



## Akutvårdens servicenivå 2023

I den här rapporten förklaras förverkligad servicenivå i akutvårdsservicen, begrepp i akutvården, verksamhetsenheter, verksamhetsprinciper och utvecklingsplaner inom akutvården.

### Akutvårdens servicestruktur och verksamhetsenheter

I fråga om akutvården indelas välfärdsområdet i tre verksamhetsområden: mellersta, norra och södra akutvårdsområdet. I fråga om stationeringsorter använder akutvården räddningsverkets nätverk av stationer. Vasa centralsjukhus fungerar som stationeringsort för läkarenheten samt fältledningsenheten.

Till mellersta akutvårdsområdet hör Vasa, Laihela och Korsholm. Över hälften av välfärdsområdets uppdrag är koncentrerade till området. I området finns fem ambulanser på vårdnivå 24/7, en dagsambulans på basnivå (i beredskap 7–19 varje dag), stationeringsorter för fältledningsenheten och läkarenheten.

Till norra akutvårdsområdet hör Jakobstad, Pedersöre, Larsmo, Nykarleby, Vörå samt Kronoby vars akutvård verkställs av Soite genom samarbetsavtal. Nästan en tredjedel av välfärdsområdets uppdrag finns i området och tyngdpunkten är i Jakobstads område. I området finns stationeringsorter för fyra ambulanser på vårdnivå 24/7 samt en dagsambulans på basnivå (i beredskap kl. 7-18 må-fre.).

Till södra akutvårdsområdet hör Malax, Korsnäs, Närpes, Kristinestad och Kaskö. Cirka en sjättedel av välfärdsområdets uppdrag utförs området. I fråga om anordnandet av akutvården är det södra akutvårdsområdet det som är mest utmanande eftersom området är långt och smalt och rätt så få uppdrag finns i området. Uppdragen är koncentrerade till Närpes och Kristinestads områden varvid transporttiden till VCS blir rätt så lång. På området finns stationeringsorter för fyra ambulanser på vårdnivå 24/7.

De största skillnaderna i vårdnivån och basnivån finns i personalens utbildningsnivåer och läkemedelsbehandlingen. I enheter på vårdnivån arbetar alltid en förstavårdare dvs. en YH förstavårdare eller sjukskötare som har avlagt 30 studieveckor tilläggsstudier i prehospital akutsjukvård. Som förstavårdare på basnivån kan sjukskötare eller närvårdare arbeta. På basnivå har läkemedelsbehandlingen begränsats till läkemedel som doseras s.k. naturlig väg, dvs. till exempel intravenös läkemedelsbehandling har begränsats till vårdnivån.



Prehospital akutsjukvårdsverksamhet är en del av den lagstadgade verksamheten inom akutsjukvården. I Österbotten liksom i övriga delar av Finland anlitar organisationer inom akutsjukvården räddningsväsendets omfattande vagnpark, resurser och delvis beredskap för att producera prehospital akutsjukvård. Första insatsen består av räddningsverkets släcknings- och räddningsenheter som deltar i synnerhet i uppgifter i brådskandeklass A. Den viktigaste uppgiften för första insatsenheten är att förkorta tiden patienten måste vänta för att få vård i situationer där den närmaste ambulansen har längre väg. Första insatsenheten ersätter aldrig ambulansen utan stöder dess verksamhet. Första insatsenheten kan ge enklare livräddande första hjälp och läkemedelsbehandling.

Första insatsenheten bemannas med heltidsanställt räddningsmanskap såsom i Vasa och Jakobstad eller genom frivilliga (FBK, avtalsbrandkår). I Österbotten består beredskapen i synnerhet efter tjänstetid till största delen av frivilliga. Genom avtal mellan första insatsenhetens resultatenheter och räddningsverket produceras förstainsatsverksamheten för närvarande (25.3.2024) i enlighet med nedanstående tabell.

Första insatsenhet	Placering	Verksamhetstid	
Kristinestad	Lappfjärd	24/7	1
Närpes	Närpes centrum, Pörtom	24/7	2
Kaskö	Centrum	Finns inte	
Korsnäs	Korsnäs centrum	24/7	1
Malax	Malax centrum, Bergö	24/7	2
Laihela	Laihela centrum	24/7	1
Vasa	Vasa, huvudbrandstation	24/7	1
Vasa	Lillkyro centrum	24/7	1
Vasa	Sjöräddningsföreningen Kutterhamnen/Replot	24/7 under särskilt meddelad tidpunkt	1
Korsholm	Kvevlax, Helsingby, Solf, Replot	24/7	4
Vörå	Vörå centrum, Oravais centrum, Maxmo centrum, Särkimo	24/7	4
Nykarleby	Nykarleby centrum, Munsala, Jeppo	24/7	3
Pedersöre	Bennäs, Esse, Purmo	24/7	3
Kronoby	Kronoby, Nedervetil, Terjärv	24/7	3
		Sammanlagt	26 + 1



## Riskområdesklasser

Vid fastställande och uppföljning av servicenivå används rutor på en kvadratkilometer (celler) som har indelats i fyra riskområdesklasser: centralort (1), annan tätort (2), bebodd landsbygd (3) och övriga områden (4). Numera är termen "riskområdesklass" lite vilseledande eftersom klassificeringen inte längre grundar sig på antalet förstainsatsuppdrag eller bedömd risk utan enbart på Finlands miljöcentrals klassificering av tätorter. I synnerhet på riskområden för övriga tätorter kan antalet uppdrag variera väldigt mycket från en cell till en annan och på så vis handlar det inte om en grupp med enhetligt eller jämförbart servicebehov. Tidigare användes en klassificering som baserade sig på antal uppdrag vilket beskrev riskområdets servicebehov i akutsjukvården bättre.

## Uppdragstyper och skyndsamhetsklasser

I samband med nödsamtal fastställer den jourhavande vid nödcentralen larmets uppdragstyp samt skyndsamhet i enlighet med de nationella anvisningarna varefter larmet görs i enlighet med larmanvisning för enskilt välfärdsområde. Efter larmet som nödcentralen gjort kan fältchefen för akutsjukvården utifrån en bedömning av situationen be nödcentralen larma fler enheter till föremålet.

Uppdrag i klass A är mest brådskande och i samband med dem är det sannolikt att patientens basala livsfunktioner är direkt hotade (luftvägens öppenhet, andning, blodcirkulation och/eller medvetande) eller det finns stor risk att de hotas (ymnig yttre blödning, symptom eller skademekanism med hög risk). Räddningsmanskaper försöker nå patienterna så snabbt som möjligt. Utöver ambulans, som snabbast når patienten, kopplas alltid en första insatsenhet till uppgiften om den når föremålet över 5 minuter snabbare än ambulansen eller man utgående från uppdragstyp bedömer att extra händer behövs på plats (t.ex. återupplivning). Vidare larmas en läkarenhet till föremålet (antingen områdets egna landenhet eller läkarhelikopter) eller fältledningsenheten.

I samband med uppdrag i B-klassen är risken för störningar i basala livsfunktioner mindre men kan inte uteslutas. Vidare används uppdrag i B-klassen i situationer där snabb nåbarhet anses vara nödvändig såsom i samband med till exempel strokesymptom eller smärtsam skada. Man utgår från att larma den ambulans som är närmast till föremålet. Fältchefen kan också koppla en första insatsenhet till uppdraget om hen bedömer att det kan vara till nytta i patientens vård.

I samband med uppdrag i C-klassen bedöms den hjälpbehövandes basala livsfunktioner vara stabila eller störningen lindrig men tillståndet kräver att akutvården gör en snabb bedömning.



I samband med uppdrag i D-klassen är den hjälpbehövandes tillstånd stabilt och det förekommer inga störningar i de basala livsfunktionerna, men den prehospitäl akutsjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet.

### Fastställande av servicenivåmål

Servicenivån fastställs enhetligt i ledningsgruppen för samarbetsområdets akutvårdscentral och den godkänns i fullmäktige för enskilt välfärdsområde. Servicenivåmålet fastställs i riskområdesklasserna centralort, annan tätort, bebodd landsbygd.

A- och B-uppdrag behandlas tillsammans trots att detta operativt inte är helt ändamålsenligt om man beaktar att larmandet inte sker enhetligt. I fråga om A-uppdrag är fördröjningarna i närheten nämnvärt kortare vilket främst beror på att första insatsenheter används i större omfattning.

Servicenivåmålet fastställs enligt riskområdet (riskområden 1–3), och mål ställs upp för i vilken tid 50% (median) och 90% av uppdragen nås i varje riskområde.

I fråga om A/B-uppdrag är servicenivåmålet följande:

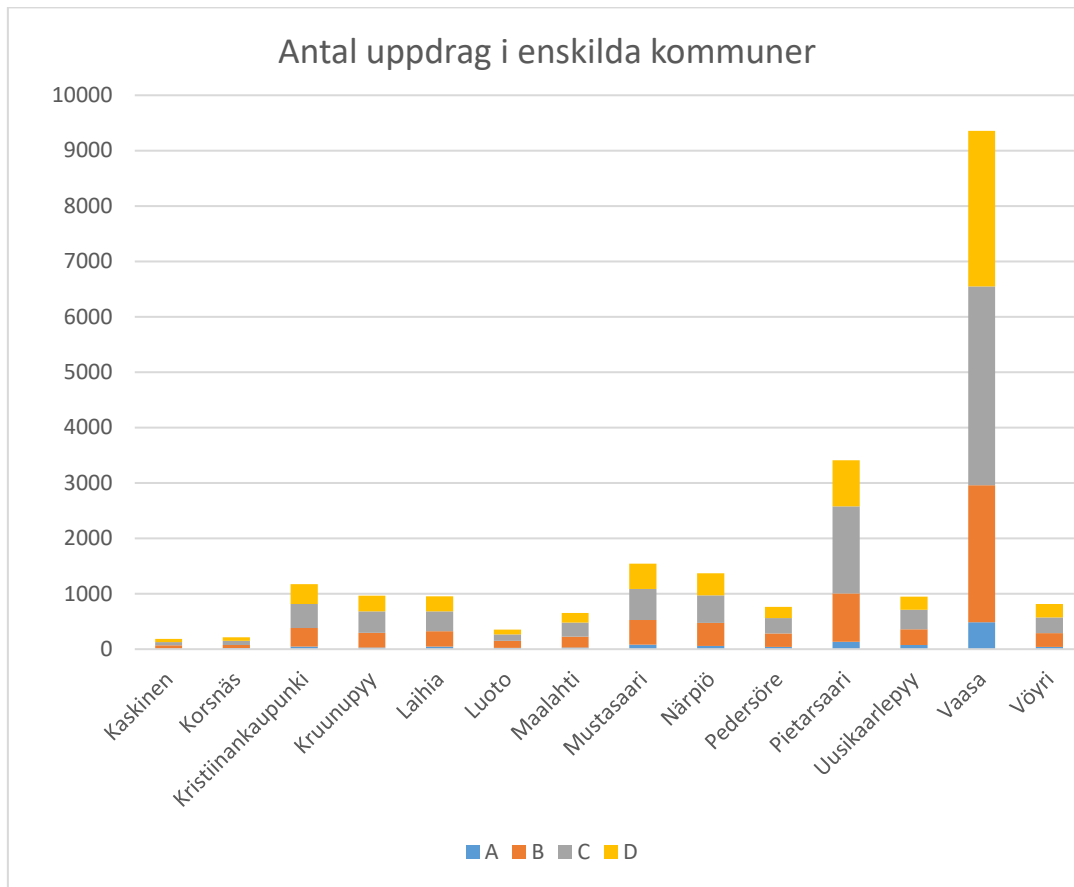
<b>Riskområdesklass</b>	<b>Median</b>	<b>90 %</b>
Centralort	6 min	9 min
Annan tätort	8 min	17 min
Bebodd landsbygd	15 min	26 min

Ledningsgruppen för samarbetsområdets akutvårdscentral har fastställt att trots att målen inte längre uppnås i något välfärdsområde bibehålls målnivån oförändrad för att beskriva att vi fortfarande strävar efter tidigare nivå.

I fråga om C- och D-uppdrag har nationella målet fastställts så att (i riskklasserna 1–3) strävar vi efter att nå 90 % av C-uppdragen inom 30 minuter, i D-uppdragen strävar vi på motsvarande sätt att nå föremålet inom två timmar.

### Antal uppdrag 2023

År 2023 utförde akutvårdsservicen sammanlagt 22 707 uppdrag. Av dessa var 4,9% A-uppdrag, 27,8% B-uppdrag, 38,8% C-uppdrag samt 28,5% D-uppdrag. Enligt akutvårdsområdena fördelade sig uppdragen så att det mellersta akutvårdsområdet hade 52%, norra akutvårdsområdet 32% och södra akutvårdsområdet 16% av uppdragen.



## Förverkligad servicenivå 2023

	A 50%	A 90%	A N	B 50%	B 90%	B N	AB 50%	AB 90%	AB N
Centralort	05:55	08:36	331	06:25	09:26	1456	<b>06:20</b>	<b>09:21</b>	1787
Annan tätort	08:25	16:56	660	09:44	20:13	3482	<b>09:31</b>	<b>19:47</b>	4142
Bebodd landsbygd	14:58	23:02	95	16:45	27:40	613	<b>16:27</b>	<b>27:23</b>	708

I tabellen presenteras A- och B-uppdragen även specificerade och antal uppdrag (N) i varje riskområde. Fastställda servicenivåtider med fet stil. I fråga om A-uppdrag uppnåddes servicenivåmålet, förutom 50 % realisering i riskområdet "annan tätort". I fråga om B-uppdrag var framgåendet lite långsammare varför A/B-målen inte uppnåddes i något riskområde. Största orsaken till skillnaden i fördröjningen i hur man nådde fram är användandet av första insatsenheter. I fråga om B-uppdrag anses det ändå fortfarande ändamålsenligt att den antagna nyttan patienten får styr användandet av första insatsenheterna och kostnaderna inte ökas enbart för att förbättra statistiken.

I fråga om C- och D-uppdrag förverkligades servicenivåmålet. 90% av C-uppdragen nåddes under 30 minuter (realisering 28:15) och 90% av D-uppdragen nåddes på under två timmar (realisering 53:32).



## Utvecklande av verksamheten

### *Första insatsverksamhet*

För närvarande finns ingen första insatsverksamhet i Kaskö. Under flera år har förutsättningarna för första insatsverksamheten kartlagts och planerats tillsammans med räddningsverket. Före välfärdsområdet deltog även Kaskö stads social- och hälsovård och lokala frivilliga i diskussionerna. Förutsättningar för att inleda verksamheten har inte funnits men behovet av en första insatsenhet har varit uppenbar. I området har inte funnits tillräckligt med frivilliga som deltar i verksamheten. Räddningsverket har i sin tur inte beredskap i Kaskö före slutet av år 2023. Nuförtiden finns beredskap med två personer under tjänstetid och till följd av det här ska man inleda första insatsverksamheten inom kort. Det här är rätt väg att gå men det säkerställer inte verksamhet enligt 24/7 principen. Första insatsverksamhet under tjänstetid kommer ändå att göra att patienter nås med mindre fördröjning i Kaskö. Ambulans larmas till Kaskö i första hand från Närpes. Utöver i Kaskö håller man på att inleda första insatsverksamhet i Kristinestad centrum. För närvarande fungerar första insatsenheten 24/7 från Lappfjärds FBR som är mycket effektiv. Geografiskt och operativt är det motiverat att utöver Lappfjärds FBR inleda första insatsverksamhet genom räddningsverkets heltidsanställda personal under tjänstetid. Just nu står den heltidsanställda personalen utanför den här verksamheten vilket är lite onormalt. Verksamheten har planerats genom att samarbeta med räddningsverket.

### *Bedömning av behov av akutvård*

Bedömningen av behovet av akutvård 24/7 inleddes i september 2023 i hela Österbottens välfärdsområde. Inom verksamheten arbetar fem förstavårdare på vårdnivå. Förstavårdarna har före slutet av mars behandlat 2060 samtal som nödcentralen har klassificerat som icke-brådskande D-uppdrag. Vid 49,5 % av dessa samtal har man undvikit att skicka ambulans till platsen och kunnat hjälpa på annat sätt eller styra till rätt vård.

### *Synergi mellan det mobila sjukhuset (LiiSa) och akutvården*

Verksamheten i det mobila sjukhuset inleddes i september 2023 i mellersta området (Vasa-Korsholm) utanför tjänstetid med klienter i områdets hemsjukvård och boendeservicen som målgrupper. I LiiSa arbetar sex erfarna sjukskötare från jouren. LiiSa det mobila sjukhuset har haft knappt 500 uppdrag från verksamhetens början. Verksamheten i LiiSa har breddats även med nuvarande resurser bland annat till allmänmedicinska avdelningar, patienter med andningsförlamning, polisinsättningen vid tagning av nödvändiga blodprov samt avtrappat till Laihela.

Man planerar att utvidga verksamheten i LiiSa till hela välfärdsområdet. Alternativ till utvidgningen är att förena verksamheten med akutvården och/eller hemsjukhusets verksamhet. Den nuvarande verksamheten i områdena som avviker från akutvårdens och hemsjukhusets verksamhet påverkar planerna och besluten. I planerna strävar man efter att hitta bästa möjliga modell genom att beakta personalens synergifördel, verksamhet och ekonomi.



I mellersta området skulle förenandet av verksamheten med akutvården betyda att en ambulans ändras till hybridenhet. Det här skulle möjliggöra att enheten fungerar även i andra akutvårdsuppdrag och akutvårdens servicenivå kunde förbättras. Det mobila sjukhuset skulle få uppdrag enligt den nuvarande modellen från yrkespersoner inom boendeservicen och övriga yrkespersoner inom hälsovården, från bedömningen av vårdbehov inom akutvården samt nödcentralen. Modellens styrka är kostnadsneutralitet och att fältledningssystemet och myndigheters datakommunikationsutrustning stärker arbets säkerheten.

I norra området kräver förenandet av verksamheten med akutvården en tilläggsenhet och att personalresurserna utökas. Utmaningen är Kronoby kommun där Soite producerar akutvården.

Ett starkt alternativ är att förena LiiSa verksamheten med verksamheten i norra hemsjukhuset och få personal och kunskaper från jourerna i Jakobstad. Det här ökar hemsjukhusets resurser och ger glesbygdsområdena jourkunskaper. Akutvårdens fältledningssystem som förenats med hemsjukhuset står inte till förfogande och tilläggsresurser behövs för verksamheten, samt en bil. Även stora avstånd är en utmaning i norra området. LiiSa skulle få uppdrag enligt den nuvarande modellen av yrkespersoner inom boendeservicen och övrig hälsovård samt genom akutvårdens bedömning av vårdbehov.

I södra området skulle verksamheten lämpa sig bäst genom att förena LiiSa med akutvården. Områdets akutvårdsberedskap måste "överresurseras" på grund av den långa transportvägen. LiiSa skulle ge upprätthållandet av beredskaperna i akutvården och hemservicen synergifördelar. Södra områdets hemsjukhus kunde stärkas och beredskaperna i akutvården bevaras god. Verksamheten kräver tilläggsresurser och just nu finns inte jourverksamhet i området varifrån personal kunde överföras. LiiSa skulle få uppdrag enligt nuvarande modell från boendeservicen och övriga yrkespersoner inom hälsovården samt från akutvårdens bedömning av vårdbehov.

Före slutet av april kommer man att föreslå för ledningsgruppen för det mobila sjukhuset beslut om med vilken modell verksamheten kommer att utvecklas och utvidgas till hela området. I fråga om modellerna görs beräkningar om behov av extra personalresurser. Målet är att redan under våren kunna höja beredskaperna i mellersta området genom att utvidga servicen till alla medborgare.

#### *Lägescentral för social- och hälsovården*

Målet är att social- och hälsovårdsverksamheten utanför sjukhuset ska ledas från lägescentralen för social- och hälsovården vars lokaler planeras till den nya brandstationen. I lägescentralen för social- och hälsovården kommer man att arbeta mångprofessionellt genom bedömning av vårdbehov i akutvården, servicehandledning i hemvården, social- och krisjouren samt koordinatören i det mobila sjukhuset. Lägescentralen för akutvården ska bevaras som en separat central som ändå fungerar i nära samarbete med lägescentralen för social- och hälsovården.

Vasa 28.3.2024



Österbottens välfärdsområde  
Pohjanmaan hyvinvointialue

Taneli Väyrynen  
Chefsläkare

Saija Seppelin  
Överskötare

Tom Smedlund  
Akutvårdschef