

# Sveriges prehospitala akutsjukvård

- nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2023-2-8337

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2023

# Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga den prehospitla vården och, utifrån kartläggningens resultat, lämna förslag på hur den prehospitla vården kan utvecklas, effektiviseras och stärkas på ett ändamålsenligt sätt, både på kort och lång sikt (S2021/02144).

Fatima Azerkan har varit ansvarig huvudprojektledare och Rickard Broddvall projektägare och ansvarig enhetschef. Annica Bergendal och Birgitta Pleijel har varit delprojektledare. I uppdraget har också juristerna varit Camilla Damell och Rebecca Wallerstein, medicinskt sakkunniga Bruno Ziegler och Pontus Strålin (psykiatri), hälsoekonom Hanna Nordlund samt kommunikator Mats Jergelind medverkat. Därutöver har arbetsgruppen bestått av utredarna Thomas Malm och Charlotte Nymberg samt i vissa avsnitt, utredarna Karin Bodell och Fanny Larsdotter.

Socialstyrelsen vill tacka alla som bidragit till rapporten. Myndigheten vill även tacka de regioner som besvarat webbenkäten samt företrädare för alla de organisationer som deltagit i våra intressentdialoger inom ramen för uppdraget. Ett tack riktas också till övriga aktörer och intressenter som myndigheten har haft kontakt med under arbetet med uppdraget.

Uppdraget redovisas den 14 februari 2023

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Socialstyrelsens nulägesbild och bedömning av kartläggningen .....	7
Utvecklingsförslag .....	9
Inledning .....	10
Uppdraget .....	10
Tolkning och avgränsningar .....	11
Agenda 2030 .....	11
Rapportens disposition .....	11
Bakgrund .....	13
Prehospital vård – inget enhetligt begrepp .....	13
Regionens ansvar för ambulanssjukvården .....	14
Alarmeringskedjan – från samtal till ambulans på plats .....	16
Katastrofmedicinsk beredskap och särskild sjukvårdsledning på skadeplats .....	20
Prehospital akutsjukvård i luft, vatten och oländig miljö .....	22
Säker prehospital akutsjukvård .....	25
Nära vård .....	26
Kunskapsstyrning i den prehospitala akutsjukvården .....	27
Material och metoder .....	32
Litteraturgenomgång .....	32
Enkät till regionerna .....	32
Data från SOS-Alarm samt Sjukvårdens larmcentral SvLc .....	33
Dialogsamtal med relevanta intressenter .....	33
Psykiatrisk akutsjukvård .....	34
Socialstyrelsens nulägesbild av den prehospitala akutsjukvården .....	35
Sammanfattning av nulägesbild och huvudsakliga utmaningar och behov .....	35
Fördjupad beskrivning av nulägesbild .....	37
Slutsatser .....	55
Kunskapsstyrning .....	55
Ambulanssjukvårdens grunduppdrag .....	55
Utalarmering, prioritering, dirigerering .....	56
Differentierade resurser .....	56
Samordning och samverkan .....	56
Informationsöverföring, digitalisering och stöd .....	57

Utvecklingsförslag.....	58
Förteckning över bilagor.....	61

# Sammanfattning

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.<sup>1</sup> En god och säker prehospital vård är en av samhällets viktigaste funktioner och bidrar till trygghet för befolkningen.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att kartlägga den prehospitala vården och, utifrån kartläggningens resultat, lämna förslag på hur den prehospitala vården kan utvecklas, effektiviseras och stärkas. Socialstyrelsen kan konstatera att det saknas en nationell enhetlig definition av begreppet prehospital vård och vad begreppet omfattar. I denna rapport har Socialstyrelsen avgränsat kartläggningen till prehospital *akutsjukvård*. Socialstyrelsens kartläggning innehåller huvudsakligen följande delar:

- Webbenkät: Nulägesbild av ambulanssjukvården och larmkedjan samt regionernas bild av utmaningar, brister samt utvecklingsförslag.
- Data från larmcentraler.
- Dokumentstudier.
- Tidigare utredningar.
- Intressentdialoger.

## Socialstyrelsens nulägesbild och bedömning av kartläggningen

Under 2021 utfördes totalt 1 342 441 ambulansuppdrag (prio 1–3) nationellt.<sup>2</sup> Enligt data från SOS Alarm var 1 121 831 primäruppdrag (91 procent) och 109 052 sekundäruppdrag (9 procent). Responstiden är tiden från svar av larmcentral och ambulansens ankomst till hämtplatsen. För prioritetsgrad 1 motsvarar responstiden 15,4 minuter (median) och för prioritetsgrad 2 var tiden 32,8 minuter (median).<sup>2</sup> Enligt regionenkäten var de vanligaste sjukdomstillstånden vid ärende för vägambulansen (primäruppdrag) andningsbesvär, buksmärta och bröstsmärta.

Den samlade bilden av kartläggningen visar att det finns flera utmaningar i den prehospitala akutsjukvården, exempelvis ger många företrädare för ambulanssjukvården uttryck för att de saknar integrering i vårdkedjan samt ibland upplever att ambulanssjukvården fyller ut mellanrum när andra vårdformer, vårdgivare och kontaktvägar av olika skäl inte är tillgängliga för patienten.

Ambulanssjukvårdens uppdrag, liksom avgränsning mot andra funktioner inom hälso- och sjukvården, är i praktiken otydligt. I kartläggningen framkommer att det saknas en nationell uppdragsbeskrivning och nationella mål samt enhetlighet i terminologi, definitioner och begrepp inom området prehospital akutsjukvård. Socialstyrelsen har identifierat behov av en fungerande nationell kunskapsstyrning av prehospital akutsjukvård inklusive

<sup>1</sup> 3 kap 1§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

<sup>2</sup> Data från SOS Alarm och Sjukvårdens larmcentral (SvLc).

ambulanssjukvård, med möjlighet till kvalitetssäkring i vårdkedjan, verksamhetsuppföljning och lärande.

Socialstyrelsens kartläggning visar att det behövs en utökad och tydliggjord samordning, styrning, samverkan och samsyn mellan alla aktörer, både interregionalt och nationellt, för att stärka den framtida prehospitalkakutsjukvården.

## Kunskapsstyrning

Socialstyrelsens kartläggning visar att kunskapsstyrningen inom prehospitalkakutsjukvård är bitvis fragmenterad och att det finns ett behov av samordning och vidareutveckling. Det finns exempelvis inga nationella riktlinjer, annan vägledning från Socialstyrelsen eller statlig myndighet som specifikt adresserar området prehospitalkakutsjukvård. I kartläggningen lyfts behov av en fungerande nationell kunskapsstyrning av prehospitalkakutsjukvård, med möjlighet till kvalitetssäkring i vårdkedjan, verksamhetsuppföljning och lärande.

Inom flera centrala kunskapsområden inom prehospitalkakutsjukvård finns behov av att genomföra systematiska kunskapsöversikter, exempelvis gällande bedömningsstöd, förhållandet mellan responstid och medicinskt utfall vid tidskritiska tillstånd samt prehospitalkakutsjukvård vid psykisk ohälsa som innefattar insatser av olika hjälporgan.

## Samordning.

Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns brister i samordningen och samverkan i situationer som kräver deltagande av flera blåljusaktörer. Särskilt tydligt är detta inom områdena psykisk ohälsa vid t.ex. larm om hotande suicid eller vid prehospitalkakvårdsituationer där det finns risk för hot och våld samt vid aktörsgemensamma insatser i oländig terräng.

## Sammanhållen vårdkedja, digitalisering och information

Olika delar av akutvårdskedjan använder olika journalsystem, vilket medför risker för bristande kommunikation vid vårdövergångar. Socialstyrelsens regionenkät visar att överföringen av patientinformation till nästa vårdgivare fungerar tillfredsställande för knappt en tredjedel av regionerna, acceptabelt i drygt en tredjedel och otillfredsställande i en drygt en tredjedel. Det framgår också att ambulanssjukvården i 15 av 20 regioner (75 procent) saknar tillgång till journaluppgifter i samband med uppdrag. Många aktörer ser behov av bättre digitala samarbetslösningar, exempelvis för tillgång till konsultativt bakre stöd.

Kartläggningen visar också att det saknas en sammanhållen datamängd som möjliggör överblick, kvalitetssäkring, forskning och lärande för hela den akuta vårdkedjan. Data från olika delar av den akuta vårdkedjan fångas idag i flera separata register.



# Utvecklingsförslag

Förslagen från Socialstyrelsen fokuserar på sådana utvecklingsbehov och insatser som är gemensamma för regionerna och där det kan finnas behov av nationellt stöd och där Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av fördjupad analys och utredning. Förslagen har utarbetats med beaktande av, och respekt för, regionernas primära ansvar för den prehospitla vården i egenskap av huvudmän, liksom av befintliga samverkansstrukturer regioner emellan. Rapportens utvecklingsförslag är hållna på en relativt övergripande nivå. Utredningen är Socialstyrelsens första omfattande kartläggning. Den är orienterande och skapar en överblick. Myndigheten bedömer att varje förslag kommer behöva fördjupas och utredas vidare.

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens samlade bedömning, baserad på myndighetens kartläggning av den prehospitla akutsjukvården, lämnar myndigheten nedanstående utvecklingsförslag:

1. Uppdrag att utreda och tydliggöra den nationella styrningen med kunskap inom området prehospit akutsjukvård
2. Uppdrag att genomföra en eller flera systematiska kunskapsöversikter inom området prehospit akutsjukvård och sjuktransporter
3. Uppdrag att utreda förstärkt samordning och samverkan mellan blåljusaktörer i larmsystemet
4. Uppdrag att utreda förutsättningar för att upprätta en sammanhållen datamängd för hela den akuta vårdkedjan
5. Uppdrag att genomföra en förstudie om hur information som behöver utbytas mellan olika aktörer kan utformas för att stötta en ökad digitalisering

# Inledning

## Uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga den prehospitla vården (Dnr S2021/02144). Utifrån kartläggningen ska myndigheten lämna förslag på hur den prehospitla vården kan utvecklas, effektiviseras och stärkas, på kort och lång sikt. I genomförandet av uppdraget ska utvecklingen mot en nära vård och högspecialiserad vård beaktas. Fokus ska ligga på sådana utvecklingsbehov och insatser som är gemensamma för regionerna och där behov av nationellt stöd eller ändringar i regelverk kan finnas.

Uppdraget ska redovisas till regeringen den 14 februari 2023.

I regeringsuppdraget ingår även att följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023 enligt överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om att förstärka och utveckla ambulanssjukvården och förordningen (2021:18) om statsbidrag för utveckling av den prehospitla akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa. Denna del av uppdraget delredovisas i en rapport den 14 februari 2023 och slutredovisas i en separat rapport i mars 2024.

## Termer och begrepp

Nedan beskrivs en del centrala termer och begrepp som används i rapporten. En fullständig lista återfinns i bilaga 2.

**Prehospital akutsjukvård:** Omedelbara medicinska åtgärder som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus.<sup>3</sup>

**Ambulanssjukvård:** hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans.<sup>4</sup>

**Ambulans:** Transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade.<sup>5</sup>

**Primäruppdrag:** Med primäruppdrag avses en situation där ambulans larmas till en sjukdoms- och skadeplats eller händelse.<sup>6</sup>

**Sekundäruppdrag:** Sekundäruppdrag avser sjuktransporter mellan sjukvårdsinrättningar, beställt av sjukvården och där avsändande läkare har det medicinska ansvaret.<sup>5</sup>

**Hjälporgan:** Med hjälporgan avses polismyndigheten, statlig och kommunal räddningstjänst, och regioner.<sup>7</sup>

<sup>3</sup> 1 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.

<sup>4</sup> 1 kap. 2 § SOSFS 2009:10.

<sup>5</sup> 1 kap. 2 § SOSFS 2009:10.

<sup>6</sup> Primär- och sekundäruppdrag är vedertagna begrepp inom den prehospitla akutsjukvården. I Socialstyrelsens rapport används de i samma betydelse som i Föreningen för ledningsansvariga inom svenska ambulanssjukvård, Flisa, riktlinjer. Se Flisa (2018). Ambulanssjukvård. Riktlinjer för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård. Karlskrona: Föreningen för Ledningsansvariga Inom Svensk Ambulanssjukvård (Flisa).

<sup>7</sup> Begreppet hjälporgan används inom den prehospitla akutsjukvården som en samlande beskrivning för ambulanssjukvård, polis och räddningstjänst. Begreppet hjälporgan används också med samma betydelse i t.ex. betänkandet av 112-utredningen: SOU 2018:28. "En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser" (sidan 86), Stockholm 2018.

## Tolkning och avgränsningar

I detta regeringsuppdrag har Socialstyrelsen avgränsat kartläggningen till att omfatta prehospital akutsjukvård (se beskrivning nedan) och den process där vårdärendet initieras via larmcentralerna (ambulanssjukvård och mobila enheter som larmas ut via larmcentral). I uppdraget ingår både primär- och sekundäruppdrag. I kartläggningen ingår även den organisation för transport av personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet (ambulanser) och som varje region svarar för.<sup>8</sup>

Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen valt att särskilt belysa den prehospitala akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa, eftersom regeringen under de senaste åren haft ambitionen att höja kvaliteten på den med bland annat statsbidrag (se Delredovisning av uppföljning och utvärdering av regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021<sup>9</sup>). Myndigheten har kartlagt den prehospitala psykiatriska akutsjukvården med fokus på regional planering för att ge en beskrivning av nuläget.

Socialstyrelsen har avgränsat uppdraget från att omfatta kris, krig, civilt försvar och Försvarsmaktens (prehospitala) sjukvård och rapporten behandlar därför inte dessa aspekter. Myndigheten har dock övergripande belyst<sup>9</sup> den prehospital akutsjukvårdens kontaktytor gentemot dessa aspekter (se bilaga 3) eftersom ett antal väsentliga förändringar har skett inom områdena säkerhet, försvar och samhällets krisberedskap, vilka har betydelse även för prehospital akutsjukvård. En övergripande genomlysning av aktuella omvärldsförändringar har identifierat ett antal centrala aspekter (se bilaga 4).

## Agenda 2030

Det nu aktuella uppdraget har koppling till Agenda 2030, Förenta nationernas, FN, handlingsplan för en hållbar utveckling. Uppdraget berör mål 3 av de globala målen i Agenda 2030: *att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar*. Mer information om prehospital akutsjukvård i relation till FN:s hållbarhetsmål finns i bilaga 5.

## Rapportens disposition

Denna rapport inleds med en bakgrund som ger övergripande beskrivning av området prehospital akutsjukvård. Beskrivningen innefattar huvudsakligen:

- termer och begrepp,
- sjuktransportorganisation,
- beskrivning av lagar och regler (urval),

---

<sup>8</sup> Av 7 kap. 6 § HSL följer att regionen svarar för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.

<sup>9</sup> Den övergripande genomlysningen utgår från den analys som redovisas i Regeringsuppdrag rapport: *Förstärkning av nationell förmåga vid masskadehändelser. September 2022*

- larmcentral och utalarmering av ambulans (triagering, prioritering, dirigering etc.),
- kommunala räddningstjänstens särskilda vårdinsatser i väntan på att ambulans,
- prehospitala insatser och samverkan,
- nära vård,
- prioriteringar i vården,
- god och säker prehospital akutsjukvård,
- kunskapsstyrning i den prehospitala akutsjukvården,
- kvalitetsutveckling och uppföljning,
- prehospital akutsjukvård i luft, vatten och i oländig terräng.

Därefter redovisas en beskrivning av de material och metoder som använts. Socialstyrelsen har sammanställt resultat och beskrivningar av de olika kartläggningsdelarna i bilageform (se bilageförteckning).

Rapporten avslutas med Socialstyrelsens nulägesbild och bedömning av den prehospitala akutsjukvården samt slutsatser och utvecklingsförslag.

# Bakgrund

## Prehospital vård – inget enhetligt begrepp

I det nu aktuella regeringsuppdraget beskrivs **prehospital vård** som ett samlingsnamn för den vård som patienten först möter vid sjukdoms- eller olycksfall. Socialstyrelsen kan konstatera att det saknas en nationell enhetlig definition av begreppet prehospital vård och vad begreppet omfattar. I Socialstyrelsens termbank finns en definition av det snarlika begreppet **prehospital akutsjukvård**, vilket definieras som omedelbara medicinska insatser som utförs utanför *vårdenhet* av hälso- och sjukvårdspersonal. Ytterligare en definition av begreppet prehospital akutsjukvård finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. Där definieras begreppet som omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför *sjukhus*.<sup>10</sup> Central för den prehospitala akutsjukvården är ambulanssjukvården. Socialstyrelsen har därför valt att lägga tyngdpunkten i kartläggningen av den prehospitala akutsjukvården på ambulanssjukvården och de resurser som kan larmas ut vid samtal till nödnumret 112.

## Ambulanssjukvård och andra prehospitala vårdresurser

**Ambulanssjukvård** definieras i Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. som hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans.<sup>11</sup> Med **ambulans** avses ett transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade.<sup>12</sup> Utöver ambulanser kan det finnas andra typer av fordonsresurser tillgängliga för den prehospitala akutsjukvården och patienttransporter. Exempel på detta är akutbil, bedömningsbil eller ledningsbil. **Akutbil** definieras i Socialstyrelsens termbank som bil bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal och försedd med medicinteknisk utrustning, och som saknar transportkapacitet för sjuka eller skadade. I en anmärkning i termbanken anges att hälso- och sjukvårdspersonalen i akutbilarna har hög medicinsk kompetens. Specialutbildad sjuksköterska och/eller läkare ingår.

Inom den prehospitala vården finns även andra verksamheter såsom jourläkarbilar, mobila team och hemsjukvård. Denna mobila vård är ett område under utveckling som innefattar mer än enbart det traditionella prehospitala akuta uppdraget, och kan omfatta många olika vårdgrenar som tillhandahålls av en region eller kommun som huvudman. Den mobila vården

---

<sup>10</sup> 1 kap. 2 § SOSFS 2009:10.

<sup>11</sup> 1 kap. 2 § SOSFS 2009:10.

<sup>12</sup> 1 kap. 2 § SOSFS 2009:10.

kan organisatoriskt tillhöra primärvården, specialistvården och den traditionella akutsjukvården.

## Regionens ansvar för ambulanssjukvården

Regionen svarar för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet, oavsett om den bedrivs på land, vatten eller i luft.<sup>13</sup> Den övergripande benämningen på sådana transporter är sjuktransporter, vilket bl.a. innefattar transport med ambulans.<sup>14</sup> Även sjuktransporter utgör en del av hälso- och sjukvården<sup>15</sup> och omfattas därför av samma lagar och regler som andra former av hälso- och sjukvård. Nedan följer en beskrivning av lagar och regler i urval, som är centrala för den prehospitla akutsjukvården.

### Övergripande mål och bestämmelser om hälso- och sjukvård

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.<sup>16</sup> Den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdsverksamheten ska också vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.<sup>17</sup>

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.<sup>18</sup> Regionens ansvar omfattar de som är bosatt inom regionen, men varje region ansvarar även för att erbjuda omedelbar vård för de personer som vistas i regionen och behöver sådan vård.<sup>19</sup> Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.<sup>20</sup>

---

<sup>13</sup> 7 kap. 6 § HSL.

<sup>14</sup> Betänkande *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga*, SOU 2022:6, sid. 817.

<sup>15</sup> 2 kap. 1 § första stycket 2 HSL.

<sup>16</sup> 3 kap. 1 § HSL.

<sup>17</sup> 4 kap. 1 § HSL.

<sup>18</sup> 7 kap. 2 § HSL.

<sup>19</sup> 8 kap. 1 och 4 §§ HSL.

<sup>20</sup> 5 kap. 1 § HSL.

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det också finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.<sup>21</sup>

## Ansvar för patientsäkerhet och kvalitet

Inom hälso- och sjukvården ställer lagstiftningen krav på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.<sup>22</sup> Hälso- och sjukvården ska också bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.<sup>23</sup> Hur kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada, dvs. lidande, skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas.<sup>24</sup> Med begreppet kvalitet avses bland annat att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.<sup>25</sup>

Ansvaret för att det finns ett ledningssystem för verksamheten ligger på vårdgivaren. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.<sup>26</sup> Ledningssystemet ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet.<sup>27</sup> Vårdgivaren ska också identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Av processerna och rutinerna ska framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.<sup>28</sup>

## Särskilt om planering av ambulanssjukvården

Utöver de allmänna bestämmelserna som beskrivits ovan finns också särskilda bestämmelser om sjuktransporter och ambulanssjukvård. Som tidigare nämnts ska regionen svara för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.<sup>29</sup> Vad gäller ambulanssjukvård så ska varje region också upprätta en plan för ambulanssjukvården inom sitt geografiska område.<sup>30</sup> Av planen ska det framgå:

---

<sup>21</sup> 5 kap. 2 § HSL.

<sup>22</sup> 5 kap. 4 § HSL.

<sup>23</sup> 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

<sup>24</sup> 1 kap. 5 och 6 §§ PSL.

<sup>25</sup> 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

<sup>26</sup> 3 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

<sup>27</sup> 4 kap. 2 och 4 §§ SOSFS 2011:9.

<sup>28</sup> 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9.

<sup>29</sup> 7 kap. 6 § HSL.

<sup>30</sup> 2 kap. 1 § första stycket SOSFS 2009:10.

- vilka mål som har fastställts,
- vilka resurser som ska finnas, och
- hur ambulanssjukvården ska vara organiserad.<sup>31</sup>

Av planen ska det även framgå vilka tekniska lösningar som ska väljas avseende larmsystem och övriga kommunikationssystem inom ambulanssjukvården. Systemen ska bl.a. ha funktioner som säkerställer:

- att information inte av misstag, obehörigen eller på grund av driftsstörning eller någon annan störning kan förändras,
- att varje inkommande och utgående larm samt övrig kommunikation via loggar kan härledas till operatörer på larmcentralen samt hälso- och sjukvårdspersonal i eller utanför en ambulans, och
- att kraven i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning) samt kraven i lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och i patientdatalagen (2008:355) uppfylls.<sup>32</sup>

Socialstyrelsen har samlat in regionernas ambulansplaner, se bilaga 16.

## Alarmeringskedjan – från samtal till ambulans på plats

Alarmeringskedjan används här som ett samlingsbegrepp för de moment som utförs från det att ett samtal inkommer till det nationella nödnumret 112 till dess att en ambulans är framme på plats. I följande avsnitt kommer några av dessa moment att beskrivas närmare. I bilaga 11 finns en beskrivning av larmorganisation aktörer och process för sjukvårdsärenden.

Figur 1 nedan visar processen för alarmeringskedjan. (I vissa larmärenden utalarmeras också andra blåljusaktörer, främst polis och räddningstjänst, så kallad samutalarmering. Alarmeringskedjan i sådana fall beskrivs inte i figuren nedan).

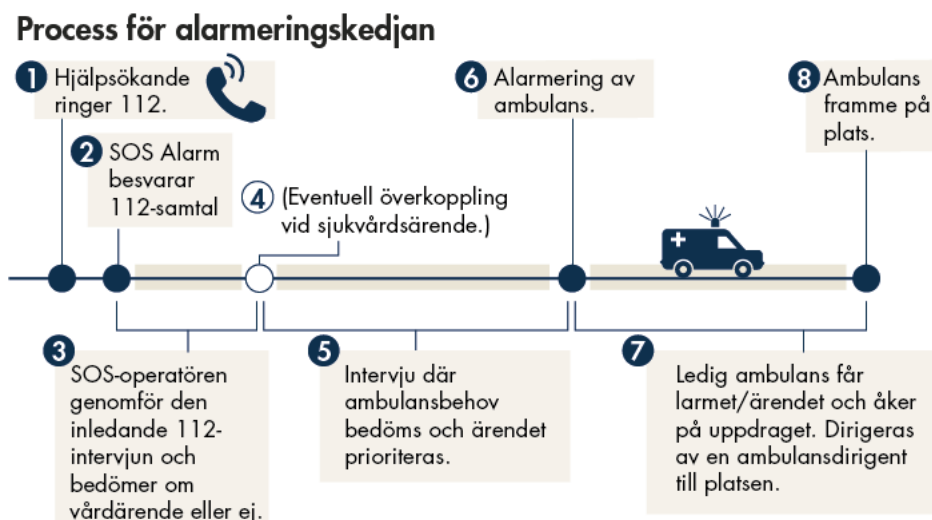
---

<sup>31</sup> 2 kap. 1 § SOSFS 2009:10.

<sup>32</sup> 2 kap. 2 § SOSFS 2009:10.



Figur 1. Process för alarmeringskedjan



Källa: Statens insatser inom ambulansverksamheten. Riksrevisionen 2012

## Larmcentral

Den som befinner sig i en nödsituation där det finns ett akut behov av insatser från något av hjälporganen; ambulans, räddningstjänst eller polis ska ringa det nationella nödnumret 112. Samtal till 112 tas emot av SOS Alarm som på uppdrag av staten ansvarar för 112-tjänsten.<sup>33</sup>

SOS Alarm besvarar alla 112-anrop, bedömer om det är ett akut ärende, och om så är fallet vilket eller vilka hjälporgan som behövs. Hur den fortsatta hanteringen av ett hos SOS Alarm identifierat vårdärende sker skiljer sig åt mellan olika regioner. SOS Alarm erbjuder samtliga kommuner och regioner en fullständig larmbehandling där bolaget också ansvarar för bedömning av ambulansbehov, prioritering och utalarmering. Vissa regioner har istället valt att bedriva larmcentralverksamhet i egen regi. Sjukvårdens larmcentral (SvLc) är en larmcentral som drivs i egen regi, i samarbete mellan Region Uppsala, Region Västmanland och Region Sörmland. Västra Götalandsregionens larmcentral drivs i egen regi och benämns också Sjukvårdens larmcentral men är organisatoriskt fristående från SvLc i övriga regioner.<sup>34</sup> I de fall SOS Alarm identifierat att det föreligger ett vårdbehov tar SvLc över samtalet och sköter bedömning och prioritering. I region Uppsala, Västmanland och Sörmland ansvarar SvLc också för dirigeringen. I Västra Götalandsregionen återgår istället ansvaret för dirigering av ambulanstransport till SOS Alarm som dirigerar ut ambulansen i enlighet med SvLc:s prioritering.<sup>35</sup>

<sup>33</sup> SOS Alarm Sverige AB ägs till 50 procent av svenska staten och till 50 procent av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). SOS Alarms uppdrag regleras till stora delar i alarmeringsavtalet mellan staten och bolaget. Mellan staten och SKR Företag AB finns ett ägaravtal (konsortialavtal dvs. ett aktieägaravtal) avseende SOS Alarm Sverige AB (SOS Alarm), och mellan regeringen och SOS Alarm finns ett alarmeringsavtal som bland annat reglerar den s.k. SOS-tjänsten som innefattar att svara på nödnumret 112. Av 18 d § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, följer att Myndigheten ska utöva tillsyn över och kontroll av att åtagandena i alarmeringsavtalet mellan staten och SOS Alarm Sverige AB uppfylls.

<sup>34</sup> Det finns ett regiongemensamt arbete mellan Västra Götalandsregionen och SvLc. Det gäller teknisk respektive medicinsk utveckling. Alla förändringar beslutas i konsensus

<sup>35</sup> <https://vgrfokus.se/2021/05/flytt-och-fler-kollegor-lyfte-sjukvårdens-larmcentral/>

Även Region Stockholm och Region Värmland har beslutat att överta den regionala prioriterings- och dirigeringsstjänsten i egen regi, inför utformandet av den framtida prehospitalkakutsjukvården. Sammantaget syns en utveckling mot att regionerna alltmer tar över den regionala prioriterings- och dirigeringsstjänsten.

Syftet med övergången till att bedriva verksamheten i egen regi eller genom regional samverkan uppges bl.a. vara att möjliggöra en sammanhållen vårdkedja där det säkerställs att personalen är placerad i respektive region och har god kunskap om regionens vårdssystem, infrastruktur och lokaler. Det lyfts även fram att det skapar förutsättningar för ökad samverkan mellan prehospitalkakutsjukvård och andra vårdgivare, i enlighet med inriktningen för en god och nära vård<sup>36</sup> men även att regioner bedömer att stora kvalitets- och effektivitetsvinster kan finnas<sup>37</sup>.

Personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal.<sup>38</sup> Sådan personal omfattas därför av samma skyldigheter som annan hälso- och sjukvårdspersonal. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn av både larmcentralverksamhet och den personal som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.<sup>39</sup>

## Triagering

Triage är en metod för att systematiskt prioritera patienter utifrån medicinsk allvarlighetsgrad. Triagemetodiken kan användas i många olika sammanhang, exempelvis i masskadesituationer, inom ambulanssjukvården eller på akutmottagningen. Det finns flera olika system för triage, såväl svenska som internationella. Triagebedömningen görs vanligtvis utifrån patientens anamnes, symtom och vitalparametrar som exempelvis andningsfrekvens, puls och kroppstemperatur. Triagebedömningen resulterar vanligtvis i en gradering, uttryckt som en siffra eller s.k. triagefärg.

## Prioritering och dirigering

När SOS Alarm har gjort bedömningen att ett samtal rör ett vårdärende ska samtalet antingen kopplas vidare till SvLc eller fortsatt handläggas av SOS Alarm. I detta skede genomförs en vårdintervju för att bedöma behovet av ambulans och bestämma prioritet baserat på patientens symtombild och medicinska behov. Vid utgående larm från en larmcentral ska följande prioriteringsgrader gälla:

Prio 1 - Akuta livshotande symtom eller olycksfall.

Prio 2 - Akuta men inte livshotande symtom.

---

<sup>36</sup> <https://www.regionstockholm.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2022/06/prioriterings-och-dirigeringsstjansten-tas-over-i-egen-regi-2024/>

<sup>37</sup> <https://regionvarmland.se/regionvarmland/nyhetsarkiv/press/2022-05-10-halld--och-sjukvardsnamnden-i-korthet-10-maj-2022>

<sup>38</sup> 1 kap. 4 § första stycket 6 PSL.

<sup>39</sup> 7 kap. 1 § första stycket PSL.

Prio 3 - Övriga uppdrag med vård- eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd.<sup>40</sup>

I dirigering ingår att larma ut och koordinera befintliga ambulanser utifrån bedömd prioritet samt att utnyttja varje resurs optimalt.

## Prioriteringar i hälso- och sjukvården

Prioritera betyder att ge företräde åt.<sup>41</sup> Varje gång det fattas beslut om resurser av något slag görs en prioritering, ett val. Vissa patienters behov av vård prioriteras framför andra patienters behov. Vid prioriteringar av vårdbehov gäller den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen. Prioriteringsplattformen bygger på följande tre grundläggande etiska principer: *människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen*.<sup>42</sup>

Människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen ligger till grund för bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.<sup>43</sup>

## Ambulans på plats

Inom ambulanssjukvården bedrivs avancerad akutsjukvård där patienter undersöks, bedöms och behandlas. Ambulanspersonal som anländer till en patient bedömer om patienten har ett sådant vårdbehov som kräver transport till vårdinrättning. Om ett sådant vårdbehov inte anses finnas kan patienten efter bedömning stanna kvar i hemmet (alternativt annan plats), hänvisas till annan vårdinstans, alternativt ta sig till en akutmottagning via egen transport.

I en avhandling beskrivs att av alla patienter som bedöms av ambulanspersonal saknar 10–50 procent akuta vårdbehov och lämnas i hemmet.<sup>44</sup> En relativt stor andel av patienterna bedöms inte vara i behov av ambulanssjukvård utan hänvisas efter undersökning till annan vårdinstans eller till egen transport. I de fall bedömningen är att ytterligare akuta vårdinsatser behövs, så transporteras patienterna till vårdinrättning för fortsatt vård. Ofta saknar prioriterings- och dirigerings tjänsten tilldelade alternativa resurser som skulle kunna avlasta ambulanssjukvården då inget direkt akut vårdbehov finns.<sup>45</sup>

## I väntan på ambulans (IVPA)

Regioner och kommuner har möjlighet att ingå avtal om att den kommunala räddningstjänsten ska utföra vissa begränsade vårdinsatser i väntan på att ambulans eller annan sjuktransport anländer.<sup>46</sup> Räddningstjänst kan alltså

---

<sup>40</sup> 5 kap. 2 § SOSFS 2009:10.

<sup>41</sup> NE

<sup>42</sup> Prop. 1996/97:60.

<sup>43</sup> 3 kap. 1 § andra stycket, HSL.

<sup>44</sup> Erik Höglund. Non-conveyance within the Swedish ambulance service -A prehospital patient safety study. Örebro universitet, Institutionen för hälsovetenskaper, Örebro år 2022.

<sup>45</sup> Den gränsöverskridande ambulanssjukvården i Sverige 2021. Socialstyrelsen.

<sup>46</sup> 3 kap. 2 § lag (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

larmas, enligt IVPA-avtal, i de fall den bedöms kunna vara på plats före ambulans, exempelvis där avstånden är långa.

Kommunerna ansvarar för räddningstjänsten inom den egna kommunen, med undantag för vissa särskilda räddningsinsatser som t.ex. fjällräddning och sjöräddning, för vilka staten ansvarar.<sup>47</sup> Med kommunal räddningstjänst avses räddningsinsatser som kommunerna ska ansvara för vid olyckor och överhängande fara för olyckor för att hindra och begränsa skador på människor, egendom eller miljön.<sup>48</sup> Kommunernas ansvar för räddningsinsatser omfattar dock inte hälso- och sjukvård. För hälso- och sjukvårdsinsatser svarar regionerna.<sup>49</sup> Den kommunala räddningstjänstens utförande av hälso- och sjukvårdsuppgifter måste därför regleras i ett avtal mellan kommunen och regionen, ett s.k. IVPA-avtal.<sup>50</sup> Avtalet ska säkerställa att den som utför ett IVPA-uppdrag kan

- ge första hjälpen med enkla hjälpmedel,
- ge den vårdbehövande trygghet, och
- hålla kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen i ambulansen.

Av IVPA-avtalet ska det framgå om defibrillering (hjärtstartare) och behandling med medicinskt oxygen ingår i IVPA-uppdraget. Det ska även framgå av avtalet om det i uppdraget ingår behandling med läkemedel som innehåller naloxon.<sup>51</sup> Den personal som inom ramen för ett IVPA-avtal ger behandling med läkemedel ska anses som hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas av Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn.<sup>52</sup> En genomgång av regionernas IVPA-avtal finns i bilaga 6.

## Katastrofmedicinsk beredskap och särskild sjukvårdsledning på skadeplats

Alla regioner ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.<sup>53</sup> Med katastrofmedicinsk beredskap avses beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse.<sup>54</sup> Varje region ska bl.a. ha förmåga att vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse leda och samordna berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter och samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.<sup>55</sup> I den katastrofmedicinska beredskapsorganisationen ska det finnas vissa obligatoriska funktioner. En av dessa är särskild sjukvårdsledning. Den särskilda sjukvårdsledningen ska ansvara för ledningsuppgifter vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse.<sup>56</sup> Den ska kunna verka på regional nivå samt i ett skadeområde, i

<sup>47</sup> 3 kap. 7 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, LSO.

<sup>48</sup> 1 kap. 2 § första stycket LSO.

<sup>49</sup> Regeringens proposition *Kommunal medverkan i landstingens sjuktransporter*, prop. 2004/04:17, s. 10.

<sup>50</sup> 3 kap. 2 § lag (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

<sup>51</sup> 7 kap. 1 § SOSFS 2019:10.

<sup>52</sup> 7 kap. 2 § SOSFS 2009:10.

<sup>53</sup> 7 kap. 2 § tredje stycket HSL.

<sup>54</sup> 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

<sup>55</sup> 4 kap. 1 § första stycket 2 och 4 SOSFS 2013:22

<sup>56</sup> 6 kap 2 § första stycket SOSFS 2013:22.

ambulanssjukvården och på vårdenheter.<sup>57</sup> Den särskilda sjukvårdsledningen ska ha befogenhet och förmåga att:

1. samordna verksamheter,
2. prioritera insatser,
3. leda personal,
4. omdisponera resurser,
5. mobilisera resurser som inte finns omedelbart tillgängliga,
6. förflytta patienter och evakuera vårdenheter samt
7. samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.<sup>58</sup>

Den särskilda sjukvårdsledning som etableras på skadeplats ska använda beteckningarna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig.<sup>59</sup> Principer och roller inom prehospital sjukvårdsledning är desamma som för övrig särskild sjukvårdsledning. För prehospital sjukvårdsledning (PS) finns ett nationellt framtaget utbildningskoncept. Konceptet utarbetades 2003 av Katastrofmedicinskt Centrum i Linköping på uppdrag av Socialstyrelsen. Det utgår från Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2013:22 om katastrofmedicinsk beredskap och tillämpas idag i samtliga regioner. Konceptet kan användas både vid både mer allvarliga händelser (som en del av hälso- och sjukvårdens särskilda sjukvårdsledning) liksom vid vardagshändelser (då särskild sjukvårdsledning inom hälso- och sjukvården inte upprättats).

## Samverkan med övriga blåljusaktörer

I de fall flera blåljusaktörer är engagerade på en skadeplats krävs en fungerande samverkan blåljusaktörerna emellan. Ur sjukvårdens perspektiv ligger samordningsansvaret på den person som utsetts som sjukvårdsledare på skadeplats. Vid mindre olyckor och händelser sker ofta samverkan mellan respektive aktörs insatsledare direkt på skadeplats. Vid större händelser kan samverkan mellan olika blåljusaktörer behöva ske på en mer central nivå. I situationer där insatsen belastar olika blåljusaktörer asymmetriskt kan det ibland uppstå otydlighet kring vilka ledningsnivåer hos respektive aktör som ska samverka. I den mån sjukvården inte upprättar särskild sjukvårdsledning för hälso- och sjukvården som helhet ligger ett stort ansvar på den enskilde sjukvårdsledaren. Det finns idag inget enhetligt system för vilket stöd en enskild sjukvårdsledare kan erhålla från sjukvårdsorganisationen i övrigt. Enligt utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap behöver hälso- och sjukvården dels ta fram en samverkans- och ledningsmodell som bättre överensstämmer med övriga blåljusaktörers, dels behöver regionerna hitta organisatoriska former för att stödja en sjukvårdsinsats på distans.<sup>60</sup>

---

<sup>57</sup> 6 kap. 2 § andra stycket SOSFS 2013:22.

<sup>58</sup> 6 kap. 3 § SOSFS 2013:22.

<sup>59</sup> 6 kap. 5 § SOSFS 2013:22.

<sup>60</sup> SOU 2022:6, sid. 822 – 826

# Prehospital akutsjukvård i luft, vatten och oländig miljö

## Luftburen ambulanssjukvård – ambulanshelikopter och ambulansflyg

Grunden i ambulanssjukvården utgörs av vägambulanser, men ambulanssjukvård kan också behöva bedrivas i miljöer som inte är framkomliga för biltrafik. Den luftburna ambulansverksamheten är en viktig resurs i detta sammanhang.

Den luftburna ambulanssjukvården bedriver prehospital akutsjukvård och utgörs av ambulanshelikopter och ambulansflyg. Kombinationen hög medicinsk kompetens, snabb insatstid och transport till rätt vårdnivå gör att den luftburna ambulanssjukvården är en samhällskritisk resurs med stort värde, både vid olyckor i vardagen och vid allvarigare händelser och katastrofer samt vid transporter mellan vårdinrättningar. Den har normalt läkarbemanning, även om en del regioner väljer att ta med läkare i ambulanshelikopter/flygplan bara vid behov.<sup>61</sup> Förutom transportresurserna inom hälso- och sjukvården finns också transportresurser inom andra myndigheter, t.ex. vid Sjöfartsverket.

Den luftburna ambulanssjukvården kan utföra såväl primäruppdrag som sekundäruppdrag. De regionanknutna helikoptrarna kan normalt ta en patient vid primäruppdrag. Vid sekundäruppdrag kan de utrustas för att transportera en intensivvårdskrävande patient.

## Resurser och aktörer luftburen sjuktransport

**Ambulanshelikopter** drivs, prioriteras och dirigeras i den ordinarie verksamheten i nio regioner och kan utföra både primär- och sekundärtransporter.

**Ambulansflyg** är flygplan utrustade för att kunna transportera patienter. De är lämpliga för längre sträckor och utför främst sekundärtransporter<sup>62</sup>. Det finns olika bemanning på respektive flyg. Till exempel finns specialteam med möjlighet att ge intensivvård och ECMO<sup>63</sup>.

**Sjöfartsverkets** sjöräddningshelikoptrar finns på fem orter: Umeå, Norrtälje, Visby, Göteborg och Kristianstad. I Umeå, Norrtälje och Göteborg finns rutiner och erfarenhet av att regionen bemannat med medicinsk personal. I Visby och Kristianstad saknas dock utbildning och rutiner för denna typ av bemanning.

**Försvarmaktens helikoptrar** saknar egen medicinsk personal och finns i Luleå, Linköping och Ronneby (2022. Försvarmaktens flygplan kan också transportera fordon).

---

<sup>61</sup> Prehospital traumavård. Delrapport. Socialstyrelsen 2015

<sup>62</sup> Ambulansuppdrag mellan sjukvårdsinrättningar, beställt av sjukvården och där en läkare har det medicinska ansvaret. Sekundäruppdrag som sker inom länet innebär att patient hämtas och lämnas inom det egna länet. Patient som hämtas eller lämnas utanför egna länet ingår likaså i ambulanstransporter avseende sekundäruppdragen.

<sup>63</sup> ECMO: Extra Corporeal Membran Oxygenering – en modifierad hjärtlungmaskin som syresätter blodet utanför kroppen via ett membran.

Inom ambulanshelikopterområdet bedriver kommunalförbundet Svensk luftambulans (SLA) ambulanshelikopter verksamhet för de sex regioner som anslutit sig till SLA (2022). SLA bildades 2014 när region Dalarna och region Värmland gick samman i ett kommunförbund för att bedriva ambulanshelikopter verksamhet. Helikoptrarna bedriver dels primäruppdrag som kan ge prehospital akutsjukvård till skadade och sjuka direkt på plats. De är bemannade med narkosläkare och sjuksköterska som förutom vård på plats även kan ge vård under transport. Dels genomför man sekundäruppdrag med intensivvårdstransporter av patienter mellan vårdinrättningar såväl inom som utom de sex regioner som är medlemmar i SLA.<sup>64</sup>

Idag finns nio luftambulansbaser i Sverige. Sex av dem ligger i regioner som är medlemmar i SLA. Till det kommer tre baser som upphandlas direkt av respektive region. Resterande 12 regioner har ingen ambulanshelikopter.

Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg (KSA) bildades 2016 och utför ambulansflyguppdrag för samtliga 21 regioner. KSA samordnar och utför ambulanstransport med flygplan sedan 2021. Verksamheten har tillgång till beredskapsbaser i Umeå, Stockholm/Arlanda och Göteborg/Landvetter som är bemannade för att snabbt kunna utföra akuta uppdrag. Beställningar på flygtransporter från regionerna sköts av flygkoordineringscentralen (FKC) i Umeå. Vid FKC sköts också prioritering och koordinering av uppdrag.<sup>65</sup>

## Prehospital akutsjukvård i oländig miljö

De senaste årens statistik visar att det årligen utförs omkring 1400 sjöräddningsinsatser, 140 flygräddningsinsatser och 350 fjällräddningsinsatser i Sverige och antalet tenderar att öka. Inte sällan utförs räddningstjänstinsatser med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov under mycket svåra förhållanden. Merparten av fjällräddningsinsatserna, över 90 procent, innefattar skadade eller sjuka personer där frakturer av olika slag är i majoritet, till skillnad från sjöräddningsinsatserna som domineras av medicinska tillstånd som andningsbesvär, bröstsmärtor och stroke. Dessutom kompliceras omhändertagandet på grund av problematiken med nedkylning (hypotermi).

Många av dessa tillstånd hanteras idag självständigt av räddningstjänstens personal när hälso- och sjukvården inte larmats eller inte kan ta sig till platsen.<sup>66</sup> Det är regionen som behöver ta ställning till om vårdbehov föreligger, för att ta beslut om sjukvårdsinsats, alternativt utesluta sådant behov. Räddningstjänstpersonal har möjlighet att ge första hjälpen, när så behövs, även om regionen alltid är huvudman och ansvarig för den medicinska ambitionsnivån utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Sjukdomsfall och olyckor i oländig miljö kräver god förmåga att genomföra aktörsgemensamma insatser oavsett om händelsen är av mindre karaktär eller om det handlar om en större händelse med många drabbade. Det finns sällan någon enskild aktör vid denna typ av händelse utan

---

<sup>64</sup> hämtat från [svenskluftambulans.se](http://svenskluftambulans.se) 221028

<sup>65</sup> Hämtat från [www.svenskt-ambulansflyg.se](http://www.svenskt-ambulansflyg.se) 221028

<sup>66</sup> Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö. – med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö-, flyg- och fjällräddning. SamSar 2020. s. 7

insatserna bygger på samverkan mellan flera olika aktörer. Händelsens utveckling och den nödställdes behov avgör i vilken grad dessa involveras.

Regionernas ansvar innefattar bedömning av vårdbehov och genomförande av sjukvårdsinsatsen vilket inkluderar ansvar för sjukvårdsinsatser i oländig miljö på samma sätt som i icke oländig miljö vid t.ex. trafikolyckor eller brand då samverkan med andra räddningstjänstaktörer är viktigt. När ambulanssjukvården har svårt att nå fram till platsen fräntas inte regionen sitt sjukvårdshuvudmannaskap.

Insatserna i oländig miljö är ofta komplicerade och det kan snabbt uppstå brist på tid och resurser vilket ytterligare kan försvåras av oklarheter kring exempelvis den drabbades geografiska position eller aktörernas ansvar och mandat. Detta gäller vid såväl mindre händelser som vid omfattande olyckor med många drabbade personer.

Varje aktör ansvarar för sin egen räddningsinsats. Regionen ansvarar för sjukvårdsinsatsen på samma sätt som i icke oländig miljö och Sjöfartsverket, Polismyndigheten eller kommunal räddningstjänst ansvarar för räddningstjänstinsatsen. Detta innebär att parallella insatser pågår samtidigt och att både arbetssätt och organisationer behöver vara anpassade för det. Hälso- och sjukvården involveras allt för sällan eller för sent i tidsförloppet i samband med sjukvårdsinsatser i oländig miljö. Utifrån kartläggning kring roller, ansvar och mandat konstateras<sup>67</sup> att det finns förbättringsområden som skulle kunna genomföras med stöd av nuvarande lagstiftning, t.ex. utvecklade arbetssätt för samlad lägesbild, metoder att leda en insats och förståelse för varandras roller samt behov av samverkan.

Regionen bör i första hand försöka nå patienterna med egen personal och egen transport för att drabbade ska få så bra vård som möjligt. I oländig miljö handlar det främst om ambulanshelikopter och ambulansbåtar. Dessa resurser är dock begränsade och finns på ett fåtal ställen i Sverige. T.ex. har Västra Götalandsregionen en ambulansbåt som i första hand är till för sjuktransport mellan skärgårdsöarna och fastlandet. Ambulanshelikoptrarna har idag inte möjlighet att vinscha och kan oftast inte heller verka utomskärs.<sup>68</sup> I andra hand genomförs sjukvårdsinsatsen genom att regionens personal medföljer räddningstjänsten. Fordon och farkoster som är specialtillverkade för att verka i oländig miljö är exempelvis skotrar, räddningsfartyg och räddningshelikoptrar med tillhörande personal som är utrustade och tränade för att vinscha i dessa miljöer.

För transport på vatten har Sjöfartsverket, Kustbevakningen, Försvarmakten, Polismyndigheten och Sjöräddningssällskapet olika typer av båtar – allt ifrån små ribbåtar till miljöräddningsfartyg och jakter. För markgående transporter i fjällområdet har Polismyndigheten tillgång till skotrar, fyrhjulingar och räddningstjänsten har bandvagnar.

---

<sup>67</sup> "Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö, flyg och fjällräddning". Versionsdatum 2020-02-26. SamSAR.

<https://www.sjofartsverket.se/contentassets/70cd84c3c45c4093925737a756b77fe5/projektrapport-samsar.pdf>

<sup>68</sup> Aktörsgemensamma insatser i oländig miljö med förmodat eller bekräftat sjukvårdsbehov i samband med sjö, flyg och fjällräddning". Versionsdatum 2020-02-26. SamSAR.

<https://www.sjofartsverket.se/contentassets/70cd84c3c45c4093925737a756b77fe5/projektrapport-samsar.pdf>



Som komplement till de nationella och regionala resurserna finns också ett utbyte av ambulanstjänster med de nordiska grannländerna. I detta utbyte får Sverige oftare hjälp av Finland och Norge än tvärtom.<sup>69</sup>

Vissa regioner har dessutom ingått skriftliga avtal avseende väg-, luft- och vattenburen ambulansverksamhet med de nordiska grannländerna, men även muntliga överenskommelser förekommer beträffande den gränsöverskridande verksamheten. Avtal för ambulanshelikopter finns i de regioner som kan komma att nyttja helikoptertjänster. Västra Götalandsregionen har ett båtavtal som innebär att Norge ges tillgång till svensk hjälp till sjöss i den södra norska skärgården. Regionens ambulanspersonal ansluter vid sjukdomsfall. Överlämning till norsk ambulansenhet sker vid kajen eller till en norsk ambulanshelikopter.

## Säker prehospital akutsjukvård

Socialstyrelsen tillhandahåller flera resurser som stöd till vårdgivares patientsäkerhetsarbete. Dessa resurser finns tillgängliga på Socialstyrelsens hemsida, under benämningen ”Samlat stöd för patientsäkerhet”. En viktig resurs i det samlade stödet är den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2020 – 2024 ”Agera för säker vård”. Handlingsplanen vänder sig i första hand till beslutsfattare på regional nivå, men kan också fungera som stöd till chefer och medarbetare inom hälso- och sjukvård och tandvård.

### Patientsäkerhet

I patientsäkerhetshänseende möter den prehospitala akutsjukvården utmaningar som är både generella för hälso- och sjukvården, och sådana som är specifika för den prehospitala akutsjukvården (se bilaga 7).

Bland generella utmaningar finns tillämpningen av ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, tillgänglighetsproblematik samt bristande möjligheter till uppföljning på verksamhets- och individnivå. Bland utmaningar som är mer specifika för prehospital akutsjukvård märks att ambulanssjuksköterska befinner sig ensam i ett vådutrymme med en patient som kan vara svårt sjuk, hög grad av självständig bedömning under utmanande omständigheter, samt s.k. samtidigtskonflikter (dvs. att resursbrist uppstår vid flera samtidigt högprioriterade larmuppdrag).

Därtill utgör den sjukvård som ges under ambulanstransport vanligen en del av en vårdkedja. När en avvikelse med koppling till ambulanssjukvården utreds kan det ibland vara svårt att bedöma var i vårdkedjan själva avvikelsen uppkommit. Detta kan medföra att en analys av en avvikelse också kan behöva omfatta exempelvis bedömningen på larmcentral, liksom det fortsatta omhändertagandet, exempelvis på akutmottagning. Ambulanssjukvårdens hänvisningar av patienter till annan transport eller vårdnivå, alternativt till egenvård kan ses som ett särskilt riskmoment.

---

<sup>69</sup> Den gränsöverskridande ambulanssjukvården i Sverige. Förslag till regelverk som syftar till att möjliggöra en god och säker ambulanssjukvård när ambulanser från Danmark, Finland och Norge bistår en svensk region Socialstyrelsen 2021

## Nära vård

Regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.<sup>70</sup>

Detta innebär att vårdcentraler och andra vårdenheter geografiskt sett ska finnas nära människor, men även att regionerna i egenskap av sjukvårdshuvudmän ska sträva efter att öka användningen av tekniska lösningar inom olika vårdformer, t.ex. genom att göra det möjligt för patienten att, i de fall detta är lämpligt och möjligt, få hjälp i sitt eget hem via dator eller mobiltelefon eller på annat sätt. Digital och virtuell vård är i dag mest aktuellt i fall av mindre komplex karaktär, såsom vid lättare åkommor, uppföljning, monitorering och återbesök. Med den tekniska utvecklingen kan detta komma att förändras, t.ex. avseende diagnostik. Avsteg från huvudregeln när det gäller geografisk närhet får göras om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

Det kan finnas behov av att samla viss kompetens eller medicinsk utrustning vid t.ex. regionsjukhusen. Kraven på att ge vård nära befolkningen ingår i regionens ansvar som huvudman. Regionen bör i avtal med privata vårdgivare exempelvis kunna ställa upp villkor om användning av tekniska lösningar.<sup>71</sup>

God och nära vård är en term som ofta används för att beskriva hur vården i allt större utsträckning förflyttas från sjukhuset och ut i andra vårdformer: till vårdcentral, hälsocentral, andra former av externt belägna specialistmottagningar, sjukstugor, mobila team, digitala lösningar eller patientens hem. Att vården är nära kan ibland innebära geografiskt nära, ibland kan närheten också åstadkommas med hjälp av tekniska, digitala och mobila lösningar. Ambulanssjukvården utgör en viktig resurs i den mobila vården.

Den prehospitala vården har utvecklats i en snabb takt till följd av såväl praktiska behov som ökad teoretisk kunskap inom området. Den ambulanssjukvård som en gång i tiden fokuserade på akut transportverksamhet har utvecklats till ett aktivt omhändertagande, med möjlighet till avancerade sjukvårdsinsatser som inleds redan på en skadeplats och under transporten till en vårdinrättning. Den mobila vården kan ha sin organisatoriska tillhörighet inom såväl primärvård inom region och kommun liksom utgående från den traditionella akutsjukvården eller från specialistsjukvården. Ett flertal utredningar på senare år har adresserat området, inte minst vad gäller samordningen av alarmeringsinsatser.<sup>72</sup>

Prehospital och mobil vård står inför en omfattande utveckling, en utveckling som behöver samordnas nationellt men även kräver regional och lokal utveckling. Detta kommer att ställa ökade krav på samordning och ibland samorganisering av vårdformer som traditionellt organiserats i

---

<sup>70</sup> 7 kap. 2 a § HSL.

<sup>71</sup> Regeringens proposition *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*. Prop. 2017/18:83, sid. 46 f.

<sup>72</sup> Betänkande En myndighet för alarmering, SOU 2013:33 och En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser, SOU 2018:28.

parallella spår med allt vad det innebär av traditioner och organisationskultur.<sup>73</sup>

Ett av flera exempel på organisatorisk samordning av olika typer av traditionell akut prehospital vård och annan mobil vård, är Sjukvårdens Larmcentral i Västra Götalandsregionen. I detta exempel utgör ambulanssjukvården en av flera mobila vårdresurser som står till förfogande i regionens palett av mobila vårdresurser.

## Kunskapsstyrning i den prehospitala akutsjukvården

Den statliga kunskapsstyrningen avseende hälso- och sjukvård ska bidra till att målen i hälso- och sjukvårdslagen uppfylls och ska utgöra ett stöd för huvudmän och olika professioner vilka har ett ansvar för att patienter ges en god vård.<sup>74</sup>

Styrningen med kunskap sker genom de icke bindande kunskapsstöd och bindande föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrningen med kunskap ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. Styrningen med kunskap ska bidra till en ökad jämställdhet.<sup>75</sup>

Rådet för styrning med kunskap, styrs av förordningen och behandlar strategiskt viktiga frågor som bidrar till att rätt kunskap når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård. I rådet ingår tio myndigheter och Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande.

Sex myndigheter i Rådet har tillsammans med regionernas nationella system för kunskapsstyrning utvecklat en modell för långsiktigt samarbete på nationell nivå (Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården). Partnerskapet bildades 2018 när styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) och Rådet för statlig styrning med kunskap (Rådet) enades om att skapa och uttala ett tillitsbaserat partnerskap som modell för långsiktig samverkan på nationell nivå i frågor som rör kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. De myndigheter som ingår är Läkemiddelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, E-hälsomyndigheten och Folkhälsomyndigheten. Syftet med partnerskapet är att bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling samt bättre stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd. Vidare är syftet att bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården ska användas på bästa sätt och att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. Målet är att uppnå en effektiv och jämlik hälso- och sjukvård med hög kvalitet.<sup>76</sup>

<sup>73</sup> Betänkande Träning ger färdighet - Koncentrera vården för patients bästa, SOU 2015:98.

<sup>74</sup> 1 § förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>76</sup> <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.5f94e9591811657edb88bfc0/1655110041137/Partnerskapet-styr-och%20ledningsdokument-2022-03-29.pdf>

## Regionernas nationella system för kunskapsstyrning

Regionerna samverkar genom Nationellt system för kunskapsstyrning. Sveriges regioner har ett gemensamt system för kunskapsstyrning som är organiserad i s.k. nationella programområden (NPO). Det finns 26 stycken NPO (2022) som leder kunskapsstyrningen inom respektive område samt åtta så kallade nationella samverkansgrupper (NSG) som leder och samordnar regionernas arbete inom flera olika områden.

Inom systemet för kunskapsstyrning används begreppet kunskapsstöd som ett samlingsbegrepp för olika stödmaterial. Nationella programområden och deras nationella arbetsgrupper tar fram några av dessa såsom vårdförlopp, vårdprogram, rekommendationer och andra kunskapsstöd.<sup>77</sup> Tillsammans med Socialstyrelsen har nationella samverkansgruppen, Metoder för kunskapsstöd, tagit fram en vägledning som beskriver kunskapsstöd som finns hos respektive parter.<sup>78</sup>

Prehospital akutsjukvård kan omfatta patienter med en mängd olika sjukdomstillstånd, såväl somatiska som psykiatriska. Prehospital akutsjukvård är därmed multidisciplinär till sin natur och behandlar vårdförlopp och processer för patienter i alla åldrar (se bilaga 8).

## Nationell samverkan för kunskapsstyrning

För att stärka den nationella kunskapsstyrningen har ett antal myndigheter i Rådet för styrning med kunskap ingått partnerskap med kommuner och regioner. Socialstyrelsen ingår tillsammans med fem myndigheter i ett partnerskap med regionernas nationella system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård. Det övergripande målet med partnerskapet är att samverka för en god vård, det vill säga att hälso- och sjukvården är: kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv.

## Socialstyrelsens kunskapsstöd

Socialstyrelsen kunskapsstyrning sker genom icke bindande kunskapsstöd, som till exempel nationella riktlinjer, nationella kunskapsstöd (med eller utan rekommendationer) samt föreskrifter och allmänna råd.

## Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där Socialstyrelsen bedömer att behovet av vägledning hos beslutsfattare och profession är särskilt stort.

Riktlinjerna ska bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller grupp av brukare. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård och omsorg.

<sup>77</sup> <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/omvarakunskapsstod.56137.html>

<sup>78</sup> <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.888036617b192361ee84ee1/1629704441410/Vagledning-kunskapsstod-2021-05-17.pdf>

Socialstyrelsen tar även fram indikatorer och målnivåer för uppföljning och utvärdering av följsamhet till riktlinjerna.

I ett par riktlinjeområden finns rekommendationer som kan kopplas till den prehospitala akutsjukvården. Som exempel kan nämnas Nationella riktlinjer för vård vid stroke samt nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (bilaga 8).

## Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Flera av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd inom hälso- och sjukvårdens område ska tillämpas även av den prehospitala vården och ambulanssjukvården. Det gäller t.ex. föreskrifter om hantering av läkemedel<sup>79</sup>, användningen av medicintekniska produkter<sup>80</sup> och journalföring<sup>81</sup>. Som nämns ovan har Socialstyrelsen även meddelat föreskrifter som ska tillämpas av verksamheter som bedriver transportverksamhet som avses i 7 kap. 6 § HSL, oavsett om den bedrivs på land, vatten eller i luft.<sup>82</sup> I föreskriften finns bl.a. bestämmelser avseende märkning och utrustning, larmcentraler och prioritering, bemanning och IVPA-avtal.

## Kvalitetsregister

Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvård finns för att utveckla och säkra vårdens kvalitet, framställa statistik och för forskning inom hälso- och sjukvård. Kvalitetsregister gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå (se bilaga 8). Nationella kvalitetsregister drivs av professionsföreträdare i verksamheterna, vilket inte ska förväxlas med exempelvis Socialstyrelsens hälsodataregister. Följande rubriker nedan beskriver nationella kvalitetsregister med koppling till prehospital akutsjukvård.

---

<sup>79</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

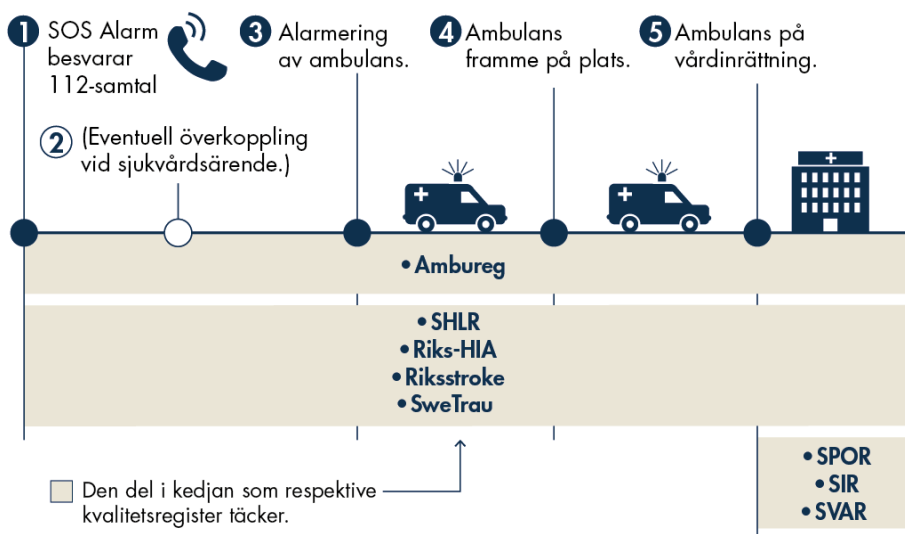
<sup>80</sup> Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

<sup>81</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

<sup>82</sup> SOSFS 2009:10

**Figur 2. Hur kvalitetsregistren täcker den prehospitla vårdkedjan.**

**Hur kvalitetsregistren täcker den prehospitla vårdkedjan.**



Notera att ambulansregistret, AmbuReg, redovisar indikatorer för samtliga patientgrupper inom ambulanssjukvården. SHLR, Riks-HIA, Riksstroke och SweTrau beskriver specifika patientgrupper/fillstånd.

### Ambulansregistret, AmbuReg

Ambulansregistret, AmbuReg, följer de insatser som genomförs av ambulanssjukvården och är därmed det kvalitetsregister som följer vårdprocessen för alla patienter inom ambulansverksamheten (se figur 2 ovan). Registret har Region Blekinge som huvudman och är anslutet till registercentrum Syd. Samtliga 21 regioner rapporterar in till AmbuReg och registret täcker nära 100 procent av alla primäruppdrag. Syftet med AmbuReg är att initiera och främja kunskapsstyrning inom det prehospitla området. Med kvalitet avser AmbuReg exempelvis tillgänglighet, dokumentation, symtomlindring, tid till diagnos, tid till behandling och styrning till adekvat vårdnivå.<sup>83</sup> Registret ska även ge möjlighet till uppföljning av algoritmer, processer, behandlingar och åtgärder som utförs av ambulanssjukvården. Målet är att kvalitetssäkra ambulanssjukvården och därigenom åstadkomma förbättringar i verksamheten på lokal, regional och nationell nivå. AmbuReg har inte status som ett Nationellt Kvalitetsregister.<sup>84</sup> Sådan status skulle enligt företrädare för registret underlätta den långsiktiga finansieringen, facilitera utvecklingen av ambulanssjukvården utifrån kvalitetsdata och sammantaget ge en helt annan stadga åt registret.

**Svenska Traumaregistret, SweTrau** registrerar alla patienter som varit med om en traumatisk händelse och där ett traumalarm har initierats på sjukhuset. Registret omfattar samtliga patienter där traumalarm varit aktuellt. Fokus i

<sup>83</sup> Registerprofil för AmbuReg 2021.

<sup>84</sup> <https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister/bakgrundtillnationellakvalitetsregister.54308.html>

registret ligger främst på vård på sjukhus men viss prehospital data registreras också i registret. Prehospitala data som följs i registret är bland annat ankomstsätt till sjukhus, t.ex. vägambulans, och tid från alarm till ankomst på sjukhus.

**Svenska hjärt- och lungräddningsregistret (SHLR)** registrerar data på hur många personer som överlever ett plötsligt hjärtstopp, såväl utanför sjukhus som inne på sjukhus. Syftet med SHLR är att kartlägga förlopp och identifiera svaga länkar i den kedja som räddar liv vid HLR.

**Riks-HIA.** Registret för hjärtintensivvård. Syftet med det svenska registret för hjärtintensivvård, RIKS-HIA, är att utveckla akut hjärtsjukvård. I registret följs flera aspekter med bäring på den prehospitala vården, t.ex. akuta insatser vid hjärtinfarkt.

**Riksstroke** är det nationella kvalitetsregistret för strokevården och genomför fortlöpande utvärdering av den svenska strokevården. Riksstroke utgår från de rekommendationer och kvalitetsindikatorer som tagits fram i arbetet med de nationella riktlinjerna för stroke och TIA. I Riksstroke följer man bland annat upp ambulanstransport och tid till sjukhus och inläggning.

**Svenska akutvårdsregistret (SVAR)** har fokus på omhändertagande av patienter inom akutsjukvård som är under uppbyggnad. Fullt utbyggt är det tänkt att omfatta prehospital vård, akutmottagning samt akutvårdsavdelningar eller motsvarande.

**Svenskt intensivvårdsregister (SIR).** Syftet med registret är att följa och höja kvaliteten på svensk intensivvård inom utvalda kontinuerligt uppföljda områden. Fokus för registret är vård som bedrivs inne på sjukhus (IVA) men innehåller även uppgift om sekundärtransport till annat sjukhus.

**Svenskt perioperativt register (SPOR).** Fokus i registret är vård inne på sjukhus men registret följer även orsak till försenad operation där väntan på externa transport (ambulans eller helikopter) är en variabel.

# Material och metoder

Socialstyrelsens kartläggning av den prehospitla akutsjukvården består av flera olika delar. För varje del finns material, metod och resultat beskrivet i separata bilagor (se förteckning över bilagor). Socialstyrelsens samlade bedömning framgår av nästföljande kapitel ”Socialstyrelsens nulägesbild och bedömning av den prehospitla akutsjukvården” som presenteras i denna rapport. I tabell 1 finns en sammanställning av de underlag som ligger till grund för myndighetens nulägesbild och bedömning.

**Tabell 1. Översikt av kartläggningens delar och genomförande**

Kartläggningens delar	Metod genomförande	Bilaga
Tidigare utredningar	Litteraturgenomgång	9
Nulägesbild av ambulanssjukvården och larmkedjan	Webbenkät Data från SOS-Alarm samt SvLc	10, 11
Regionernas bild av utmaningar, brister samt utvecklingsförslag	Webbenkät	12
Organisation, kunskapsstyrning och avtal	Dokumentstudier och dialogsamtal	8
Relevanta intressenters bild av utmaningar, brister samt utvecklingsförslag	Dialogsamtal	13
Den prehospitla akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa.	Dialogsamtal, enkät, statistik, litteratur, studiebesök	14, 15
Patientsäkerhet	IVO, LÖF, NITHA, Patientnämndsärenden, Dialogsamtal, Enkätfrågor	7
Ambulansplaner	Dokumentstudier	10, 16

## Litteraturgenomgång

Som en del av omvärldsbevakningen har Socialstyrelsen sammanfattat 24 rapporter och uppdrag som på olika sätt behandlar ämnet prehospitla akutsjukvård och dess utmaningar. Dessa publikationer har sammanställts utifrån kärninnehåll, kartläggningsfakta och utvecklingsförslag med syftet att identifiera utvecklingsområden och förbättringsförslag som tidigare lyfts inom den prehospitla vården. Rapporterna har delats in i kategorierna: statens offentliga utredningar (SOU), övriga nationella uppdrag och rapporter, regionala rapporter, intresseorganisationer och övriga rapporter och uppdrag. En sammanställning av rapporterna som ingått i litteraturgenomgången finns i bilaga 9.

## Enkät till regionerna

För att ge en nulägesbild av larmkedjan och ambulanssjukvården har Socialstyrelsen skickat ut en webbenkät (bilaga 10) till samtliga regioner. Enkäten innehöll frågor kring *organisation, resurser, bemanning och patientsäkerhet* inom ambulanssjukvården och dess verksamhet. I slutet av



enkäten ombads regionerna även att skicka in organisationscheman, direktiv, medicinska riktlinjer eller liknande dokumenterad beskrivning som utgör stöd för ambulanssjukvårdens bedömningar och transporter. Frågorna avsåg ambulansverksamheten inom respektive region under år 2021, oberoende av driftsform och utförare.

Syftet med enkäten var att få en samlad nationell kartläggning och nulägesbeskrivning av ambulanssjukvården. I enkäten gavs även möjlighet för regionerna att lämna förslag för en framtida ambulanssjukvård. Webbenkäten besvarades av 20 av 21 regioner.

Enkäten innehöll 60 frågor som i huvudsak kan delas in under följande teman:

- Organisation
- Resurser
- Uppdrag
- Patientsäkerhet
- Kompetens och kompetensförsörjning

Därutöver innehöll enkäten frågor om regionernas bedömning av utmaningar och förslag för en framtida ambulanssjukvård.

I slutet av enkäten ombads regionerna skicka in följande dokument:

1. Organisationsschema
2. Uppdragsbeskrivningar, regionala vårdprogram ”snabbspår”
3. Samverkansdokument
4. I Väntan På Ambulans, IVPA-avtal
5. Regionens avtal med SOS Alarm

## Data från SOS-Alarm samt Sjukvårdens larmcentral SvLc

För att kartlägga utalarmeringskedjan i respektive region har Socialstyrelsen inhämtat data från larmcentraloperatörerna (SOS Alarm och Sjukvårdens larmcentral, SvLc). I kartläggningen ingår både primäruppdrag och sekundäruppdrag.

## Dialogsamtal med relevanta intressenter

Inom ramen för uppdraget har myndigheten genomfört ett 40-tal intressentdialoger med olika grupperingar av intressenter och aktörer. Intressentdialogerna har skett utifrån myndighetens frågeställningar samt med en uppmuntran om ett nationellt perspektiv och gemensamt lärande, men med en öppenhet för det respektive aktör har velat framföra. Intressenterna uppmanades även att ha följande områden i fokus; organisation/ledning, resurser (t.ex. fordon, utrustning), bemanning (bl.a.

personalresurs, kompetens), samverkan och patientsäkerhet. Intressenter som Socialstyrelsen haft dialog med kan grovt grupperas till följande nyckelinformanter; representanter för att belysa patientperspektivet, profession och fackliga företrädare, kunskaps-styrningsorganisationen och sakkunniga, nätverk och ledningsansvariga, forskarsamhället, alarmeringsfunktion samt berörda myndigheter (Bilaga 13). Anpassat efter intressent har några samtal haft fokus av kartläggande karaktär med riktade frågeställningar och några samtal har haft fokus på specifika sakområden och dimensioner. Regionernas och de olika nyckelinformanternas identifierade utmaningar samt utvecklingsförslag sammanställdes, klustrades och kategoriserades i syfte att göra materialet överskådligt. Följande sex teman utkristalliserades från dialogsamtalen och benämndes;

1. Personal och kompetens
2. Information och stöd
3. Samordning och styrning
4. Samverkan och samsyn
5. Alarmeringsfunktionen
6. Kvalitetssäkring och utveckling

## Psykiatrisk akutsjukvård

Inom ramen för kartläggningen har Socialstyrelsen undersökt larmkedjor och omhändertagande av larm om psykisk ohälsa som inkommer till 112. Ambitionen för denna del av uppdraget har varit att ge en nulägesbeskrivning av den prehospitalla akutsjukvården vid psykisk ohälsa med fokus på den regionala planeringen av resurser, rutiner och samarbete mellan aktörer inom vården och mellan olika aktörer i larmsystemet. Denna del av projektet har genomfört några separata intressentdialoger och studiebesök utöver de som genomförts för hela projektet (se bilaga 14 och 15).

# Socialstyrelsens nulägesbild av den prehospitla akutsjukvården

Kapitlet inleds med en sammanfattande nulägesbild och en bedömning av huvudsakliga utmaningar och behov i den prehospitla akutsjukvården. Nulägesbilden utgår främst från Socialstyrelsens samlade bedömning av kartläggningens resultatdelar, med tyngdpunkt på myndighetens bedömning av regionenkäten och den kvalitativa innehållsanalysen av intressentdialogerna.

Nulägesbildens beskrivning av resultat och bedömning fördjupas därefter enligt följande disposition:

- Kunskapsstyrning
- Ambulanssjukvårdens grunduppdrag
- Larmfunktion och samverkan
- Tillgänglighet och prioritering
- Mobil prehospital akutsjukvård
- Differentierade resurser
- Styrning till adekvat vårdnivå
- Terminologi och begrepp
- Hänvisning vid utebliven transport
- Patientnytta och särskilda perspektiv
- Kompetens och kvalitet
- Forskning och utbildning
- Nära vård
- Högspecialiserad vård
- Ambulans- arbetsmiljö- och trafiksäkerhet
- Katastrofmedicinsk beredskap, kris och krig
- Effektiv resursanvändning

Den fördjupade beskrivningen under respektive rubrik är en sammanvägd sammanställning av Socialstyrelsens bedömning av kartläggningens resultatdelar, dialog med myndighetens externa expertgrupp, interna referensgrupp och styrgrupp. Prehospital akutsjukvård är komplext och mångfacetterat, därav kan delvis liknande innehåll återkomma under rubriceringarna och avhandlas ur olika perspektiv.

## Sammanfattning av nulägesbild och huvudsakliga utmaningar och behov

Under 2021 utfördes totalt 1 342 441 ambulansuppdrag (prio 1–3) nationellt.<sup>85</sup> Enligt data från SOS Alarm var 1 121 831 primäruppdrag (91 procent) och 109 052 sekundäruppdrag (9 procent). Responstiden är tiden

---

<sup>85</sup> Data från SOS Alarm och Sjukvårdens larmcentral (SvLc).

från svar av larmcentral och ambulansens ankomst till hämtplatsen. För prioritetsgrad 1 motsvarar responstiden 15,4 minuter (median) och för prioritetsgrad 2 var tiden 32,8 minuter (median).<sup>2</sup> Enligt regionenkäten var de vanligaste sjukdomstillstånden vid ärende för vägambulansen (primäruppdrag) andningsbesvär, buksmärta och bröstsmärta.

Den samlade nulägesbilden utifrån kartläggningen visar att det finns flera utmaningar i den prehospitla akutsjukvården, bland annat att den är fragmenterad och i många delar arbetar i stuprör. Många företrädare för ambulanssjukvården ger uttryck för att de inte är inkluderade i patientens akuta vårdflöde. De saknar en integrering och upplever att de fyller ut mellanrum när andra vårdformer, vårdgivare och kontaktvägar av olika skäl inte är tillgängliga för patienten. Det framkommer behov av bättre informationsöverföring i en sammanhållen akutvårdskedja. Att kunna följa en patients vårdförlopp hela vägen ger en möjlighet till lärande och kompetensutveckling samtidigt som det kan bidra till ökad patientsäkerhet. Många intressenter ser behov av bättre digitala samarbetslösningar, exempelvis tillgång till konsultativt bakre stöd och tillgång till högre kompetens.

Socialstyrelsens regionenkät visar att överföringen av patientinformation till nästa vårdgivare fungerar tillfredsställande för knappt en tredjedel av regionerna, acceptabelt i drygt en tredjedel och otillfredsställande i en drygt en tredjedel. Det framgår också i regionenkäten att ambulanssjukvården i 15 av 20 svarande regioner (75 procent) saknar tillgång till journaluppgifter i samband med uppdrag. Här finns stor utvecklingspotential för en framtida mer patientsäker och sammanhållen journalföring.

Den prehospitla akutsjukvården verkar ha samma utmaningar som hälso- och sjukvården generellt, bland annat otillräckliga ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, kompetens- och resursbrist och bristande möjligheter till uppföljning på verksamhets- och individnivå. Specifika utmaningar för ambulanssjukvården handlar om samtidigthetskongflikter, bristande möjligheter att hänvisa till annan transport- eller vårdnivå och svårigheter att värdera var i vårdkedjan ett fel uppkommer samt att personal kan vara ensam i bilen med svårt sjuka patienter och behöver göra självständiga bedömningar under utmanande omständigheter. Olika delar av larmkedjan och akutvårdskedjan använder olika journalsystem, samtidigt som informationen i systemen inte är enhetlig och strukturerad, vilket medför risker för bristande kommunikation vid övergångar mellan olika verksamheter i vårdkedjan.

Många intressenter funderar över vägval för ambulanssjukvården i förhållande till utvecklingen av nära vård. Det finns en önskan om en nationell uppdragsbeskrivning och nationella mål samt enhetlighet i terminologi, definitioner och begrepp inom området prehospitla vård. Flera aktörer framför att man inom IVPA (I väntan på ambulans) vill se en tydligare ansvarsreglering. Standardiserad utrustning ur ett nationellt perspektiv efterfrågas liksom vissa delegeringsmöjligheter till ambulanssjukvårdare vad gäller läkemedelsadministrering.

Kompetensnivåer och yrkesroller är viktiga områden där många vill se en enhetlighet inom både ambulanssjukvården och inom larmkedjan. Det

behövs kompetenshöjande insatser och kontinuerlig fortbildning samt utvecklade kunskaps- och beslutsstöd. Om rätt bedömning av vårdbehov kan ske tidigt så kan rätt vårdresurs nå patienten i rätt tid. Även om mätning av så kallade responstider (tiden mellan larmcentral och ambulansens ankomst) är en viktig indikator för effektiv vård, behöver ytterligare kvalitetsindikatorer identifieras.

På längre sikt lyfts behov av en fungerande nationell kunskapsstyrning av prehospita akutsjukvård inklusive ambulanssjukvård, med möjlighet till kvalitetssäkring i vårdkedjan, verksamhetsuppföljning och lärande, samt behov av ett nationellt kvalitetsregister och riktad forskning.

I Socialstyrelsens rapport ”En indikatorbaserad uppföljning för säker vård” från 2021 konstaterades att hälso- och sjukvården inom flera områden saknar mått och datakällor för indikatorutveckling. För ambulanssjukvården är det i nuläget endast två indikatorer som följs upp. För att kunna fånga utmaningar med patientsäkerhet på ett kontinuerligt och systematiskt sätt behövs fortsatt utveckling av sådana mått och datakällor. Detta behöver genomföras på olika organisatoriska nivåer i samverkan med professionen, med aktörer ansvariga för kunskapsstyrning och kvalitetsregister. Med god tillgång till data och uppföljning av kvalitetsindikatorer kan man se mönster och identifiera risker för patientsäkerhet inom prehospita akutsjukvård på nationell nivå.

Uppföljning av prehospita larmärenden som rör psykisk ohälsa är en viktig del av patientsäkerheten. Detta gäller särskilt ärenden vid suicid och omhändertagande av personer med allvarlig psykisk störning. En framtida datainsamling och sammanställning skulle kunna bidra till lärande som medför bättre sätt att förebygga suicid och tvångsvård.

Socialstyrelsens kartläggning visar sammanfattningsvis i det här uppdraget att det behövs en utökad och tydliggjord samordning, styrning, samverkan och samsyn mellan alla aktörer, både interregionalt och nationellt, för att stärka den framtida prehospita akutsjukvården. En jämlik prehospita akutsjukvård är en av samhällets viktigaste funktioner och bidrar till trygghet för befolkningen.

## Fördjupad beskrivning av nulägesbild

### Kunskapsstyrning

Styrning med kunskap ska utgöra ett stöd för huvudmän och professioner. De senaste decennierna har ambulanssjukvården utvecklats från enbart en transportorganisation till att bemannas av välutbildad personal som kan utföra vård samtidigt som patienten transporteras. Detta har samtidigt förbättrat möjligheterna att prehospita kunna sortera vilka patienter som har ett prioriterat behov av hälso- och sjukvård.

Den prehospita akutsjukvården behöver vara en del av en sammanhållen akutsjukvårdskedja och bör inkluderas i beskrivning av personcentrerade vårdförlopp. Det finns behandlingsriktlinjer för ambulanssjukvården som har tagits fram av nätverket Sveriges ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan (SLAS). Nätverket är en del av den ideella Föreningen för ledningsansvariga inom ambulanssjukvård (FLISA). Totalt 18 av regionerna

uppper att deras behandlingsriktlinjer utgår från SLAS behandlingsriktlinjer, helt och hållet eller i hög utsträckning. Vidare har FLISA tagit fram riktlinjer till ledningsansvariga inom ambulanssjukvården eftersom de kan variera mellan olika huvudmän.

I dag används olika triagesystem och beslutsstöd hos 1177 Vårdguiden, SOS Alarm, Sjukvårdens larmcentral och ambulansverksamheterna själva samt i den fortsatta vårdkedjan på sjukhus. Det kan potentiellt innebära patientsäkerhetsrisker och risk för brister i kommunikationen vid övergångar i vårdkedjan.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört en nationell kartläggning av akutsjukvårdens organisation.<sup>86</sup> Den visar att alla representanter för verksamheten, regionerna och ambulanssjukvården vill se en plan för en fungerande styrning av patienter till rätt vårdnivå. Detta förutsätter att det finns riktlinjer som tydliggör vilka patienter och sjukdomstillstånd som ska styras till särskilda sjukhus, men också att personalen inom ambulanssjukvården har kompetens att avgöra vart patienterna ska föras.

Handläggning av akuta larm om psykisk ohälsa såsom suicidlarm eller larm om allvarliga psykiska störningar omfattar ofta flera blåljusaktörer. Ett kunskapsstöd för larm om psykisk ohälsa skulle därför med fördel riktas till hela larmsystemet.

Data från olika delar av den akuta vårdkedjan fångas i dag i separata register och det går inte att följa vårdkedjan för de allra mest kritiska sjukdomstillstånden. Det finns ingen sammanhållen datamängd eller annan funktion som möjliggör överblick, kvalitetssäkring, forskning och lärande i hela den akuta vårdkedjan. Därför behövs processer för att bygga nationella data som grund för kunskap i register och datainsamling, och det behövs en nationell samsyn kring gemensam terminologi, beslutsstöd och riktlinjer. Dessutom har processen för att ta in nya register i det nationella systemet för kvalitetsregister avstannat, vilket begränsar utvecklingen av de befintliga kvalitetsregistren inom prehospitalet akutsjukvård. Det svenska ambulansregistret, AmbuReg, samlar in och redovisar redan idag indikatorer för samtliga patientgrupper inom ambulanssjukvården. Det vore av värde att ett kvalitetsregister för prehospitalet akutsjukvård, rimligen i så fall AmbuReg, omfattas i det nationella systemet.<sup>87</sup>

Socialstyrelsen har olika verktyg för att bidra till arbetet med att styra och stödja med kunskap. Exempelvis har myndigheten ett löpande uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom områden där stora resurser tas i anspråk. Myndigheten kan även ta fram kunskapsstöd i form av vägledningar, med eller utan rekommendationer, och styra genom viss form av uppföljning och med föreskrifter. Socialstyrelsens har dock fram till dags dato inte publicerat något kunskapsstöd som specifikt adresserar prehospitalet akutsjukvård/ambulanssjukvård.

---

<sup>86</sup> En akut bild av Sverige. Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning. Stockholm; 2018.

<sup>87</sup><https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister/bakgrundtillnationellakvalitetsregister/overenskommelse-mellanstatenochskr.54306.html>

## Ambulanssjukvårdens grunduppdrag

Akutsjukvård innefattar enligt Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM) bland annat följande områden: Alarmering, akut prehospital vård och transport, akutmottagning, kris- och katastrofmedicin i fredstid och krig. Gränserna mellan prehospital akutsjukvård och akutsjukvård på akutsjukhus blir dock allt suddigare, både i Sverige och internationellt.<sup>88</sup> I kartläggningen framgår att det saknas en tydlig uppdragsbeskrivning för ambulanssjukvården och uppgift om vilken kompetens som är bäst lämpad att utföra uppdraget.

I Socialstyrelsens kartläggning framkommer att ambulanssjukvården har en oklar avgränsning och att målen för en jämlik ambulanssjukvård är otydliga. Prehospital akutsjukvård kan omfatta patienter med en mängd olika sjukdomstillstånd, både somatiska och psykiatriska, så verksamheten är multidisciplinär och omfattar vårdförlopp och processer för patienter i alla åldrar. Ett tydligt nationellt grunduppdrag för ambulanssjukvården skulle bidra till rimliga förväntningar hos sjukvårdspersonal, befolkning och patienter.

Mobila team skulle kunna axla ett ansvar vid exempelvis ambulanssjukvårdens tids- och resurskrävande vårdnivåbedömningar. Ambulanssjukvårdens uppdrag behöver utvecklas i samarbete mellan olika aktörer exempelvis primärvård, högspecialiserad vård, krisberedskap, sjuktransportorganisationen, sjukvårdsrådgivningen samt kommuner. Likvärdig och jämlik tillgång till denna vård kan behöva lösas på olika sätt i regionerna eftersom de har olika förutsättningar.

Socialstyrelsens uppfattning är att olika former av prehospital akutsjukvård och mobil vård står inför en omfattande utveckling, och att den utvecklingen delvis behöver samordnas nationellt men också ske regionalt och lokalt. Detta kommer med stor sannolikhet att ställa krav på ökad samordning och ibland samorganisering av vårdformer som historiskt organiserats i parallella spår och var för sig.

## Larmfunktion och samverkan

I budgetpropositionen för 2015 uttryckte regeringen att samhällets alarmeringstjänst är ett grundläggande offentligt åtagande och staten kan utöva kontroll och styrning av verksamheten.<sup>89</sup> För att kunna sätta in effektiva hjälpinsatser i en nödsituation måste befolkningen snabbt kunna få kontakt med polis, räddningstjänst och ambulanssjukvård. Dessutom behöver olika roller vara tydliga i den nationella alarmeringsfunktionen eftersom flera hjälporgan bidrar till befolkningens möjlighet att få likvärdig, effektiv och säker hjälp i ett nödläge där tid i många fall är den mest avgörande faktorn för att en hjälpinsats ska lyckas.<sup>90</sup>

Denna kartläggning omfattar inte händelseförlopp innan samtal till 112, men Socialstyrelsen vill ändå kort nämna betydelsen av första hjälpen vid en

---

<sup>88</sup> En akut bild av Sverige. En kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning. Rapport 2018:13. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/12/Rapport-2018-13-En-akut-bild-av-Sverige.pdf>

<sup>89</sup> Prop. 2014/15:1, utg. omr. 6, s. 100.

<sup>90</sup> SOU 2018:28, kap.4.

uppkommen akut vårdssituation utanför sjukhus och behovet av en livräddande insats innan hälso- och sjukvårdspersonal finns på plats. I sammanhanget lyfter många nyckelinformanter fram våra grannländer som goda exempel. Norges nationella strategi<sup>91</sup> för första hjälpen innan hälso- och sjukvården är på plats innehåller huvudsakligen tre primära områden för insatser:

- Att allmänheten har kunskap, förmåga och vilja att ge livräddande första hjälpen.
- Att det finns effektiva, kvalificerade och välanpassade medicinska akutsjukvårdstjänster i larmkedjan.
- Att det finns ett nätverk av personer med omfattande kompetens i första hjälpen.

Det behöver finnas en funktion inom hälso- och sjukvården som räddningstjänsten kan kontakta dygnet runt när hälso- och sjukvårdspersonal inte finns på plats. Den funktionen behöver bemannas av personal som kan stödja med medicinska beslut eller vägleda räddningspersonalen i vilka åtgärder de ska vidta fram tills sjukvårdspersonalen finns på plats.

Socialstyrelsen instämmer i bedömningen som Utredningen Hälso- och sjukvårdens beredskap beskriver i sitt betänkande ”Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga”, att det finns skäl att skapa ökad tydlighet kring förutsättningarna för IVPA-avtal och mer likartade förhållanden för patienter som får vård med stöd av IVPA-avtalen.<sup>92</sup> Socialstyrelsen delar utredningens bedömning.

Det finns därutöver behov av ett nationellt grepp om IVPA och räddningstjänstens uppdrag inom hälso- och sjukvård, med anledning av de stora skillnaderna mellan regionerna i Sverige, vilka sannolikt bidrar till ojämlig tillgång till insatsen IVPA. De regionala skillnaderna handlar om uppdragets finansiering, omfattning och kriterier, kompetenskrav och utbildningsnivå samt ansvar för utrustning.

Det behövs också en nationell samsyn om räddningstjänstens (inklusive räddningstjänst i beredskap) roll och uppdrag vid suicidlarm. I dagsläget medverkar räddningstjänsten i olika kommuner i varierande grad vid olika typer av suicidlarm. Detta överensstämmer väl med resultaten från vår kartläggning och våra intressentdialoger.

Inom området prehospitalet akutsjukvård vid psykisk ohälsa behövs ofta ett samarbete mellan ambulans (eller andra vårdresurser) och polis, och vid vissa typer av larm även räddningstjänst. Larmärenden som rör psykisk ohälsa sorteras av SOS Alarm till olika hjälporgans larmoperatörer beroende på situation och regionala rutiner. Larmoperatörer för olika hjälporgan kan också gemensamt handlägga larmärenden genom medlyssning. Det varierar mycket mellan regioner när det gäller vilka hjälporgan som handlägger larm och vilka hjälporgan som dirigeras ut på olika slags larm. Det kan gälla olika typer av suicidlarm, t. x. larm om suicidrisk med vapen, eller larm avseende person med allvarlig psykisk störning. För att få en jämlik larmhantering och

---

<sup>91</sup> Norges strategi för Redder liv sammen/Saving lives together.

<sup>92</sup> SOU 2022:6, sidan. 894.



vård behövs en nationell samsyn för hur dessa typer av larm bör hanteras (se bilaga 15).

Det är hälso- och sjukvården som har det huvudsakliga ansvaret för vårdinsatsen vid larm om psykisk ohälsa, och som behöver ha resurser och rutiner för handläggning, men polisen och räddningstjänsten behöver ha beredskap för att hjälpa till när deras särskilda befogenheter och resurser krävs. Kartläggningen har visat att en framgångsfaktor för välfungerande larmhantering mellan vården och polisen är att man gemensamt tagit fram former och rutiner för samarbete och när det finns återkommande mötesforum för att följa upp och utveckla samarbetet utifrån de olika aktörernas roller och uppdrag.

Det skulle också vara värdefullt med någon form av gemensam och övergripande tillsyn för att följa kvaliteten i handläggningen i hela larmkedjan och samlat för olika blåljusaktörer.

## Tillgänglighet och prioritering

Med responstid avses tiden från att larmcentralen besvarat ett anrop till dess att ambulansen är framme. Prio 1-larm är när patienten har livshotande symtom eller vid olycksfall och ambulans kör till och/eller från platsen med blåljus och siren. I Sverige har medianresponstiden ökat något över tid, från ca 13 minuter år 2017, till ca 15 minuter år 2021 (för prio 1-fallen). Socialstyrelsens enkätundersökning visar att 13 regioner har mål för responstider vid prio 1-ärenden, men att målen varierar. De flesta saknar mål för prio 2- och prio 3-ärende. Socialstyrelsen har inte analyserat vad skillnaderna i målformulering för responstider kan bero på.

Därtill finns skillnader i larmcentralens bedömning och den faktiska allvarlighetsgraden när en ambulans kommer fram. Detta påverkar både resursutnyttjandet och utfallet i form av responstider. Socialstyrelsen har inte tagit ställning till om det bör finnas nationella mål för responstider och tillgänglighet utifrån prioriteringsgrader. Av geografiska och sociodemografiska skäl kan skillnader i responstid till viss del vara förklarliga. Det finns strategier för kompensatoriska arbetssätt i många regioners glesbygd. Skillnader i responstid inom och mellan regioner, särskilt för de allra mest kritiska tillstånden, indikerar dock att det kan finnas en risk för ojämlig ambulanssjukvård.

## Mobil prehospital akutsjukvård

Ambulanssjukvården är en del av den mobila vården. Medicinska insatser som utförs av hälso- och sjukvårdpersonal utanför vårdinrättning tillhandahålls av både regioner och kommuner. Många olika ambulerande insatser har skapats i landet och kan utgå från sjukhus, regionernas primärvård, från specialistpsykiatri och från den kommunala hälso- och sjukvården. Förutom mobila team kan det exempelvis vara jourläkarbilar eller ambulerande distriktssjuksköterskebedömningar.

De många olika typerna av sjuktransporter och transportorganisationer gör det svårt att få ihop de mobila insatserna till en helhet, vilket kan leda till svårigheter att dirigera resurserna effektivt. Socialstyrelsen ser att en

förbättrad samordning skulle vara värdefull vid interregionala transporter, luftburen ambulans och i katastrofsammanhang.

Utmaningarna för den mobila verksamheten som helhet kan handla om olika tekniska lösningar, vårdgivargränser, vårdbehov och vårdnivåer. Regioner och andra nyckelinformanter framför att ambulanssjukvården behöver ingå i patientens hela akuta vårdflöde för att den prehospitaleda akutsjukvården ska vara effektiv och patientsäker. I vissa fall är det värdefullt om ambulanspersonalen kan läsa vårdplaner med information om lämplig handläggning av akuta tillstånd och hantering av krissituationer, t.ex. när det gäller psykisk ohälsa hos patienter med en pågående vårdkontakt inom psykiatri.

Ambulansernas tekniska standard skiljer sig åt mellan regionerna och dagens tekniska utveckling behöver tas tillvara. Det är exempelvis viktigt att ambulanspersonalen kan ta del av och ge information från medicinteknisk utrustning med automatisk överföring. I vissa regioner är journalsystemen inte kompatibla med andra vårdgivares och det är inte alltid tillräckligt med tillgång till den nationella patientöversikten (NPÖ). Kompatibla system skulle underlätta digital informationsöverföring när en patient byter vårdgivare.

I syfte att patienten ska få vård på rätt vårdnivå behövs ett skifte från att se de akuta och mobila insatserna som fristående till att se dem som del av ett större hälso- och sjukvårdssystem. Som en konsekvens av detta kan det finnas behov av mer kunskap, hos både vårdgivare och befolkning, om hela den prehospitaleda akutsjukvården, och därmed bidra till rätt förväntningar på den.

Även om ambulanssjukvårdens grunduppdrag bör vara somatisk och psykiatrisk akutsjukvård, så behöver den ses som en resurs i den mobila vården. För att ambulanssjukvården ska kunna fortsätta ge akutsjukvård i rätt tid behöver övriga vårdgivare, som har patienter med behov av vård från den mobila prehospitaleda sjukvården, vara tillgängliga dygnet runt med sin kompetens.

## Differentierade resurser

För en effektiv prehospitaleda akutsjukvård behöver transporterna kunna nyttjas efter vårdbehov, dirigeras och samordnas. Regionerna har ansvaret för sjuktransporter och behöver tillse att det finns en rimlig mängd ambulanser och ambulanshelikoptrar. Det finns i dag inget sammanhållet system där någon aktör bär övergripande ansvar för att koordinera, dirigera och prioritera transportresurser.

Det går inte att bedöma om Sveriges ambulansresurser räcker för befolkningens vårdbehov eftersom det saknas nationella riktvärden för exempelvis antal ambulanser per ett visst antal invånare. Därtill finns regionala skillnader i bland annat befolkningsunderlag (demografi, antal invånare och socioekonomiska förutsättningar), geografiska förutsättningar (från extrem glesbygd till storstad) och tjänsteutbud (olika driftformer och avtal).

Ett område som behöver omfattas på ett tydligt sätt i planeringen är prehospitaleda akutsjukvårdsresurser för patienter med psykisk ohälsa. Det

gäller både resurser för prehospitla bedömningar och insatser, och transportresurser för patienter där transportbehovet exempelvis uppstår i samband med att ett vårdintyg utfärdas prehospitalt.

För att kunna möta patienter med varierande vårdbehov, och effektivt nyttja samtliga resurser, behövs ett arbete på nationell nivå med fokus på olika sorters resurser (exempelvis bedömningsbil, sjuktransport, flygburen ambulanssjukvård och IVPA). Det är väsentligt att relevant kompetens som motsvarar behoven bemannar dessa transporter. Dessutom behöver standardiserad utrustning prioriteras högre. Svenska Institutet för Standarder (SIS) är en fristående ideell förening med medlemmar från Sveriges privata och offentliga organisationer, till exempel företag, myndigheter, kommuner och regioner, branschföreningar och frivilligorganisationer. SIS medverkar aktivt för att bidra i det europeiska och internationella standardiseringsarbetet. Socialstyrelsen anser att SIS bör kunna nyttjas i större utsträckning än i dag för att ytterligare driva på tekniska standarder och interoperabilitet.

## Styrning till adekvat vårdnivå

Om patienten redan från början kan få komma till en lämplig vårdnivå minskar sannolikt belastningen på ambulansresurserna. Genom tillgång till medicinsk kompetens i larmbedömningen, redan vid första kontakten med larmcentralen, kan patienter troligen mer säkert hänvisas till rätt vårdnivå utifrån medicinskt behov. Socialstyrelsens kartläggning kan inte entydigt visa att ökad tillgång till högre kompetens (läkare och sjuksköterska) i larmkedjan, och tillgång till inre befäl eller inre sjukvårdsledning, ger bättre förutsättningar för en sådan styrning. En del regioner har höjt kompetensnivån i larmkedjan. I samtal med Socialstyrelsen återkopplar flera regioner om bättre styrning och deras erfarenheter indikerar bland annat en bibehållen beredskapskapacitet trots fler larmsamtal och ambulansuppdrag.

En utmaning vid larm till 112 är att psykisk ohälsa kan dölja sig bakom somatisk sjuklighet. Det kan även vara larm som handlar om förföljelse eller hotfulla situationer. Här finns behov av nationell utveckling av larmhantering och att sjukvårdsresurser i större utsträckning kan behöva larmas ut tillsammans med polis. För att skapa en jämlik larmhantering med ökad precision behövs en nationell samsyn. Det skulle också vara av värde med en gemensam och övergripande tillsyn för att följa kvaliteten i handläggningen i hela larmkedjan och samlat för olika blåljusaktörer. Larmärenden som rör psykisk ohälsa sorteras till olika blåljusverksamheter och det varierar mycket mellan regioner vilka blåljusaktörer som kallas ut till olika typer av larm vid psykisk ohälsa, t.ex. olika typer av suicidlarm.

## Terminologi och begrepp

Under arbetet med Socialstyrelsens enkätundersökning har det framkommit att det till viss del saknas enhetliga definitioner och termer för exempelvis olika fordonsresurser och olika roller inom den prehospitla akutsjukvården. Några definitioner finns i Socialstyrelsens termbank, men detta är ett utvecklingsområde.

Inom ambulanssjukvården finns det flera olika typer av fordon för att möta olika situationer och behov. Det kan vara vägambulanser med olika medicinsk utrustning, transportfordon för patienter som behöver vård och övervakning på väg mellan två sjukhus eller intensivvårdsambulanser som är specialutrustade för att transportera patienter med särskilt stort behov av vård. I några regioner finns också andra typer av vårdresurser i larmsystemet såsom mobila akutpsykiatriska enheter som kan larmas ut på egen hand eller tillsammans med ambulans.

Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen mot att ha allt mer differentierade resurser förutsätter en gemensam terminologi, standardisering av utrustning och kompetens av olika resurser. Ett sådant arbete skulle behöva fortsatt utveckling på nationell nivå.

## Hänvisning vid utebliven transport

I Socialstyrelsens regionenkät framgår en stor variation i andelen patienter som bedöms av ambulanspersonal och lämnas i hemmet (utebliven ambulanstransport). Data från regionenkäten visar att det finns flera bakomliggande orsaker till dessa siffror. Bland annat anger en del regioner att avlidna personer och patienter som själva avböjt vård kan ingå. Andelen i regionenkäten överensstämmer dock i stort med en nyligen publicerad avhandling.<sup>93</sup> Resultaten i avhandlingen pekar på att patienter kan ha svårt att få hjälp för sina vårdbehov från ordinarie vård exempelvis primärvård och därför ringer larmcentralen. Vidare kan det stå för en allmänt förändrad syn på hur människor uppfattar och använder sjukvården.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska den som har störst vårdbehov ha prioritet till sjukvården.<sup>94</sup> Beslutet att lämna en patient i hemmet/på plats, med utebliven ambulanstransport som följd, är komplext och ansvarsfullt.<sup>95</sup> Många av de intervjuade aktörerna nämner i sammanhanget betydelsen av att ambulanspersonalen behöver ha möjlighet att kunna hänvisa patienter till annan transport eller vårdnivå, alternativt till egenvård.

Regionernas riktlinjer för uteblivna ambulanstransporter, där patienter lämnas kvar i hemmet/på plats, skiljer sig åt mellan regionerna.<sup>96</sup> Det är av vikt att aktuella rutiner fortlöpande utvärderas som del i verksamhetens ledningssystem.

---

<sup>93</sup> Non-conveyance within the Swedish ambulance service -A prehospital patient safety study".

Författare: Erik Höglund. År 2022

<sup>94</sup> 3 kap. 1 § HSL

<sup>95</sup> Non-conveyance within the Swedish ambulance service -A prehospital patient safety study".

Författare: Erik Höglund. År 2022

<sup>96</sup>Ebben RHA, Vloet LCM, Speijers RF, Tonjes NW, Loef J, Pelgrim T, et al. A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ERIK HÖGLUND Non-conveyance within the Swedish ambulance service 65 ambulance care: a systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2017;25(1):71.

Norberg G, Wireklint Sundstrom B, Christensson L, Nystrom M, Herlitz J. Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare: Retrospective patient record study. *Scand J Prim Health Care.* 2015;33(4):311-7.

Hagiwara MA, Suserud BO, Jonsson A, Henricson M. Exclusion of context knowledge in the development of prehospital guidelines: results produced by realistic evaluation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2013; 21:46.

## Patientnytta och särskilda perspektiv

Genom samtal med olika externa kontakter med sakkunskap och med Socialstyrelsens egna råd och nätverk i respektive sakområde (bilaga 13) har myndigheten beaktat ett antal perspektiv; barn, äldre, personer med missbruks- och beroendeproblematik, personer med funktionsvariation och nationella minoriteter samt etiska dimensioner.

I likhet med annan vårdpersonal som möter patienter i olika åldrar och/eller med särskilda behov, behöver ambulanspersonal fördjupad kunskap samt ett lämpligt förhållningssätt och bemötande med ett helhetsperspektiv. Det är viktigt för en patientsäker och jämlik vård, men i längden är det troligen även positivt för både patienter och personal om patienten blir bemött på rätt sätt redan vid den inledande kontakten. I dessa intressentdialoger, som berör särskilda perspektiv och sakområden, lyfts bland annat betydelsen av att ambulanspersonalen uppmärksammar de närstående och tar tillvara på deras betydelse för en trygg och patientsäker situation. Detta kan exempelvis gälla när patienten är ett barn eller har någon form av kognitiv svikt och skörhet.

Inspelen från dessa samtal överensstämmer i stor utsträckning med det som framkommit i övriga intressentdialoger som myndigheten har genomfört i detta uppdrag. Som exempel kan nämnas behovet av informationsöverföring i ett personcentrerat akut vårdförlopp, behovet av gemensamma termer och begrepp, tydliga strukturer och samverkan mellan olika aktörer och gränssytor, samordning av särskilda transporter med specifika krav och standarder, gemensamma triageverktyg och beslutsstöd, användning av digitala lösningar såsom bildteknik och tillgång till högre kompetens eller bakre stöd.

Några intressenter inom sakområdet missbruks- och beroendefrågor framhåller att ambulanspersonal behöver ha särskild kunskap om och förståelse för bland annat patienter med erfarenhet av våldsutsatthet, beroendeproblematik och hemlöshet. Dessa patientgrupper kan generellt uppleva en rädsla inför att söka vård, och känna att vårdpersonalen moraliserar och stigmatiserar. Vården skulle behöva nå ut med budskapet att den finns till för att hjälpa och inte döma. Det är väsentligt att även ambulanssjukvården bemöter psykiskt och kroppsligt sjuka personer likvärdigt.

Vidare framhålls i intressentdialogerna att det är viktigt att patienter kan göra sig förstådda och förstå vad som händer i samband med den prehospitla akutsjukvården. Detta kan exempelvis gälla språkliga förbistringar eller kognitiva begränsningar. Rasism och diskriminerande attityder mot vissa patientgrupper förekommer inom hälso- och sjukvården. Bristande tillit mellan patienter och vårdpersonal är ett perspektiv som bör uppmärksammas även inom ambulanssjukvården.

Hela landets befolkning behöver utifrån vårdbehov ha tillgång till snabba och effektiva ambulansinsatser. Intressenter framför att man önskar ett helhetsgrepp av dimensioneringen för hälso- och sjukvårdsresurserna, där den prehospitla akutsjukvården utgör en del.

I glesbygd blir det tydligt att regionen behöver använda tillgängliga aktörer och resurser i tätt samarbete med varandra, och gärna i kombination med

telemedicinska lösningar och bakre stöd. Socialstyrelsen bedömer att det skulle kunna vara av värde att identifiera geografiskt sårbara grupper och exempelvis acceptera en miniminivå för jämlik och likvärdig tillgänglighet i glesbygd och i svårtillgänglig miljö.

Hösten 2022 samordnade SKR en pilotversion av Nationell Patientenkät för ambulanssjukvården. Enkäten omfattar ambulanssjukvård i offentlig och privat regi (ambulanshelikopter och sekundäruppdrag ingår inte). Enkäten innehåller frågor om bland annat kontakten med 112 och ambulanssjukvården. I urvalet ingår patienter i alla åldrar där ambulansuppdragen bedömts som prio 1, 2 eller 3. Genom att samla in patienters synpunkter kan man få en nationell nulägesbild av patientnyttan. Detta patientcentrerade förhållningssätt kan bidra till att den prehospitala akutsjukvården blir bättre och för professionen kan det vara värdefullt för att vidareutveckla en god vård.

## Kompetens och kvalitet

Ambulanssjukvården erbjuder i dag kvalificerad akutsjukvård, vilket ställer höga krav på kompetens och kvalitet för att säkerställa en god och säker vård. Tillgänglig information och beslutsstöd är viktigt för att vårdpersonalen ska kunna bedriva en patientsäker och jämlik vård. Det gäller inte minst den prehospitala akutsjukvården och ambulanssjukvården där svårt sjuka patienter ofta vårdas i kritiska övergångar mellan olika vårdorganisationer.

I Socialstyrelsens kartläggning har knappt hälften (45 procent) av regionerna organiserat tillgång till bakre läkarstöd, dvs tillgång till medicinskt stöd av läkare för ambulanspersonalen. Även för det psykiatriska vårdområdet varierar tillgång till bakre läkarstöd mellan regioner och behöver utvecklas nationellt för att nå en jämlik vård. Det finns också variation mellan regionerna när det gäller tillgång till mobila läkarresurser med beredskap för prehospitala vårdintygsbedömningar. Sådana läkarresurser behöver bland annat ambulanspersonalen kunna tillkalla vid allvarliga psykiatriska tillstånd där psykiatrisk tvångsvård kan vara aktuellt. Enligt Socialstyrelsens regionenkät tillämpar de flesta regioner kompetenskrav för fast anställning inom ambulansverksamheten. Det finns tydliga regionala skillnader i dessa krav, alltifrån att inte ha några specificerade grundkrav till krav om att legitimerad sjuksköterska ska ha specialistutbildning. Lämpliga kompetenskrav för fast anställning inom ambulansverksamheten skulle behöva analyseras och ses över. Även behovet av kontinuerlig kompetensutveckling för ambulanspersonal har lyfts i kartläggningen. Ett specifikt område är exempelvis prehospital akutsjukvård vid psykisk ohälsa, där det finns ett stort behov av fortbildning för att bedöma och bemöta suicidala patienter och personer med allvarliga psykiska störningar, samt fortbildning om lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och hur rutiner ser ut vid handläggning med stöd av LPT.

I Socialstyrelsens kartläggning har ett flertal intressenter och regioner lyft behovet av fortbildning för ambulanspersonalen inom olika områden kopplat till den prehospitala akutvården. Socialstyrelsen har tagit fram ett räkneexempel för att visa på de ekonomiska konsekvenserna som kan uppstå

för regionerna av att möta det behov av utbildningsinsatser som tycks finnas (se bilaga 17).

## Forskning och utbildning

Nationella Vårdkompetensrådet anser att förutsättningarna för forskningsverksamhet behöver stärkas. Rådet säger att antalet forskarutbildade inom hälso- och sjukvårdsutbildningar bör öka i syfte att säkerställa en forskning av hög kvalitet och för att säkra lärosätenas kompetensförsörjning av disputerade lärare. Samverkan bör stärkas mellan bland annat högskolor och huvudmän inom den kliniska forskningen för att skapa kraftfulla och konkurrensstarka kliniska och akademiska miljöer.<sup>97</sup>

Enligt professionsföreträdare och representanter för forskarsamhället som Socialstyrelsen har samtalat med i detta uppdrag (bilaga 13) skulle det prehospitla akutsjukvårdsområdet behöva beforskas mer systematiskt. Detta bland annat för att kunna identifiera områden där kunskapsunderlaget är sämre och rikta forskningsmedel för att stimulera kunskapsutveckling. De menar att även om flera regioner har tillgång till disputerad ambulanspersonal som driver eller deltar i forskningsprojekt, så behöver detta område förstärkas. De föreslår bland annat att kliniska forskartjänster inrättas så att forskning och klinisk verksamhet kan dra nytta av varandra.

Socialstyrelsens kartläggning visar på behov som är generella för hälso- och sjukvården när det gäller kompetensförsörjning, såsom att ha tillgång till rätt kompetens och rekrytera och behålla erfaren hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella Vårdkompetensrådets uppgift är att öka samverkan och antalet överenskommelser på lika villkor mellan regioner, kommuner och lärosäten. För närvarande har rådet ett uppdrag om vård på primärvårdsnivå: Kvantitativ kompetensförsörjning i nära vård – att attrahera, behålla och rekrytera personal. I sin delredovisning nämns ambulanssjukvården utifrån den så kallade Borgholmsmodellen där hälsocentralen utvecklat ett väl fungerande samarbete med den kommunala hemsjukvården, ambulanssjukvården och sjukhuset i Kalmar.

Det är lärosätena som, i egenskap av statliga myndigheter, bedömer om det finns tillräckligt många utbildningsplatser för specialistutbildade ambulanssjuksköterskor utifrån bland annat efterfrågan på specialistutbildade sjuksköterskor. Lärosätena finns i en regional kontext och ska även utgå från hur många lärare och forskare som de har att tillgå. Lärosätena utbildar för långsiktiga behov och kan själva besluta hur många platser som behövs i relation till arbetsmarknadens behov och studenternas efterfrågan.

Socialstyrelsen kan konstatera att 10–45 procent av regionerna bedömer att de har dålig kompetensförsörjning och bristfälliga bedömningar av kompetensbehoven på både kort och lång sikt inom ambulanssjukvården. Detta indikerar en risk för begränsad tillgång till kompetens inom ambulanssjukvården i framtiden.

---

<sup>97</sup> Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2: Rekommendationer och bedömningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning”, Nationella vårdkompetensrådet, 2022.

## Nära vård

De intressenter med sakkunskap om utvecklingen mot en nära vård som Socialstyrelsen har intervjuat i detta uppdrag (bilaga 13) beskriver att nära vård, med primärvården som nav, innebär en omställning till att varje aktör ska ha den enskilde i fokus. Att alla berörda aktörer ska arbeta samordnat och samverka så att individen involveras som en kapabel person, med fokus på proaktiva och förebyggande insatser. Utifrån invånarnas behov är samverkan mellan kommun och region av största vikt. Operativt och strategiskt samspel förutsätter tydliga samverkansstrukturer mellan huvudmän.

Sveriges kommuner och regioner lyfter att man behöver identifiera konkreta behov av samverkan och hitta olika lösningar exempelvis samordnade tjänster och mobila lösningar med stöd av digital teknik (digitala konsultationer, bildöverföring och mobila team). Vidare framför SKR att det är viktigt att motverka arbete i stuprör och att ambulanssjukvård inte får gå i ett eget spår utan ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården. Lösningar kan variera beroende på bland annat demografi, och detta är enligt SKR en organisk utveckling. SKR:s nätverk för ambulanssjukvård arbetar med att ta fram ett underlag till hälso- och sjukvårdsdirektörerna om prehospital inre sjukvårdsledning. Underlaget ska bland annat beskriva områden som behöver utvecklas samt hur en sådan inre sjukvårdsledning kan möta dessa utvecklingsbehov. Några regioner har redan en motsvarande funktion.

Socialstyrelsen bedömer att huvuduppdraget för ambulanssjukvården ska vara fokus på de allra mest akut sjuka och skadade patienterna. Subakuta vårdärenden bör hanteras av andra aktörer. Det kommer dock alltid kunna inträffa att en patient inte är så akut sjuk som man inledningsvis bedömde. Prehospital akutsjukvård behöver vara en del av utvecklingen mot nära vård, kanske framför allt i glesbygd. Ambulanssjukvården, och även larmcentralerna, skulle troligen ha nytta av att kunna boka andra sjukvårdande insatser och kunna planera subakut uppföljning inom de närmaste dagarna. Detta gäller oavsett sjukdom och patientgrupper, och inkluderar både psykisk ohälsa och hantering av så kallade mångringare (personer som återkommande ringer larmcentraler med vårdbehov som inte motiverar en utalarmering av ambulans). Denna möjlighet skulle öka patientnytta och bidra till trygghet för patient och närstående samt att vården ges på rätt nivå utifrån behov.

Det finns flera ingångar för patienter till hälso- och sjukvården och det är väsentligt att kunna styra patienterna till rätt vårdinstans och rätt vårdnivå i sjukvårdssystemet. Patienter som inte bedöms vara allvarligt sjuka ska hänvisas till andra vårdnivåer än akutsjukvården, exempelvis till en vårdcentral eller till rådgivning per telefon.

Det finns strukturella faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdens organisering och i förlängningen behovet av ambulanstransporter. Den ökade specialiseringen av vården, i kombination med ekonomiska och demografiska faktorer, har medfört att vården koncentreras till färre och större sjukhus. Belastningen har därför ökat på regionernas ambulanser och andra resurser för att transportera patienter mellan olika sjukhus. Akuta utryckningar är bara en del av det totala flödet av ambulanstransporter.



Socialstyrelsens nulägesbild visar att hälso- och sjukvården befinner sig i en omställning mot mer nära vård där det finns olika lösningar som ibland inkluderar ambulans. En likvärdig tillgång till ambulanssjukvård i landet kan dock innebära olika lösningar. Utvecklingen går mot mer kontakter mellan olika vårdaktörer och mellan regioner. Ambulansverksamheten behöver ingå i den gemensamma informationsöverföringen för att skapa en sammanhållen patientsäker akut vårdkedja.

Det finns en tendens till ökad efterfrågan på vård generellt i samhället. Trots ett utvecklat system med sjukvårdsrådgivning och primärvård<sup>98</sup> söker en betydande andel personer akutsjukvård även för tillstånd som kan hanteras vid annan vårdinstans i hälso- och sjukvårdssystemet.<sup>99</sup> När det gäller larm på nödnumret 112 har, har andelen vårdärenden ökat under senare år.<sup>96</sup> Detta kan bero på demografiska faktorer, såsom en åldrande befolkning, men även attitydförändringar i samhället som innebär att man ställer högre krav och har högre förväntningar på samhällsservice.<sup>100</sup> Även om Socialstyrelsen har avgränsat att sjukvårdsrådgivningen inte ingår i detta uppdrag vill myndigheten framhålla att det är ett stort värde för patientnyttan med en välfungerande sjukvårdsrådgivning.

Socialstyrelsen bedömer att den prehospitala akutsjukvården behöver involveras mer i utvecklingen mot nära vård i regionerna för att exempelvis utveckla gemensamma styrningsrutiner och direktiv.

## Högspecialiserad vård

I ett modernt och hållbart hälso- och sjukvårdssystem, där viss vård ska finnas nära och viss vård ska vara högspecialiserad och koncentrerad, är adekvata och effektiva transporter och mobila vårdlösningar en central del. Högspecialiserad vård utvecklas såväl regionalt och samverkansregionalt som på nationell nivå. Nationell högspecialiserad vård är tillståndspliktig sjukvård som behöver koncentreras upp till maximalt fem enheter för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.<sup>101</sup> Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn tas till om vården är komplex, sällan förekommande, kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar.<sup>102</sup>

Ambulansuppdrag som har koppling till nationell högspecialiserad vård innebär framför allt sekundära ambulansuppdrag mellan sjukhus. Vården vid dessa ambulansuppdrag kräver bland annat specialistkompetens bland läkare och sjuksköterskor inom anestesi och intensivvård, barnintensivvård och neonatologi, men det krävs även kompetens inom logistik.

Socialstyrelsen har föreslagit att interregionala intensivvårdstransporter ska utgöra nationellt högspecialiserad vård och bedrivs vid fyra enheter.

<sup>98</sup>[https://www.regeringen.se/4a7710/contentassets/b4d9ad7b41624ea79e9ff4be8d2cbf80/sou-2021\\_59.pdf](https://www.regeringen.se/4a7710/contentassets/b4d9ad7b41624ea79e9ff4be8d2cbf80/sou-2021_59.pdf)  
<https://www.regeringen.se/499b54/contentassets/424411786a2d4b38ba22fef3a169ab56/sou-2022-22.pdf>

<sup>99</sup>Verksamhetsrapport 2021–112 i Sverige. [https://www.mynewsdesk.com/se/sos\\_alarm\\_sverige\\_ab/documents/112-rapporten-2021-420121](https://www.mynewsdesk.com/se/sos_alarm_sverige_ab/documents/112-rapporten-2021-420121) sidan 27.

<sup>100</sup> Erik Höglund. Non-conveyance within the Swedish ambulance service -A prehospital patient safety study. Örebro universitet, Institutionen för hälsovetenskaper, Örebro år 2022.

<sup>101</sup> 2 kap. 7 § HSL.

<sup>102</sup> 7 kap. 5 § andra meningen HSL.

Sakkunniggruppen som genomlyste området lämnade ett förslag om intensivvårdstransporter som remitterades. Detta arbete är nu pausat eftersom regionerna och SKR i sina remissvar påtalade att det pågår ett arbete med gemensamt transportsystem som beräknas vara klart under första halvåret 2023. Om regionerna inte lyckas få till ett gemensamt system finns möjlighet att återuppta Socialstyrelsens -arbete med att interregionala IVA-transporter ska utgöra nationellt högspecialiserad vård.

Denna kartläggning visar att det finns brister i samordningen av transporter på nationell nivå och att en tydligare planering, koordinering och prioritering behövs. Behovet beror på flera saker bland annat utvecklingen av högspecialiserad sjukvård, den demografiska utvecklingen och viss platsbrist. I Socialstyrelsens sakkunniggrupp för NHV och i flera intressentdialoger framförs att det vore fördelaktigt med ett sammanhållet nationellt transportsystem för luftburen ambulanssjukvård. En samordnad organisation med upphandling, utplacering av helikoptrar och flygplan, kvalitetskontroll och finansiering kan ge stora fördelar och göra vården mer jämlik i landet. Den luftburna ambulanssjukvården är en samhällskritisk resurs med stort värde, både vid olyckor i vardagen och vid allvarigare händelser och katastrofer. Alla transportslag behöver dock finnas med som resurser för den högspecialiserade vården: flyg, helikopter och vägburen ambulans. Sjukhusens olika verksamheter är ofta beroende av varandra och en koncentration av högspecialiserad vård, regionalt och nationellt, gör det ännu mer tydligt. Att som patient få tillgång till rätt vård av god kvalitet inom en rimlig tid, oberoende av var i landet man bor, är en jämlikhetsfråga.

Socialstyrelsen har identifierat att ett stort antal utredningar genomförts av ambulanshelikopterverksamheten i Sverige. Flera av dem har pekat på behovet av ett nationellt yttäckande ambulanshelikoptersystem för att säkerställa befolkningens tillgång till en god och jämlik vård, oberoende av var i landet man bor.<sup>103</sup> Socialstyrelsen föreslog redan år 1999 ett rikstäckande och sammanhållet system med ambulanshelikoptrar för akuta insatser och i bedömde att det skulle behövas 15 ambulanshelikoptrar på strategiska placeringar runt om i landet för att nå 97,5 procent av landets befolkning inom 35 minuter från larm. Enligt förslaget skulle samverkansregionerna även fortsättningsvis vara huvudmän för verksamheten, men staten skulle delfinansiera verksamheten.<sup>104</sup> Ingen av utredningarna har hittills lett fram till förslag på en nationell lösning. Även i sakkunniggruppens utredning av interregionala intensivvårdstransporter från 2021 finns förslag på placering av helikopterbaser för att få nationell täckning inom olika tidsfönster.

Utredningen Hälso- och sjukvårdens beredskap lämnade i sitt betänkande SOU 2022:6 bedömningen att den nationella samordningen av luftburna sjuktransporter bör öka, och att dagens fragmentiserade system är ineffektivt. Utredningen menade också att det bör finnas samordningsvinster genom att inte skilja mellan flyg- och helikopterverksamheten.<sup>105</sup> Socialstyrelsen instämmer i utredningens bedömning att det behövs ett samlat nationellt

<sup>103</sup> Betänkande Helikopterutredningen, SOU 2008:129 s. 127.

<sup>104</sup> Socialstyrelsen. Ett sammanhängande ambulanshelikoptersystem. Stockholm: 1999.

<sup>105</sup> SOU 2022:6. sid. 845.

grepp om samordningen av sjuktransporter, både på land, på vatten och i luften. Det finns i dag i Sverige inget nationellt sammanhållet system där någon bär övergripande ansvar för att koordinera, dirigera och prioritera transportresurser.<sup>106</sup>

SKR har tagit på sig rollen att koordinera och stödja arbetet med ett förslag till nationell modell för intensivvårdstransporter. Arbetet kommer att kommuniceras med Socialstyrelsen och en slutrapport med förslag om eventuell fortsättning ska lämnas senast den 31 mars 2023. Rapporten ska innehålla ett konkret förslag på struktur och funktion för en övergripande nationell koordinering. Socialstyrelsen bedömer att det är värdefullt att beakta resultaten från detta uppdrag inför framtida vägval och hantering av frågan.

## Ambulans-, arbetsmiljö- och trafiksäkerhet

Kartläggningen omfattar inte arbetsmiljöaspekter såsom hot, våld och blåljussabotage, även om det är klart att personalens arbetsmiljö påverkar patientsäkerheten. Hot och våld kan förekomma i alla delar av vården. Det kan ta sig uttryck på olika sätt och orsakerna varierar beroende på var och i vilken situation det sker. För att upprätthålla nolltolerans krävs utbildning, dokumenterade och kommunicerade säkerhetsrutiner och förebyggande insatser.<sup>107</sup> Vid exempelvis prehospital akutsjukvård vid psykisk ohälsa har frågan om handläggning av situationer med risk för våld kommit upp. Det har framkommit önskemål om att utbilda ambulanspersonal i att bedöma och hantera risk för våld och förtydliga hur de kan få stöd av polis i sådana komplicerade situationer.

År 2021 gjordes en webbundersökning med totalt 67 ambulanssjuksköterskor,<sup>108</sup> och var fjärde hade varit inblandad i en skadehändelse med ambulansfordon som de själva kört. Majoriteten av de tillfrågade ambulanssjuksköterskorna ville ha ett nationellt förarbevis för alla som kör ambulansfordon vid utryckningar, de önskade erfarenhetsåterföring från avvikelserapporterna efter incidenter i samband med ambulanskörning, de ansåg att ambulansfordonen borde utrustas med alkolås som en skadepreventiv åtgärd och lyfte betydelsen av att adresser där det tidigare förekommit hot och våld ska flaggas för ambulanspersonalen.

I Socialstyrelsens enkätundersökning uppgav alla regioner (n =20) att de har uppsatta krav för utryckningskörning. En tiondel (10 procent) uppgav att utryckningskörning ibland tillåts trots att dessa kompetenskrav inte är uppfyllda, exempelvis om den som har utryckningsbehörighet behöver vårda patienten. För att öka ambulanssäkerheten, arbetsmiljösäkerheten, patientsäkerheten och trafiksäkerheten kan det vara relevant att närmare undersöka det skadeförebyggande arbetet och se vilka förutsättningar och villkor som främjar kontra missgynnar ambulanspersonalens säkerhet.

---

<sup>106</sup> Socialstyrelsens yttrande hälso- och sjukvårdens beredskap struktur för ökad förmåga, Socialstyrelsen 2022.

<sup>107</sup> Hot och våld inom vården - Vårdhandboken (vardhandboken.se).

<sup>108</sup> Lundälv, J. (2021). Ambulanskörning i praktiken: Ambulanssjuksköterskors erfarenheter av utryckningskörning, skador och förebyggande arbete – en Websurvey 2021. Forskningsrapport. Umeå: Institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap.

Trafikverket har på uppdrag av regeringen tagit fram en handlingsplan för ökad säkerhet i och runt arbeten på väg. Handlingsplanens aktiviteter har utgått från brister som presenterades 2020 i Transportstyrelsens regeringsuppdrag ”Säkerhetshöjande åtgärder vid arbeten på väg”. Av regeringens beslut framgår även att handlingsplanen ska omfatta åtgärder för bättre hastighetsefterlevnad i anslutning till arbeten på väg. Åtgärderna ska förbättra arbetsmiljön vid planerade arbeten men också vid oförutsedda händelser i vägtrafiken, exempelvis trafikolyckor och fordonsassistans. Handlingsplanen fokuserar på att åtgärda bakomliggande problem så att trafikanter får rimliga förutsättningar att göra rätt och det ska leda till en bättre hastighetsefterlevnad vid arbeten på väg.

För oförutsedda händelser är samordningen mellan myndigheter och andra aktörer central. Det är av största vikt med ett gemensamt arbete och mål för att peka ut ansvar och driva utvecklingen som en helhet. Bedömningen är att detta saknas och Trafikverket föreslår bland annat ett nytt myndighetsövergripande regeringsuppdrag med fokus på oförutsedda händelser. Trafikverket kommer att samordna det fortsatta arbetet och lämna en årlig utvärdering till Regeringskansliet i samband med årsredovisningen för 2023, 2024 och 2025.

## Katastrofmedicinsk beredskap, kris och krig

För den katastrofmedicinska beredskapen är det särskilt viktigt med en välfungerande samordning av insatser som utförs i samarbete med andra blåljusaktörer samt samverkan med andra samhällsaktörer såsom sjöräddning, fjällräddning och räddningstjänst och som inkluderar IVPA (I väntan på ambulans). Samordningen behöver fungera optimalt i vardagen för att kunna möta vårdbehoven i samband med höjd beredskap i regionen och/eller landet. Ambulanssjukvården är en del av totalförsvaret och en central del av hälso- och sjukvården vid kris och krig.

Vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården är utgångspunkten alltid vilka resurser som finns tillgängliga exempelvis personal, utrustning, läkemedel, sjukvårdsmateriel och lokaler. Resurserna är begränsade även i normalläget, men behovet av prioriteringar blir särskilt tydligt när skillnaden mellan tillgängliga resurser och vårdbehoven ökar såsom vid krig eller andra katastrofer. Vid sådana situationer kommer de vårdbehov som finns normalt att kvarstå, samtidigt som vården behöver kunna omhänderta ett mycket stort antal andra sjuka eller skadade.<sup>109</sup>

En nationell kris kan exempelvis bero på störningar i försörjningskedjor som kan leda till brist på utrustning, läkemedel, bränsle, förstörd infrastruktur och svåra vägförhållanden. Brist på akutmedicinska läkemedel och negativ påverkan på ambulanssjukvårdens möjligheter att transportera patienter skulle sannolikt leda till sämre möjligheter att rädda liv. Brister i den prehospitalla akutsjukvården i fredstid kan bli särskilt kännbara i en kris eller en krigssituation. Socialstyrelsen har avgränsat uppdraget från att omfatta kris, krig, civilt försvar och Försvarmakten och rapporten behandlar därför

---

<sup>109</sup> Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap.

inte dessa aspekter. Socialstyrelsen har dock mottagit andra regeringsuppdrag som berör krisberedskap och ambulanssjukvård såsom exempelvis:

- Uppdrag att utveckla särskilda prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården som gäller vid kris och krig.<sup>104</sup>
- Uppdrag att ta fram underlag samt att samordna, stödja, följa upp och utvärdera regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar.
- Uppdrag att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning.

## Effektiv resursanvändning

En effektiv användning av offentliga medel handlar om att använda tillgängliga resurser på bästa sätt utifrån de mål som finns för en verksamhet. Det är många olika faktorer som påverkar kostnader och behovet av resurser inom hälso- och sjukvården: utveckling, forskning, nya behandlingsmetoder, demografisk utveckling, reformer och omställningar. Allt detta konkurrerar om regionernas resurser.

För att patienten utifrån medicinskt behov ska få komma till rätt vårdnivå är det viktigt att göra korrekta bedömningar vid varje beslutssituation, både vid utalarming och senare vid bedömning av ambulanspersonal. Det är mycket som ska stämma för att skapa ett balanserat kapacitetsutnyttjande där tillgängliga resurser nyttjas på bästa sätt; det ska finnas tillgång till rätt fordon och rätt utrustning samt vårdpersonal med lämplig kompetens. En högre vårdnivå än vad patienten behöver är ineffektivt, och en sådan vårdinsats kostar mer än vad som skulle behövas för att möta patientens vårdbehov. Socialstyrelsen bedömer att det finns potential för effektivisering.

Sjuktransporter med flyg och helikopter är mycket kostsamma. Nyttjandegraden och användningsområdena är olika i glesbygd och storstad. Genom utökade samordningsmöjligheter för denna del av ambulanssjukvården skulle man kunna nyttja kapaciteten bättre. Det skulle sannolikt även kunna bidra till en mer likvärdig tillgänglighet till luftburna transporter över riket.

Utvecklingen av den prehospitala akutsjukvården handlar på ett övergripande plan om att stärka och effektivisera området. Viktiga faktorer är effektiva transporter, mobila vårdlösningar, digitala lösningar, kompetenshöjning, kompetensförsörjning, nya samarbetsformer och samverkan. I Socialstyrelsens kartläggning finns inga tydliga områden eller brister som vittnar om att en annan användning av resurserna bidrar till ett bättre resursutnyttjande. Dock gör Socialstyrelsen följande konstateranden när det gäller resursanvändningen:

- Satsningar på olika former av kompetensutveckling anser Socialstyrelsen kan leda till en mer kvalitets- och patientsäker vård.
- Inom den prehospitala akutsjukvården är det viktigt med en fortsatt utveckling av olika verktyg exempelvis målformuleringar, målnivåer, riktlinjer, riktvärden och uppföljningsarbete. En sådan typ av styrning

skulle sannolikt ge ett mervärde och bidra till en effektiv resursanvändning.

- Bättre samarbetsformer och samordning av den luftburna ambulanssjukvården kan antas leda till mer effektiv resursanvändning, mer likvärdig tillgänglighet och mer jämlik ambulanssjukvård (se ”Högspecialiserad vård”).
- Utvecklingen mot ett alltmer patientcentrerat förhållningssätt, så att patienten styrs till rätt vårdnivå tidigt i vårdkedjan, kan leda till att akutsjukvården och sjukhusen avlastas.

Det är regionerna som ansvarar för och i huvudsak finansierar vården, men staten kan på olika sätt stimulera utvecklingen. Regeringen har exempelvis skjutit till statliga medel för bland annat kompetensutveckling inom ambulansverksamheten och genom förordningen om statsbidrag har man stimulerat utveckling av den prehospitla akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa. Användning och tilldelning av resurser är dock en regional fråga eftersom varje region beslutar om finansiering, tilldelning och prioritering.

# Slutsatser

Nedan redovisas Socialstyrelsens sammanfattande slutsatser av området prehospita akutsjukvård. Slutsatserna utgår från en sammanvägd bedömning av det som framkommit under kartläggningsdelen av uppdraget.

## Kunskapsstyrning

- Kunskapsstyrningen inom prehospita akutsjukvård är fragmenterad och ofullständig. Det finns inga nationella riktlinjer eller annan vägledning som specifikt adresserar prehospita akutsjukvård, från Socialstyrelsen eller annan statlig myndighet. Det saknas även nationella vårdprogram eller vårdriktlinjer från regionernas nationella system för kunskapsstyrning. Det finns anledning att stärka kunskapen inom den prehospitala akutsjukvården så att den blir mer sammanhållen för att erbjuda akut sjuka patienter den vård de kan behöva i ett så tidigt skede som möjligt.
- Processen för att ta in nya register i det nationella systemet för kvalitetsregister har avstannat, vilket begränsar utvecklingen av de befintliga kvalitetsregistren inom prehospita akutsjukvård.
- Det finns behov av fortsatt utveckling av nationella, allmänt accepterade, kvalitetsindikatorer för prehospita akutsjukvård.
- Det saknas systematiska kunskapsöversikter inom flera för den prehospitala akutsjukvården centrala kunskapsområden, exempelvis bedömningsstöd vid såväl larmcentral som vid hänvisningar, förhållandet mellan responstid och medicinskt utfall vid tidskritiska tillstånd samt prehospita akutsjukvård vid psykisk ohälsa som innefattar insatser av olika hjälporgan.
- Det är en brist att det inte finns en sammanhållen datamängd eller annan funktion som möjliggör överblick, kvalitetssäkring, forskning och lärande i hela den akuta vårdkedjan. Data från olika delar av den akuta vårdkedjan fångas idag i separata sjukvårds- och kvalitetsregister. Det saknas också möjlighet att via data följa upp ärendehantering i larmkedjan vid exempelvis de suicidlarm som hanteras av olika hjälporgan eller där flera aktörer har larmats ut samtidigt.

## Ambulanssjukvårdens grunduppdrag

- Ambulanssjukvårdens grunduppdrag, liksom avgränsning mot andra funktioner inom hälso- och sjukvården, är i praktiken otydligt. Denna otydlighet tenderar att förstärkas i och med hälso- och sjukvårdens förflyttning mot en mer nära vård.
- Ambulanssjukvårdens specifika förmåga består i bedömning och behandling av svårt sjuka och skadade patienter innan och under transport till sjukvårdsinrättning. Ambulanssjukvården utför idag därutöver flera typer av uppdrag som inte nödvändigtvis kräver ambulanssjukvårdens

specifika förmåga. Det finns därmed indikationer på att ambulansresursen inte utnyttjas optimalt.

- Socialstyrelsen finner anledning att ifrågasätta behovet av att ha särskilda föreskrifter för just ambulanssjukvård. Prehospital akutsjukvård inklusive ambulanssjukvård är idag en integrerad del av hälso- och sjukvården. Samma krav på kvalitet och patientsäkerhet gäller även om vården sker utanför en vårdinrättning, på en skadeplats, i en patients hem eller i en sjuktransport.

## Utalarmering, prioritering, dirigering

- Socialstyrelsen kan konstatera att det pågår en utveckling där allt fler regioner väljer att bedriva larmcentralverksamhet i egen regi. Syftet kan vara att öka kompetensen vid prioritering, hålla samman vårdkedjan och förbättra möjligheterna till uppföljning och kvalitetssäkring i vårdkedjan.
- Antalet utalarmingar av ambulanser ökar. I den mån ambulansresursen inte utökas parallellt ökar risken för så kallade samtidigthetskonflikter, vilket i sin tur kan medföra patientsäkerhetsrisker.
- Responstiden för ambulanser, d.v.s. tillgängligheten till ambulanssjukvård, ökar över tid, och varierar dessutom mellan och inom regioner. Med längre responstider ökar risken för fördröjning i omhändertagandet av patienter med tidskritiska tillstånd. Det faktiska utfallet för patienter med tidskritiska tillstånd är dock beroende av ytterligare faktorer utöver ambulansens responstid.
- Det finns brister ifråga om möjligheten att koordinera och dirigera sjuktransporter interregionalt och nationellt.

## Differentierade resurser

- Den prehospitala vården behöver differentieras, så att patientens olika vårdbehov kan mötas på rätt vårdnivå. En sådan differentiering ger larmcentralen möjlighet att anpassa vilken resurs som ska utalarmas, utifrån vilket behov patienten har. En sådan differentiering pågår och har utvecklats olika långt i olika regioner. Denna utveckling är delvis kopplad till demografi och andra regionala förhållanden.

## Samordning och samverkan

- Det saknas ett sammanhållet nationellt system för luftburna sjuktransporter, avseende såväl primär- som sekundärtransporter. Det är av väsentligt att de samverkansinitiativ som pågår på regional nivå inom detta område når resultat.
- Det finns brister i samordningen och samverkan i situationer som kräver deltagande av flera blåljusverksamheter. Särskilt tydligt är detta inom områdena psykisk ohälsa vid t.ex. larm om hotande suicid, omhändertagande av personer med allvarlig psykisk störning, vid prehospitala vårdsituationer där det finns risk för hot och våld samt vid



aktörsgemensamma insatser i oländig terräng. Det finns också regionala skillnader i larmhantering och hur olika hjälporgan utalarmeras vid vissa typer av larm, t ex suicidlarm. Sådana brister och skillnader kan medföra risker för ojämlig vård i livshotande situationer.

- Det finns en otydlighet i gränsdragningen mellan första hjälpen och hälso- och sjukvård i väntan på sjuktransport.
- Det behöver finnas möjlighet för regionerna att ingå IVPA-avtal (I väntan på ambulans) med även statlig räddningstjänst.
- En del ambulansuppdrag avslutas med att patienten hänvisas till egenvård, annan vårdnivå eller egen transport till sjukhus. För att öka patientsäkerheten i motsvarande situation är det viktigt med rutiner för medicinsk bedömning, verksamhetens egenkontroll och samverkan mellan inblandade aktörer.
- Befintliga standarder vad gäller utrustning i ambulanser behöver tillämpas i samtliga regioner för att säkerställa interoperabilitet mellan olika ambulanstyper. Sådant standardisering underlättar också interregional och nationell samordning av sjuktransporter.
- Begrepps- och terminologiapparaten inom området är oprecis, ofullständig och saknar enhetlighet vilket kan leda till svårigheter vid samordning och samverkan.

## Informationsöverföring, digitalisering och stöd

- Ambulanspersonalens tillgång till journaluppgifter under pågående uppdrag, liksom möjlighet att följa upp patientfall efter genomfört uppdrag skiljer sig regioner emellan.
- Det finns variation och brister ifråga om interoperabiliteten vid informationsöverföring mellan ambulans och mottagande sjukvårdsenhet. Bristande informationsöverföring inom det akuta omhändertagandet kan innebära patientsäkerhetsrisker.
- Det finns variation och brister i hur ambulanspersonal kan få stöd i medicinska bedömningar på distans.
- Det finns en ojämlig tillgång och många regioner brister i tillgänglighet till mobila resurser exempelvis särskild kompetens inom psykiatri och till mobila läkarresurser som kan göra vårdintygsbedömningar.

# Utvecklingsförslag

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens slutsatser lämnar myndigheten nedanstående utvecklingsförslag för att på kort och lång sikt bidra till utveckling och lärande samt effektivisera, stärka och utveckla den prehospitla akutsjukvården.

Fokus är på sådana utvecklingsbehov och insatser som är gemensamma för regionerna och där det kan finnas behov av nationellt stöd eller ändringar i regelverk. Förslagen har utarbetats med beaktande av, och respekt för, regionernas primära ansvar för den prehospitla akutsjukvården i egenskap av huvudmän, liksom av befintliga samverkansstrukturer regioner emellan. Förslagen avser därmed primärt den statliga nivån och tillställs regeringen i egenskap av uppdragsgivare för föreliggande uppdrag.

## 1. Uppdrag att utreda och tydliggöra den nationella styrningen med kunskap inom området prehospitla akutsjukvård

Den prehospitla akutsjukvården behöver en tydligare nationell kunskapsstyrning, inklusive kvalitetsindikatorer. I ett uppdrag, i form av en förstudie, kan behov och nytta identifieras om vilka lämpliga kunskapsstyrande åtgärder som finns för att stärka den nationella kunskapsstyrningen inom den prehospitla akutsjukvården.

Verktyg för nationell kunskapsstyrning inom området prehospitla akutsjukvård kan vara kunskapsstöd så som exempelvis nationella riktlinjer, vägledningar med eller utan rekommendationer, allmänna råd eller föreskrift. En förstudie bör omfatta en genomlysning av vilken form av kunskapsstyrning som är mest ändamålsenlig.

En förstudie bör också omfatta en utredning av de termer och begrepp som används inom området prehospitla vård och prehospitla akutsjukvård.

## 2. Uppdrag att genomföra en eller flera systematiska kunskapsöversikter inom området prehospital akutsjukvård och sjuktransporter

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att tillsammans med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, göra en eller flera systematiska kunskapsöversikter, i syfte att identifiera befintlig forskning respektive kunskapsluckor inom området prehospital akutsjukvård.

I första hand avses följande områden:

- 1) beslutsstöd vid olika typer av bedömningar som ska göras exempelvis på larmcentral och vid hänvisningar,
- 2) förhållandet mellan ambulansers responstid och det medicinska utfallet vid tidskritiska tillstånd samt
- 3) prehospital akutsjukvård vid psykisk ohälsa som innefattar insatser av olika hjälporgan exempelvis ambulanssjukvård, polis och psykiatri.

## 3. Uppdrag att utreda förstärkt samordning och samverkan mellan blåljusaktörer i larmsystemet

Statliga myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvård, statlig- och kommunal räddningstjänst och polis bör ges ett samlat uppdrag att utreda legala, tekniska och praktiska hinder för en effektiv samordning av insatser för att rädda liv. Uppdraget bör genomföras i samråd med SOS Alarm som ansvarig för nödnumret 112.

En utredning bör också innefatta att förbättra samverkan mellan de olika aktörerna i larmsystemet för ärendetyper där flera hjälporgan kan behöva samarbeta exempelvis vid hot och våld, vid hot om suicid, vid omhändertagande av personer med allvarlig psykisk störning, och vid insatser i oländig terräng.

Vidare bör en utredning även omfatta förutsättningarna att samanalysera data från olika aktörer i larmkedjan vid gemensamma insatser mellan hjälporgan eller för vissa typer av insatser för akut psykisk ohälsa som omhändertas av olika hjälporgan.

Till nytta för en sådan utredning vore en kartläggning av förekomsten av IVPA-avtal mellan regionerna och räddningstjänst respektive polis samt vilka sjukvårdsinsatser som idag utförs av yrkesutövare inom räddningstjänst och polis inom ramen för ett IVPA-avtal.

I sammanhanget skulle det vara av värde att inventera gränsdragningar mot första hjälpen och räddningstjänstens uppdrag att ”rädda liv”, och gränsdragning mot hälso- och sjukvård samt att inventera behovet av medicinskt stöd från hälso- och sjukvård till hjälporgan.

## 4. Uppdrag att utreda förutsättningar för att upprätta en sammanhållen datamängd för hela den akuta vårdkedjan

Det finns i dagsläget olika sjukvårds- och kvalitetsregister som fångar olika delar av den akuta vårdkedjan. Förutsättningar att följa alla komponenter i den akuta vårdkedjan utifrån ett systemperspektiv brister. En sammanhållen och synkroniserad datamängd för hela den akuta vårdkedjan skulle omfatta data från flera sjukvårdsregister och syfta till att skapa förutsättningar för statistisk överblick, kvalitetssäkring av den akuta vårdkedjan på en systematisk nivå samt bidra till lärande och forskning genom en sammanhållen datamängd.

En sammanhållen datamängd för hela den akuta vårdkedjan skulle också kunna vara värdefull ur beredskapsperspektiv och utifrån möjligheten att få en nationell lägesbild.

Det finns sannolikt flera olika sätt på vilka en sådan sammanhållen datamängd skulle kunna upprättas. En utredning skulle bland annat behöva omfatta en närmare kartläggning av vilken data som idag samlas i aktuella sjukvårdsregister samt vilka tekniska, legala och etiska förutsättningar som ska beaktas.

## 5. Uppdrag att genomföra en förstudie om hur information som behöver utbytas mellan olika aktörer kan utformas för att stötta en ökad digitalisering

Ett uppdrag att genomföra en förstudie om informationsutbyte och ökad digitalisering bör ta sin utgångspunkt i de behov och utmaningar som Socialstyrelsen identifierat i denna rapport. Det handlar konkret om fortsatt utveckling av hur informationsöverföring kring enskilda patienter kan ske på ett säkert sätt mellan ambulanspersonal och andra relevanta vårdaktörer. Ett exempel är överföring av information om läkemedel under den prehospitalla fasen.

Förstudien bör lämna förslag på hur informationen kan systematiseras utifrån nationell informationsstruktur, Socialstyrelsens termbank och Snomed-CT<sup>110</sup>. En förstudie bör genomföras i samverkan med SKR, regionernas system för kunskapsstyrning och eHälsomyndigheten.

---

<sup>110</sup> Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som är utvecklat för att användas i elektroniska informationssystem och är översatt till svenska. Snomed CT syftar till att göra den kliniska dokumentationen inom hälso- och sjukvård enhetlig, entydig och ändamålsenlig (Referens <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/e-halsa/snomed-ct/>)

# Förteckning över bilagor

Nedanstående bilagor finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se):

Bilaga 1. Om regeringsuppdragets utredning. Metod och material

Bilaga 2. Definitioner och begrepp

Bilaga 3. Katastrofmedicinsk beredskap

Bilaga 4. Omvärldsförändringar

Bilaga 5. FN:s hållbarhetsmål och prehospital akutsjukvård

Bilaga 6. I Väntan På Ambulans

Bilaga 7. Patientsäkerhet med fokus på prehospital akutsjukvård

Bilaga 8. Kunskapsstyrning

Bilaga 9. Litteraturlista

Bilaga 10. Enkät svar

Bilaga 11. Larmkedja

Bilaga 12. Regionenkät\_kort version\_Utmaning Utveckling

Bilaga 13. Intressentdialoger sammanställning

Bilaga 14. Intressentdialoger sammanställning\_Psykiatri

Bilaga 15. Prehospital akutsjukvård\_Psykiatri

Bilaga 16. Ambulansplaner

Bilaga 17. Hälsoekonomisk exempelberäkning

Bilaga 18. Bedömningsinstrument för urval av utvecklingsförslag