



Riksföreningen för
Ambulanssjuksköterskor

MEDLEMSRAPPORT:

Stockholm behöver bedömningsenheter för att minska vårdlidande och väntetider för icke akuta patientfall

Sammanfattning

Daniel Bergman ambulanssjuksköterska i Stockholm har undersökt behovet av prehospitala bedömningsenheter i Stockholm, som kan bemannas av en erfaren ambulanssjuksköterska. Bedömningsenheten kan korta väntetider på ambulansen samtidigt som ett korrekt bemötande tillsammans med möjlighet till rätt vård på rätt vårdnivå leder till färre patienter på akutmottagningarna och vårdlidandet minskar för patienten. Ambulanssjukvårdens tillgänglighet blir bättre och effektivare.

Daniel Bergman

daniel.bergman@ambssk.se

+46 8 765 64 55

+46 70 495 48 62

Utveckling av Ambulanssjukvården i Stockholm och Göteborg

Sedan 2011 har antalet ambulanstransporter i såväl Stockholm som nationellt ökat med 10 %. I bara Stockholm sedan 2009 med 31 % (Dagens Medicin 2014). I oktober 2010 varnade Professorn i akutmedicin, Maaret Castrén samt dåvarande chefsläkaren för ambulanssjukvård Juhana Hallikainen i sällskap med två högskoleadjunkter på DN debatt för att ambulanserna i Stockholm utnyttjas som taxi med följderna att akut vårdkrävande patienter får vänta längre på ambulans. Ett par dagar senare bekräftades utsagan av personal inom ambulanssjukvården i samma tidning.

Ambulanserna utför högspecialiserad vård men utnyttjas därför troligen även som transport utan behov av vare sig liggande transport, medicinsk kompetens, övervakning, omvårdnad eller medicinska insatser till akutmottagning. I Göteborg har två överläkare utvärderat 420 prehospitala patientärenden under 2013, rörande prio 2 och prio 3 uppdrag med resultatet att endast 20 % av fallen hade behov av ambulanstransport. Mot bakgrund av ovanstående kan misstänkas att det förekommer onödiga ambulanstransporter som spär på belastningen (Dagens Medicin 2014 SvD 2013 Nyhetstorget 2014).

Beredskap för allvarliga händelser där många ambulanser kan behöva sättas in för en och samma insats blir då också ansträngd. Den 8 September 2012 skriver Dagens Nyheter att väntetiderna på ambulans sedan 2011 i genomsnitt ökat med en minut vid prio 1 uppdrag, 4,5 minuter vid prio 2 samt 15 minuter vid prio 3. Kitty Kook Wennberg på Hälso och Sjukvårdsförvaltningen säger sig i samma artikel oroad då hon trodde utvecklingen skulle vända sedan man tillfört flera resurser. Samma problematik konstateras i Dagens Nyheter den 5 april 2014. I Storbritannien upplevde den prehospitala vården en liknande situation redan för femton år sedan då man beslutade sig för åtgärder som stävjade utvecklingen, dock ej med utökade transportresurser i ambulans (Palazzo, et.al., 1998).

Också i Göteborg har man uppmärksammat problemet och därför utvecklat genomgripande förändringar rörande såväl bedömningar av akutbehov prehospitalt som direktstyrning till rätt vårdnivå hospitalt och externt, inte heller där med utökade ambulansresurser. Utvärderingar i Göteborg har indikerat stora vinster för såväl vårdgivare som patienter. Frågan är om Stockholms chefsläkare och tjänstemän hos länets landsting kan lära något av detta? När skall allmänheten genom media kunna meddelas en förändring också i Stockholm?

Bakgrund

Riksrevisionen har konstaterat att landets ambulanser nationellt belastas 10 % mera 2013 än 2011. I Stockholm har det skett en ökning från 164 300 ambulansuppdrag 2011 till 180 800 uppdrag på bara två år, även det en ökning med 10 %. Sedan 2009 är den nationella ökningen 25 %, i Stockholm 31 % och i Skåne 42% (Dagens Medicin, 2014 SII, 2014 Riksrevision, 2013 Tidningarnas Telegrambyrå 2014).

I såväl Stockholm som Göteborg bemannas varje ambulans av minst en specialistsjuksköterska som har ansevärda medicinska samt utrustningsbaserade resurser till sitt förfogande. Denna i förhållande till taxi dyrbara transportresurs utnyttjas kanske inte uteslutande för vad den är ämnad? Trots att Stockholms landstingspolitiker tillfört länet ett antal ytterligare ambulanser, visar belastningen per se inga tecken på att avta (SII egen statistik).

Den ökade belastningen medför minskad beredskap och längre larmtider då bilarna är upptagna, framförallt med Prio 2 (akuta men ej livshotande uppdrag) eller Prio 3 (Liggande sjuktransporter), en stor del enligt ambulanspersonal samt ovanstående debattörer i DN, där vare sig behov av bår, medicinsk övervakning, omvårdnadsbehov eller medicinsk behandling är aktuell under eller före transporten. Prio 1 uppdrag (akut livshotande tillstånd) har i genomsnitt tagit en minut längre till patient. Detta uppmärksammade Professor Castrén redan 2010 då enligt hennes dåvarande statistik endast 30% av patienterna kunde nås av ambulans inom 10 minuter vid prio 1 uppdrag. Landstingets målsättning var 75%. För att osynliggöra problemet tog beställaren bort målet att nå patienten inom en bestämd tidsram. Orsakerna till den ökade belastningen spekuleras det om på debattsidor och i artiklar i media av chefsöverläkare samt tjänstemän: Befolkningsökning, ökande trafik, en åldrande population och högre medicinsk kompetens vid telefonprioriteringar uppges utgöra sannolika skäl (DN 2010, 2012 och 2013 Dagens Medicin 2014).

Det är inte ovanligt att allmänheten söker hjälp att finna rätt vårdnivå för sin egen eller anhörigs åkomma via telefonrådgivning. En studie av docenten i offentlig förvaltning Erik Carlström pekar på svårigheter att göra bedömningar av sjukvårdsbehov per telefon, framför allt av sjukvårdsrådgivning men även SOS alarm. Studien pekar specifikt på bedömande sjuksköterskors rädsla att göra fel, vilket resulterar i styrning mot ambulans samt akutmottagning även för lättare åkommor. Även Prio 1 larm ökar i antal med ökade risker i trafiken som följd. Rädslan bedöms ha ökat efter ett dödsfall 2011 då en patient i Stockholm avled när larmmottagande sjuksköterska hos SOS nekade ambulanshjälp (Carlström,2013). En händelse vilken i tid sammanfaller med den markant ökade nationella belastningens början. Statistiken för 2014 visar ännu inga tecken på att situationen är på väg att förändras i Stockholm (SII,2014). Det kan därför finnas anledning att vända blicken mot landsting där trenden förmodas börja förändras till det mera hanterbara tack vare ett genomgripande prehospitalt utvecklingsarbete.

Göteborg

I Göteborg finns tre akutsjukhus. Staden bemannar 22 ambulanser samt en läkarambulans som tillsammans utför 76 000 uppdrag per år. 7 000 utöver dessa är liggande sjuktransport som bemannas av undersköterskor och ambulanssjukvårdare, utan behörighet att administrera läkemedel och således framför Prio 4 uppdrag. Man har där uppmärksammat samma problem som i Stockholm (Gelang, 2014). Carita Gelang verksamhetsutvecklare i ambulans och prehospital akutsjukvård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset har därför initierat framgångsrika åtgärder för att stävja problemet. Syftet har framförallt varit att snabbt kunna ge patienten hjälp på den vårdnivå som krävs på ett patientsäkert och kostnadseffektivt sätt samt att avlasta akutmottagningarna. Målen kan sägas vara uppfyllda med hjälp av nedanstående åtgärder. Framgångsrikt enligt de föreläsningar Gelang hållit för beslutsfattare hos landsting i Sverige och Norge.

Vårdkedjor i Ambulanssjukvården

Man har utvecklat vårdkedjor genom att kritiskt granska befintliga metoder och använda rätt kompetens för att med rätt åtgärd styra patienten till rätt vårdnivå. Inför införandet av varje ny vårdkedja skapas en grupp med ett mindre antal ambulanssjuksköterskor som tillsammans med mottagande enheter arbetar med processen att kunna direktinlägga/direktstyra en viss patientgrupp för att inte belasta akutmottagningen. Varje nyskapad vårdkedja har utarbetats på forskningsnivå.

Ålderstigen: Direktstyrning till geriatrisk vårdavdelning.

PCI Direkt: Patienter med hjärtinfarkt går direkt till operation.

HIA direkt: Patienter i behov av hjärtintensivvård utöver tydliga infarkter.

Rädda Hjärnan: Patienter med akut stroke körs direkt till CT röntgen för snabb Trombolys/Trombektomi.

Hjärnvägen: Strokepatienter där det inte är aktuellt med akut behandling körs direkt till strokeavdelning.

AMBitiÖS: Icke akut sjuka medicinpatienter, oavsett ålder eller diagnos, där ambulanssjuksköterskan anser att det finns behov av slutenvård, direktinläggs på avdelning.

Höftleden: Patienter med misstänkt höftfraktur. Ambulanssjuksköterskan skriver röntgenremiss och patienter styrs direkt till röntgen.

Smittvägen: Patienter med infektiösa tillstånd kan direktinläggas på infektionsavdelning.

Tankegången: Patienter med psykiatriska/sociala behov kan mobilt fältteam, bestående av psykiatrisjuksköterska och socionom ta över patienten prehospitalt.

Övrigt: Patienter direktstyrs även mot obstetrik/gynekologi, öron/näsa- hals mottagning, psykiatrisk akutmottagning, tillnyktringsenhet.

Under 2013 har 4 700 patienter i Göteborg kunnat styras till rätt vårdnivå hospitalt. Genomgång av stroke och medicinpatienter påvisar samma träffsäkerhet hos ambulanssjuksköterskan, som läkaren på akuten i att identifiera rätt vårdnivå för patienten enligt Gelang.

Under 2013 har utöver detta 10 600 patienter kunnat färdig vårdas i hemmet eller hänvisats till annan vårdnivå prehospitalt. I mars 2014 avlastade ambulanssjukvården de vuxensomatiska akutmottagningarna med 52,5 patienter per dygn genom att direktstyra eller vårda färdigt i hemmet (Gelang, 2014).

Resultatet utmynnar i ökad patientsäkerhet med färre överrapporteringar. Kortare väntetid/vårdtid. Bättre ekonomi. Minskad risk för komplikationer/mortalitet relaterat till minskad väntetid på akuten samt kortad vårdtid. Patient/anhörig nöjdhet ökar. Belastningen på akutmottagningen minskar (Gelang, 2014).

Ovanstående prehospitala åtgärder har således till största del varit gynnsamma för patienten och slutenvården. Göteborg har inte nöjt sig med detta.

SAMBand Optimering av akutresurser som ökar patientsäkerheten (Gelang, 2014)

Under hösten 2012 initierades projektet med hjälp av en grupp om 20 ambulanssjuksköterskor. Ambulanssjuksköterskan kunde, efter att i hemmet eller på plats triagerat patienten grön eller gul enligt RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System), tillkalla sittande sjukresa (taxi) som även till skillnad från ambulans kan transportera rullstol eller rullator. Kostnaden för Taxi är subventionerad och faktura kan skickas till patienten i efterhand. Taxibeställningen från ambulanssjuksköterskan prioriterades och ambulansjournal medföljde patienten till nästa vårdinstans. Transportsättet skedde alltid i samråd med patienten och ambulansen gjordes klar för nytt uppdrag innan taxin anlönt.

Efter sex månader utvärderades samtliga inkluderade patienter (N=70) ur medicinsk synvinkel av läkare på akutmottagningar samt ambulansöverläkare. Deras slutsats blev att inte någon av dessa patienter hade haft behov av ambulanstransport. Inga avvikelser hade heller noterats och arbetssättet bedömdes som patientsäkert. Ambulansen kom i drift cirka 30 minuter tidigare än vilket resulterade i ett kostnadseffektivt utnyttjande av resurserna. Utvärderingen visade även på fall där taxi beställts, ambulansen blivit ledig och istället gjort stor skillnad vid Prio Ett uppdrag.

SAMBand permanentades inför sommaren 2013. I Göteborg bemannas liggande sjuktransport av undersköterska/ambulanssjukvårdare. Även dessa involverades.

PPM (PunktPrevalensMätning) är gjord av ambulansöverläkare, som visar på mycket hög träffsäkerhet hos ambulanssjuksköterskan i att identifiera rätt patient. Under året genomfördes 580 SAMBand ärenden som frigjorde 290 extra ambulansstimmar, vilket motsvarar driften av en ambulans i ca 12 dygn. Patientsäkerheten ökar prehospitalt, beredskap och rätt utnyttjande av ambulans ökar.

Prehospital Bedömningsbil (Gelang, 2014)

En utryckningsutrustad personbil utan bår märktes med texten Ambulanssjuksköterska. Tillägg av utrustning innefattade diagnostiska och terapeutiska hjälpmedel. Nio specialistutbildade erfarna och lämpliga ambulanssjuksköterskor valdes ut. Dessa förde en dialog med SOS alarm om lämpliga Prio 2 och 3 uppdrag. Även möjlighet att åka på Prio 1 uppdrag som första resurs eller som assistans till ambulans förekom. Läkarestöd via telefon kunde ges vid behov.

Uppföljning av 100 % involverade patienter utfördes. Av 420 granskade patientärenden kunde påvisas att 52 % av patienterna kunde lotsas till annan vårdnivå än akutmottagning varav 67 patienter fick bokad tid på vårdcentral. Mobilt Fältteam (Psykiatrisjuksköterska och Socionom) tog hand om 8 patienter. Polisen 6 patienter. Färdigvårdade i hemmet blev 86 patienter, där i ett flertal tillfällen direktkontakt med biståndshandläggare och hemsjukvård etablerades. Telefonkontakt togs med läkare på vårdcentral för justering av läkemedel eller förnyande av recept, vilket medförde att patienten inte behövde uppsöka vårdcentral eller fick tid senare. 36 patienter direktinlades i etablerad vårdkedja eller styrdes till rätt hospital mottagning. Ambulans behövde rekvireras i endast 20 % av Prio 2 eller 3 ärendena.

Bedömningsbilen har permanentats i verksamheten och kommer att utökas med ytterligare en enhet under 2014.

Ekonomi

Sahlgrenska Sjukhuset har utvärderat en hospital effektiviseringspotential per år om Vårdkedja minskar ett vårddygn (Gelang, 2014). VC Neurologi bedömer att vårdtiden för Geriatriska patienter ökar 2-3 dagar då omflyttning sker. VC Kardiologi bedömer att 1-2 vårddygn tappas då omflyttning under vårdtiden sker. Med utgångspunkt av 10 patienter per dygn har hypotetiskt sjukhusets effektiviseringspotential uppgått till 14 600 000 kronor. Ambulanskostnad är 1 022 000 kronor. Direktinläggning beräknas spara ett vårddygn enligt Västra Götaland Regionens egen hypotes (Gelang, 2014).

Stockholm

I Stockholm utför 68 akutambulanser, 1 helikopter, 2 helikoptrar sommartid, 2 akutbilar och 1 akutläkarbil ca 180 800 ambulansuppdrag år 2013 (Sll, 2014). Patientstyrning och vårdkedjor är ett utvecklat område men förekommer enligt lokala riktlinjer mot Geriatrisk vårdavdelning, PCI (Akut hjärtinfarktsbehandling) samt till viss del i somliga delar av länet mot vårdcentral alternativt närakut där dessa finns. Psykiatrisk akutmottagning finns samt även akutsjukvård för alkoholförgiftningar. En Psykiatrisk Ambulans är under utveckling tänkt att startas till hösten (Sll, 2014). Delar av de vårdkedjor som utvecklats i Göteborg har initierats även i Stockholm, dock ännu utan implementering och utan tidsplan då rättmätiga krav på patientsäkerhet ställts.

Likaså saknas alternativa transportvägar. Det fanns ett Taxi projekt i Stockholm men det lades ned av orsaker som ej gått att verifiera efter upphörandet av Stockholms Prehospitala Centrum (SPC). Liggande transporter i Stockholm är inte bemannade med sjukvårdspersonal och kan därför inte benämnas sjuktransport, Lag (1992:567) De bemannas av taxiförare och utbildat biträde. De nyttjas för överflyttning mellan vårdenheter liksom hemtransporter från akutmottagningar vid utskrivning. Under sommaren 2014 införs på prov sex stycken så kallade transportambulanser utan läkemedel, bemannade med undersköterskekompetens i syfte att avlasta akutambulanserna vid Prio 3 och 4 uppdrag. I övrigt styrs de flesta patienter utan större variation till akutmottagning på någon av länets 7 akutsjukhus. Belastningen är som bekant hög på såväl akutmottagningar som ambulanser i länet. Förutsättningarna för utveckling skiljer sig från Göteborg.

Exempelvis finns det i Stockholm jourläkarbilar styrda av sjukvårdsrådgivningen, bemannade med distriktsläkare som dock aldrig syns till i den prehospitala världen annat än när dödsattester skall skrivas på jourtid. Dessa enheter skall sedan mitten av maj börja dirigeras och beställas även via SOS alarm istället för som tidigare endast via sjukvårdsupplysningen. Dock endast helger och nattetid (HSF, 2014). Utnyttjas dessa resurser optimalt som det ser ut idag? Har deras verksamhet utvärderats?

Värt att notera är även att den prehospitala sjuksköterskans omvårdnadsarbete i exemplen ovan avsevärt skiljer sig från vad en läkare skulle betrakta som sina uppgifter. Vidare är det förmodat mera kostsamt med läkarbemanning.

Förmågan att samverka prehospitalt-hospitalt är således svårhanterligt. Triageringssystemet RETTS har till exempel införts i länets ambulanser men inte på samtliga akutsjukhus. Ledning på skadeplats är nationellt fastställt men Stockholm har ett eget koncept. Detta kan exemplifiera svårigheten att samverka endast inom en enda specialitet, i detta fall akutsjukvården.

Storbritannien USA och Australien

Docenten Erik Carlström rapporterar hur en liknande resursproblematik inom akut och prehospital vård uppstod i Storbritannien för 15 år sedan. Där har man löst problemet med First Single Responders, permanentat sedan många år. En paramedic åker på motsvarande Prio 2 och 3 uppdrag för en ny bedömning (Carlström, 2014, Palazzo, F.F, et.al 1998 Turner & Nicholl 2002). En studie från USA refereras i rapporten och påvisar risken för felbedömningar då hög medicinsk kompetens huvudsakligen transporterar mindre sjuka patienter. Avtrubning och minskat praktiskt handhavande ökar risken för bristfällig behandling (Key, CB., et.al 2003 & Carlström, 2014). Även i Australien har prehospital resursproblematik analyserats (Cone, D.C. et. al. 2012)

Frågeställning

Finns det förutsättningar för ett prehospitalt utvecklingsarbete i Stockholm med samma vinster för såväl vårdgivare som patienter som i Göteborg? Det tycks finnas en vilja att utveckla i samma riktning, dock saknas tydliga projektplaner och tidsscheman för de olika delarnas utveckling.

Göteborgs modeller ovan bygger på synergi och samarbete mellan olika vårdgivare. Om vinsten som hävdas från Göteborg för såväl patienter som vårdgivare, hospitalt såväl som prehospitalt kan skapas här, bör vi tacksamt ta emot deras erfarenheter och i sin helhet utveckla även Stockholms prehospitala potential. Detta bör utföras i form av ett tydligt formulerat projekt med tydliga ansvarsområden för varje delmoment, med tydligt avsatt budget samt bestämda leveransdatum.

SPC har upphört och HSFs ambulansansvar i länet är under uppbyggnad, dessutom är det valår med risk för ändrad politisk agenda. Möjligen är detta inte rätt tidpunkt att påbörja ett omfattande förändringsarbete. Inte desto mindre ser vi under rätt förutsättningar möjligheter för AISAB (Ambulanssjukvården i StorStockholm AB), RAS (Riksföreningen för Ambulanssjuksköterskor) och en grupp Ambulanssjuksköterskor att med Göteborgs modeller och i samarbete med dem slutföra påbörjade, samt initiera utvärderingsbara projekt enligt ovan inom en på förhand bestämd tidsplan. Finns det från beställarna ett intresse, en ambition eller rent av en vilja, så är vi specialistsjuksköterskor i den stockholmska prehospitala vården redo att ta oss an och i projektform utveckla vetenskapsbaserade förändringar inspirerade av Göteborgs exempel.

Referenser

- Carlström, Eric; Förändringsarbete i hälso och sjukvård (2013) Studentlitteratur, Lund
- Carlström, Eric; First Single Responder, en prehospital vårdenhet på försök (2014) Rapport Västra Götalandsregionen
- Cone, D.C., Middleton, P.M. & Pour, S.M. (2012) Analysis and impact of delays in ambulance to emergency handovers, *Emergency Medicine Australasia*, 24: 525-533
- Dagens Medicin, Kennedy, Christina; Viljan att ha ryggen fri kan inte få styra prioriteringar (2014-03-19)
- Dagens Medicin, Krey, Jens; Så har uttryckningarna ökat (2014-03-19)
- Dagens Nyheter Kihlström, Staffan & Lagerwall, Katarina; Efter kritiken-ambulans även till lindrigt sjuka (2013-02-05)
- Dagens Nyheter Aschan Folcker, Annika; Ambulansen dröjer – trots fler bilar (2012-09-08)
- Dagens Nyheter Carlsson, Annika; Landstinget håller med om ambulanskritik (2010-10-19)
- Dagens Nyheter Debatt Castrén Maaret & Hallikainen Juhana, et.al; Ambulansen i Stockholm är mest som en snabbtaxi (2010-10-17)
- Dagens Nyheter Lundholm, Andreas & Marqvard, Josefin; Unga, lindrigt sjuka skall inte åka ambulans (2010-10-20)
- Dagens Nyheter Debatt Sarlöv Catharina & Barklund, Christina, et.al; Onödiga läkarbesök gör att verkligt sjuka åsidosätts - fel fördelning snarare än brist, tycker läkare (2012-02-10)
- Dagens Nyheter Tornmalm, Kristoffer; Fler ambulanser skickas ut efter 23-årige Emils död (2014-04-05)
- Gelang, Carita; Ambulans och prehospital Akutsjukvård Sahgrenska Universitetsjukhuset (2014) Föreläsningsunderlag, Västra Götalandsregionen
- HSF, Hälso och SjukvårdsFörvaltningen; Samverkan mellan Jurläkarbilarna och Ambulanssjukvården (2014) Stockholm
- Hälso och Sjukvårdslagen (1992:567)
- Key,CB., Pepe,P.E., Persse,D.E., & Calderon,D (2003) Can First responders Be Sent to Selected 9-1-1 Emergency Medical Calls without an Ambulance? *Academy of Emergency Medicine* 10(4):339-346
- Nyhetstorget; Ambulanspersonal vill upplysa allmänheten (2014-04-10)
- Palazzo,F.F, Warner, O.J., Harron, M. & Sadana, A. (1998) Misuse of the London ambulance

service: how much and why? Journal of Accident Emergency Medicine, 15:368-370

Riksrevisionen (2013) Statens insatser inom Ambulansverksamheten. Riksrevisionens rapport 2012/13:113

Stockholms läns landsting, Carlborg, Andreas; mail: (PAM) Psykiatrisk akut mobilenhet (2014-04-24) Stockholm

Stockholms läns landsting, Goude, Marie-Louise; mail: Statistik ambulanssjukvården Stockholm (2014-04-15)

TT, Tidningarnas Telegrambyrå; Längre väntan på ambulans (2013-08-13) Svenska Dagbladet