt. Viktigt också att man kan få del av viktig information om patienten redan ute på hämtplats (ex allergier och pågående medicinering). Ökat användande av individuella vårdplaner som görs synliga för olika vårdgivare. 5. Skapa rutiner för adekvat omhändertagande av mångringare/-åkare. Ex genom förbättrat samarbete med andra aktörer (mobila team inom hemsjukvård och psykiatri) samt särskilda team som kan hantera dessa samtal på larmcentralen. 6. Använda sig av fler prehospitalla läkare i exv jourläkarbilar, akutläkarbilar, hkp osv som kan göra medicinska bedömningar av patienter i hemmet. Är de i behov av akutsjukhusens resurser? Kan patienten vänta tills nästa dag och vända sig till sin vårdcentral? Kan läkaren göra medicinska insatser i hemmet och därmed undvika ett besök på sjukhus eller vårdcentral? Kan även göra större medicinska insatser vid stora olyckor eller andra hotande akuta medicinska tillstånd. 7. Utbilda allmänheten angående lämpliga sökvägar till sjukvård. Idag tendens till överutnyttjande av 112. 8. Utbildning gällande handläggning av stroke prehospitalt. På det området händer det nu så mycket att det är svårt att hålla sig uppdaterad. Nya behandlingsmöjligheter med trombolys (nya tider) och tromektomi (ny behandlingsmodalitet). Just RJH har kommit någorlunda långt men min misstanke är att det är ojämn kompetens över landet och att därmed vården blir ojämlig. 9. För att ta något medicinskt hanterbart så skulle man också kunna satsa på något som är greppbart och kan utbildas på och som är konstant efterfrågat och i någon mån eftersatt samt kan göra skillnad för patienter. Det jag kommer på i farten är utbildningsdrive för smärtlindring vid ortopediska skador och 10. Identifiering av sepsis och handläggning. Är CRP provtagning i ambulanserna ett hjälpmedel att identifiera sepsispatienter ii behov av skyndsammare handläggning. Möjligheter till provtagning och provanalyser prehospitalt växer. 11. Tillgång till journaluppgifter på väg till larm och hos patient. Vi är på god väg i RJH men jag anar att man ligger långt bak i flera regioner. 12. Få till en tydlig nationell tolkning av patientdatalagen. Uppföljning av de egna patienterna är en ovärderlig källa till kunskap och kontinuerlig fortbildning. 13. Fastställ exakt vad respektive region vill/behöver medicinskt. Identifiera varför detta inte redan uppnåtts. Sedan får verkligheten ta vid och en kompromiss kanske kan nås. 14. Ökad och jämn medicinsk nivå av vården genom utökat samarbete mellan vårdutförarna, med medicinskt ansvariga och utbildningsansvariga i spetsen, i SLA och KSA och övriga som sysslar med samma frågor utanför dessa kommunalförbund. 15. Koordineringen mellan regionernas olika larmcentraler.

	<p>16. Utred vilka bra bitar av Norges modell vi kan ta till oss.</p> <p>17. Tillse att resurser finns och är tränade på en uppskalning vid behov (masskadesituation/totalförsvaret). Här kommer larmcentralerna in också förstås.</p> <p>18. Nationell dirigering av intensivvårdsteam av oberoende larmcentral.</p> <p>19. Etablering av nationellt erkända team för intensivvårdstransporter.</p> <p>20. Höja kompetenskrav inom ambulanssjukvården</p> <p>21. Höja kompetenskrav inom bedömning och triagering</p> <p>22. Standardiserade nationella utrustningsrekommendationer</p>
<p>God och nära vård SKR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • God och nära vård, med primärvården som nav, innebär ett antal förflyttningar där varje aktör ska ha personens fokus och arbeta samordnat med stöd från olika aktörer och samverka så att individen involveras som en kapabel person med fokus på proaktiva och förebyggande insatser. • Utifrån invånarnas behov (vad vill medborgaren/patienten ha och vad är viktigt) är samverkansperspektivet mellan kommun och region av största vikt. Operativt och strategiskt samspel förutsätter goda relationer och strukturer mellan huvudmän. • Prehospital vård är en självklar del av God och nära vård, framförallt i glesbygd och svårtillgänglig miljö såsom skärgårdsmiljö. Utbildningsnivån verkar ha ökat i ambulanssjukvården och samverkan är överordnad kompetensnivån. • Identifiera behov och hitta olika lösningar (ex samordnade tjänster). Nyttja mobila lösningar med stöd av digital teknik (digitala konsultationer, bildöverföring, mobila team). Valet av aktör kan behöva se olika ut beroende på bland annat demografi. <p>Viktigt att motverka stuprör, ambulans får inte gå i ett eget spår utan ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvård. Hur blir rollen för ambulans? Enbart superakuta eller även äldre multisjuka? Vilka olika aktörer ska stötta? Kanske ska se olika ut? Behövs bredd och spets. Dialogen viktig! Hur byggs kontaktvägar upp?</p> <p>Detta är en organisk utveckling. SKR har inte med färdiga svar utan SKRs verktyg är att lyfta exempel på verksamhetsutveckling och forskning, värna en god dialog, sprida idéer ("copy paste" och göra exakt lika är oftast mindre bra, dock inte göra så olika att det blir komplicerat för andra aktörer).</p> <p>Pågående arbete; "Prehospital inre sjukvårdsledning". En grupp inom SKRs nätverk håller på att ta fram en rapport som beskriver fördelar med en sådan funktion (har koppling till olika saker, inte bara god och nära vård) med detta på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektörerna.</p>
<p>NPO Akut vård SKR</p> <p>NPO Pivot SKR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det finns ett behov av tydlig ledning, styrning och huvudmannaskap på nationell nivå av larmorganisationen, inte enbart vid särskilda händelser utan även i "normaltid". Efterlyser myndighetskrav för att få till en mer jämbördig nivå. 2. Styrning och riktlinjer behöver uppdateras och användas t ex tydligare kravprofiler, kompetenskrav och lägsta standard för utrustning. 3. Strukturer för samverkan behöver också utvecklas. Resurser behöver byggas ut så att andra funktioner/kompetenser än ambulans tar ansvar t ex mobila team och bedömningsbilar. Det finns goda exempel på där psykiatrisjuksköterska

	<p>följer med i mobilt team. Struktur även för uppföljning och återbesök i öppenvård.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tillgång till bakre stöd för ambulanspersonalen. 5. Behov av en tydlig och enkel struktur när det gäller att kunna flytta patienter mellan regionerna t ex ett särskilt telefonnummer. 6. Boenden och hemsjukvård måste få till en bättre samverkansstruktur. 7. Reglering av kompetens på de som gör tidig bedömning på larmcentral, måste höjas till att ha medicinsk kompetens. Viktigt med rätt prioriteringar vid larmcentral; bemanna med sjuksköterskor som har tillgång till att fråga läkare samt att kunna boka in patienter till vårdcentral. 8. Fokus på begreppet ”ambulans” styr in på hur det ser ut idag vilket kan leda till låsningar i diskussionen. Kanske kan termen ”vård utanför sjukhus”, extra-hospital akutsjukvård, användas i stället? Denna vård består av en stor palett av insatser. 9. Kvalitetsregister behöver byggas ut och användas mer. Prehospital vård och akutsjukvård utgår från symtom och vårdprocessen behöver kunna följas. Det finns gemensamma beröringspunkter för flera register. 10. Lyssna på de med erfarenhet. De nationella programområdena är under uppbyggnad och behöver samarbeta sinsemellan i hela processen från riktlinjer till uppföljning. Kanske ha en kontinuerlig nationell arbetsgrupp för detta område? 11. Flygkoordineringscentral kan få en viktig roll inom luftburen prehospital vård. Viktigt med styrning av sekundärtransporter. 12. Tillgång till patientens journal såväl för larmtjänst som ambulanspersonal.
<p>NPO Barn och ungas hälsa SKR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Viktigt att samordna med NHV akuta transporters utredning. En transport innebär alltid en risk och man bör därför organisera vården så att onödiga transporter undviks. Behöver förtydligas att det i grunden är hemmaregionen som hämtar och lämnar, så gör nästan alla regioner idag även om avtalet säger annorlunda. När det gäller viss specialvård lämpligt att högspec. center hämtar. T ex inom neonatologi, ECMO, eller vissa IVA transporter. Transportansvar till NHV av de patienter som uppfyller NHV kriterier bör ingå i NHV uppdraget. 2. Det tar mycket tid att ringa runt bland olika ställen för att få hjälp med transport av flyg/helikopter för interregionala transporter. Önskvärt att man ha nationell samordning så att man ringer ett nummer. 3. Behövs både nationella center för interregionala transporter och också regionala center för de intraregionala transportererna. 4. En utveckling och samordning av luftburen transport behövs. 5. Tydligare strukturer generellt efterfrågas 6. Ibland uppstår diskussion om att vårdnivån under transport måste vara samma som vid sjukhusen. Detta är omöjligt, men adekvat vårdnivå för den aktuella transporten behöver avgöras av avsändande läkare. Här måste man vara medveten om att en transport innebär ett riskmoment där man nästan alltid går ner lite i vårdnivå. 7. Man bör använda samma triagesystem i ambulans som på akutmottagningen, det är inte alltid så. Viktigt med kunskap om normala vitalparametrar för barn i olika åldrar. 8. Det sker en snabb utveckling av den tekniska apparaturen och det är viktigt att detta bevakas av gemensam organisation.

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Utveckla möjligheten till bildteknik före och under transport. I vissa fall kan kanske en bildbedömning via ambulansen med t ex barnjour ibland innebära att transport kan undvikas eller behandlingen påbörjas under transport. 10. Allt fler svårt sjuka barn vårdas i hemmet med hjälp av föräldrar och/eller hem-sjukvård. Här är det önskvärt med en utökad möjlighet att individualisera transporter. 11. Viktigt med grundläggande barnkompetens hos all ambulanspersonal. Inte sällan osäkerhet där vilket kan leda till krav på att barnsjuksköterska eller barnläkare åker med, vilket måste vara en ovanlig lösning i undantagsfall då de flesta kliniker saknar bemanning för det. 12. Ett transportansvar, t ex inom regionalt centraliserad neonatalvård, måste innebära att det bemanningsmässigt/ekonomiskt/utbildningsmässigt tas höjd för att klara av detta då det bör ligga inom uppdraget att bedriva denna vård. Det finns exempel på sms-grupper och andra ad hoc lösningar där man hoppas att någon är hemma och kan ställa upp på sin lediga tid när akut transportbehov uppstår. 13. Bra om man kan ge viss prehospital vård, t ex inhalera barn med pseudokrupp i hemmet eller behandla akut anfall hos känd epilepsipatient, så att man inte nödvändigtvis måste ta med dem till sjukhus. Regionala riktlinjer för detta behövs, då förutsättningarna ser olika ut. 14. Viktigt att se vårdnadshavaren som en resurs under transporten. Det måste då beredas plats för denna och personal måste lära sig samarbeta med denne. Särskilt när det gäller yngre barn är detta oftast helt nödvändigt, men här uppstår ofta diskussion.
NPO Pivot SKR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartläggning av nuläget. Jämlik vård över landet? Ledning/Samordning/Prioritering/Resurssättning/Kompetens (bemanning), Avgränsningar. Har man rätt kompetens på rätt plats i rätt tid för bästa möjliga patientomhändertagande (I o f s kanske det som pågår nu?) 2. Ta fram ETT nationellt enhetligt och jämlikt system för prehospitalt arbete och sekundärtransporter av svårt sjuka patienter (inklusive IVA-patienter) 3. Kravställa "systemet" och peka ut ansvar och mandat (tydliggöra huvudmannaskapet). Systemet ska t ex klara av: <ol style="list-style-type: none"> 4. Intensivvård direkt på plats (intensivvård är ett behov, inte en plats) 5. Direkttriage till rätt vårdnivå 6. Kvalificerad sekundärtransport (intensivvårdsbehov) 7. "Bakre" stöd till icke-läkarbemannade enheter 8. Inleda/fortsätta? Standardiseringsarbete, t ex: kompatibilitet, övervakning, slangar, sladdar, bårar, IT-system (dataöverföring, journalföring, aut. Koppling till kvalitetsregister) 9. Ta fram och fastställa kompetenskrav för samtliga nivåer prehospitalt

Utveckling på lång sikt

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
Forskare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Förvalta och utveckla den nationella organisationen enligt förslag på kort sikt 2. Förvalta och utveckla det nationella ambulansregistret samt säkerställ att det kan samverka med andra nationella register av värde (stroke, kardiologi, trauma etc.)

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Förvalta och utveckla gemensam IT strategi avseende vård, styrning och uppföljning 4. Förvalta och utveckla gemensam strategi avseende standards och interoperabilitet 5. I alla upphandlingar följa strategierna enl. ovan 6. Inrätta nationell myndighet alternativt avdelning inom myndighet för ambulanssjukvård. Myndigheten ska ha mandat att ställa skalkrav kring frågor som kompetens, utrustning, behandlingsanvisningar, uppdrag, tillgänglighet, intern utbildning mm (ungefär som MSB arbetar mot kommunal räddningstjänst) 7. Upprätta evidensbaserade nationella riktlinjer för ambulanssjukvård. 8. Beskriv vad specialistutbildningar inom ambulanssjukvård på svenska lärosäten ska innehålla. 9. Öka den prehospitala forskningen med riktade anslag. Idag konkurrerar vi inom medicinen och har svårt att hävda oss mot stora områden som tex cancerforskning, diabetes, hjärt-o kärlsjukdomar. 10. Utveckla former för nationell forskning i ambulanssjukvård, tex premiera medel till nationella projekt som involverar flera regioner, för att kunna göra nationella implementeringar av resultat och locka fler till deltagande i studier. 11. Öka antalet disputerade ambulanssjuksköterskor med hjälp av reglerade forskningsmedel för doktorandprojekt (Socialstyrelsen och regionerna i samverkan) 12. Öka antalet förenade anställningar/kliniska kopplingar mellan region och universitet. 13. Höja den generella kunskapsmassan – stimulera FoU i regionernas ambulanssjukvård 14. Systematiska kunskapssammanställningar av nationell och internationell forskning 15. Sammanställa genomförda nationella utredningar och behandlingar och vårdprogram i ambulanssjukvård. 16. Studera, sammanställa och implementera evidensbaserad vård vid: smärttillstånd, sepsis (prehospital antibiotikabehandling), ultraljudsundersökningar i ambulans etc. 17. Tydligare kunskapsstyrning från Socialstyrelsen och gemensamma nationella vårdprogram 18. Undersöka möjligheterna att införa en nationell och gemensam utryckningsförrutbildning för ambulanspersonal i Sverige. Undersöka möjligheterna att införa ett nationellt kompetensbevis för ambulansförare (jämför med Norge som sedan flera år tillbaka har ett kompetensbevis). 19. Införa ett nationellt register för avvikelserapportering, incident- och skaderapportering för skadehändelser som inträffar under ambulanstransporter. Ett sådant register skulle möjliggöra ökad kunskap och ge en nationell överblick över skadeförekomst och skadeutveckling inom det prehospitala området. <p>Psykiatri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Litteraturgenomgång/kunskapssammanställning om prehospital och psykiatrisk akutsjukvård. 2. Det finns en gråzon mellan vad som ska åtgärdas av tex mobilt team inom psyk och ambulanssjukvården. 3. En PAM gynnar inte alla delar av landet, men en utbildning i hur man gör en klinisk bedömning av patienter med psykisk ohälsa skulle kunna tillföra kunskap till alla som jobbar i ambulans. För suicidmisstanke finns ett vårdprogram

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
	<p>men det finns ju många andra tillstånd som det kan behövas speciell kunskap kring.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Denna forskning mycket begränsad avseende förhållanden som fokuserar på ambulanstransporter och ambulanssäkerhet. I det pågående analysarbetet med en studie om ambulanssjukvårdare i Sverige framgår bland annat att ambulanspersonal blir utsatta för såväl riktat hot och våld före, under och efter ambulanstransporter. Sådana situationer kan uppstå i samband med personer omhändertas inom prehospital psykiatrisk akutsjukvård. Det pågående analysarbetet visar också att ambulanspersonal blir utsatta för stenkastning, attacker och hot på skadeplatser, hämtplatser m.m. vilket ibland innebär att ambulanspersonalen tvingas till olika moment som exempelvis inlåsning i ambulansfordonet för att undgå bli skadade. 5. Detta är ett mycket angeläget forskningsområde och kunskap saknas.
FLISA/SLAS	Se förslag på kort sikt.
Läkemedelsverket	<p>För utvecklingsförslag se under rubrik Brister och utmaningar.</p> <p>På något längre sikt så är en utveckling av prehospital vård samt sjuktransportkapacitet och transportledning vid uttalade kriser med stor samhällspåverkan så som ofred ett område av vikt. Utbilda och bemyndiga andra yrkeskategorier än läkare och sjuksköterskor för prehospital sjukvård i ofred, för att göra patienter i transportabelt skick och för vidare sjuktransport till sjukhus av olika karaktär.</p>
Patientnämnderna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utvecklad kommunikationen om information från patienten mellan larmcentral och ambulans. 2. Kontinuerlig kompetensutveckling och utbildning, krav på personcentrering och bra bemötande. 3. Säkerställa tillgänglighet i glesbygd: då det är långa avstånd och begränsade resurser i glesbygd. De som bor i glesbygd har sämre förutsättningar för snabb hjälp vid akut sjukdom. Viktigt att säkerställa att det finns olika nivåer av ambulanstransporter där det finns geografiska utmaningar, för att säkerställa en Nära vård bland annat. 4. Att kunna kommunicera med andra modersmål 5. Information till allmänhet om vad som gäller då ambulans tillkallas. 6. Strokeutbildning 7. Bättre uppkoppling i ambulanserna för att kunna ta del av patientinformation, rutiner, beslutstöd i hela landet etc. via surfplattor.
Privat aktör	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definiera en nationell standard för olika nivåer av prehospitala resurser (akutambulans/ transportambulans/sjuktransport etc). Inkluderande utrustning (ex mekaniska hjärtkompressioner). 2. Inrätta ett system för regelbunden ”certifiering” av den prehospitala personalen. Medför ökad patientsäkerhet då man ofta arbetar självständigt med begränsad möjlighet att fånga upp personal i behov av kompletterande utbildning i dagliga arbetet. 3. Förbättrade incitament och vilja inom sjukvården att primärt göra det man kan för den aktuella patienten framför att försöka styra om patienten till annan vårdform om det är möjligt. Bör kunna ske genom bättre avtal och premierande ersättningsmodeller. Även viktigt att fortsätta utveckla vårdprocesser så att de prehospitala patienterna kommer till rätt vårdform direkt.

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Underlätta samarbetet med Försvarsmakten även i fredstid. Finns både bra utrustning och hög kompetens som kunde komma vanliga sjukvården till nytta samtidigt som Försvarsmaktens personal får träning i skarp miljö.
Fack Ambulansförbundet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jämlik ambulanssjukvård genom en kraftig förstärkning av samtliga ambulansresurser. Ambulansflyget med flygmaskiner och helikoptrar samt sjöambulan-ser bör finnas i hela riket och med flera utförare, för att inte riskera för kraftiga kostnadsökningar som blivit fallet med kommunalförbund som driver denna del på allt fler orter. Ur vår synpunkt som arbetstagarorganisation är det illa-varslande att exempelvis Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg döms vid flera tillfällen i Förvaltningsdomstolen, men ändå fortsätter sin verksamhet. Det måste finnas en överkapacitet, vilken en marknad varit garant för. Kostnadsökningarna för flyg och helikoptrar får inte sällan betalas av besparingar på den vägburna ambulanssjukvården, vilket skapar en ojämlig ambulanssjukvård. 2. Förändringar i lagar och föreskrifter som sedan länge ändå inte efterlevs. Den låga följsamheten måste få konsekvenser, för att inte fler föreskrifter blir obsoleta. 3. Det behöver anställas fler ambulanssjukvårdare och läkare inom ambulanssjukvården. 4. Ökad insyn i ambulansbolagens verksamhet. I Östergötland och på Gotland saknar regionerna helt egen ambulansberedskap då man lagt ut all vägburen ambulanssjukvård på ambulansbolag. Ambulansbolagen måste rimligen bättre redogöra för övningar mm, vilket tyvärr regionerna med upphandlad ambulanssjukvård varit bristfälliga eller uppvisat en oförmåga i. Inte sällan anställer regioner tidigare chefer från ambulansbolag utan krav på karen eller liknande. Riskerna med dessa förfaranden är enligt förbundet stora, då riskerna för jäv är påtagliga. 5. Alarmeringen måste bli mer robust genom statlig alarmering där alarmeringspersonal bör ha en erforderlig alarmeringsutbildning. Psykiatriska prehospitala enheter bör finnas i hela riket. 6. Införande av legitimation för all ambulanspersonal.
Fack Kommunalförbundet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Två professioner i ambulansen. Rätt arbetsuppgifter och rätt utbildad personal på positionerna i ambulansen: ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterska 2. Nationell standard på ambulanssjukvårdarutbildningen. (undersköterska i grunden). Nationell sammanhållen yrkesutbildning behövs, nationella förkunskapskrav (arbetat som undersköterska i minst två år på heltid). Kommunalförbundet arbetar för att Vård och omsorgscollege ska jobba fram och lämna in en ansökan till YH-myndigheten för nationell standard och reglering 3. Hot- och våldssituationerna måste förebyggas och samordningen mellan olika blåljuspersonal och myndigheter måste utvecklas. Arbetsgivarens stöd är viktigt för att anställda vågar anmäla hot - och våldssituationer, inte minst utifrån gängkriminalitet och rädsla för att vittna. Viktigt med kontinuerlig utbildning om hot- och våldssituationer. 4. Förbättra upphandlingsunderlag så det ges rätt förutsättningar för att bedriva ambulansverksamhet 5. Liggande sjuktransport. Hur kan man utveckla/se över liggande sjuktransporter eller andra former av transporter för att lösgöra ambulanser

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
	<p>som kör mellan sjukhusen. I så fall behövs det tydliga regler och riktlinjer vilka patienter som ska transporteras av liggande sjuktransport. Finns t.ex. i region Östergötland.</p>
<p>Profession RAS ANIVA MAS SWESEM</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utvecklandet av specialistutbildning prehospital vård för sjuksköterskor i ambulanssjukvården, och krav på att genomgått denna för att få arbeta i ambulanssjukvården. (Leg ssk innan specialistutbildning prehospital vård skulle kunna få agera assistent åt specialistutbildad sjuksköterska i prehospital vård en kort period i väntan på utbildningsplats). Inventera möjligheten till nurse practitioner utbildning i prehospital vård. Nyttan av t.ex. iva-/narkoskompetens är mycket begränsad i ambulanssjukvård. 2. Skapandet av strukturer för prehospitala organisationer där professionen har större inflytande på den vardagliga verksamheten 3. Inrätta en nationell styrande myndighet eller en enhet liknade NPO/NAG motsvarande för svensk ambulanssjukvård i medicinska frågor, där man kan tillse en nationell samsyn kring prehospital sjukvård, som tex. olika vårdprogram som stroke/räddahjärna, höftspår, hjärtinfarkt etc. men även behandlingsriktlinjer gällande akutsjukvård, behandlingsåtgärder och medicinsk behandling, som skall gälla nationellt, med lokala avvikelser vid behov. 4. Idag finns i princip endast en typ av ambulans att tillgå för SOS att arbeta med oavsett vad ärendet är för art. Det bör finnas differentierade enheter som Regionstäckande IVA/Kuvösambulans som utför överflyttningar av våra mest vårdtyngda patienter, där kraven på säkerhet och vårdkvalité är mycket högre, samt kraven på utrustning och kapacitet är hög, men även säkerheten i ambulansen och arbetet runt patienten, ställer andra krav än på en vanlig akutambulans. Single Respons-/Bedömningsbil, är en enmansenhet som utför bedömningar av patienter, vars tillstånd är svår evaluerade av SOS, el där det inte finns ett uppenbart ambulansbehov. Detta är på många orter en enhet som drivs av ambulanssjukvården, men skulle mycket väl kunna ligga under primärvårdens ansvar och finnas som ett mobilt primärvårdsteam i stället med distrikt-sjuksköterska och primärvårdsläkare, och ligga under SOS dirigeringsansvar. Mobila primärvårdsteamet kan även ersätta ”psykiatriambulansen PAP”, då den stora delen av psykiatrin ligger under primärvårdens ansvar. Akutbil där kompetensen och förmågan är högre, samt att man har en större flexibilitet att kunna agera inom sitt område. Akutbilen kan hålla en högre beredskap i sitt upptagningsområde, då trycket och efterfrågan är så hög på ambulanserna, så att det emellanåt inte finns ambulanser att tillgå när de behövs ffa vid allvarliga händelser el sjukdom. Akutbilen skall då bemannas med en Avancerad specialistsjuksköterska (Advance nurse) med en klinisk masterutbildning, som kan ansvara för hela den prehospitala akutsjukvårdens utmaningar. Man bör även tillse en nationell standard för transportambulans, som kan verka vid alla överflyttningar mellan olika vårdenheter och vårdgivare, men en högsta kompetensnivå av minst en legitimerad sjuksköterska. Detta kommer att avlasta akutambulanserna, och frigöra resurser, då många transporter är långa och upptar en akutambulans under ibland en halv till en hel dag för en överflyttning, beroende på vart i Sverige den utförs. 5. Nationellt körkort för utryckningskörning inom ambulanssjukvården. Idag finns inga krav på att framföra en ambulans under utryckning på nationell basis, det är en stor variation i landet på vilket utbildning och träning som behövs för att framföra en ambulans under utryckningskörning.

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
Profession Nätverket för utbildning av ambulans-sjuksköterskor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetenshöjning. Varje ambulans skall bemannas med två legitimerade sjuksköterskor som innehar specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård. 2. Prioritering och dirigeringsorganisationen drivs i egen regi av hälso- och sjukvården där patienten bedöms och hänvisas till lämplig vårdnivå. 3. Konkretisera ett omvårdnadsperspektiv inom ambulanssjukvård för att uppnå en god, jämlik och säker prehospitalkvård i hela landet. 4. Möjliggöra en tydlig utbildnings- och karriärväg för utveckling av avancerad specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård. 5. Nationellt gemensamt patientjournalssystem i ambulansen som är integrerat med sjukhusens journalssystem. Syftar till att ta del av patientuppgifter, ha nationella gemensamma mätbara kvalitetsindikatorer samt register för forskning.
Profession Glesbygd SFGM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inventering av samlade resurser i glest befolkat område med låg dygnet-runtbemannning från sjukvård (och polis). Exempelvis i en kommun med <10 000 invånare och 10 mil eller mer/väglöst land/sjöväga transportvägar kan finnas ändå rätt många legitimerade sjukvårdspersonal. Idag är de anställda i minst tre-fyra organisationer, kommunal vård, primärvård ibland inklusive sjukstugeplatser och ambulanssjukvård och sjö-respektive fjällräddning. 2. Om det vore möjligt i glesbygd att ha ett annat uppdrag, nämligen att dela resurser mellan varandra. Kräver förbättrad kommunikation och massiv kompetensutveckling, ett annat budget-tänk, översyn av lagar och regelverk, åtgärda den splittrade dokumentationen mellan olika huvudmän och IT-system (som kan vara direkt farligt i akuta situationer där patienten själv inte kan ge tillräcklig information). 3. En vinst kunde nog ganska snart ligga i att vissa ambulansärenden kan stanna ”i bygden” om ambulansen har ett nätverk att kontakta även akut och förhindra ”onödiga” ambulansfärder och inläggningar. 4. Andra alternativ är de olika former av akutbilar som kan larmas ut i stället för fullt utrustad ambulans – men de behöver verka i samarbete lokalt! 5. Förändring i lagen så att avtal återigen kan ingås med privata helikopterföretag för hjälp i väglöst land.
Verksamhetsexempel Region Skåne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulanssjukvården ska integreras i övrig vård, både ur ett patientperspektiv och ur ett organisationsperspektiv. 2. Jämlik tillgång nationellt. 3. Vi måste bli en egen förvaltning/klinik. Idag ses vi som en servicefunktion och ligger under medicinsk service. 4. Vi måste bli en självklar och tydligare del av vården. Vården skall bedrivas på evidens och beprövad erfarenhet. Idag är det svårt att definiera vad ett ambulansuppdrag är och vad ett ambulansuppdrag skall innehålla. Nationellt måste Socialstyrelsen tydligare definiera ambulanssjukvården. 5. Sjukvården måste ”äga patienten genom hela den prehospitalkedjan” så att rätt resurser kan nyttjas – Varför ”äger” vi tex inte traumavården prehospitalt? Möjlighet till uppföljning av patienter för lärande, både på individuell nivå samt på organisationsnivå. 6. Bättre samarbete/samverkan med högskola och andra lärosäten så man långsiktigt arbetar på att öka intresset från studenterna och därmed få fram fler sökande individer med god kompetens till verksamheten. 7. Vi bör arbeta mer med klimat och miljöfrågor i ambulanssjukvården. Både gällande återvinning och fordon. Att enbart köpa in och använda stora tunga

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
	<p>fossildrivna fordon jämfört med mindre ambulanser är inte klimat- och miljövänligt. I storstadsmiljö skulle man med fördel kunna utveckla och prova ambulanser med andra olika energislag än vad nuvarande ambulanser drivs med, då majoriteten av ambulansuppdragen i storstadsmiljö har liten/kort körsträcka jämfört med ambulansuppdrag på landsbygd.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Det finns behov av ett paradigmskifte där sjuksköterskornas specialistutbildning blir en integrerad del i karriärstrappan. Man skulle här kunna utreda möjligheten att mot att efterlikna läkarnas ST-tjänster. 9. För att upprätthålla bemanning och hög kompetens i ordinarie ambulanssjukvård krävs utbildningsinsatser.
Räddningstjänst Kommunal	<p>Utred om ett nivådifferentierat kompetenssystem för prehospital sjukvård kan stärka den totala resursbilden och framtida kompetensförsörjning. Kanske även Sverige bör ha "lättambulanser", exempelvis EMT (=Engelsk förkortning; sjukvårdspersonal som utbildats för att kunna ge elementär akut- och livsuppehållande vård under överinseende av läkare eller sjuksköterska. Akutvården kan ges på plats, i ambulans eller på mottagning.) och Paramedics. På EMT-nivån skulle de kommunala räddningstjänsterna leverera förmåga på avtal.</p>
Sjukvårdens larmcentral	<p>Förslag på kort sikt är väldigt mycket samma som på lång sikt då det tar många år att realisera en del av dem, dvs från beslut till genomförande.</p>
SOS Alarm	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definiera eller tydliggöra larmcentralens uppdrag/möjligheter i den nära vården. Definition av ambulanssjukvårdens uppdrag i den nära vården är en del i detta. 2. Standardiserade vårdförlopp även inom larmcentralverksamhet. På nationell nivå. Hade gett tydligare styrning i utveckling av larmcentralers beslutsstöd och skapat förutsättningar för nationella uppföljningar/jämförelser med lika ingångsvården. 3. Lagändringar avseende delning av data i larmkedjan
Standardiseringsverksamhet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Standardisering är en långsiktig och kontinuerlig process så de kortsiktiga förbättringsförslagen gäller även på lång sikt 2. Komma överens om ett och samma system för fastsättning av utrustning 3. Använda automatiserade/motoriserade processer i större utsträckning där det är möjligt (ex undvika tunga lyft), vilket förutsätter standarder 4. SIS ska vara en naturlig mötesplats för förbättringar och innovationer inom ambulanssjukvård (myndigheter, företag, vårdverksamheter, professionsföreningar)
Svenska Ambulansregistret	<ol style="list-style-type: none"> 1. Öka användningen av registerdata för forskning och verksamhetsutveckling som kan bidra till bättre uppföljning och möjlighet till innovationer inom ambulanssjukvården avseende kostnader och utfall. Processer för datainsamling bör underlättas så att de kan spå ett tekniskt, juridiskt och etiskt hållbart sätt gör det möjligt att användas för att bidra till en patientsäker vård och mer kostnads-effektiva lösningar. 2. Ansvaret för att nationell samsyn kring kodverk och riktlinjer måste förtydligas. AmbuReg menar att det bör ligga på staten som är garanten för en god vård tillgänglig för alla på lika villkor.

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
<p>Ambulans-Nätverket SKR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utveckla drift av ambulanser mot icke-fossila bränslen. 2. De förbättringsområden som är angivna på kort sikt faller in även på långsikt. Svårt att skilja på kort och lång sikt, samma svar gäller på båda då tidsperspektivet är lite svårt att gissa. 3. Vi måste ställa oss frågan var vi INTE ska prioritera och dirigera våra egna resurser. Detta gör andra myndigheter (polis, räddningstjänst tar över mer och mer i egen regi, sjö- och flygräddning, kustbevakning, tullverket osv). Det är inte rimligt att ett annat, vinstdrivande, företag ska ansvara för detta. Det är en stor patientsäkerhetsrisk när inte medicinsk utbildade personer ska göra medicinska bedömningar – vi skulle t ex aldrig sätta en icke-medicinsk utbildad person, som bara kan höra patienten, utanför en akutmottagning och denne ska bestämma om patienten får komma in eller inte, och hur snabbt denne ska få träffa doktorn. Vi skulle heller aldrig godkänna lägre kompetens än ssk på 1177. (Regioner idag har olika avtal med SOS med krav på ssk – dock har SOS i alla år haft mycket stora svårigheter att leva upp till kraven. I t ex VGR hade man krav på att SSK skulle prioritera 90 % av alla vårdärende. Detta lyckades SOS med bara under några få månader på 9 år, och fick betala vite i miljonbelopp varje år. Dock var det billigare för SOS att betala vitet än anställa ssk, så dom var rätt nöjda med det och ansträngde sig inte för att åtgärda). Detta skulle också skapa bättre förutsättningar för samverkan/samordning mellan regionerna ur flera aspekter. Samt möjligheter att på ett bättre sätt hålla ihop hela sjukvårdskedjan för patienten, och den totala sjukvården 4. Det bör finnas en nationell benämning på olika differentierade resurser, och dess kompetens. T ex idag finns lättvårdsambulanser, single responders, bedömningsbilar, first responders – men inget tydligt vad som är deras uppdrag, krav på kompetens osv. Det bör också då finnas krav på mobila resurser från primärvården, kommuner (både hemsjukvård och från socialen) och från psykiatrin. Det bör också då finnas mobila akutläkare el liknande som en prehospital resurs överallt. Både för bedömningar (för att möjliggöra fortsatt vård i hemmet) men även som stöd till ambulanssjuksköterskor. 5. Samarbete/samverkan och samordning med Försvarmakten bör om 10 år vara klar. Försvaret har t ex nedrustat avseende sjuktransporter och förlitar sig på att sjukvården hanterar det. I dagens läge kanske detta arbete behöver göras snabbare dock. 6. Det bör finnas tillgång till ambulanshelikoptrar i hela landet, som inte är styrt av vilken region patienten bor i dvs alla medborgare ska ha samma förutsättning för att få lika vård. 7. Sjuksköterskebristen. 8. Hälsosam arbetsmiljö - Attraktiv arbetsgivare. Koppla till ökade antal larm, utökat uppdrag. 9. Preventivt arbete. Hur kan ambulanssjukvården bedriva preventiv vård. 10. Standardiserade hänvisningar och rekommendationer. Tittar man finns det guidelines för att behandla blodtryck, nationella vårdprogram diabetes, 1177 har standardiserad rådgivning. I ambulansen är det mest upp till besättningen patienten får träffa; det kan vara två vidareutbildade sjuksköterskor med 40 års yrkeserfarenhet tillsammans, eller timvikarierande sjukvårdare + sjuksköterska med ett års erfarenhet. Systemet måste bli säkrare och öka den lägsta nivån. 11. Tekniska lösning i ambulanser exempelvis strokehjälm, ultraljud. 12. Miljöomställning. Vad finns inom ambulansstillverkare som kan leverera miljöbilar?

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
	<ol style="list-style-type: none"> 13. Patienter som har hemtjänst kanske främst ska handläggas av kommunens sjuksköterskor? 14. Otroligt viktigt att man kan få tillgång och dela samma information om patienten. 15. Redan från larmcentral hamna rätt i vården och inte nödvändigtvis ambulans utan fler möjligheter till hänvisningar annan vård direkt på SOS Alarm (larmcentral). 16. Nationell samordnad helikopterverksamhet för primär och sekundäruppdrag. 17. Informationstillgång/överföring av journal/dokumentation över vårdgivargränser, (kommun och privat vård) till exempel med vårdplaner. Underlättande av sekretess mellan olika vårdgivare. 18. Remissförfarande vid sekundärtransporter mellan sjukhus/vårdinrättningar (vill komma ifrån att det alltid ska vara ambulans mellan sjukhus oavsett vårdbehov). 19. Ökad forskning inom ambulanssjukvård. 20. Mål finns för vad nationell jämlig kvalitet är, och ambulanssjukvård följs upp av tillsynsmyndighet och utvecklas. Nationella krav för infrastruktur, ambulanssjukvård finns för jämlig tillgänglighet. 21. Nationella mål finns för responstider för akut vård, rätt kompetens möter rätt patient i rätt tid vid prehospitalt vid behov akut vård, fortsatt arbete NPO. 22. Nationella mål finns för träning samordning av ledningsstöd och dirigering av HoS resurser så att invånare/patient får rätt vård i rätt tid, fortsatt utveckling av träning/utbildning. 23. Nationella mål finns för ambulanssjukvårdens tillgänglighet för akut vård som möter kraven mot en god och nära vård samt högspecialiserad vård, ambulanssjukvård fortsätter anpassas. 24. Nationella mål finns för kompetenshöjande insatser inom ambulanssjukvården, träningsmål finns för att kontinuerligt kunna möta patienter i nära vård och som aktör civilt försvar med rätt kompetens. Fortsatt utveckling och förbättring.
<p>Civila Samråds-helikopter-gruppen SKR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nationell samordning av ambulanssjukvården genom att det skapas en organisation liknande norska NAKOS. Som har såväl finansiering som övriga resurser och mandat till utveckling, utbildning, samordning. 2. Bättre möjligheter behövs i hela vårdkedjan. Dvs att primärvården, mottagningar, kommunal sjukvård osv får ett tydligare ansvar för den "subakuta" patienten. Så att ambulansen kan hjälpa patienten till rätt vårdnivå i rätt tid. 3. Definiera en nationell standard för olika nivåer av prehospitala resurser (akutambulans/transportambulans/sjuktransport etc). Inkluderande utrustning (ex mekaniska hjärtkompressioner). 4. Inrätta ett system för regelbunden "certifiering" av den prehospitala personalen. Medför ökad patientsäkerhet då man ofta arbetar självständigt med begränsad möjlighet att fånga upp personal i behov av kompletterande utbildning i dagliga arbetet. 5. Förbättrade incitament och vilja inom sjukvården att primärt göra det man kan för den aktuella patienten framför att försöka styra om patienten till annan vårdform om det är möjligt. Fler prehospläkare? Även viktigt att fortsätta utveckla vårdprocesser så att de prehospitala patienterna kommer till rätt vårdform direkt. 6. En sammanhållen nationell struktur för sekundärtransporter som regionerna kan förhålla sig till. Vidare ett frö till att verkligen sätta en sådan organisation, dvs få politiker på riksnivå att förstå vikten av samordning, detta både för

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
	<p>att uppnå likvärdig vård i hela landet men även för samordningsvinster. Denna punkt starkt vinklad mot mitt eget område och inte så mycket mot vägambulansorganisation i stort.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Öka samarbetet mellan primärvård och prehospital vård. En lättillgänglig kontakt med distriktssköterska och prehospital personal Alternativet att transportera patienter till en hälsocentral ska vara lika möjligt som till akuten. 8. Öka transparensen mellan olika vårdgivare. De mångringare som drar väldigt mycket resurser kan ha kontakter med kommunens hemtjänst, socialtjänsten, hemsjukvården, sos, ambulansen och sjukhuskliniker. Det blir svårt att överblicka och patienten kan få motstridiga besked från olika vårdgivare. Särskilt i de fall då patienten har ett stort behov av psykosocialt stöd är de många aktörerna en risk eftersom ingen får en bra helhetsbild och patienten riskerar att få motstridiga besked från olika vårdgivare. 9. Enkla och säkra kommunikationsvägar till högre medicinsk kompetens. Nu blir det ofta AT-läkare på akutmottagning som svarar när ambulanssjuksköterskan ringer om ett fall och har en specifik fråga. Otillfredsställande och blir sällan bra utnyttjande av resurser. Kanske inrätta en nationell frågetelefon med tillgänglighet till läkare som svarar på frågor? 10. Skapa ett system för differentierad kompetensnivå i den prehospitala vården. Ungefär som att vi har en helikopter/läkare att skicka vid behov. De flesta regioner har inte det. Kanske kan man ha olika nivåer i olika ambulanser utan just läkare. Mer erfarna, eller med en viss VUB, eller med viss utrustning. Vanligt internationellt att man har olika nivåer på sin utbildning och sin kompetens. 11. Stärka kopplingen till slutenvårdens strukturer. Få läkare/sjuksköterska på sjukhus att inse att de kan ta ett ansvar för patienter redan innan de kommer till sjukhus och ibland tom bromsa en transport. Kanske styra om till primärvård dagen efter. Vidare få läkare/sjuksköterska från sjukhus att bidra till utbildning och utveckling av prehospital vård. 12. Regleringen av hela den läkarbemannade prehospitala verksamheten. Återigen kan man snegla på Norge och skapa en övergripande organisation. Stiftelse (!) eller kommunalförbund eller annat, som under sig har KSA, SLA och ev. andra aktörer. Då blir det inga låsningar i befintliga förbundsordningar och ej heller så stort fokus på själva fordonen (båda förbunden är ju flygbolag). 13. Nationell koordinering av läkarbemannade resurser. Detta bör vara i ett skikt ovan/parallellt med de befintliga lokala larmcentraler som finns. Om en dylik larmcentral är i KSA:s eller SVLC:s regi bör utredas. SOS Alarm är olämpligt då insyn saknas i deras verksamhet. Oavsett behöver den vara oberoende av ekonomiska intressen vad gäller val av fordon. Medicinsk prioritering, med hänsyn tagen till geografi och förutsättningar, gäller. 14. Nationell "pool" av flygplan och helikoptrar som regionerna kan avropa. 15. Utvecklade infrastruktur på alla sjukhus för helikopterflygplatser. 16. Standardisering av digital prehospital dokumentation inkl. integration mot övriga vårdens dokumentation. 17. Standardisering av prehospitala plattformar (markburen/luftburen) för att säkerställa kompatibilitet mellan enheter. 18. Standardiserad prehospital utbildning på alla nivåer
<p>NPO Barn och ungas hälsa SKR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En nationell flygstruktur är önskvärd. 2. Viktigt också med tydlig regional struktur av transportorganisationen.

Intressent	Utveckling och förbättring på lång sikt (fem år eller längre)
NPO Pivot SKR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driftsätta ETT nationellt enhetligt och jämlikt system för prehospitalt arbete och sekundärtransporter av svårt sjuka patienter (inklusive IVA-patienter) 2. Följa upp arbetet med införandet 3. Säkerställa att utbildning finns, upprätthålls och detsamma när det gäller kompetens utifrån de krav som tagits fram i punkt två ovan 4. Säkerställa FoU, inkl. medverkan i kvalitetsregister 5. Revidera hela verksamheten enligt punkt 1.