

# SERVICENIVÅN FÖR DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

**Anvisning för sjukvårdsdistrikten för  
uppgörande av beslut om servicenivån  
för den prehospitala akutsjukvården**



Servicenivån för den prehospitla akutsjukvården  
Anvisning för sjukvårdsdistrikten för uppgörande av beslut om  
servicenivån för den prehospitla akutsjukvården

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2011:17

ISBN 978-952-00-3313-2 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN: 978-952-00-3313-2

<http://um.fi/URN:ISBN: 978-952-00-3313-2>

[www.stm.fi/Publikationer](http://www.stm.fi/Publikationer)

Utgivare: Social- och hälsovårdsministeriet

Layout: Juvenes Print, Tammerfors 2011

# SAMMANDRAG

## SERVICENIVÅN FÖR DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

Anvisning för sjukvårdsdistrikten för uppgörande av beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården

■ Hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft i maj 2011 överför ansvaret för den sjuktransport som kommunerna för närvarande ordnar till sjukvårdsdistrikten före år 2013. Verksamhetshelheten kallas i fortsättningen för prehospital akutsjukvård, och den blir en fast del av hälso- och sjukvårdens jourtjänster. Samtidigt slopas begreppet sjuktransport. I fortsättningen är prehospital akutsjukvård en funktionell del av hälso- och sjukvården, som huvudsakligen ansvarar för bedömningen av brådskande vårdbehov för och transport av patienter utanför vårdinrättningarna.

I hälso- och sjukvårdslagen och social- och hälsovårdsministeriets förordning som utfärdats med stöd av denna föreskrivs att sjukvårdsdistriktet bekräftar beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I förordningen fastställs bl.a. hur den prehospitala akutsjukvården ordnas, beslutas om insatstiderna inom vilka den prehospitala akutsjukvården ska nå patienterna i sjukvårdsdistriktets olika delar enligt en separat beskriven indelning i riskområden samt beskrivs närmare om innehållet i servicen.

Denna anvisning baserar sig på det utkast till anvisning som beretts av sektionen för medicinsk räddningsverksamhet som lytt under delegationen för hälso- och sjukvården under undantagsförhållanden vid social- och hälsovårdsministeriet. Förslagen till korrigerig och komplettering i utlåtandena över anvisningsutkastet beaktades vid färdigställandet av anvisningen.

Anvisningen fördjupar motiveringen i författningsgrunden samt ger närmare anvisningar om uppgörande av beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och dess innehåll. Den har uppgjorts för beredning av beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och till hjälp för deltagarna vid beslutsfattandet.

Nyckelord:

prehospital akutsjukvård, offentliga tjänster, beslut, hälso- och sjukvård

# TIIVISTELMÄ

## ENSIHOIDON PALVELUTASO

Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille

■ Toukokuussa 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki siirtää kuntien järjestämisvastuulla olevan sairaankuljetuksen sairaanhoitopiirien tehtäväksi vuoteen 2013 mennessä. Toimintakokonaisuutta kutsutaan jatkossa ensihoitopalveluksi, ja siitä tulee kiinteä osa terveydenhuollon päivystyspalveluja. Samalla luovutaan käsitteestä sairaankuljetus. Jatkossa ensihoitopalvelu on terveydenhuollon toiminnallinen osa, joka vastaa pääasiassa hoitolaitosten ulkopuolella olevien potilaiden kiireellisestä hoidon tarpeen arvioinnista ja kuljetuksesta.

Terveydenhuoltolaissa ja sen nojalla annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta säädetään, että sairaanhoitopiiri vahvistaa ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen. Siinä muun muassa määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, päätetään tavoiteajoista, joiden sisällä ensihoitopalvelun tulisi tavoittaa potilaat sairaanhoitopiirin eri osissa erikseen kuvatus riskialuejaottelun mukaisesti sekä kuvataan tarkemmin palvelun sisältöä.

Tämä ohje perustuu sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusolojen terveydenhuollon neuvottelukunnan alaisuudessa toimineen lääkinnällisen pelastustoiminnan jaoston valmistelemaan ohjeluonnokseen. Ohjeluonnoksesta saatujen lausuntojen korjaus- ja täydennysehdotuksia otettiin huomioon ohjeen viimeistelyssä.

Ohje syventää säädöspohjan perusteluja sekä antaa palvelutasopäätöksen laatimisesta ja sen sisällöstä tarkempia ohjeita. Se on laadittu palvelutasopäätöksen valmisteluun ja päätöksentekoon osallistuvien avuksi.

Asiasanat:

ensihoido, julkiset palvelut, päätökset, terveydenhuolto

# SUMMARY

## SERVICE LEVEL IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE

Instructions for the hospital districts for preparing decisions on service level in prehospital emergency care

■ The new Health Care Act that entered into force in May 2011 transfers the duty of organising emergency medical services (EMS), which the local authorities are at present responsible for, to the hospital districts by the year 2013. In the future this operation is called prehospital emergency care, and it will be an integral part of the emergency services in health care. At the same time the concept ambulance transport will be abandoned. In the future, EMS is a functional part of health care, and it is chiefly responsible for the assessment of the urgent care needs and transport of patients outside health care institutions.

The Health Care Act and the Decree of the Ministry of Social Affairs and Health on Prehospital Emergency Care enacted in virtue of it lay down that the hospital district shall confirm the service level decision for prehospital emergency care. It e.g. specifies the manner of organising the EMS and the times within which the EMS should reach the patients in different parts of the hospital district in accordance with a predefined division in risk regions and describes in more detail the content of the service.

These instructions are based on the draft instructions prepared by the subcommittee on medical emergency operations of the Advisory Board for Health and Welfare in Emergency Conditions under the Ministry of Social Affairs and Health. Proposals for correcting and supplementing the instructions given in the opinions received on the draft instructions were taken into consideration in the finalisation of the instructions.

The instructions go deeper into the grounds for the legislation and specify how to prepare the decision on service level and its content. They have been drawn up to support those involved in the preparation of the service level decisions and decision-making.

Key words:

decisions, health care, prehospital emergency care, public services

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Lagstiftning som gäller den prehospitala akutsjukvården och beslut om servicenivån .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Mål för beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården .....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll .....</b>	<b>11</b>
	4.1 Tillgång till service .....	12
	4.2 Att förutse servicebehovet .....	12
	4.3 Att ordna tjänster som omfattar första insatsen .....	15
	4.4 Läkarjour för prehospital akutsjukvård .....	16
	4.5 Ledningen av den prehospitala akutsjukvården .....	16
<b>5</b>	<b>Att organisera den prehospitala akutsjukvården .....</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>Personalutbildning inom den prehospitala akutsjukvården .....</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>Samarbetet med nödcentralen .....</b>	<b>21</b>
<b>8</b>	<b>Handräckning och samarbete med andra myndigheter .....</b>	<b>23</b>
<b>9</b>	<b>Rapportering .....</b>	<b>25</b>
	<b>BILAGOR .....</b>	<b>26</b>
	<b>LITTERATUR .....</b>	<b>31</b>
	<b>LAGSTIFTNING .....</b>	<b>34</b>

# I INLEDNING

Enligt 2 § i folkhälsolagen (66/1972) och 5 § i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) ankommer den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården på social- och hälsovårdsministeriet.

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) förpliktar samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt som ansvarar för den specialiserade sjukvården att fatta beslut om servicenivån för den prehospitala sjukvården i distriktet. Närmare bestämmelser om uppgörandet av beslut om servicenivån ges i social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård (340/2011) som utfärdats med stöd av hälso- och sjukvårdslagen. Beslutet om servicenivån fastställs av sjukvårdsdistriktet. Efterlevnaden av beslutet om servicenivån ska regelbundet följas upp, till exempel halvårsvis, i samband med uppföljningen av den övriga verksamheten och ekonomin och vid behov ska beslutet om servicenivån uppdateras.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska i beslutet om servicenivån fastställas organiseringen av den prehospitala akutsjukvården, ledningssystemet, serviceinnehållet, personalens utbildningskrav och behörighetsvillkor, målen för insatstider samt andra faktorer som påverkar den prehospitala akutsjukvårdens organisation. Sjukvårdsdistriktet ska se till att invånarna i området har tillgång till prehospital akutsjukvård på lika villkor.

Sektionen för medicinsk räddningsverksamhet som fungerat under den av statsrådet tillsatta delegationen för hälso- och sjukvården under undantagsförhållanden har utarbetat en anvisning till stöd för beslutsfattandet som gäller servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. Syftet med anvisningen är att ge sjukvårdsdistriktet praktisk handledning i hur beslut om servicenivån uppgörs.

## 2 LAGSTIFTNING SOM GÄLLER DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN OCH BESLUT OM SERVICENIVÅN

Enligt grundlagen ska offentliga hälso- och sjukvårdstjänster tillhandahållas för befolkningen enligt jämlikhetsprincipen. Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) har patienten inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till god hälso- och sjukvård och gott bemötande.

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) föreskriver att yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i sin yrkesutövning ska tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning, som de hela tiden ska försöka komplettera. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska opartiskt beakta den nytta och de eventuella olägenheter som yrkesutövningen medför för patienten. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska alltid hjälpa den som är i brådskande behov av vård.

Förpliktelsen att planera hälso- och sjukvårdstjänsterna på ett sådant sätt att de bildar en funktionell helhet har ingått redan i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Syftet med den nya hälso- och sjukvårdslagen är att öka klientorienteringen och samarbetet mellan hälso- och sjukvårdens aktörer, kommunens olika förvaltningar och andra medverkande. Lagreformen syftar också till att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper och främja en jämlik tillgång till tjänster samt god vårdkvalitet och patientsäkerhet. Tjänsterna inom hälso- och sjukvården ska ifråga om sitt innehåll och sin omfattning ordnas enligt vad som krävs för kommuninvånarnas eller invånarnas i samkommunen välbefinnande, patientsäkerhet, sociala trygghet och hälsotillstånd och för det medicinskt, odontologiskt och hälsovetenskapligt bedömda behov som kan motiveras utifrån observation av faktorer som påverkar dessa hälsoaspekter.

En kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att servicen för de invånare som den ansvarar för ordnas och är tillgänglig på lika villkor inom hela området. Därtill ska hälso- och sjukvårdstjänsterna i området ordnas tillräckligt nära invånarna om det inte är motiverat att koncentrera servicen geografiskt för att säkerställa kvaliteten på tjänsterna.

Närmare bestämmelser om innehållet i och uppgifterna för den prehospitala akutsjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen ges i social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård. Bestämmelserna i förordningen gäller i tillämpliga delar också patientförflyttningar mellan vårdinrättningar när det för att trygga den vård och övervakning som patientens tillstånd kräver är ändamålsenligt att för transport av patienten använda en sådan akutvårdsenhet som avses i nämnda förordning.



Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kommunerna inom samma sjukvårdsdistrikt göra upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska ingå avtal om ordnande av specialiserad sjukvård. I dessa dokument avtalas bland annat om samarbete i ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Föreskrifterna kompletteras av statsrådets förordning om planer för ordnande av hälso- och sjukvård och om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård (337/2011). I planen för ordnande av hälso- och sjukvård ska det överenskommas hur den brådskande sjukvården ska ordnas inom sjukvårdsdistriktet. Vid beslut om jourenheter ska hänsyn tas till den prehospitla akutsjukvården i området. I avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård ska det överenskommas om hur centralen för prehospital akutsjukvård fungerar inom specialupptagningsområdet. Sjukvårdsdistriktet ska också tillsammans med kommunerna och hälsovårdscentralerna i området följa upp och övervaka att enhetliga principer för vården tillämpas.

Vid ordnandet av prehospital akutsjukvård förutsätter en jämlik och rättvis tillgång till tjänsterna en snabb och rättidig bedömning av vårdbehovet och en resursfördelning som motsvarar befolkningens behov. I ett flertal modeller för placeringen av den prehospitla akutvårdens resurser är målet att förkorta den genomsnittliga insatstiden. Trots att majoriteten av befolkningen kan nå snabbare än förut är det möjligt att hjälpen dröjer i glesbygder. En ökad effektivitet bidrar alltså inte nödvändigtvis till att tjänster kan tillhandahållas för alla på lika villkor.

### 3 MÅL FÖR BESLUTET OM SERVICENIVÅN FÖR DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

Utgångspunkten för planeringen av den prehospitala akutsjukvården ska vara tjänster av samma nivå för områden med samma risker och servicebehov.

Det bör dock accepteras att någon maximal bindande insatstid inte kan fastställas för alla tänkbara förhållanden till exempel i skärgården, i sjöområden eller i avlägsna, svårtillgängliga trakter. Även vid oförutsedda situationer där många patienter samtidigt är i behov av akutvård, vid stora olyckor eller andra avvikande lägen är det oundvikligt att insatstiderna blir längre.

Med hjälp av beslutet om servicenivån:

- tryggas service av samma nivå för områden med likadana behov
- produceras så effektiva prehospitala akutvårdstjänster som möjligt med de resurser som finns till förfogande
- nås majoriteten av områdets patienter som behöver prehospital akutsjukvård i sin sedvanliga levnadsmiljö (hem, arbetsplats, el.dyl.) inom en regionalt fastställd maximitid.

Ett beslut om servicenivån som fattats enligt dessa principer är avsedd att trygga en jämlik tillgång till service.

## 4 DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDENS INNEHÅLL

Den prehospitala akutsjukvården som definieras i hälso- och sjukvårdslagen innefattar begreppen sjuktransport, akutvård och medicinsk räddningsverksamhet som tidigare använts i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och förordningen om sjuktransport. Regionalt täcker den prehospitala akutsjukvården ordnandet av servicen på landområden, insjöar och i skärgården inom Fastlandsfinland samt på fartyg som är förtöjda i en hamn. Bestämmelserna som gäller nående av patienter och transporter av dem från fartyg som befinner sig till sjöss ingår i sjöräddningslagen (1145/2001), och separata avtal ingås mellan sjukvårdsdistriktet och sjöräddningsmyndigheterna om hur den prehospitala akutsjukvården kopplas in i dessa situationer.

Den prehospitala akutsjukvården är en helhet som svarar för att patientens situation bedöms i brådskande ordning och för att akutsjukvård vid behov ges, primärt utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, och att patienten vid behov transporteras till den mest ändamålsenliga vårdenheten. Vid en koncentrerad av jourfunktionerna betonas betydelsen av korrekt hänvisning till vård, vilket minskar antalet onödiga patientöverföringar och medför att det mera sällan råder brist på tillgängliga ambulanser inom ett område.

Ikke brådskande patientförflyttningar som planerats på förhand ingår inte i organiseringsansvaret för den prehospitala akutsjukvården. Sjukvårdsdistriktet kan emellertid i beslutet om servicenivån besluta att en del av dessa transporter till exempel till följd av ett lågt antal uppdrag kan skötas även med de enheter som den prehospitala akutsjukvården har till sitt förfogande. I avtalen som uppgörs mellan sjukvårdsdistriktet och de tjänsteleverantörer som sköter transporterna ska det överenskommas om vilka principer som gäller för tillkallande och användning av enheter vid prehospitala akutsjukvårdstjänster och andra uppdrag.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen svarar centralen för prehospital akutsjukvård inom specialansvarsområdet för koordineringen av transporter från en vårdplats till en annan. Målet är att utnyttja hela transportkapaciteten och uppnå effektiv logistik. När centralerna för prehospital akutsjukvård börjar koordinera överflyttningarna av patienter kommer nödcentralerna inte längre att förmedla icke-brådskande transporter av patienter mellan olika vårdplatser.

Den prehospitala akutsjukvården ska planeras så att den möjliggör ett smidigt samarbete mellan nödcentralen, räddningsväsendet, polisen samt andra myndigheter och aktörer, till exempel tredje sektorn. Ett större befolkningsunderlag och ett större geografiskt område än tidigare möjliggör en styrning och en helhetsbetonad planering av verksamheten på det ändamålsenligaste sättet.

## 4.1 TILLGÅNG TILL SERVICE

### Medicinska grunder för tidsfristerna

Lagstiftningen upptar inte några författningar eller andra bindande bestämmelser om hur snabbt en nödställd patient ska nås. Det finns också endast få tidsgränser som baserar sig på medicinsk forskning. Den kritiska patientgruppen är livlösa patienter med praktiskt taget obefintlig chans att överleva om insatstiden överstiger 10 minuter och återupplivning inte inletts av en lekman på platsen. När man beaktar den tid som går till att ta emot nödsamtalet och tiden innan räddningsenheten startar innebär det att enheten för prehospita akutsjukvård måste kunna nå patienten inom cirka åtta minuter. Hinder i luftvägarna, riklig blödning eller motsvarande, direkt livshotande situation kan i fråga om angelägenhetsgrad jämföras med hjärtstillestånd.

Även vid behandling av hotande hjärt- eller hjärninfarkt har tydliga tidsgränser ansetts som ska beaktas vid fastställandet av insatstiderna. Tidsgränsen på 15 minuter baserar sig på utredningar om hur vissa fördröjningar i påbörjandet av behandlingar har påverkat vårdresultaten. Till exempel en 15 minuters extra fördröjning i administrering av propplösande medicinering (trombolys) vid hjärt- eller hjärninfarkt har en signifikant inverkan på slutresultatet. Liknande bevis föreligger även om ballongvidgning vid hjärtinfarkt.

På basis av det ovan nämnda är den allmänna principen att en nödställd patient bör kunna nås inom 10 minuter räknat från början av nödsamtalet. Detta förutsätter att nödcentralen gör en snabb riskbedömning i rätt riktning utgående från de uppgifter som fås av den som gör nödanmälan. Genomtänkta larminstruktioner garanterar att en ändamålsenlig enhet/enheter snabbt skickas ut till olycksplatsen.

Inhemska och utländska exempel tyder på att enheterna i ett välfungerande system för prehospita akutsjukvård i regel står i omedelbar beredskap att rycka ut. Placeringen av enheterna följs upp och deras stationsplats ändras i realtid beroende på rådande situation. En välfungerande nödcentral och rätt utförd riskbedömning i kombination med ett adekvat fältledningssystem innebär att resurserna inriktas på rätt sätt och minskar riskerna i verksamheten, såsom onödiga ambulansutryckningar. Dessutom kan man med åtgärder i den första insatsen i någon mån förkorta insatstiden för de mest kritiska patienterna och påskynda inledandet av behandlingen av en nödställd patient.

## 4.2 ATT FÖRUTSE SERVICEBEHOVET

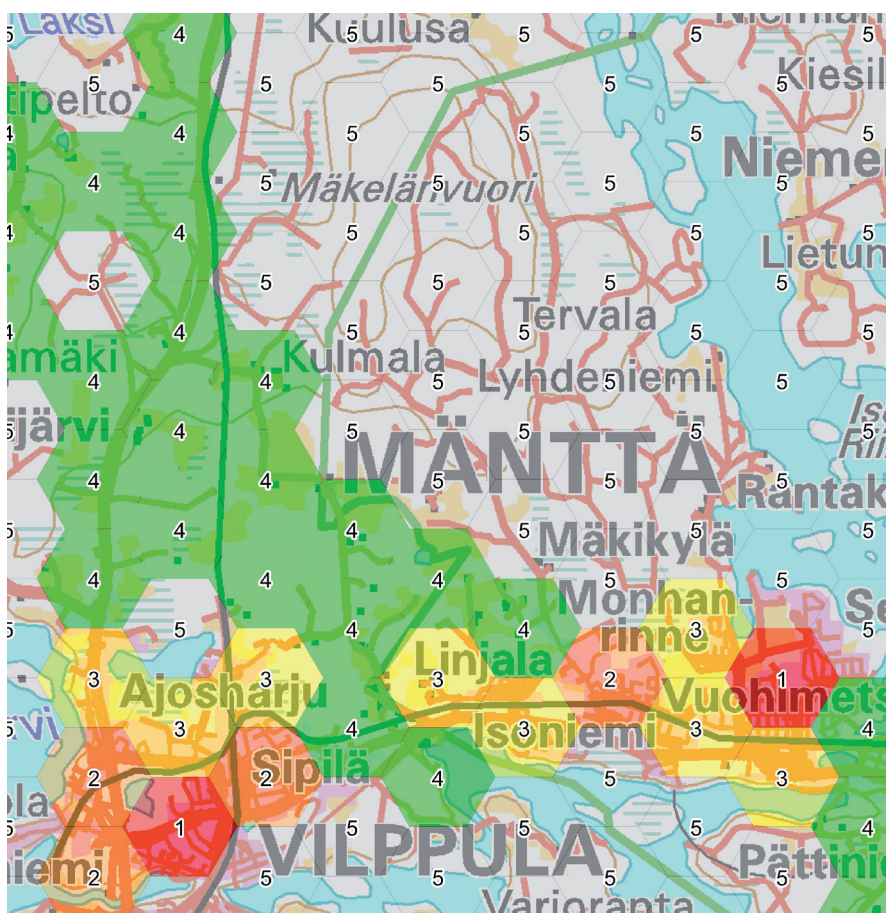
För fastställande av servicenivån delas sjukvårdsdistriktet upp i områden på en kvadratkilometer, och antalet uppdrag av prehospita akutsjukvård beräknas utgående från den befolkning som är permanent bosatt i området, befolkningens åldersstruktur och andra nedan anförda indikatorer. Rutfältet som används i områdesindelningen finns tillgängligt i de vanligaste formaten av geografiska informationssystem.

Variationen i antalet uppdrag förklaras till största delen av antalet fast bosatta och andelen personer över 65 år av befolkningen, också med beak-

tande till exempel av att sysselsättningsläget eller fritidsvistelse tillfälligt kan påverka tjänsterna. Med den angivna metoden säkerställs att den områdesindelning som används i riskklassifikationen är oberoende av rådande kommunindelning eller annan indelning. För varje område räknas en prognos för antalet uppdrag under de närmaste 12 månaderna. Prognosmodellen ska gälla samtliga s.k. grunduppgifter (A–D) inom den prehospitaledv akutsjukvården utom överflyttningar av patienter mellan olika sjukvårdsinrättningar.

På basis av den prognostiska modellen indelas varje område i riskområdesklasser enligt följande grunder:

Riskområdesklass	Definition	Exempel
1	Över 350 uppdrag per år (fler än ett per dygn)	Centrum av en stor stad
2	50–350 uppdrag per år (minst ett per vecka men färre än ett per dygn)	Förstadsområde, småstadscentrum
3	10–50 uppdrag per år (minst ett per månad men färre än ett per vecka)	Tätort på landsbygden
4	< 10 uppdrag per år men det finns permanent bosättning i området eller en stam-/riksväg	Bebodd landsbygd
5	Områden som är obebodda eller ligger utanför vägnätet	Skogs-, havs- eller sjöområde, ö eller holme utan vägförbindelse



Exempelvy av riskområdesklassificeringen på kartan. Baskarta © Lantmäteriverket tillstånd nr 53/LMV/II

Risksområdesklassificeringen ska inte göras enbart utgående från faktiska uppdrag, eftersom resultaten i ett material som till exempel täcker ett kalenderår kan påverkas av slumpvariation särskilt i glesbygder. Däremot kan prognosen enligt modellen vid behov kompletteras med tidigare utfall speciellt när det gäller särskilda objekt. Exempel på sådana särskilda objekt är servicehus, andra vårdplatser inom socialväsendet samt offentliga byggnader, till exempel buss- och järnvägsstationer och motsvarande. Därtill ska riskbedömningen göras med hänsyn till säsongsvariationen om en normal risk påverkas till exempel av sommarboende eller annan turism. Härvid kan besluten om servicenivå vara olika beroende på årstid. Risker som orsakas av trafikolyckor beaktas vid gränsdragningen mellan klass 4 och klass 5 så att en stamväg eller riksväg som löper i rutfältet höjer riskområdesklassen från klass 5 till klass 4.

Obebodda trakter och områden som ligger utanför vägnätet klassificeras i riskområdesklass 5. Antalet uppdrag inom dessa är mycket litet och de fastställda insatstiderna i beslutet om servicenivå ska närmast betraktas som vägledande. Trots det ska sjukvårdsdistriktet ordna prehospita akutsjukvård också i dessa områden.

Samtliga riskområdesklasser kan förekomma inom ett och samma sjukvårdsdistrikt. Målnivån för tjänsterna ska vara samma för samma riskområdesklass inom hela sjukvårdsdistriktet oavsett hur tjänsterna ordnas.

Efter att riskområdesklasserna fastställts anges mål för insatstiderna inom vilka befolkningen i olika riskklasser ska nås inom de olika angelägenhetsklasserna. Larmuppdragen inom prehospita akutsjukvård delas på basis av en riskbedömning vid nödcentralen i fyra angelägenhetsklasser A, B, C och D. Angelägenhetsklassificeringen anges i förordningen om prehospita akutsjukvård.

I beslutet om servicenivån fastställs det för varje riskområdesklass hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med åtminstone en enhet för första insatsen i angelägenhetsklass A och B inom 8 och hur stor del av befolkningen inom 15 minuter från larmet. Därtill fastställs det för uppdrag i klass C för varje riskområdesklass hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med en enhet inom den prehospitala akutsjukvården inom 30 minuter och för uppdrag i klass D hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med en enhet inom den prehospitala akutsjukvården inom 2 timmar från larmet. Därtill ska beslut fattas om hur stor del av befolkningen man strävar efter att nå med en enhet på vårdnivå inom 30 minuter från larmet i uppdrag som tillhör angelägenhetsklass A och B (tabell 1) ifall patientens behandling förutsätter detta. I samtliga uppdrag är det inte nödvändigt att använda en enhet på vårdnivå och därför samlas uppgifter in endast om uppdrag där en enhet på vårdnivå anses ha varit nödvändig.

Vid uppföljningen av beslutet om servicenivå börjar insatstiden löpa när nödcentralen har larmat vederbörande enhet och insatstiden slutar när enheten är framme på den angivna platsen. Status "på plats" ges med Virve-terminal, eftersom statusuppgiften överförs från nödcentralens datasystem och

lagras i social- och hälsoväsendets ST-Pronto-databas där sjukvårdsdistriktet får tillgång till uppgifterna. Därtill ska status "patienten påträffad" följas upp. Nödcentralen uppföljer separat dröjsmål som orsakas av riskbedömning och samtalshantering, vilket ska beaktas till exempel när larmanvisningar uppgörs.

Tabell 1.

Riskområdesklass	A/B			C	D
	Enhet som klarar minst livräddande första insatsen		Enhet på vårdnivå	Ambulans	Ambulans
	8 min	15 min	30 min	30 min	2 h
Klass 1					
Klass 2					
Klass 3					
Klass 4					
Klass 5					

Insatstiderna räknas från det att enheten mottar larmet till dess att den når objektet.

Vid uppföljningen av hur beslutet om servicenivån genomförs kan följande tabell 2 användas.

Tabell 2.

Riskområdesklass	A				B				C		D	
	Enhet för första insatsen basnivå		VÅRDNIVÅ		Enhet för första insatsen basnivå		VÅRDNIVÅ					
	50 %	90 %	50 %	90 %	50 %	90 %	50 %	90 %	50 %	90 %	50 %	90 %
1												
2												
3												
4												
5												

### 4.3 ATT ORDNA TJÄNSTER SOM OMFATTAR FÖRSTA INSATSEN

Sjukvårdsdistriktet kan införliva första insatsen till en del av sin prehospitala akutsjukvård. Med första insatsen avses hjälp till en patient när en enhet för första insatsen når fram snabbare än en ambulans. Tjänster med första insatsen utgör emellertid inte lagstadgad obligatorisk verksamhet utan ordnas och anlitas enligt regionala behov. Förutom en enhet för första insatsen larmas vanligen också en enhet för prehospital akutsjukvård, eftersom en enhet för första insatsen vanligen inte transporterar patienten. Sjukvårdsdistriktet utarbetar anvisningar till Nödcentralverket separat för olika larmuppgifter och angelägenhetsklasser om principerna för larmande av enheter för prehospital akutsjukvård. Anvisningarna ska vara enhetliga och gälla hela sjukvårdsdistriktet.

Ett avtal ska ingås om första insatsen med den organisation som organiserar verksamheten. I avtalet fastställs beredskap, ansvars- och försäkrings-

frågor, utbildningskrav, ersättning för kostnader samt andra nödvändiga faktorer. Sjukvårdsdistriktet kan ingå avtal direkt med den aktör som ordnar första insatsen eller avtala med räddningsväsendet om att räddningsväsendet svarar för avtalen i enlighet med beslutet om servicenivå.

Enheten för första insatsen ska kunna larmas av nödcentralen, och personalen ska ha en sådan utbildning för första insatsen som sjukvårdsdistriktet har fastställt. Enligt förordningen om prehospital akutsjukvård ska det i en enhet för första insatsen finnas minst två personer med behörig utbildning för första insatsen. Utbildningskraven som anges i förordningen är minimikrav, och sjukvårdsdistriktet kan i beslutet om servicenivå och i avtalet med serviceleverantören som tillhandahåller första insatsen fastställa andra utbildningskrav. Av en person med adekvat utbildning för uppgifter inom första insatsen används benämningen akuthjälpare.

Verksamhet som omfattar första insatsen produceras till exempel av räddningsväsendet, Finlands Röda Kors och sjöräddningssällskapen eller andra organisationer, polisen, gränsbevakningsväsendet, försvarsmakten samt hälso- och sjukvårdens egna enheter.

#### 4.4 LÄKARJOUR FÖR PREHOSPITAL AKUTSJUKVÅRD

Centralen för prehospital akutsjukvård som sjukvårdsdistriktet tillsammans har grundat för specialupptagningsområdet, svarar för läkarjouren. Inom varje specialupptagningsområde ska minst en läkare ha akutläkarjour dygnet runt. Sjukvårdsdistriktet inom specialupptagningsområdet avtalar sinsemellan om hur verksamheten ordnas i praktiken och hur kostnaderna fördelas. Läkarna som ansvarar för den prehospitala akutsjukvården inom sjukvårdsdistriktet kan delta i akutläkarjouren.

Den jourhavande akutläkaren inom den prehospitala akutsjukvården har till uppgift att ge patientspecifika vårdanvisningar till personalen inom den prehospitala akutsjukvården i området, fungera som konsult för andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården i frågor som gäller prehospital akutsjukvård samt att hänvisa akutvårdspatienter till ändamålsenliga vårdplatser. Man kan komma överens om att frågor som gäller vårdanvisningar under tjänstetid hänvisas till sjukvårdsdistriktets egen ansvarsläkare inom den prehospitala akutsjukvården och under jourtid till jourhavande akutläkaren.

Varje specialupptagningsområde kan besluta om hur läkar- och räddningshelikopterverksamheten ordnas inom området. Flygverksamheten upprätthålls av ett bolag som grundats av universitetssjukhusen, och sjukvårdsdistriktet inom specialansvarsområdet svarar för de medicinska kostnaderna.

#### 4.5 LEDNINGEN AV DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

Enligt förordningen om prehospital akutsjukvård ska sjukvårdsdistriktet leda den operativa verksamheten inom prehospital akutsjukvård. Den



prehospitala akutsjukvårdens koppling till hälso- och sjukvårdens övriga jourtjänster, förändringarna i sättet att organisera verksamheten och variationen av olika aktörer som eventuellt tillhandahåller prehospital akutsjukvård inom området är alla faktorer som talar för att sjukvårdsdistriktet i alla situationer ska ta ansvaret för ledningen av den prehospitala akutsjukvården. Sjukvårdsdistriktet ska ha en ansvarig läkare för den prehospitala akutsjukvården som ska ha tillräcklig operativ och administrativ kompetens i prehospital akutsjukvård. Den ansvariga läkaren ger vårdanvisningar och anvisningar om hänvisning av patienter inom sitt område och svarar för de myndighetsuppgifter som med stöd av olika författningar har tilldelats den prehospitala akutsjukvården.

En behörig hälsomyndighet ska alltid vara tillgänglig inom sjukvårdsdistriktet. En behörig hälsomyndighet behövs till exempel när beslut ska fattas om handräckning till den prehospitala akutsjukvården. Den behöriga myndigheten kan till exempel vara jourhavande akutläkaren.

Sjukvårdsdistriktet ska, oavsett hur verksamheten ordnas, ha fältchefer i beredskap dygnet runt. Sjukvårdsdistriktet bedömer hur många fältchefer som behövs för att verksamheten ska fungera. Fältcheferna för den prehospitala akutsjukvården verkar i flermyndighets- och flerpatientsuppgifter som situationschefer under den läkare som ansvarar för den prehospitala akutsjukvården och jourhavande läkaren för den prehospitala akutsjukvården. Därtill fungerar fältcheferna som resurser på vårdnivå vid prehospitala akutsjukvårdsuppdrag samt som övervakare av beredskapen för prehospital akutsjukvård tillsammans med nödcentralerna. Fältchefen ska också vid behov bistå nödcentralen i att fastställa angelägenhetsordningen för uppdragen, till exempel när antalet uppdrag överstiger kapaciteten. Sjukvårdsdistriktet bör på förhand komma överens med nödcentralsverket om enhetliga former av samverkan mellan fältcheferna och nödcentralerna så att samarbetet fungerar enligt samma riktlinjer i olika sjukvårdsdistrikt och nödcentralsområden. I beslutet om servicenivån inom sjukvårdsdistriktets prehospitala akutsjukvård fastställs antalet fältchefer inom den prehospitala akutsjukvården samt deras regionala uppgifter.

Den operativa ledningen av den prehospitala akutsjukvården baserar sig på regionala anvisningar från den läkare som inom sjukvårdsdistriktet ansvarar för den prehospitala akutsjukvården samt på jourhavande akutläkarens och fältchefernas verksamhet som vägleder och övervakar att verksamheten följer den fastställda indelningen i servicenivåer. Ledningen som hänför sig till exempel till anställningsvillkor och utförandet av själva arbetet samt arbetsskiftsarrangemang är beroende av hur den prehospitala akutsjukvården är ordnad och utgör således en del av den arbetsledning som tjänsteleverantörerna själva sköter.

## 5 ATT ORGANISERA DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

Sjukvårdsdistriktet kan med stöd av 39 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen välja det ändamålsenligaste sättet att organisera den prehospitala akutsjukvården av de alternativa sätt som nämns i föreskriften. Sjukvårdsdistriktet kan organisera tjänsterna

- i form av egen verksamhet
- i samarbete med en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt
- i samarbete med räddningsväsendet i området
- genom att ingå avtal om tjänsterna med en privat eller annan serviceproducent.

Sjukvårdsdistriktet kan organisera tjänsterna inom den prehospitala akutsjukvården på olika sätt i olika delar av sitt område. På det sättet kan tjänsterna organiseras med hänsyn till regionala specialbehov och -förhållanden. Vid val av sättet att organisera servicen ska sjukvårdsdistriktet fästa avseende vid patientsäkerheten, kvaliteten och utvecklandet av vårdprocesserna inom den prehospitala akutsjukvården tillsammans med de jourhavande enheterna i området.

När den prehospitala akutsjukvården organiseras som hälso- och sjukvårdens egen verksamhet ska den i hela regionen eller i en del av den skötas med den personal som är anställd av sjukvårdsdistriktet och med fordon som sjukvårdsdistriktet har i sin besittning (egna eller till exempel leasade). Då kan hälso- och sjukvårdens olika jourtjänster bäst utvecklas som en regional helhet. Personalens kompletterande och kompetensbevarande utbildning och påbyggnadsutbildning i samarbete med andra hälso- och sjukvårdsenheter samt arbetsrotation ger betydande synergifördelar. Personalen inom den prehospitala akutsjukvården som står i anställningsförhållande till samma arbetsgivare kan anlitas av hela hälsoväsendet bland annat vid storolyckor och undantagsförhållanden.

När enheter för prehospital akutsjukvård placeras i närheten av andra hälso- och sjukvårdsenheter gynnas även utvecklingen av andra funktioner inom hälso- och sjukvården, till exempel utvidgade sjukhustjänster hemma hos patienterna (dagsjukhus, hemsjukvård och effektiverad hemsjukvård). När tjänsterna ordnas som egen verksamhet sker det direkt genom avtal och anvisningar mellan arbetsgivaren och den anställda utan varken konkurrensutsättning, upphandling eller avtalsinstruktion.

Den prehospitala akutsjukvården kan också ordnas i samarbete med en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.

När den prehospitala akutsjukvården helt eller delvis ordnas genom avtal om samarbete med räddningsväsendet i området utan konkurrensutsättning

eller genom att servicen anskaffas enligt lagen om upphandling av en offentlig eller privat serviceleverantör är det fortfarande sjukvårdsdistriktet som har ansvaret för servicekvaliteten och tillgången på service.

Alternativa sätt att ordna tjänsterna möjliggör en sådan organisering av den prehospitla akutsjukvården att sjukvårdsdistriktet med hänsyn till regionala behov kan planera servicen på ett sätt som bäst lämpar sig för områdets befolkning. Räddningsväsendet är den största producenten av prehospital akutsjukvård, och utnyttjandet av räddningspersonalens mångsidiga kompetens och sambruket av både materiel och nätverk av stationsplatser ger på många håll stora fördelar. I synnerhet när det gäller regioner som saknar ordinarie brandkår med stationsnätverk har privata serviceproducenter en central roll.

## 6 PERSONALUTBILDNING INOM DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

Minimiutbildningskraven för personalen inom den prehospitala akutsjukvården anges i förordningen om prehospital akutsjukvård. I beslutet om servicenivån kan strängare kriterier fastställas regionalt än dem som anges i förordningen. I beslutet om servicenivån fastställs den grund- och tilläggsutbildning som krävs av personalen inom den prehospitala akutsjukvården i området. Utbildningskraven ska gälla hela personalen inom den prehospitala akutsjukvården oavsett vem som producerar tjänsterna.

I beslutet om servicenivå ska även definieras utbildningskraven för akuthjälpare, fältchefer och akutläkare.

## 7 SAMARBETET MED NÖDCENTRALEN

Föreskrifterna om nödcentralsverksamhet ingår i lagen om nödcentralsverksamhet (692/2010) och i statsrådets förordning om nödcentralsverksamhet (877/2010). Från början av år 2011 tjänstgör Nödcentralsverket i hela Finland med undantag av Åland. Av de nuvarande femton nödcentralerna och deras verksamhetsområden bildas före ingången av år 2015 sex nödcentralsområden (se bifogad karta). Samtidigt tas det nya nödcentralsdatasystemet i bruk som möjliggör ett nätverkande av samtliga centraler via en databas som är gemensam för alla nödcentraler.

Placeringsorterna för nödcentralsområdenas nödcentraler är i fortsättningen:

Nödcentralsområde	Placeringsort	Nuvarande nödcentraler
1 Nylands nödcentralsområde	Kervo	Nödcentralerna i Helsingfors, Västra Nyland, Östra och Mellersta Nyland
2 Norra Finlands och Lapplands nödcentralsområde	Uleåborg	Lapplands nödcentral samt Norra Österbottens och Kajanalands nödcentral
3 Österbottens och Mellersta Finlands nödcentralsområde	Vasa	Österbottens och Mellersta Finlands nödcentraler
4 Birkalands och Satakuntas nödcentralsområde	Björneborg	Birkalands och Satakuntas nödcentraler
5 Egentliga Finlands och Tavastlands nödcentralsområde	Åbo	Egentliga Finlands och Tavastlands nödcentraler
6 Östra och Sydöstra Finlands nödcentralsområde	Kuopio	Norra Savolax, Norra Karelens, Södra Savolax och Sydöstra Finlands nödcentraler

### Nödcentralsamarbete och larmanvisning för den prehospitala akutsjukvården

Social- och hälsovårdsministeriet har utfärdat allmänna anvisningar till nödcentralsverket om hanteringen av uppdrag från hälsoväsendet och socialväsendet på nödcentralerna. Sjukvårdsdistrikten svarar för uppgörandet av regionala larm-, verksamhets- och andra instruktioner för den prehospitala akutsjukvården. Centralerna för prehospital akutsjukvård inom nödcentralsområdets specialupptagningsområde för hälso- och sjukvård svarar för samordningen och godkännandet av de larmanvisningar som uppgjorts för nödcentralerna av områdets sjukvårdsdistrikt. Centralen för prehospital akutsjukvård inom specialupptagningsområdet har till uppgift att se till att nationella anvisningar som gäller prehospital akutsjukvård tas i bruk i samarbete med verksamhetsområdets sjukvårdsdistrikt.

Anvisningarna ska även innehålla resursuppgifter om överföringstransporter som koordineras av centralerna för prehospital akutsjukvård bland annat med tanke på eventuella storolyckor. Anvisningarna ska vid behov uppdateras.

Myndigheten kan under pågående situation vid behov föreskriva ändringar i de resurser som larmats enligt på förhand bestämda anvisningar.

Anvisningarna ska ange de myndigheter och personer som är berättigade att utfärda ändringar under pågående situation.

Ansvar för en anmälan eller ett uppdrag övergår från nödcentralen till mottagande myndighet, till en enhet som sköter myndighetens uppgifter eller till någon annan jourhavande enhet när den ansvariga instansen hos vederbörande myndighet på fältet till exempel i sin VIRVE-terminal eller sitt fältledningssystem har mottagit en uppgift eller en anmälan som förmedlats av Nödcentralverket. Om situationen kräver ska mottagande myndighet fastställa prioritetsordning för uppgifterna på basis av hur viktiga eller brådskande de är. Om avvikelse måste göras från verksamhetsdirektiv som på förhand avtalats mellan sjukvårdsdistriktet och nödcentralen görs prioriteringen av den medicinska chef som svarar för verksamheten på fältet (till exempel jourhavande akutläkaren eller fältchefen) som också vid behov ger nödcentralen närmare anvisningar om hur uppdragen ska prioriteras. Det mest centrala elementet är att Nödcentralverket och myndighetens fältledning samarbetar för att uppdatera situationsbilden.

## 8 HANDRÄCKNING OCH SAMARBETE MED ANDRA MYNDIGHETER

### Handräckning

Med handräckning avses hjälp som en myndighet lämnar till en annan myndighet för att den myndighet som begär hjälp kan genomföra en uppgift som den ansvarar för. Enligt 40 § i hälso- och sjukvårdslagen ingår i den prehospitala akutsjukvården handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för. Med handräckning avses inte att en behörig myndighet utför eller förbereder sig för sina egna uppgifter, till exempel beredskap för prehospital akutsjukvård för att utföra en eventuell egen uppgift vid situationer av brand- eller explosionsrisk. Däremot är det handräckning om ambulanspersonal anlitas som arbetskraft vid brand och i så fall ska larmpraxis överenskommas på förhand. Beslut ska fattas om lämnande, vägran om eller begränsning av handräckning. Sjukvårdsdistriktet ska se till att en behörig hälsomyndighet alltid kan nås. Personalen inom den prehospitala akutsjukvården får inte förordnas till ett sådant handräckningsuppdrag som orsakar en risk för arbets säkerheten som avviker från det normala eller som förutsätter speciell utbildning.

### Räddningsväsendet

Handräckning som den prehospitala akutsjukvården behöver av räddningsväsendet gäller vanligtvis svårigheten att komma fram till patienten (att komma in i lägenheten eller på annat sätt uppsöka eller transportera patienten).

### Polisen

Den prehospitala akutsjukvården behöver oftast handräckning av polisen i uppdrag som gäller mentalvårdslagen (1116/1990).

I situationer som är krävande för polisen (t.ex. belägring, tagande av gisslan, bombhot) kan polisen begära en höjning av beredskapen för prehospital akutsjukvård som vanligtvis ordnas i form av handräckning som lämnas av den lokala prehospitala akutsjukvården.

Med taktisk akutvård (TEMS = Tactical Emergency Medical Support) avses ett separat system för säkerställande av medicinsk sakkunskap i krävande situationer som handhas av polisen. Taktisk akutvård gäller inte sådan egentlig handräckning som lämnas polisen enligt 41 § i polislagen (493/1995), utan en verksamhet varom separata avtal ingås mellan sjukvårdsdistrikten och polisinsättningarna.

## Gränsbevakningsväsendet

Föreskrifter som gäller efterspaning och transport av patienter från fartyg på havsområden finns i sjöräddningslagen. I fråga om prehospitla akutvårdsinsatser i dylika situationer överenskomms regionalt mellan sjukvårdsdistriktet och sjöräddningsmyndigheterna.

Den prehospitla akutvården svarar för akutvårdsuppdrag i skärgården på havsområden och insjöar. För dessa uppgifter förutsätts att avtal om samarbetspraxis har slutits med räddningsväsendet i området, sjöräddningsmyndigheterna och vid behov med frivilliga organisationer (t.ex. havs- och sjöräddningssällskap).

Sjukvårdsdistrikten avtalar separat om annat samarbete med gränsbevakningsväsendet, t.ex. om verksamhet som innefattar första insatsen.

## Socialväsendet

Samarbetet mellan den prehospitla akutsjukvården och socialväsendet gäller vanligen uppdrag som avses i barnskyddslagen (417/2007), psykosocialt stöd, kontroll av att äldre personer som bor hemma klarar sig samt situationer där behov av inkvarterings- och boendetjänster ska bedömas. Om sådana tjänster ska regionala avtal ingås. Det praktiska samarbetet genomförs typiskt tillsammans med socialjouren inom den prehospitla akutsjukvårdens verksamhetsområde.



## 9 RAPPORTERING

För att kontrollera kvaliteten av och tillgången på prehospita akutsjukvård, verkställigheten av beslutet om servicenivån och resultaten av de prehospita akutsjukvårdsinsatserna ska verksamheten följas upp och rapporteras regelbundet, till exempel halvårsvis. Den prehospita akutsjukvården behöver uppföljningsdata också för analys av den egna verksamheten, bland annat för att kontrollera utfallet av avtal om köp av tjänster samt för forskning och utveckling. Sjukvårdsdistriktet kan till exempel för att öka transparensen publicera sitt beslut om servicenivå på Internet.

Exempel på en blankett för rapportering utgör bilaga 3.

# BILAGA I

## EXEMPEL PÅ BESLUT OM SERVICENIVÅN FÖR DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

### BASUPPGIFTER OM OMRÅDET

<b>Sjukvårdsdistriktets namn</b>	<b>Mallbottens SVD</b>
Folkmängd i slutet av föregående år	163544
0 – 17	33491
18 – 64	90498
– 65	39555
Sjuklighetsindex	109
Områdets totala areal (km <sup>2</sup> )	18002
Vatten- eller sjöområden av den totala arealen (km <sup>2</sup> )	2544

### RISKOMRÅDESINDELNING

<b>Riskområdesklass</b>	<b>st.</b>	<b>Folkmängden inom området</b>
Klass 1	2	7403
Klass 2	45	53664
Klass 3	332	64002
Klass 4	7069	38471
Klass 5	10554	4

### TILLGÅNG TILL SERVICE RISKOMRÅDESVIS I DEN DAGLIGA VERKSAMHETEN

Riskområdesklass	A/B Enhet som klarar minst livräddande första insatsen		A/B Enhet på vårdnivå	C Ambulans	D Ambulans
	8 min	15 min	30 min	30 min	2 h
Klass 1	95 %	99 %	95 %	80 %	80 %
Klass 2	80 %	95 %	95 %	75 %	80 %
Klass 3	70 %	90 %	90 %	75 %	60 %
Klass 4	30 %	50 %	80 %	60 %	60 %
Klass 5					

## UTBILDNINGSKRAV PÅ PERSONAL SOM DELTAR I VÅRDEN AV PATIENTER

Utöver de minimikrav som anges för personalens utbildningsnivå i förordningen om prehospital sjukhusvård förutsätts/godkänns av personal som deltar i prehospital akutsjukvård i Mallbottens sjukvårdsdistrikt följande utbildning:

### Godtagbara examina för yrkesmässigt verksamma personer inom den prehospitala akutsjukvården

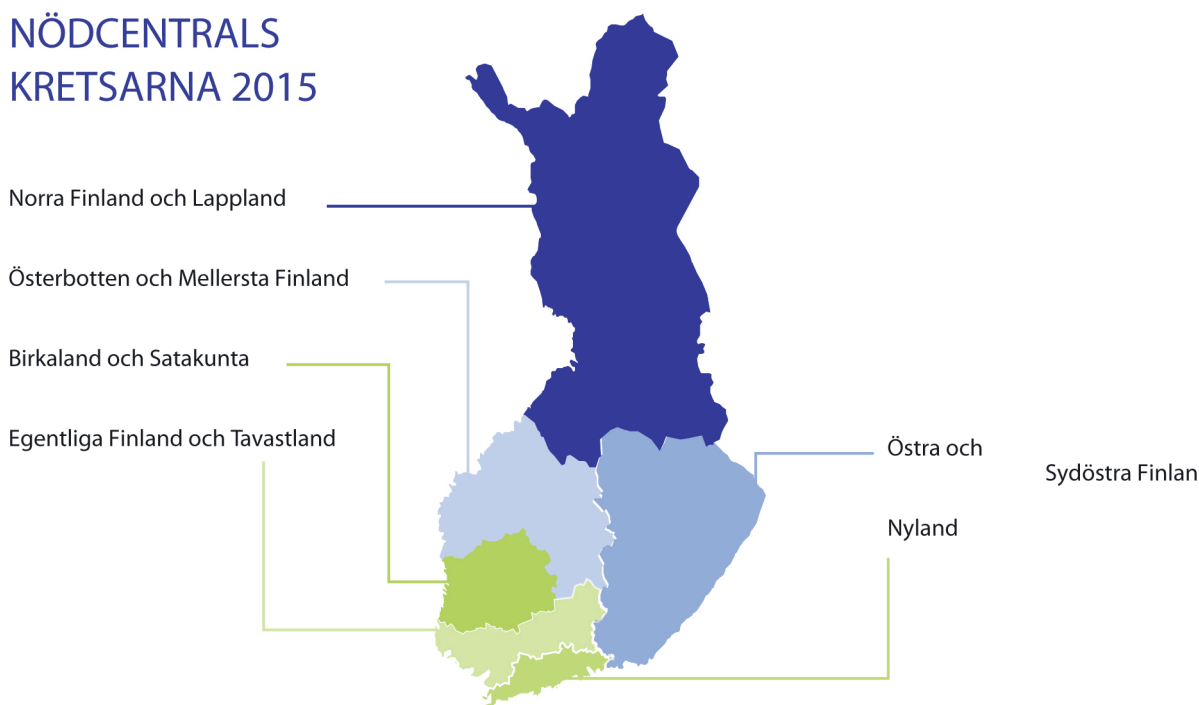
Vårdansvarig förstavårdare vid enhet på vårdnivå		Vårdansvarig förstavårdare vid enhet på basnivå	<input checked="" type="checkbox"/>
Förstavårdare YH eller sjukskötare YH med 30 sp tilläggsutbildning	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med utbildning som är inriktad på prehospital akutsjukvård	<input checked="" type="checkbox"/>
Utbildning som ger kompetens på vårdnivå enligt övergångsbestämmelsen i förordningen	<input type="checkbox"/>	Annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>
Som arbetspar för vårdansvarig i enhet på vårdnivå		Räddningsman, brandman-ambulansförare	<input type="checkbox"/>
Förstavårdare YH eller sjukskötare YH med 30 sp tilläggsutbildning	<input checked="" type="checkbox"/>	Som arbetspar för vårdansvarig i enhet på basnivå	
Utbildning som ger kompetens på vårdnivå enligt övergångsbestämmelsen i förordningen	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med utbildning som är inriktad på prehospital akutsjukvård	<input checked="" type="checkbox"/>
Annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	<input checked="" type="checkbox"/>	Annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	<input checked="" type="checkbox"/>
Räddningsman, brandman-ambulansförare	<input type="checkbox"/>	Räddningsman, brandman-ambulansförare	<input checked="" type="checkbox"/>
		<b>Tilläggsutbildning som krävs av yrkesmässigt verksamma personer inom den prehospitala akutsjukvården</b>	
Av samtliga personer som arbetar professionellt inom prehospital akutsjukvård förutsätts yrkesexamen inom hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	Av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som saknar grundutbildning i prehospital akutsjukvård förutsätts kompletterande utbildning (redogörelse ingår i tilläggsuppgifterna)	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Godtagbar utbildning för akuthjälpare</b>		Ambulansförarutbildning (redogörelse ingår i tilläggsuppgifterna)	<input checked="" type="checkbox"/>
SPEK utbildning för första insatsen		Tilläggsutbildning som krävs för chefsuppgifter (redogörelse ingår i tilläggsuppgifterna)	<input checked="" type="checkbox"/>
FRK utbildning för första insatsen	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Övriga krav</b>	
Annan utbildning (redogörelse ingår i tilläggsuppgifterna)		I en enhet på vårdnivå kan personalen bestå av en förstavårdare+räddningsman	<input checked="" type="checkbox"/>
		I en enhet på vårdnivå kan personalen bestå av två förstavårdare	<input type="checkbox"/>

Av akuthjälpare godkänns även utbildning i första insatsen som ordnats av Finlands Sjärräddningssällskap. Av sjukskötare och andra som avlagt examen på skolnivå förutsätts tilläggsutbildning inriktad på prehospital akutsjukvård omfattande 5 studiepoäng som ordnas i samarbete med Mallbottens YH. Av alla som kör ambulans förutsätts ambulansförarutbildning.

# BILAGA 2

## NÖDCENTRALSOMRÅDENA ÅR 2015

### NÖDCENTRALS KRETSARNA 2015



# BILAGA 3

## EXEMPEL PÅ RAPPORT FRÅN DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

### BASINFORMATION

Sjukvårdsdistriktets namn				
År				
Rapporteringsperiod		<input type="checkbox"/> 1.1 - 30.6. <input type="checkbox"/> 1.7 - 31.12.		
Uppdrag inom den prehospitala akutsjukvården under rapporteringsperioden	A	B	C	D
Andra uppdrag som utförts av den prehospitala akutsjukvården	överföringar mellan vårdinrättningar		övriga	

### TILLGÅNG TILL SERVICE RISKOMRÅDESVIS INOM DEN DAGLIGA VERKSAMHETEN

Riskområdesklass	Beslut		Utfall		Beslut		Utfall	
	A/B		A/B		A/B		A/B	
	Enhet som klarar minst livräddande första insatsen		Enhet som klarar minst livräddande första insatsen		Enhet på vårdnivå		Enhet på vårdnivå	
	8 min	15 min	8 min	15 min	30 min	30 min		
Klass 1								
Klass 2								
Klass 3								
Klass 4								
Klass 5								

Riskområdesklass	Beslut		Utfall		Beslut		Utfall	
	C		C		D		D	
	Ambulans		Ambulans		Ambulans		Ambulans	
	30 min	30 min	30 min	30 min	2 h	2 h	2 h	2 h
Klass 1								
Klass 2								
Klass 3								
Klass 4								
Klass 5								

## PERSONAL

<b>Totala antalet personer som arbetat med uppgifter inom prehospital akutsjukvård (exkl. akuthjälpare)</b>	
varav prehospital akutsjukvård som huvudsyssla	
i bisyssla eller på deltid	
<b>Antalet akuthjälpare i området</b>	

## FORDON OCH BEREDSKAP

Antal ambulanser enligt avtalet eller annars i daglig användning		
Antal reservambulanser		
Maximi- och minimiantal ambulanser i omedelbar utryckningsberedskap	mest	minst
Maximi- och minimiantal ambulanser i beredskap	mest	minst
Tid för jour i omedelbar utryckningsberedskap sammanlagt (timmar)		
Tid för jour i beredskap (högst 15 min) sammanlagt (timmar)		
Tid för jour i beredskap (över 15 min) sammanlagt (timmar)		

## SÄKERHET

	ST.
Anmälda patientskador under prehospital akutsjukvård	
Arbetsolycksfall bland personal	
Hotfulla situationer som personalen råkat ut för	
Trafikolyckor för ambulanser	

Tilläggsuppgifter

# LITTERATUR

Herlitz J et al. Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest? *Heart* 2004; 90: 1114–1118.

Studien är en retrospektiv analys av 16 712 livlösa i Sverige som inte vårdats på sjukhus. I studien observerades att ingen av patienterna överlevde om den inledande hjärtfrekvensen var pulslös eller asystole, ingen livräddande insats av lekman hade gjorts, livlösheten hade inte observerats, livlösheten inträffade i hemmet och insatstiden för ambulans var över 12 minuter. I gruppen där insatstiden var 8–12 minuter överlevde en av 516 patienter med svåra bestående men. Forskarna anför att ovannämnda omständigheter prognostiserar dålig överlevnad och att gränsen för inledande av hjärt-lung-räddning skulle kunna anses vara 12, men sannolikt 8 minuters insatstid.

O’Keeffe C et al. Role of ambulance response times in the survival of patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Emerg Med J.* 2010; Aug 25 (e-pub ahead of print).

I studien utreddes behandlingen av sammanlagt 1 161 patienter som varit i livlöst tillstånd i Storbritannien under åren 1996–2000 och inte vårdats på sjukhus. Resultatet var en bedömning av att en 1 minut kortare insatstid i fråga om livlösa patienter skulle förbättra överlevnadsmöjligheterna med 24 % (95 % konfidensintervall 4–48 %).

Hacke W, Donnan G, Fieschi C ym. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004;363:768-74

Sannolikheten av en god prognos bedömd efter 3 månader var desto större ju kortare insatstiden före påbörjad behandling hade varit ( $P = 0.005$ ). Effekten av alteplas på riskförhållandet av en god prognos (Odds Ratio) förändrades under tiden 0–6 h från värdet 2.8 till värdet 1.2. Riskförhållandet mellan tidsfönstret 0–1 h och 0–1,5 h var 2.8 respektive 1.6. Därefter försvagades riskförhållandet långsammare.

Terkelsen CJ et al. System delay and mortality among patients with STEMI treated with primary percutaneous coronary intervention. *JAMA.*;304:763–71.

I en retrospektiv studie i Danmark utreddes effekten av insatstider på dödligheten hos sammanlagt 6 209 hjärtinfarktpatienter 2002–2008 som i första skedet behandlats med ballongvidgning. Resultaten visade att dröjsmål som orsakats av systemet (både sjukhusets interna och externa dröjsmål) påverkade överlevnaden av patienterna så att dödligheten hos dem som intagits för behandling efter mindre än 1 h från de inledande symtomen var 15,4 %, 1–2 h 23,3 %, 2–3 h 28,1 % och 3–4 h 30,8 %. Skillnaderna var statistiskt signifikanta ( $p < 001$ ).

Boersma E et al. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet* 1996; 348, 771-775

Inledandet av trombolys på en hjärtinfarktpatient ger en gynnsammare effekt om behandlingen inleds snabbare än 2 h räknat från de första symtomen.

Ontario Ambulance Act. Ontario Regulation 257/00. Kanada 2000.

En region ("Upper Tier Municipality") med ansvar för prehospital akutsjukvård ska årligen rapportera till provinsen procenttalet av uppdrag inom den högsta angelägenhetsklassen som nåtts inom 8 minuter.

National Fire Protection Association. NFPA 1710: Standard for the Organization and Deployment of Fire Suppression Operations, Emergency Medical Operations, and Special Operations to the Public by Career Fire Departments. USA 2010.

Standarden ställer som mål att en enhet för prehospital akutsjukvård på vårdnivå ska nå den nödställda inom 8 minuter i 90 % av larmuppdragen.

Wulterkens D. EMS in The Netherlands: A Dutch Treat? *JEMS*, 2005 Dec 6

I artikelöversikten presenteras organiseringen av prehospital akutsjukvård i Nederländerna där lagstiftningen förutsätter att ambulansen i brådskande uppdrag ska nå den nödställda inom högst 15 minuter oavsett händelseplats.

Sjuktransport- och akutvårdstjänster. Handbok för utarbetande av larminstruktioner. SHM:s handböcker 2005:24

Secretary of State for Health. The patient's charter. Department of Health, Iso-Britannia 1991.

Bewan G. Have targets done more harm than good in the English NHS? No. *BMJ* 2009; 338:a3129.



UK Health Care Commission. Ambulance trust methodology 2004/2005.  
[http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology\\_ambulance.doc](http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology_ambulance.doc)

I England har man sedan 2001 haft ett nationellt mål för maximala insatstider för ambulanser i brådskande uppdrag. Den maximala insatstiden i tätorter har varit 14 min. och i glesbygder 19 min. i 95 % av uppdragen. Därtill bör 75 % av de brådskande uppdragen ("Category A") nås inom 8 minuter. Motsvarande mål togs i bruk i Skottland år 2009 och med något lägre gränsvärden (70 % och 65 %) i Nordirland och i Wales år 2008.

# LAGSTIFTNING

Förordningen om prehospital akutsjukvård (340/2011)  
Lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989)  
Folkhälsolagen (66/1972)  
Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)  
Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994)  
Barnskyddslagen (417/2007)  
Sjöräddningslagen (1145/2001)  
Mentalvårdslagen 1116/1990  
Räddningslagen (379/2011)  
Finlands grundlag (731/1999)  
Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)  
Statsrådets förordning om räddningsväsendet (407/2011)  
Statsrådets förordning om planer för ordnande av hälso- och sjukvård och om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård (337/2011)