

signalen

2011 MAGASINET "FÖR ETT TRYGGARE SAMHÄLLE" FRÅN SOS ALARM



Ökad sjukvårdskompetens i
NYA AMBULANSAVTAL

**ABB UTVECKLING AV
AMBULANSSJUKVÅRD**

*ju med Poul Kongstad
ande i FLISA*

SOS Alarm larmar nu
**SAMTLIGA
RÄDDNINGSTJÄNSTER**

Poul Kongstad

AMBULANSSJUKVÅRD I MEDBORGARENS TJÄNST

Poul Kongstad är klinikchef för Region Skånes Prehospitala Centrum (RSPC), som är en del av Skånes universitetssjukhus och som har det regionala ledningsansvaret för ambulanssjukvården i Skåne. Dessutom är han sedan 2006 ordförande i Föreningen för ledningsansvariga i svensk ambulanssjukvård (FLISA).



POUL KONGSTAD är 56 år och specialist i anestesi och neurokirurgi. Efter sin läkarexamen 1984 har han arbetat på Skånes universitetssjukhus, men även på mindre sjukhus i Skåne, på ett antal sjukstugor i norra Sverige och i norra Norge samt som jeepläkare i Kenya.

– Som neurokirurg kunde jag se att utgången för en skallskadad patient egentligen till stor del

berodde på vilka vårdinsatser som hade gjorts i början av vårdkedjan. Om patienten då inte hade fått optimal behandling och t ex drabbats av allvarlig syrebrist förutom sin skallskada så kvittade det egentligen hur duktig man var som kirurg. Därför intresserade jag mig tidigt för ett vårdkedjetänkande. På den tiden hade vi läkarbilar som kunde bistå ambulanssteamet, vilket gjorde att vi läkare kunde delta operativt i

verksamheten. Under 13 års tid arbetade jag 30-40 procent prehospitalt och blev rejält biten av detta arbete.

När Poul Kongstad fick en överordnad funktion inom ambulanssjukvården blev han medlem i **FLISA** och senare också föreningsordförande. Han beskriver det som en spännande resa tillsammans med landstingen.

– FLISA är ett samarbetsorgan som vill främja svensk

ambulanssjukvård. För att bli medlem i föreningen ska man ha en ledningsfunktion inom svensk ambulanssjukvård inom drift, utbildning eller medicin. Det som är speciellt med FLISA är att den inte bara ägnar sig åt ambulanssjukvård i sig utan ock alltid anlägger någon form av ledningsperspektiv. Denna tydl ledningsinriktning har troligen varit ett framgångskoncept.

1984 NÄR FLISA bildades upplevde man att det fanns ett gap mellan den medicinska professionen och de verksamhetsföreträdare som hade hand om resurser och pengarna. FLISA bildades därför som en mötesplats för "pengar" och "medicin". Hälften av medlemmarna har en medicinsk funktion – ofta överläkare eller ambulansöverläkare – medan hälften har funktioner som verksamhetsutvecklare eller utbildningsansvariga.

Har ni lyckats sluta gapet mellan professionen och pengarna?

– Jag tycker att kopplingen mellan pengar och medicin rent generellt är mycket mer på tapeten idag än den var på 1980-talet, säger

Poul Kongstad. På den tiden var det kontroversiellt att prata pengar och sjukvård samtidigt. Landstingen hade mer pengar och det fanns inte så många gamla människor att ta hand om och inte heller så stora ambitioner eller möjligheter att sätta in olika vårdinsatser. Läkarna var oftast inte särskilt kostnadsmedvetna eftersom det ofta fanns pengar så att det räckte.

- VID MITT FÖRSTA vikariat 1982 fick jag en utskällning för att jag lade in patienter som var över 70 år på sjukhusets intensivvårdsavdelning. Chefen hade nämligen bestämt att inga patienter över 70 år skulle vara där för då var man för gammal för att ha nytta av intensivvård. Det är intressant för idag 30 år senare är nästan 90 procent av alla patienter på en IVA-avdelning över 70 år. Det har alltså skett ett oerhört intressant skifte inom svensk sjukvård. Det har också bidragit till att kostnadsmedvetenheten har blivit så mycket större.

Hur har ambulanssjukvården utvecklats sedan 1980-talet?

– I början av 1980-talet arbetade jag själv ute på fältet och vi tyckte att det var spännande när vi kunde börja utföra mer sjukvårdsåtgärder. När de första halvautomatiska defibrillatorerna kom i ambulanserna så var det oerhört stort. Sedan kom astmabehandling på mask och även möjligheten att sätta dropp. Idag har vi flera hundra olika behandlingsmöjligheter när det gäller kombinationer av läkemedel och olika medicintekniska åtgärder. Att sända teled medicinska data och monitorera patienten fullt ut är idag en självklarhet. Så det har varit en stark teknik- och kompetensutveckling inom ambulanssjukvården i Sverige. Det är en väldig skillnad!

– På den tiden var ambulansutbildningen oftast på sju eller tjugo veckor. Idag har de flesta ►►



Under 13 års tid arbetade ambulanssjukvården 30-40 procent prehospitalt och blev rejält biten av ambulanssjukvård, säger Poul Kongstad.

►► landsting krav på specialistutbildade ambulanssjuksköterskor, vilket innebär fyra års universitetsutbildning. Så på mycket kort tid har kompetensen ökat kraftigt, vilket har skapat nya möjligheter men också en hel del problem.

– **OM MAN SER** det prehospitla området som ett segment så delar ambulanssjukvården det med Sjukvårdsrådgivningen (1177), SOS-centraler, primärvård, kommunal hemsjukvård och eventuella hembesöksbilar, d v s olika aktörer som kan hjälpa medborgare utanför sjukhus, framhåller Poul Kongstad. Men det som brukar finnas kvar sent på natten är ofta ambulanssjukvården, som alltså har ett mycket stort uppdrag. Alla åldrar, alla diagnoser, dygnet runt och särskilt när ingen annan kan hjälpa till.

Hur kommer ambulanssjukvården att utvecklas framöver?

– Ambulanssjukvården ligger ofta mitt i alla förändringar. I Skåne har mindre sjukhus släckts ner medan man har kvar dygnet runt öppet i de större sjukhusen. Den typen av strukturrationalisering har genomförts i de flesta landsting sedan början av 2000-talet och har gjort att ambulanssjukvården har "fått bollen". Det är vi som ska ta patienten till närmaste öppna sjukvårdsinrättning och det kräver mer kompetens när det gäller diagnostik samt mer vård under längre transporter.

– Det ställs allt större krav på att vi ska bestämma rätt vårdnivå åt patienten. Tidigare körde vi till närmaste sjukhus och så fick de ta hand om patienten enligt dåtidens krav. Men nu är kanske det lilla



Idag har de flesta landsting krav på specialistutbildade ambulanssjuksköterskor, vilket innebär fyra års universitetsutbildning.

sjukhuset stängt och nästa sjukhus är kanske inte profilerat på den sjukdom som patienten lider av utan det kanske är det tredje ofta större sjukhuset som blir rätt för patienten.

– Vilka vårdlösningar man än hittar på för de sjukaste patienterna, som inte kan gå eller stå själva, måste ambulanssjukvården vara med. Det är vi som ska föra dem antingen direkt till rätt vårdnivå eller flytta dem mellan olika vårdnivåer. Detta uppdrag kommer troligen bara att öka i framtiden.

– VI SOM JOBBAR med detta dagligen känner väl denna problematik, men sjukhuskolleger, politiker, regionledningar eller medborgare vet inte alltid så mycket om det prehospitala området. Därför händer det inte alltför sällan att ambulanssjukvården kommer in som jätten efter degen när man redan har tagit beslut om strukturförändringar inom sjukvården. Men vi inom ambulanssjukvården vill gärna vara med tidigare i beslutsfattandet. Här har vi som jobbar i ledningsfunktioner ett stort uppdrag att se till så att ambulanssjukvården både syns och hörs i de fora där man tar beslut.

– I ett samhälle med många äldre ökar vårdbehovet – man är oftare sjuk om man är 80 år än om man är 30 år och oftare på ett sådant sätt att man behöver hjälp. Då duger det inte att bara ensidigt köra in ambulanserna till sjukhus utan man måste se till så att patienterna även kan få sin vård i hemmet. Därför ökar kraven på att lämna de patienter som vi får via SOS-operatören hemma. Ambulanssjukvården ska hjälpa till och bedöma när patienter kan stanna hemma, bör söka sin primärvårdsläkare eller behöver komma till sjukhus. På det sättet är vi ett viktigt smörjmedel mellan olika sjukvårdsaktörer.

Finns det förståelse för detta inom den övriga sjukvården?

– Ja, när vi berättar om det, men det finns ett par saker som motverkar våra syften.

Poul Kongstad nämner tre punkter:

1. Ordet ambulans, som för de allra flesta för tankarna till livsavgörande beslut, dramatik, död och hjältemod. Den uppfattningen hindrar oss ofta mycket för den sätter oss i ett fack där man inte tror eller vill tro att vi ska hjälpa till med den vanligaste patienten – en människa över 80 år, kanske kroniskt sjuk men med en akut försämring.

2. När vi inte är tillräckligt professionella i vårt bemötande. Vi drar på oss avvikelser, vi är tuffa, inte tillräckligt artiga eller ödmjuka. När det visar sig att patienten hade rätt och vi hade fel så slås det ofta upp stort i tidningarna och det motverkar oss mycket. Med mitt synsätt är det onödigt att dra på sig sådan kritik.

3. Vår egen självbild. Många inom ambulanssjukvården, inklusive mig själv, kommer från narkos- eller akutsjukvården, men vår identitet bör främst ligga hos primärvårdspatienten. Vi måste naturligtvis behärska det akuta, men det utgör en mindre del av vår verksamhet. Därför har vi mycket att jobba med när det gäller vår identitet, för när vi släpar på en felaktig identitet och tycker att vi mest sysslar, eller borde syssla, med trauma och hjältemodiga insatser så hamnar vi ofta fel, med frustration som följd. Där har vi troligen en lång kulturvandring framför oss.

Hur tycker du att samarbetet med SOS Alarm fungerar?

– SOS Alarm är en entreprenör till oss – liksom Sirius-Humanum, Falck Ambulans och alla 33 räddningstjänsterna i Skåne – och som sådan är de överlag mycket bra att ha att göra med. Men sen



– Många inom ambulanssjukvården, inklusive mig själv, kommer från narkos- eller akutsjukvården, men vår identitet bör främst ligga hos primärvårdspatienten, säger Poul Kongstad.

ins det en hel del kritik ute i rksamheten mot SOS Alarm r det gäller prioriteringen. Att an "släpper igenom" patienter m inte borde bli aktuella för ambulanssjukvården. Den typen kritik brukar jag alltid bemöta ed att det är väldigt få människor i Sverige som ringar 112 för ojs skull utan ofta finns det en varlig anledning att man ringar. rsakerna till kontakt med en SOS-central kan skifta – egentli- n kan allt bli ambulanssjukvård. et är bara en fråga om otillräck- a övriga samhällsresurser och n tid på dygnet. Så vi ska inte i upprörda över det. Visst kan an tycka att den ena eller andra tienten aldrig borde ha hamnat n ambulans, men jag tror att de ra flesta som har suttit med vid eratorsbordet har stor förståelse r hur svårt det är att per telefon r bedömningar.

SEDAN TROR JAG att vi höver öka feedbacken till SOS- eratorerna, där finns det säkert ycket att göra, så att de kan a sin skärpa i differentieringen r det gäller vilka patienter m ska åka ambulans, säger Poul ngstad. Men vi måste också se att det är en del av vårt jobb : ta hand om patienter som är oliga, även om de inte alltid är varligt sjuka. Sådana patienter a vi helst lämna hemma, men ed bra råd så att de klarar sig lva. Men vi måste alla förstå att SOS-operatörerna alltid måste ha : visst mått av "övertriage", d v s

ge för hög prioritet, eller tillämpa försiktighetsprincipen i många fall. Det måste man göra av flera skäl eftersom 112-numret och ambulans ofta är sista anhalten i sjukvårdssystemet. Om man inte får en ambulans så finns det ingen ytterligare instans att vända sig till. – I Skåne har vi flera avvikelser på att SOS Alarm eller ambulans- teamen inte har erbjudit ambu- lanstransport. När det senare visar sig att patienten varit allvarligt sjuk blir patienten och anhöriga mycket upprörda och känner sig kränkta. För om man t ex blir nekad på en primärvårdscentral så har man alltid möjligheten att åka till sjukhuset och om man inte kan göra det så kan man ringa på ambulans. Men sedan har man inga fler valmög- ligheter. Därför är det så viktigt med en bred säkerhets- marginal. Så jag har förståelse för att SOS Alarm måste prioritera patienter ganska brett, så att man inte missar dem som är allvarligt sjuka.

– Samtidigt finns det alltid mycket man kan göra när det gäller intervjueteknik. En återkom- mande kritik från ambulans- teamen är att SOS Alarm inte för intervjuerna ända på djupet, där ett par frågor till kanske hade kunnat ge svar på de frågor som ambulanssteamet ställer. Man måste också komma ihåg att de be- slutstöd som används är just stöd och inte kokböcker som ska följas

slaviskt. I grunden bör man lita på sin egen bedömningsförmåga men naturligtvis checka av mot sitt be- slutsstöd. Vi har samma problem på sjukhusen där man går för strikt efter olika "manualer" så att vissa patienter riskerar att falla vid sidan om. Man måste lyssna – vad vill den här människan och varför ringar hon 112 just nu? Det kan låta banalt, men vad är det som får en i övrigt kärnfrisk 40-årig egenföretagare som inte varit sjuk- skriven de senaste 15 åren att mitt i natten ringa SOS Alarm? Om man endast frågar utifrån ett be- slutsstöd så kan man hamna snett, men om man verkligen lyssnar till vad patienten säger eller inte säger, så tror jag att man oftast kommer rätt.

– Hos SOS Alarm, sjukhusen, ambulanssjukvår- den och akut- mottagningarna riskerar det ofta att ske en glidning, så att besluts- stöd som man tar fram med tiden börjar användas som en strikt kokbok och inte bara som besluts- stöd. Därför är feedback på alla nivåer oerhört viktig eftersom det motverkar och korregerar kliniska glidningar i bedömningar och beslut.

Skulle du önska att ni hade er egen larmcentral?

– Jag har många gånger fascinerats av tanken på att ha en direktkom- munikation med SOS-centralen i Malmö i form av en videolänk

som ständigt är öppen och där vi i ambulansledningen kan se in i SOS-centralen och vice versa, säger Poul Kongstad. Kanske att man kunde prata med varandra dagligen och stundligen. Kanske kunde man ha en morgonrapport via videolänk. Jag skulle sätta stort värde på den typen av kommuni- kation i vardagen. Men att ha en larmcentral i egen regi är jag tvek- sam till, för det finns fördelar med att SOS Alarm fokuserar på att ha bra SOS-centraler med erfarna SOS-operatörer och ambulans- dirigerter.

– SOS Alarm har ett stort nätverk som gör att man blir specialist på utalarmering och ambulansdirige- ring genom att dra nytta av sin verksamhet över hela landet och jag är osäker på om vi skulle göra det bättre i egen regi. Sedan är frå- gan om det bara ska finnas SOS Alarm AB i Sverige på området? Om landstingen upphandlar tjänsten så måste de se till att det finns en marknad. Om det endast finns en anbudsgivare så är det fel någonstans. Därför tror jag att SOS Alarm på sikt tjänar på konkurrens, även om det inte är roligt i början. Det är lika viktigt med konkurrens på detta område som på något annat. ■

TEXT OCH FOTO: Kjell Åkerlund