HSN 2026/645

RAPPORT

Nulägesanalys – förarbete till prehospital plan i Region Gotland

UPPDRAGSGIVARE

Yvonne Skovshoved, Region Gotland

DATUM

2026-11-03

Strategi · Verksamhetsutveckling · Klinisk expertis

1. Sammanfattning

Denna nulägesanalys ger en samlad bild av den prehospitala vården i Region Gotland och utgör ett underlag för framtagandet av en uppdaterad prehospital plan. Analysen bygger på statistik, dokumentstudier och jämförelser med andra regioner. Ett viktigt underlag är intervjuer med aktörer från hela vårdkedjan, inklusive ambulanssjukvård, helikopterverksamhet, primärvård, akutsjukvård, kommunala verksamheter, räddningstjänst och andra samhällsaktörer.

Gotlands geografiska förutsättningar präglar hela den prehospitala strukturen. Ö-läget, avstånden till specialistvård på fastlandet, den utspridda befolkningen och de stora säsongsvariationerna skapar förutsättningar som på flera sätt skiljer sig från andra svenska regioners. Samtidigt innebär dessa förhållanden särskilda krav på robusthet, redundans, samordning och beredskap.

Analysen visar att den prehospitala vården uppvisar stabila resultat över tid. Ambulanssjukvården har relativt god tillgänglighet i stora delar av ön, en hög medicinsk kompetensnivå och en beläggningsgrad som i ett nationellt perspektiv framstår som måttlig. Verksamheten förefaller också hantera sommarperiodens belastningsökningar utan tydliga tecken på systemstress. Samtidigt visar genomgången betydande geografiska skillnader i responstider, framför allt i öns ytterområden.

Intervjuerna ger en samstämmig bild av ett system som fungerar väl i vardagen, men de belyser också ett antal områden där olika aktörer har skilda perspektiv eller där gränssnitt mellan verksamheter kan analyseras vidare. Det gäller bland annat samverkan mellan ambulanssjukvård, primärvård och hemsjukvård, ansvarsfördelning inom vissa delar av den prehospitala kedjan, användningen av förstainsatsresurser samt frågor kopplade till transporter, informationsöverföring och medicinteknisk standardisering.

Genomgången tar sin utgångspunkt i att ambulanssjukvård, larmhantering och helikopterverksamhet i huvudsak regleras genom separata avtal. Bedömningen är att detta inte har gett upphov till några uppenbara systembrister. Nulägesanalysen indikerar dock att det kan finnas ett värde i att avtalsmässigt förtydliga vissa frågor ur ett helhetsperspektiv. Exempel på sådana förtydliganden rör gemensam systemledning, medicinsk styrning, informationshantering och avvikelseuppföljning.

Sammantaget pekar nulägesanalysen på ett prehospitalt system med god grundfunktion och stabilitet. De frågeställningar som framträder handlar i första hand inte om att hantera omfattande brister, utan om att analysera hur systemets robusthet, samverkan, beredskapsförmåga och resursutnyttjande kan utvecklas över tid.

Inför det fortsatta arbetet med prehospital plan och framtida avtalsstruktur framstår särskilt områden som geografisk tillgänglighet, transport- och helikopterkapacitet, samverkansformer, kompetensförsörjning, totalförsvarsperspektiv, informationsarkitektur samt uppföljning och systemledning som relevanta att studera vidare.

Innehåll

1. Sammanfattning 2
2. Uppdragets syfte och bakgrund 4
3. Närmare om använda metoder och arbetssätt 5
4. Övergripande beskrivning av den prehospitala vården i Region Gotland 6
4.1 Närmare om transportinfrastruktur, avstånd och särskilda förutsättningar 6
4.2 Den prehospitala vårdens uppbyggnad, kapacitet och resurser 7
4.3 Den prehospitala vårdens målsättningar 10
5. Analys av mål, kapacitet och resultat 11
5.1 Larmvolymer, belastning och utveckling över tid 11
5.2 Responstider i olika geografiska delar av Gotland 13
5.3 Nyttjandegrad, beläggning och övrigt kapacitetsutnyttjande 17
5.4 Helikoptertransporter och sekundärtransporter 18
6. Jämförelser med andra prehospitala vårdsystem 20
6.1 Närmare om Åland 22
6.2 Kvalitetsdata ur ett nationellt perspektiv 24
7. Gotlands prehospitala vård – systemaktörernas perspektiv 27
7.1 Akut prehospital insats och ambulanssjukvårdens kapacitet 27
7.2 Verksamheter som påverkar den prehospitala kedjan och patientflöden 29
7.3 Primärvård och kommunala verksamheter i den prehospitala strukturen 30
7.4 Samhällsaktörer, räddningstjänst och beredskap 31
8. Analys av avtal och ansvarsfördelning 33
9. Slutsatser och överväganden 35
9.1 Ambulanssjukvårdens kapacitet – en strategisk resurs 35
9.2 Åtgärdsområden och förslag i sammanfattning 36
10. Förteckning över tabeller och diagram 40

2. Uppdragets syfte och bakgrund

Föreliggande rapport utgår från ett uppdrag att ta fram en samlad och strategiskt anlagd nulägesanalys av Region Gotlands prehospitala vård. Avsikten är att underlaget ska kunna utgöra en del i framtagandet av en uppdaterad prehospital plan. Analysen behöver därför ge en helhetsbild av hur den prehospitala vården organiseras, dimensioneras och samordnas. Nulägesanalysen ska också lämna ett faktabaserat bidrag till de underlag som krävs inför beslut när nuvarande avtal om larmcentral, ambulanssjukvård och helikopterverksamhet löper ut.

Nulägesanalysen har genomförts utifrån ett sammanhängande systemperspektiv. Den prehospitala vården består av flera funktioner som tillsammans avgör tillgänglighet, kapacitet och kvalitet. Ambulanssjukvård och helikopterburen prehospital vård är i detta sammanhang kärnverksamheter. Deras förutsättningar påverkas av hela larmkedjan, prioritering, mottagande vårdverksamheter och omsorgsaktörer. Genomgången omfattar därför hela kedjan från första kontakt till överlämning i efterföljande vård.

Analys och redovisning har beskrivits i fyra nivåer, som tillsammans ger en komplett bild av systemets funktion och förmåga:

- *Akut prehospital insats.* Analys av larmkedjan, dirigering, ambulanssjukvårdens kapacitet och beredskap, fordonsstruktur, helikopterverksamhet samt sjuktransporter. Fokus ligger på responstider, nyttjandegrad, dimensionering och geografiska förutsättningar.
- *Verksamheter som direkt påverkar den prehospitala kedjan*. Gränssnitt mot akutmottagning, vårdavdelningar och andra verksamheter som styr patientflöden. Särskilt belyses möjligheterna att styra patienter till rätt vårdnivå och att minska onödiga transporter.
- *Primärvård och kommunala verksamheter*. Primärvård, hemsjukvård, hemtjänst och särskilda boenden analyseras som delar av ett sammanhängande vårdsystem. Fokus ligger på samarbete och interaktion med den prehospitala vården. En frågeställning är också hur vård nära patienten kan stärkas och därmed avlasta ambulans och akutsjukvård.
- *Samhällsaktörer och beredskap.* Räddningstjänst och andra aktörer med relevanta resurser vid särskild händelse, höjd beredskap eller krig. Analysen omfattar redundans, fordonskapacitet, personalresurser och beroenden till externa aktörer.

Resultatet av analysen har, i enlighet med uppdragets direktiv, sammanställts i en strukturerad nulägesbild som beskriver systemets kapacitet, beredskap, gränssnitt, flaskhalsar och avtalsmässiga förutsättningar. Denna syntes utgör grunden för att, i ett kommande andra steg, identifiera förbättringsåtgärder och kostnadsberäkna möjliga förändringar.

3. Närmare om använda metoder och arbetssätt

Nulägesanalysen bygger på en kombination av kvantitativa data, dokumentstudier och strukturerade intervjuer. Metoderna kompletterar varandra och är tänkta att ge en bred och detaljerad bild av den prehospitala vården inom Region Gotland.

Den kvantitativa analysen utgör den statistiska basen, medan de kvalitativa analyserna ger fördjupad förståelse av gränssnitt, ansvarsfördelning och upplevda praktiska förutsättningar i verksamheterna. Det är, uttryckt annorlunda, viktigt att få olika aktörers syn på vad systemet gör bra, och vad som kan göras bättre.

Den kvantitativa delen av nulägesanalysen består av en systematisk genomgång av ett relativt omfattande statistikmaterial. Analysen omfattar bland annat larmvolymer, prioriteringar, responstider och ett flertal olika perspektiv på kapacitetsutnyttjande.

Resultaten har jämförts med ställda krav och med ett urval av relevanta regioner i Sverige. Analysen omfattar även jämförelser med Åland, som bedöms som det mest lämpliga jämförelseobjektet i Gotlands närhet.

Benchmarking är en grundläggande del av analysen och har använts för att sätta Gotlands resultat i ett sammanhang, identifiera avvikelser och bedöma om kapacitet och tillgänglighet ligger i nivå med jämförbara regioner. Det är i detta sammanhang viktigt att lämna en initial läsanvisning:

Alla jämförelser behöver förenas med en grundläggande förståelse för Gotlands särskilda förutsättningar. Det finns ett antal geografiska, demografiska och logistiska möjligheter som skiljer sig från fastlandet. Vi vill, mot denna bakgrund, betona att alla slutsatser måste vara situationsbetingade och ta hänsyn till Gotlands unika förhållanden som öns geografiska läge, avsaknad av närliggande sjukhus och variationer i befolkningens storlek över året.

Intervjuarbetet har omfattat ett 20-tal intervjuer med aktörer i hela den prehospitala kedjan. Intervjuerna har genomförts med strategiska ledningsfunktioner, operativ ambulanspersonal, larmcentral, akutsjukvård, primärvård, kommunala verksamheter, räddningstjänst och andra samhällsaktörer.

Fokus i genomförda intervjuer har legat på olika former av gränssnitt, samverkan och överlämningar. Frågor har ställts om ansvarsfördelning och praktiska beroenden och problem som ”flaskhalsar” och kapacitetsbrister.

En del av analysen är en kartläggning av dagens avtalsstruktur. Analysen omfattar bland annat en översiktlig genomgång av ansvarsfördelningen mellan avtalade aktörer, men också beroenden och kopplingar mellan olika avtal. Ett särskilt fokus har lagts på att beskriva otydligheter och gap i dagens struktur, liksom funktioner som inte är tillräckligt samordnade.

4. Övergripande beskrivning av den prehospitala vården i Region Gotland

Gotland har en geografisk struktur som präglas av relativt långa avstånd, gles bebyggelse och en befolkning som är spridd över hela ön. Under åren 2014 – 2022 hade Gotland en ständig, och relativt sett stor, befolkningsökning som resulterade i att regionen ökade från cirka 57 000 fasta invånare till cirka 60 000 invånare. Ön har under hela 2000-talet haft ett födelseunderskott (omkring 400 – 600 födda per år, omkring 500 – 600 döda per år).

Den tidigare befolkningsökningen har drivits av en nettoinflyttning. Åren 2023 och framåt har dock befolkningstillväxten vänt till en befolkningsminskning, om än diskret. Den permanenta befolkningen uppvisar sålunda en stabil utveckling, men med en tydlig demografisk förskjutning mot en större andel äldre invånare. Detta påverkar behovet av prehospitala insatser, eftersom äldre personer generellt har högre vårdkonsumtion och större risk för akuta tillstånd.

Befolkningsstrukturen varierar mellan olika delar av ön. Visby och tätorterna i dess närhet har en ökande befolkning, medan flera landsbygdsområden har en mer åldrande och glest boende befolkning. Detta skapar olika förutsättningar för responstider, kapacitetsutnyttjande och dimensionering av ambulansresurser.

Gotlands befolkning uppvisar dessutom en mycket omfattande säsongsvariation. Under sommarhalvåret ökar befolkningen kraftigt genom turism, evenemang och tillfälliga vistelser. Hur många personer som befinner sig på Gotland vid olika tidpunkter är komplicerat att uppskatta. År 2025 var cirka 60 900 invånare folkbokförda i regionen. Regionen uppger cirka 1 miljon besökare till ön per år. Olika källor anger något olika siffror för besökare, men utifrån Destination Gotlands och Transportstyrelsens data kompletterat med antalet kryssningsbesökare kan man estimera att det närvarar närmare 100 000 invånare på Gotland per dag under maximal belastning i juli. Detta innebär en ca 40-procentig ökning av befolkningen på Gotland.

Akutmottagningen och intensivvården i regionen bedömer för sin del att det handlar en cirka 25-procentig ökad belastning under sommarperioden. Detta medför ökad belastning på ambulanssjukvården, med fler olyckor och akuta tillstånd kopplade till fritidsaktiviteter. Det leder i sin förlängning till ett större tryck på ett stort antal vårdverksamheter, som exempelvis akutmottagningen och primärvården. Sammantaget bidrar dessa förutsättningar till ett behov av förstärkt beredskap och flexibel resursanvändning.

4.1 Närmare om transportinfrastruktur, avstånd och särskilda förutsättningar

Gotlands transportinfrastruktur skiljer sig i vissa avseenden från fastlandets. Vägnätet är väl utbyggt men saknar alternativa rutter i många delar av ön. Det innebär att transportavstånden kan vara relativt långa och påverkas av vägstandard och andra störningar.

Den specialiserade sjukhusvården är helt koncentrerad till Visby lasarett. De prehospitala transporterna (primäruppdrag) går i stort sett uteslutande mot Visby, oavsett var på ön patienten befinner sig. För patienter i ytterområden som Fårö, Storsudret eller östra Gotland innebär detta relativt betydande transporttider.

Transportinfrastrukturen påverkar även sekundärtransporter till fastlandet. Vid behov av avancerad vård, intensivvård eller vissa typer av specialistbehandling krävs transport med ambulanshelikopter eller ambulansflyg (eller i enstaka fall SAR-helikopter). Dessa transporter kräver hög samordning mellan regionens aktörer och nationella resurser.

Gotlands ö-läge innebär sammantaget särskilda, och för svenska förhållanden, ganska unika krav på robusthet, redundans och beredskap i den prehospitala vården. Till skillnad från fastlandet finns ingen möjlighet att snabbt omfördela resurser från angränsande regioner vid hög belastning eller särskild händelse. Vid en jämförelse med andra svenska regioner innebär dessa krav att Region Gotland behöver säkerställa:

- En egen, stabil och väl dimensionerad ambulansberedskap
- Redundans i både mark- och luftburna resurser
- Att helikopterverksamheten har en hög tillgänglighet
- En förmåga att hantera störningar i väder, kommunikation och infrastruktur
- En planering för att kunna verka även vid avbrott i samhällsviktiga funktioner

Ö-läget innebär vidare att Gotland måste ha en egen förmåga att hantera särskilda händelser, kriser och höjd beredskap. Den prehospitala vården är en central del av den katastrofmedicinska beredskapen och måste kunna mobilisera extra fordon och personal och upprätthålla reservrutiner för dokumentation och kommunikation. Men det handlar även om att säkerställa försörjning av läkemedel, drivmedel och medicinteknisk utrustning.

Höga krav gäller även för samverkan med Försvarsmakten, Sjöfartsverket och andra samhällsaktörer. Den prehospitala vården kräver ett stort mått av samarbete och samverkan. Att ha verksamheten utlagd på enskilda aktörer avseende sjuvårdslarmcentral, helikopter, ambulansflyg samt markambulans ger, i detta sammanhang, upphov till vissa riskmoment, som tas upp i senare kapitel.

4.2 Den prehospitala vårdens uppbyggnad, kapacitet och resurser

Den prehospitala vården på Gotland är utformad för att säkerställa en stabil, tillgänglig och geografiskt balanserad akutsjukvård över hela ön. De ovan nämnda förutsättningarna kring geografi och demografi har medfört en anpassning när det gäller dimensionering, beredskap och förmåga.

Den prehospitala vården har, med andra ord, byggts upp för att kunna hantera både vardagliga akuta tillstånd och perioder med kraftigt ökad belastning, samtidigt som den upprätthåller förmåga att verka under störningar, särskilda händelser och höjd beredskap.

Den prehospitala vården bedrivs dygnet runt och består av en kombination av markambulanser, ambulanshelikopter, sjuktransport och förstärkningsresurser genom IVPA (I Väntan På Ambulans, Räddningstjänsten).

Gotland har ambulansstationer i Visby, Slite och Hemse. I Visby bemannas en dygnsbil samt en bil kl. 07-22. I Visby är ambulanshelikoptern placerad med verksamhet dygnet runt. När helikoptern inte kan flyga bemannar besättningen (utom piloten) en markambulans med placering i Visby. I Slite finns en dagambulans. I Hemse bemannas en dygnsambulans.

Ett vanligt arbetssätt inom svensk ambulanssjukvård är så kallad passning (något som annars är ett vanligt förekommande arbetssätt i andra regioner). Arbetssättet innebär att om ett visst geografiskt område har sin ambulansresurs upptagen, omdirigeras en ambulans från ett närliggande område till en position mellan de två aktuella områdena för att därifrån kunna ”passa” eller nå nästa larm på kortare tid.

Ambulanssjukvården på Gotland har gjort ett medvetet val att inte arbeta efter detta system, bland annat beroende på att det arbetsmiljömässigt är suboptimalt (även om det teoretiskt förbättrar responstiderna på ett större område). Region Gotlands nuvarande leverantör har dock tillsett att förvärva en fastighet centralt beläget på ön som i vissa fall kan användas för passning, samtidigt som den omdirigerade ambulansbesättningen inte behöver vänta i bilen.

På samma fastighet finns också lagring av leverantörens extra ambulansflotta, som är tämligen betydande. Totalt sett finns dubbelt så många fysiska ambulanser, än vad som är i daglig tjänst. Detta underlättar också arbetssättet med dynamisk dimensionering som innebär att leverantören av markambulanstjänster med kort varsel kan sätta in extra markambulansresurser under perioder med högre belastning- eller vid större olyckor eller skadehändelser.

En central del av Gotlands prehospitala kapacitet är ambulanshelikoptern, som är i dygnet-runt-beredskap och stationerad i Visby. Helikopterverksamheten utgör en kritisk komponent i regionens förmåga att hantera tidskritiska tillstånd, avancerade vårdbehov och transporter till fastlandet. Helikoptern larmas även till primäruppdrag på ön, särskilt vid prio 1-uppdrag till Fårö, Storsudret och Östergarnslandet.

All operativ personal inom markambulansverksamheten är sedan några år specialistsjuksköterskor. Vad gäller helikopterverksamheten bemannas den av en pilot och en HEMS-crewmedlem från helikopterleverantören samt en anestesisjuksköterska från markambulansverksamheten. HEMS-crew (HTC-helicopter technical crew) innehar minst ambulanssjukvårdarkompetens men är i flertalet fall i nuläget specialistsjuksköterskor med speciell tilläggsutbildning för att bistå helikopterpiloten under uppstart, flygning och landning. Vid tider då helikoptern inte kan flyga (av väder-, flygtids- eller tekniska skäl) bemannar HTC och anestesisjuksköterskan en markambulans med 90 sekunders inställelsetid utgående från Visby flygplats. Att kompetenskraven på HEMS-crew och övriga som arbetar operativt inom ambulanssjukvården skiljer sig åt är huvudsakligen okontroversiellt, bland annat med tanke på att HEMS-crews arbete i relativt stor omfattning innebär flygtekniska uppgifter. Inför framtiden rekommenderas att kompetenskraven på all operativ ambulanssjukvårdspersonal tydligt beskrivs och analyseras ur flera perspektiv, förutom medicinsk säkerhet också andra prehospitala uppgifter (kommunikation, säkerhet, teknik, tillgång på specialistutbildad personal och ekonomi).

Vid behov deltar även anestesiläkare från Visby lasarett vid sekundäruppdrag med helikopter, vilket möjliggör avancerad intensivvård under transport. Helikoptern används

både för primäruppdrag på Gotland och för sekundärtransporter till fastlandet, och kan undantagsvis bistå andra regioner vid behov.

Tre samverkande faktorer framträder som försvårande för ambulanstäckningen på Gotlands ytterområden, framför allt på norra ön, och under tämligen stora delar av dygnet: 1) ambulansen i Slite endast är enbart bemannad under dagtid, 2) ambulanshelikoptern är under upp till åtta timmar av dygnet inte tillgänglig (p.g.a. pilotens flygtimmar och dygnsvilobestämmelser), 3) ambulansen på Gotland arbetar, som nämnts ovan, inte med passning.

När det gäller kompetensnivån inom ambulanssjukvården måste den betecknas som mycket (nästintill unikt) hög i ett nationellt perspektiv. Region Gotland har aktivt beslutat att ställa upp krav att ambulanssjukvården ska vara bemannad med två specialistsjuksköterskor per ambulans, vilket möjliggör avancerad prehospital bedömning och behandling. Det finns fördelar med denna ordning, men nulägesanalysen redovisar också ett antal mer kritiska påpekanden från vissa systemaktörer.

För patienter som inte är i behov av avancerad vård men som kräver tillsyn eller lättare omvårdnad under transport finns en särskild transportambulans under dagtid. Ett tilläggsavtal med denna inriktning upprättades 2023 efter ett genomfört utvecklingsprojekt. Denna resurs bemannas av undersköterska eller ambulanssjukvårdare och avlastar ambulanssjukvården genom att ta hand om transporter som har ett högre medicinskt eller omvårdnadsmässigt behov än liggande taxi, men inte har behov av specialistsjuksköterskas kompetens under transporten.

Transportambulansen bidrar till att frigöra ambulanser för akuta uppdrag och är en viktig del av det prehospitala vårdsystemets totala kapacitet. Transportambulansen uppges utföra cirka 40 – 60 uppdrag per månad. Sannolikt är denna resurs något underutnyttjad, såväl i täckningsgrad som i kompetenshänseende. Transportambulansen är ett utryckningsfordon och bemannas i hög grad av mycket erfarna ambulanssjukvårdare. Vår slutsats är att transportambulansen också bör ses som en viktig resurs vid tidskritiska uppdrag, eller vid situationer där andra markambulanser på ön är upptagna med uppdrag.

Gotland har även förstärkningsresurser genom IVPA-verksamhet, där Räddningstjänsten larmas ut vid hjärtstopp och andra livshotande tillstånd. IVPA är särskilt betydelsefullt i områden med långa insatstider och bidrar till att förbättra överlevnad och tidig behandling. I IVPA-kriterierna på Gotland inkluderas utlarmning vid hjärtstopp samt fall då patienten befinner sig i ett utsatt läge (exempelvis ute i terräng, långt från farbar väg).

Enligt genomförda intervjuer var tidigare IVPA-kriterier bredare formulerade. SOS Alarm anger att de flesta regioner i Sverige har bredare utlarmnings-kriterier för IVPA än vad som är fallet på Gotland. Vilka åtgärder IVPA har förmåga att vidta bestäms också av om läkemedelsdelegationer är utgivna. Exempelvis har inte räddningstjänsten på Gotland längre delegation att administrera syrgas.

En innovativ funktion i Gotlands bredare prehospitala system är CIP (civil insatsperson). CIP samordnas för närvarande av den privata aktören Länsförsäkringar. En CIP har erhållit en dedikerad utbildning samt har viss utrustning för basala initiala åtgärder. Målet är att Gotland ska organisera 60-talet CIP som bor utspritt på ön.

Vid sjö- och flygräddning finns dessutom ett samverkansavtal med Sjöfartsverket, vars SAR-helikopter kan användas vid akuta sjuktransporter där tidsfaktorn är avgörande eller när ambulanshelikoptern är upptagen eller hindrad av väderförhållanden. SAR-resursen förstärker Gotlands förmåga att hantera komplexa och tidskritiska situationer och utgör en del av regionens totala redundans.

Försvarsmakten har sjukvårdsresurser på ön för sin verksamhet. En utbyggd samverkan och ett utökat samarbete med dessa resurser skulle kunna vara ett utvecklingsområde; inte bara för att bygga beredskapen och öka förmågan vid större skadeutfall utan också för att bidra till att öka förmågan och kompetensen inom Försvarsmakten.

4.3 Den prehospitala vårdens målsättningar

Ambulansverksamheten har tydliga mål för insatstider – i nedanstående tabell sammanfattas de mål som för närvarande finns fastställda.

Tabell 1: Mål och krav per larmkategori

Kategori	Mål/Krav	Tidsangivelse
Prio 1 – akuta livshotande symtom	Minst 80 % av uppdrag ska nås inom	**20 min**
Prio 1 – akuta livshotande symtom	Minst 95 % av uppdrag ska nås inom	**30 min**
Prio 2 – akuta men ej livshotande symtom	Minst 80 % av uppdrag ska nås inom	**45 min**
Startintervall	Prio 1	**90 sekunder**
Startintervall	Prio 2 - 3	**180 sekunder**
Helikoptern är tillgänglig dygnet runt	Påbörja planering av rutt 5 minuter mellan kl. 08.00 och 17.00 Maximal inställelsetid för pilot är 30 minuter mellan kl. 17.00 och 08.00	

Av tidigare upphandlingsunderlag framgår att regionen vinnlagt sig om att systemet ska vara robust och väl samordnat för att säkerställa tillgänglighet och patientsäkerhet i vardag, vid säsongsvariationer och under särskilda händelser.

Rent formellt ser Gotlands mål om 80 % inom 20 minuter mindre offensivt ut än en vissa andra regioners mål, medan målet 95 % inom 30 minuter är relativt starkt eftersom det ställer krav även på de mest svårtillgängliga delarna av regionen. Sammantaget framstår de uppställda kraven som relativt ambitiösa givet öns geografi, befolkningsunderlag och begränsade möjligheter till förstärkning från andra regioner.

5. Analys av mål, kapacitet och resultat

5.1 Larmvolymer, belastning och utveckling över tid

Larmvolymernas utveckling över tid är en central indikator för att bedöma den prehospitala vårdens stabilitet, belastning och förmåga att hantera förändringar i vårdsökande beteenden. Genom att följa hur antalet uppdrag varierar mellan år, månader och dygnets timmar kan man identifiera mönster som påverkar både resursbehov och beredskapskrav.

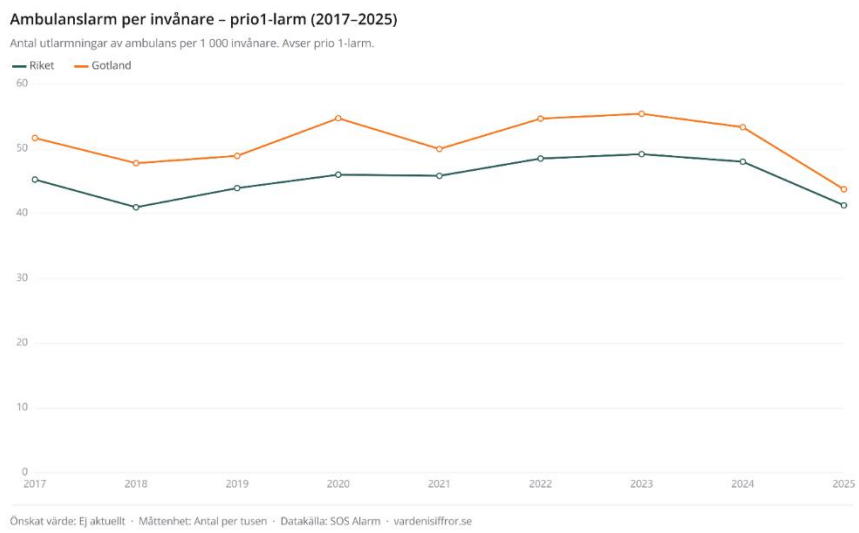
Analysen omfattar här total larmmängd, fördelningen mellan larmkategorierna prio 1 och prio 2 och 3, säsongsvariationer kopplade till turism och evenemang samt förändringar i patientflöden. Dessa faktorer ger tillsammans en samlad bild av hur efterfrågan på ambulanssjukvård utvecklas och vilka strukturella förutsättningar som påverkar systemets kapacitet.

Tabell 2: Antal uppdrag jämfört med prio 1 inkl. behandling på plats

År	Totalt antal uppdrag	Prio 1	Behandlas på plats
2023	8 685	4 058	1 115
2024	8 584	3 479	1 140
2025	8 855	3 095	1 169
2026 (t.o.m. aug)	6 567	2 045	975

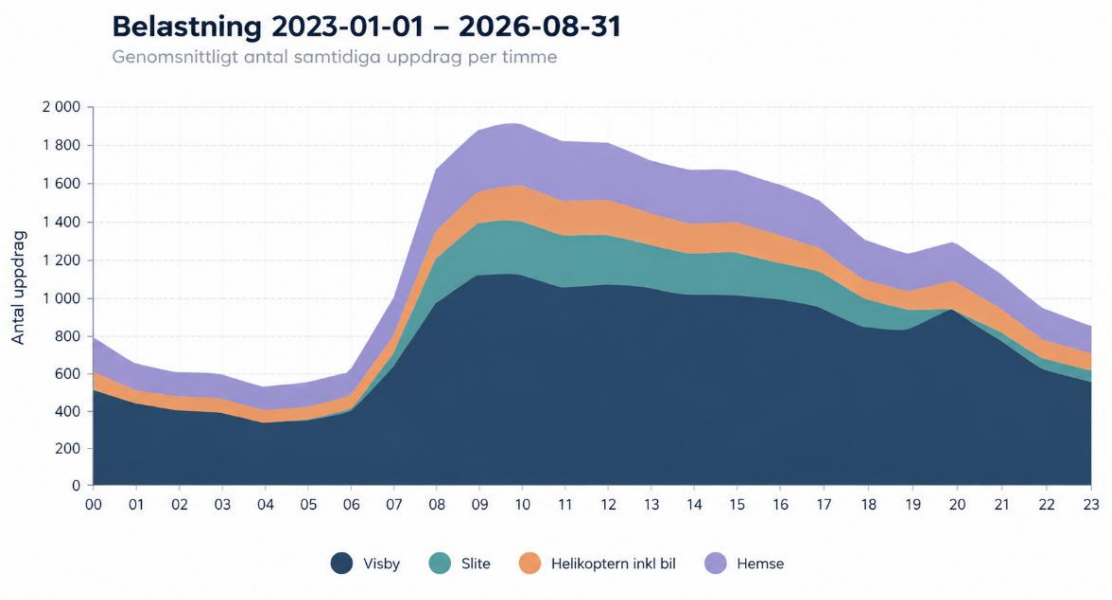
Det tillgängliga datamaterialet visar en stabil larmvolym under de senaste åren – även om det återstår fyra månader under 2026. Statistiken från nationella jämförelser visar att Gotland har något fler ambulanslarm än riket. Skillnaden har dock minskat under senare år. Kvarvarande differenser kan sannolikt tillskrivas demografiska förklaringsmekanismer.

Diagram 1: Ambulanslarm per 1000 invånare i Riket och på Gotland, prio 1-larm (2017 – 2025)



När det gäller den mer detaljerade belastningsprofilen över dygnet för Gotlands tre ambulansstationer, kan flera iakttagelser göras[1]. Den samlade belastningen för hela ön visar en markant ökning av uppdrag från kl. 07 och en tydlig topp mellan kl. 08 och 15. Under dessa timmar ligger det totala antalet uppdrag per timme mellan 1 791 och 1 898, vilket är den högsta belastningen under dygnet. Efter kl. 16 sjunker belastningen successivt och når sin lägsta nivå mellan kl. 00 och 05.

Diagram 2: Belastningsprofil – genomsnittligt antal samtidiga uppdrag per timme (2023 – 2026)



[1] Statistiken omfattar antalet uppdrag per station och per timme och ger en bild av hur belastningen varierar mellan stationer och över dygnet.

Detta mönster är typiskt när både akuta medicinska tillstånd och planerade vårdflöden sammanfaller med dagtidens aktivitet. En mer stationsspecifik belastningsanalys (baseras på historiska uppdrag under perioden 2023-01-01 till 2026-08-31) visar hur många uppdrag som startat under respektive timme av dygnet, summerat över hela perioden. För att ge en mer intuitiv bild av belastningen har värdena räknats om till uppdrag per år.

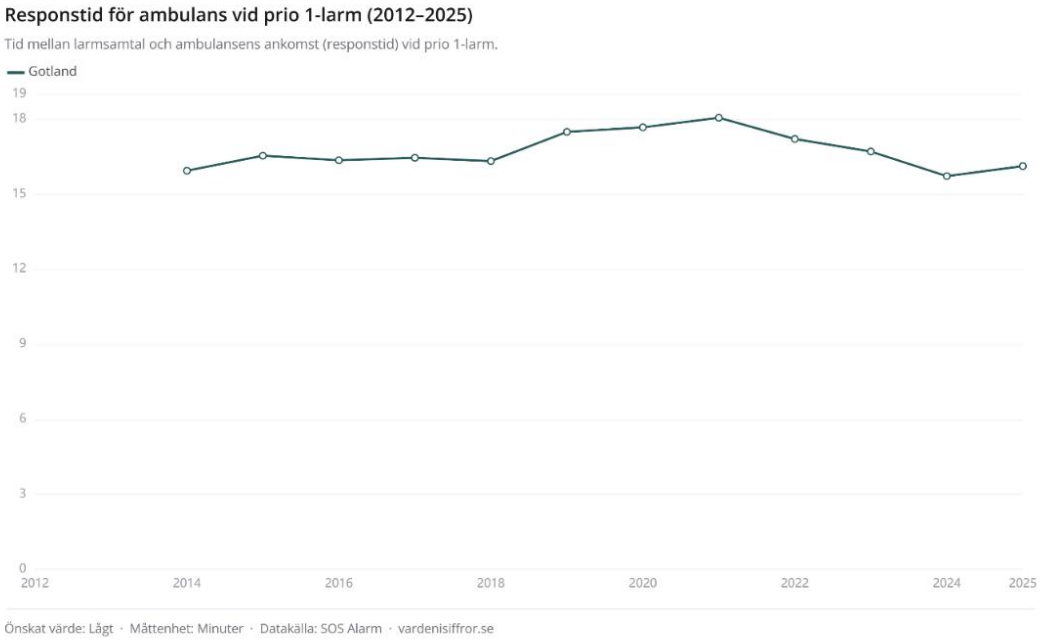
- Visby är den klart mest belastade stationen och har uppdrag under hela dygnet. Under natten, mellan kl. 02 och 05, motsvarar belastningen ungefär 100–125 uppdrag per år och timme. Från kl. 08 ökar belastningen markant och når sina högsta nivåer mellan kl. 08 och 15, då stationen hanterar cirka 280–315 uppdrag per år och timme. Visby utgör därmed det tydliga navet i Gotlands ambulansverksamhet och svarar för merparten av öns uppdrag.
- Hemse är den näst mest belastade stationen och uppvisar en stabil dygnsprofil. Nattetid ligger belastningen på omkring 35–45 uppdrag per år och timme, medan den under dagtid ökar till cirka 80–105 uppdrag per år och timme. De högsta nivåerna återfinns huvudsakligen mellan kl. 08 och 15. Stationen har en viktig funktion för att täcka södra Gotland och de större geografiska avstånden i området.
- Slite har av naturliga skäl en dagorienterad verksamhet (det är en dagbil). Belastningen stiger därmed från kl. 08. Mellan kl. 08 och 15 motsvarar belastningen ungefär 50–80 uppdrag per år och timme, med de högsta nivåerna under förmiddagen. Totalt sett har dagbilen en relativt låg belastning jämfört med Visby och Hemse, men fungerar som en viktig resurs för den nordöstra delen av ön.
- I regionens statistik särredovisas även ambulanshelikoptern och dess besättnings markambulansuppdrag (när helikoptern inte kan flyga). Resursen har en låg till medelhög belastning med en tydlig dagprofil. Nattetid uppgår belastningen till cirka 15–25 uppdrag per år och timme, medan den under dagtid vanligtvis ligger på omkring 45–55 uppdrag per år och timme.

Det samlade belastningsmönstret är stabilt och konsekvent över tid, vilket ger goda förutsättningar för planering av bemanning och resursfördelning. Den tydliga dagtoppen och den ojämna belastningsfördelningen mellan stationerna utgör potentiella faktorer för framtida optimering av stationering och beredskap. Tillsammans visar dessa observationer att systemet är robust, men att det finns möjligheter att ytterligare stärka effektiviteten genom riktad kapacitetsanvändning.

5.2 Responstider i olika geografiska delar av Gotland

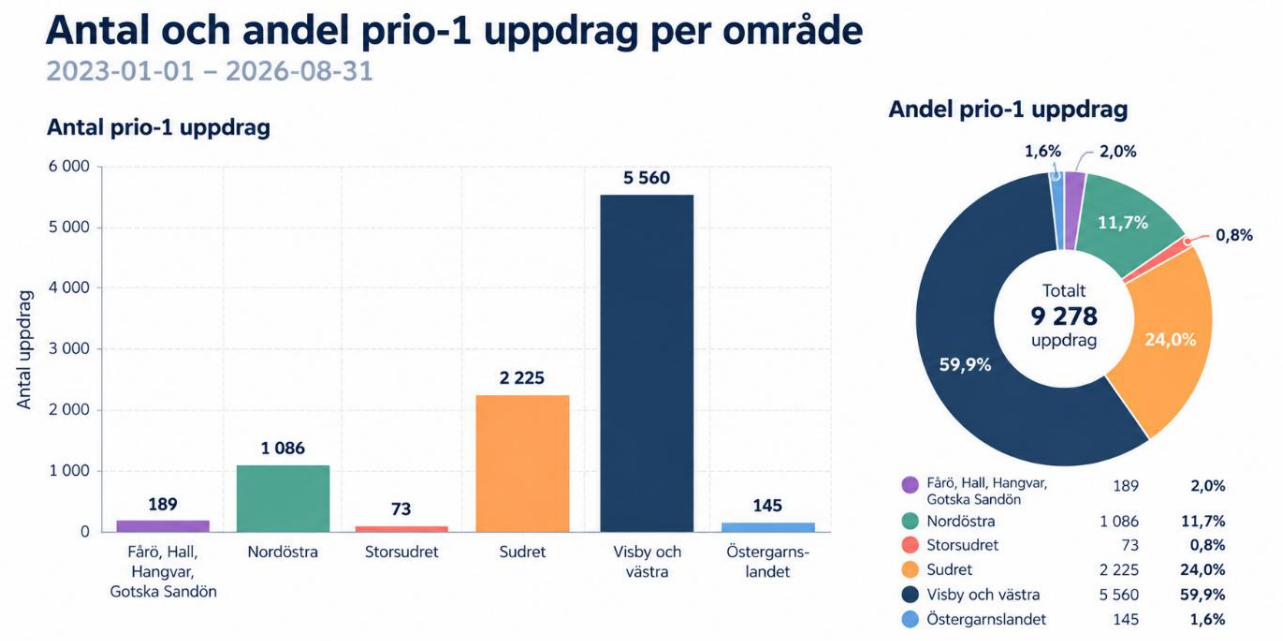
Responstid är i flera avseenden den mest centrala indikatorn för ambulanssjukvårdens kvalitet och tillgänglighet. Responstid innebär tiden från utlarmning till dess första enhet är på plats. Nulägesanalysen bygger här på ambulansverksamhetens egen statistik för perioden 2023–2026 samt data från SOS och omfattar både geografiska skillnader inom Gotland, nationella jämförelser och en flerårig månadssammanställning av responstider för hela ön.

Diagram 3: Utveckling responstid vid prio 1-larm (2012-2025)



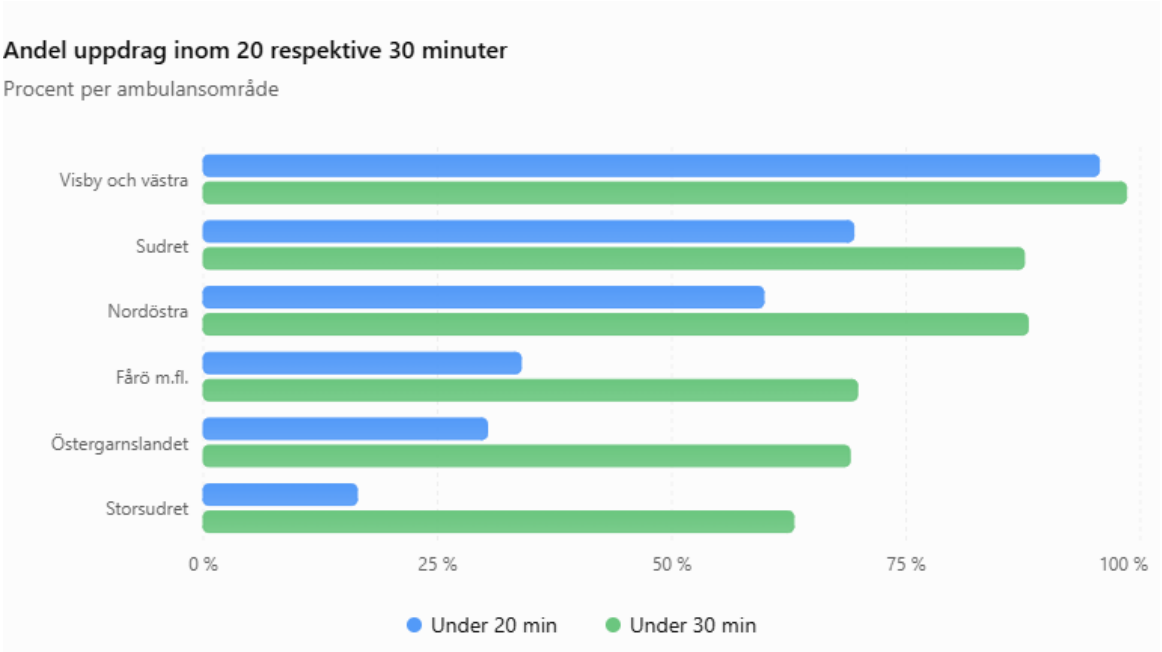
Under 2025 låg responstiden på 16,1 minuter. Utvecklingen av responstider har varit stabil över tid, även om en uppgång och topp kan ses från 2018. För att kunna analysera Gotlands utfall och resultat behöver den aggregerade responstiden brytas ner. Till att börja med behöver man ställa sig frågan hur antalet uppdrag är fördelade över geografiska områden på ön.

Diagram 4: Antal och andel prio-1 uppdrag per område (2023 - 2026)



Av diagrammet framgår att volymen uppdrag i Visby och västra med stor marginal överstiger alla områden tillsammans. Nära 60 procent av alla uppdrag under mätperioden utgår från Visby och västra. Detta förhållande får, som vi ska se, stor inverkan på det samlade resultaten som Gotland uppvisar när det gäller responstider.

Diagram 5: Andel prio-1-uppdrag med responstid inom 20 respektive 30 minuter, per område



Diagrammet ovan visar att Gotland har en mycket tydlig geografisk variation. I Visbyområdet ligger andelen responstider inom 20 minuter i nivå med de regioner i Sverige som har bäst utfall.

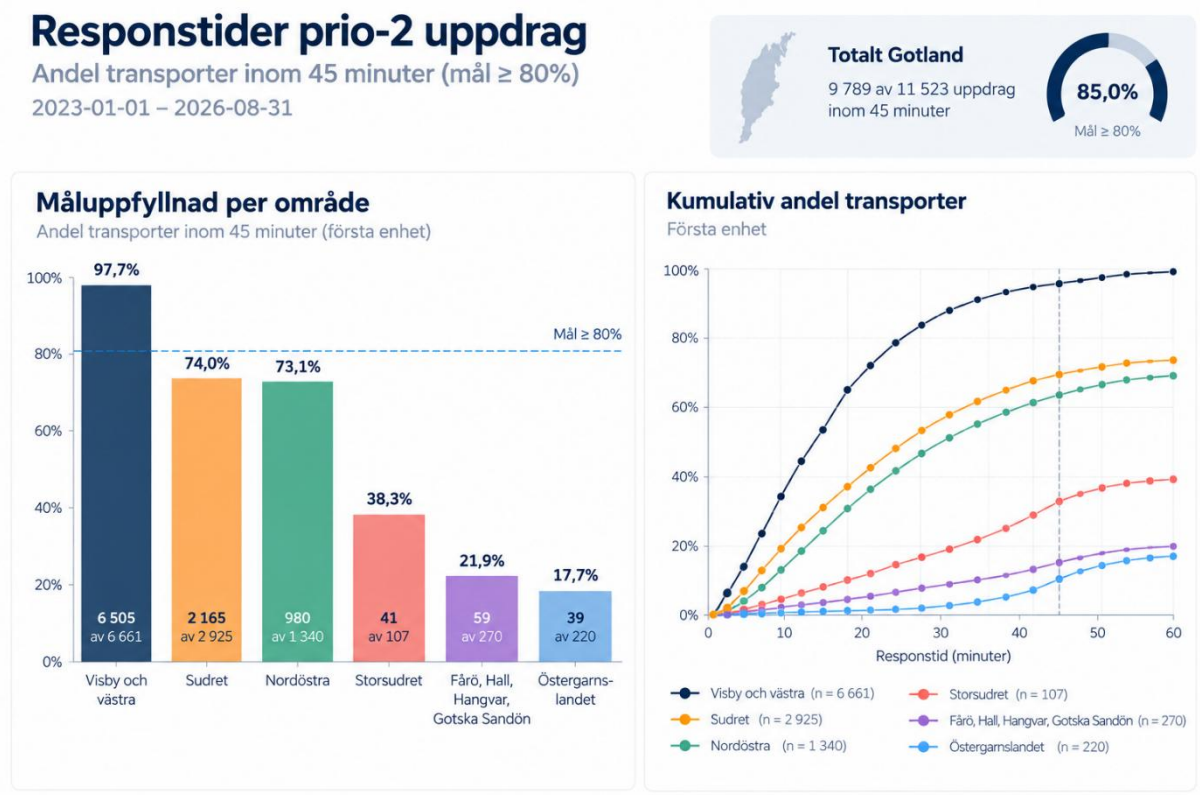
Sudret och Nordöstra ligger ganska nära att uppvisa en måluppfyllelse enligt Regionens uppsatta mål.

I de mest glesbefolkade delarna av ön, exempelvis Fårö/Hangvar, Östergarnslandet och Storsudret, är responstiderna däremot längre. Här når endast en mindre andel av prio 1-uppdragen fram inom 20 minuter, vilket är en direkt följd av långa avstånd, begränsat vägnät och placering av resurser. Samtidigt utgör andelen prio-1-larm från dessa tre områden endast 4,4 procent av det totala antalet uppdrag.

En flerårig månadssammanställning visar att prio 1-uppdragen på hela ön når fram inom 20 minuter i en hög andel av fallen under hela perioden 2023–2026. Variationerna mellan månaderna är små, och även under sommarens belastningstoppar bibehålls en stabil måluppfyllelse. En stor andel av alla prio 1-uppdrag når fram inom 30 minuter även under de mest intensiva perioderna.

Om vi går över till prio 2-uppdragen har dessa längre insatstider, vilket visserligen är helt förväntat. Trenden över flera år visar att insatstiderna är stabila, trots något ökande uppdragsvolymer. Detta avviker i viss mån från nationella sammanhang där många regioner ser försämrade tider.

Diagram 6: Responstider prio-2 uppdrag (2023 - 2026)

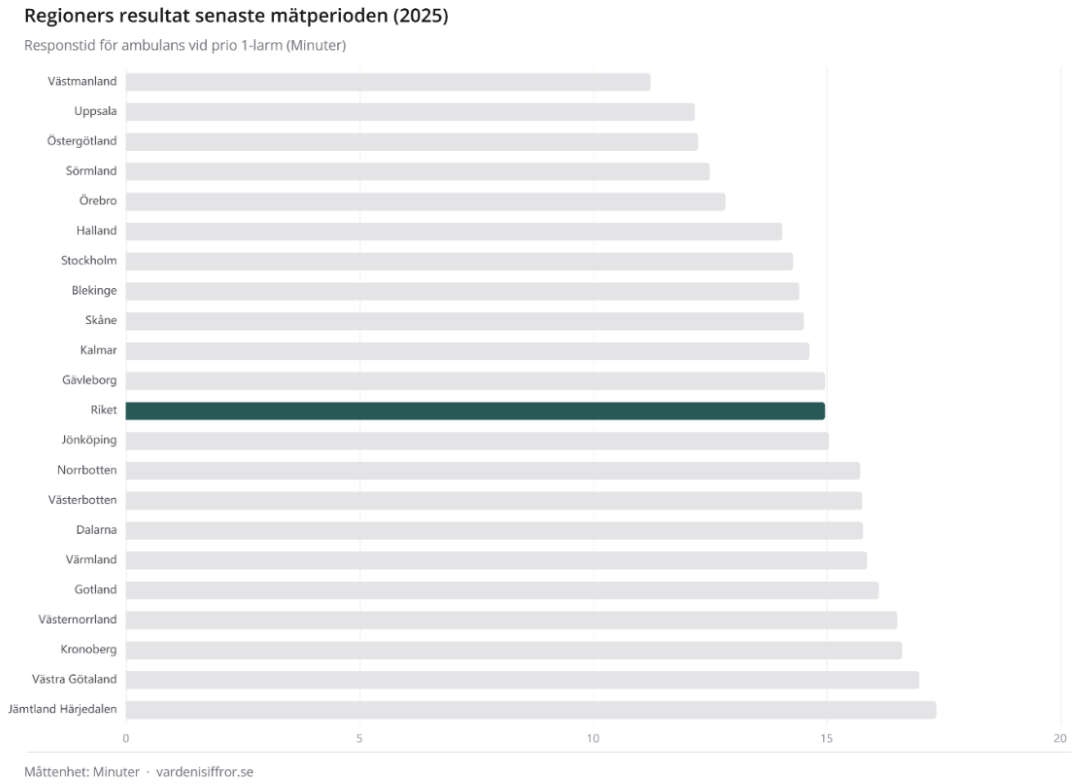


Sammantaget visar analysen att Gotlands ambulanssjukvård uppvisar förhållandevis god tillgänglighet i centrala delar av ön. Men i ytterområdena ser det annorlunda ut. Trots relativt få uppdrag drar dessa ner det sammanlagda snittet för responstiderna vid prio 2-larm på Gotland.

De nationella öppna jämförelserna via Vården i siffror visar att Gotland placerar sig på den nedre halvan av regionerna (plats 17) gällande responstider för prio-1-uppdrag. Skillnaderna mellan många av regionerna är samtidigt relativt små räknat i minuter, med undantag för vissa tätortsregioner som uppvisar särskilt korta responstider. Det innebär att rankingen bör tolkas med viss försiktighet.

Samtidigt avser prio 1-larm akuta sjukdoms- eller skadefall där det föreligger eller kan befaras allvarlig störning av vitala funktioner eller överhängande risk för detta. För patienter med livshotande eller potentiellt livshotande tillstånd kan även små tidsvinster vara av stor betydelse för medicinskt utfall. Mot denna bakgrund finns det skäl att kontinuerligt prioritera åtgärder som kan förkorta responstiderna, även om skillnaderna mellan regionerna i absoluta tal är relativt begränsade.

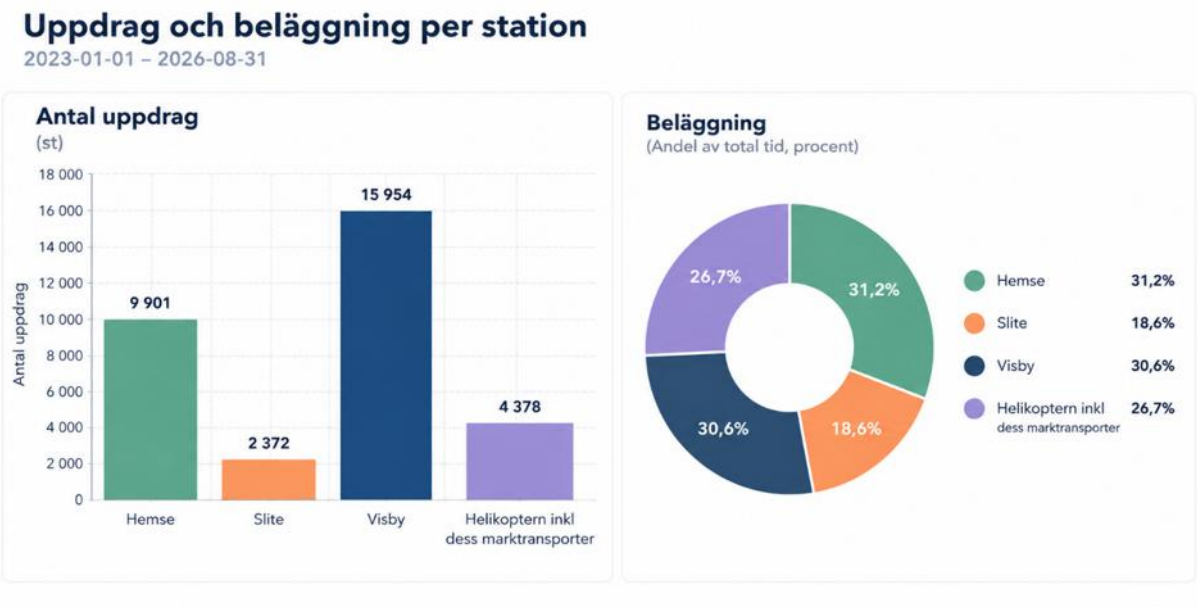
Diagram 7: Regioners resultat responstid vid prio 1-larm (2025)



5.3 Nyttjandegrad, beläggning och övrigt kapacitetsutnyttjande

Nedanstående genomgång sammanfattar beläggningsgraden inom ambulanssjukvården på Gotland för perioden 1 januari 2023 till 31 augusti 2026. Beläggningsgraden utgör ett viktigt mått på ambulanssjukvårdens belastning och beskriver hur stor del av tjänstgöringstiden ambulanserna är upptagna med uppdrag. Måttet beräknas genom att dividera den totala belagda tiden med den angivna tjänstgöringstiden. Beläggningsgraden ger därmed en direkt bild av verksamhetens kapacitetsutnyttjande och beredskapsförmåga.

Diagram 8: Ambulansstationer och beläggningsgrad



Analysen visar att beläggningen varierar tydligt mellan Gotlands ambulansstationer. Hemse och Visby uppvisar de högsta beläggningsnivåerna, båda omkring 30 procent, vilket innebär att ambulanserna ofta är engagerade, med en något ökad risk för att nästa larm möts av redan upptagna resurser.

När det gäller Slite är beläggningen låg. I en av de genomförda intervjuerna beskrivs Slite som en ort man bor på, medan en större del av befolkningen arbetar någon annan stans under dagtid. Den här typen av orter har generellt och relativt sett en större andel av larmen nattetid än orter där folk såväl arbetar som bor.

En fördjupad analys på enhetsnivå skulle eventuellt kunna ge ytterligare observationer. Men ur ett nationellt perspektiv framstår Gotlands beläggningsnivåer som relativt beskedliga. Beläggningsgraden mellan 18 och 31 procent motsvarar låg till medelhög belastning, och regionen saknar rapporter om omfattande inställda pass eller annan typ av systemstress.

Analysen visar samtidigt att det finns flera möjliga utvecklingsområden. I nationell jämförelse är beläggningen låg och systemet stabilt, vilket ger goda förutsättningar för att vidareutveckla verksamheten med fokus på optimering snarare än krishantering.

Slites låga beläggning innebär att stationen sannolikt kan användas mer aktivt som förstärkningsresurs. Visby, som har hög uppdragsvolym och vars enheter tidvis ligger nära kapacitetsgränsen, kan behöva förstärkning under helger och sommarperioder. Det finns sannolikt också ett antal arbetssättsförändringar som vid behov kan övervägas (vi återkommer till dessa resonemang i rapportens avslutande kapitel).

5.4 Helikoptertransporter och sekundärtransporter

Ambulanshelikoptern utgör en central del av Gotlands förmåga att genomföra medicinska transporter till och från fastlandet. Verksamheten används både till akuta

primäruppdrag och även i stor omfattning för sekundärtransporter, vilket möjliggör vård på rätt vårdnivå för patienter som behöver specialistvård utanför ön.

Tabell 3: Sammanställning av helikopterverksamheten

Indikator	2024	2025	2026 jan-aug
Flygtimmar med helikopter	651	752	538
Sekundärtransporter (resor)	287	330	226
Transporterade patienter med helikopter	516	541	428
Patienter per transport	1,8	1,64	1,89
Primäruppdrag prio 1	161	190	180
Utomlänspatienter transporterade med helikopter	49	38	28
Flygresor med annan resurs än Gotlandshelikopter	134	111	76
Gotländska patienter med annan flygresurs	213	172	124
Totalt transporterade patienter (helikopter + annan flygresurs)	729	706	552
Transporter med läkare	109	112	77

Tabellen visar att helikopterverksamhetens omfattning har ökat under de senaste åren. Antalet sekundärtransporter ökade från 287 uppdrag år 2024 till 330 uppdrag år 2025. Under perioden januari till augusti 2026 hade redan 226 sekundärtransporter genomförts och 428 patienter transporterats med helikopter. Samtidigt hade helikoptern flugit 538 timmar, vilket motsvarar cirka 72 procent av hela 2025 års flygtidsproduktion redan efter årets första åtta månader.

En observation är att helikoptern används med relativt hög transporteffektivitet och samordning. I år har i genomsnitt 1,89 patienter transporterats per sekundäruppdrag, vilket är högre än motsvarande nivå under 2025. Samtidigt har behovet av alternativa flygtransportlösningar minskat.

Antalet flygresor som genomförts med andra resurser än Gotlandshelikoptern har minskat från 134 år 2024 till 111 år 2025. För de första åtta månaderna 2026 uppgår motsvarande antal till 76 resor.

Utvecklingen tyder på att regionens egen helikopter i allt större utsträckning tillgodoser behovet av medicinska transporter och därmed minskar beroendet av externa flygtransportresurser. Detta är i flera avseenden en positiv utveckling. Ett viktigt observandum är att ambulanshelikopterns allt större betydelse för sekundärtransporter medför en risk för försämrade prio 1-responstider i ytterområdena, särskilt om man väger in att piloterna arbetar på veckoberedskapsschema (vilket i sin tur medför att piloterna behöver 8-timmars sammanhängande dygnsvila varje dygn). Detta är en faktor som behöver tas med i det fortsatta arbetet för att förbättra responstiderna.

6. Jämförelser med andra prehospitala vårdsystem

För att närmare belysa Gotlands utveckling har viss grundläggande statistik jämförts med regioner som har liknande befolkningsstorlek eller geografiska förutsättningar. Denna benchmarking används för att bedöma om Gotlands nivåer följer förväntade mönster och för att identifiera skillnader som kan bero på exempelvis primärvårdens tillgänglighet, befolkningens åldersprofil eller lokala händelser.

I analysen ingår en sammanställning av det totala antalet uppdrag, prio 1-uppdrag och uppdrag som avslutas med behandling på plats. Denna sammanställning har utgjort ett underlag för att bedöma både belastning och förändrade vårdmönster över tid.

Generellt gäller att rikets responstider, uppdelat per kommun, varierar kraftigt och en betydande del av befolkningen bor i kommuner där medianresponstiden överstiger 15 minuter vid prio 1-larm.

Tabell 4: Ett urval av regionjämförelser

Region	Invånare	Ambulanser i normal drift	Larm/år	Larm/10 000 inv.	Responstid Prio 1	Hkp	Hänvisning
Gotland	61 000	3 - 4	8 855	1 451	16:06	Ja	13%
Jämtland/Härjedalen	132 000	12 - 16	17 241	1 306	16:45	Ja	31%
Dalarna	288 000	18 - 24	46 001	1 597	15:08	Ja	18%
Halland	347 000	20	42 265	1 160	14:20	Nej	15%
Västernorrland	246 000	18 - 21	36 000	1 463	16:20	Nej	19%
Åland	30 500	2 - 3	3 034	995	-	Ja	18 %

Jämförelsen visar att Gotland hanterar cirka 1 451 ambulansuppdrag per 10 000 invånare och år, vilket är en hög nivå. Endast Dalarna och sannolikt Västernorrland uppvisar högre larmfrekvens. Jämförelserna mellan regionerna ska dock tolkas med viss försiktighet, eftersom belastningen i vissa regioner (däribland Gotland) varierar till följd av omfattande turism och ett stort antal tillfälligt boende under delar av året. Samtidigt ligger Gotlands responstid vid prio 1-larm på ungefär samma nivå som Västernorrland och något bättre än Jämtland/Härjedalen, trots att Gotland verkar under särskilda geografiska förutsättningar som ö-region. Västernorrland och Jämtland/Härjedalen är dock ytmässigt väsentligt större. Det teoretiskt längsta vägavståndet från närmaste dygnsambulans på Gotland (exkluderande mindre öar) är 65 km (Visby-Fårö), medan samma avstånd är ca 150 km i Jämtland och ca 90 km i Västernorrland.

Halland, som får representera en mindre region med relativt goda resultat, har kortare responstider än de övriga studerade regionerna. Det är förväntat givet regionens högre befolkningstäthet och infrastruktur med kortare transportavstånd (och det låga antalet larm per 10000 invånare). Jämtland/Härjedalen och Västernorrland representerar däremot geografiska områden med omfattande glesbygd, vilket påverkar möjligheten att nå patienter snabbt.

Åland och Gotland uppvisar flera strukturella likheter genom sina ö-lägen och beroendet av ambulanshelikopter för vissa typer av uppdrag. Åland har dock betydligt lägre larmvolymer per invånare än Gotland.

En specifik och intressant observation i jämförelsen mellan regionerna är skillnaderna i andelen patienter som bedöms kunna kvarstanna i hemmet eller hänvisas till annan vårdnivå (hänvisningsstatistik). Jämtland/Härjedalen uppger att i genomsnitt omkring 31 procent av ambulansärendena avslutas utan transport till akutsjukhus, medan motsvarande nivå i Dalarna uppgår till cirka 18 procent. På Gotland behandlades eller hänvisades cirka 13 procent av patienterna under 2025.

Skillnader av denna storleksordning kan sannolikt inte enbart förklaras av medicinska behov eller skillnader i patientpopulationen. En mer rimlig förklaring är att regionerna utvecklat olika arbetssätt, olika grader av organisatoriskt stöd och delvis olika kultur kring ambulanssjukvårdens roll i vårdkedjan.

Historiskt har ambulanssjukvården i Sverige i första hand betraktats som en transportorganisation vars främsta uppdrag varit att föra patienter till akutmottagning. Under senare år har synsättet successivt förändrats. I många regioner ses ambulansen idag alltmer som en mobil vårdresurs vars uppgift inte enbart är att transportera patienter utan också att göra kvalificerade medicinska bedömningar och vid behov hänvisa till rätt vårdnivå eller avsluta vårdkontakten på plats.

Mot den bakgrunden framstår Gotlands resultat som särskilt intressant. Ambulanspersonalen på Gotland har generellt hög kompetensnivå och goda förutsättningar att göra avancerade kliniska bedömningar. Att andelen hänvisningar ändå är relativt låg kan därför vara en indikation på att de begränsande faktorerna inte primärt handlar om medicinsk kompetens. I stället kan skillnaderna bero på lokala arbetssätt, beslutsstöd, organisatoriska förväntningar, tillgång till alternativa vårdvägar eller etablerade professionella normer kring när patienter bör transporteras till sjukhus.

Det är inte ovanligt att sådana skillnader utvecklas över tid. I vissa regioner finns en kultur där vård på plats och hänvisning betraktas som en naturlig del av det prehospitala uppdraget, medan andra regioner har en mer försiktig hållning där transport till akutmottagning fortfarande utgör normallösningen. När skillnaderna mellan regioner uppgår till närmare 20 procentenheter är det därför rimligt att anta att organisatoriska och kulturella faktorer spelar en roll.

Detta innebär inte nödvändigtvis att Gotland har en för låg hänvisningsgrad. Däremot indikerar jämförelsen att det sannolikt finns ett utvecklingsutrymme att ytterligare stärka ambulanssjukvårdens bidrag till den samlade vårdkedjan. Erfarenheter från andra regioner visar att ett ökat fokus på vård på plats, hänvisning till andra vårdnivåer och alternativa patientflöden kan minska belastningen på akutmottagningar samtidigt som ambulansresurser frigörs för patienter med mer akuta vårdbehov.

En relevant frågeställning för fortsatt analys är därför inte främst om Gotland har "rätt" eller "fel" andel hänvisningar, utan vilka organisatoriska, kulturella eller systemmässiga faktorer som förklarar skillnaderna mot jämförbara regioner. Om en del av variationen faktiskt beror på arbetssätt snarare än medicinska behov kan det finnas en betydande utvecklingspotential utan att patientsäkerheten äventyras.

6.1 Närmare om Åland

Det autonoma och demilitariserade landskapet Åland uppvisar flera geografiska och organisatoriska likheter med Region Gotland, samtidigt som vissa betydande skillnader föreligger. Åland består av drygt 6 700 öar, där den största ön, Fasta Åland, utgör cirka 70 procent av landskapets totala areal och är hem för omkring 90 procent av befolkningen. Fasta Åland har en utsträckning om cirka 50 kilometer i nord-sydlig riktning och cirka 45 kilometer i öst-västlig riktning. Totalt uppgår befolkningen till omkring 30 000 invånare, varav cirka 11 700 bor i Mariehamn.

Den prehospitala verksamheten på Åland präglas av en nära integration mellan ambulanssjukvården och Räddningsverket, vilket motsvarar den svenska räddningstjänsten. Samtliga ambulans- och räddningsresurser dirigeras av Landskapsalarmcentralen, som utgör den regionala larmcentralen för hela landskapet. Ambulansuppdragen klassificeras i prioritetsnivåerna A till D, där A-uppdrag motsvarar svenska prio 1-uppdrag. Det medicinska ansvaret för såväl ambulansverksamheten som Landskapsalarmcentralen, ambulanshelikopterverksamheten och Första insatsverksamheten innehas av Akutkliniken vid Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS).

Den 1 juni 2026 trädde ett nytt avtal mellan Mariehamns stad och ÅHS i kraft, vilket ersatte det tidigare avtalet från 1996. Det nya avtalet innebär moderniserade förutsättningar för den prehospitala vården. En central förändring är att samtliga ambulanser nu bemannas av en legitimerad sjuksköterska och en ambulanssjukvårdare. Tidigare ställdes krav på att all ambulanspersonal även skulle vara utbildade brandmän.

6.1.1 Ambulansresurser och beredskap

Den ordinarie ambulansberedskapen på Åland består av två dygnsambulanser under lågsäsong (september till maj). Dessa markambulanser är placerade i Mariehamn på Fasta Åland. Under sommarmånaderna juni till augusti förstärks verksamheten med en tredje dygnsbemannad ambulans, en så kallad säsongsbil. Därutöver finns ytterligare en ambulans i reserv.

En viktig komponent i den åländska organisationen är ambulanshelikoptern, som liksom på Gotland för närvarande opereras av Avincis. Under lågsäsong kombineras helikopterverksamheten med en markresurs. Helikoptern används i stor omfattning och kan larmas till samtliga uppdragskategorier, från A- till D-uppdrag (motsvaras av våra prio larm 1-4). Vid situationer där den egna helikoptern inte kan genomföra uppdraget, exempelvis på grund av väderförhållanden, kan stöd begäras från den finländska gränsbevakningens Super Puma-helikopter. Denna resurs har dock en relativt lång inställelsetid.

För transporter i skärgården finns dessutom möjlighet att använda sjötransporter från sjöbevakningsstationer samt resurser från den frivilliga sjöräddningen. Vid särskilt svåra förhållanden finns även möjlighet att nyttja privatägd svävare. Trots dessa lösningar kvarstår vissa utmaningar vintertid när isförhållanden begränsar framkomligheten.

6.1.2 Fältchefsfunktionen

En särskilt intressant del av den åländska organisationen är funktionen medicinsk fältchef. Funktionen bemannas av en sjuksköterska med särskild vidareutbildning som disponerar ett eget ledningsfordon som i flera avseenden liknar det svenska Single Responder-konceptet. Fältchefens främsta uppgifter är dock inte, som i det svenska systemet, att verka som bedömningsbil.

Fältchefens huvudsakliga uppgift är att utgöra en friställd sjukvårdsledningsresurs. Funktionen larmas till mer komplexa vårdsituationer, när flera ambulansenheter eller andra myndigheter är involverade, samt vid särskilda händelser där behov av samordning föreligger. Fältchefen ansvarar då för sjukvårdsledning, resursfördelning och kommunikation mellan involverade aktörer.

Utöver denna roll bistår fältchefen Landskapsalarmcentralen med prioriterings- och dirigeringsfrågor, särskilt i situationer där efterfrågan på resurser överstiger tillgänglig kapacitet. Funktionen har även mandat att prioritera transportresurser och bedöma helikopteranvändning. Vid behov kan fältchefen dessutom användas som en operativ vårdresurs i form av ett Single Responder-uppdrag.

Fältchefens sjukvårdsledaruppgift vid större olyckor och skadehändelser skiljer sig från den svenska modellen där första ambulans på plats ofta får axla ledningsansvaret. Den åländska lösningen bedöms ge fördelar genom att en dedikerad ledningsresurs kan fokusera på samordningen från insatsens början. Fältchefen har även en arbetsledande funktion i den dagliga verksamheten, vilket är en lokal organisatorisk lösning utan direkt motsvarighet på det finländska fastlandet.

6.1.3 Första insatsperson

Åland har sedan flera år en välutvecklad Första insatsverksamhet som i flera avseenden motsvarar Gotlands koncept med Civil Insatsperson (CIP). Funktionen omfattar cirka 220 frivilliga personer fördelade över 16 kommuner.

De frivilliga utbildas och kvalitetssäkras av räddningstjänsten och larmas via SMS vid hjärtstopp, svåra blödningar, trauma eller luftvägshinder. Syftet är att förkorta tiden till första livräddande åtgärd i områden där ambulansens framkörningstid kan vara lång.

Verksamheten har funnits i cirka tolv år och beskrivs som framgångsrik. Samtidigt ställer modellen krav på flexibilitet från organisationens sida eftersom deltagarna är frivilliga med ordinarie arbeten. Utbildningar och informationsinsatser måste därför huvudsakligen genomföras på kvällstid. Donationer från privata aktörer har också spelat en viktig roll i verksamhetens uppbyggnad.

6.1.4 Verksamhetsvolymer

Den åländska ambulanssjukvården hanterar årligen omkring 2 600 till 3 200 ambulans- och helikopteruppdrag. Under 2025 genomfördes 3034 uppdrag. Statistiken omfattar A-, B-, C- och D-uppdrag för såväl markambulans som ambulanshelikopter. Exkluderade är sjuktransporter utan vårdbehov samt sekundärtransporter mellan sjukhus.

Verksamheten uppvisar tydliga säsongsvariationer, med högre belastning under sommarperioden då antalet besökare till landskapet ökar.

6.1.5 Hänvisningar och vård på plats

Mellan 16 och 18 procent av samtliga ambulansuppdrag avslutas med så kallad X-kod. Detta innebär att patienten, efter bedömning av ambulanspersonalen, inte bedöms vara i behov av akut sjukhusvård. Åtgärderna kan i dessa fall bestå av vård på plats, hänvisning till annan vårdnivå eller råd om egenvård.

6.1.6 Responstider

Aktuella data för responstider avseende A- och B-uppdrag finns för närvarande inte tillgängliga. Detta beror på att ett nytt servicenivåbeslut och avtal trädde i kraft den 1 juni 2026 och att verksamheten fortfarande befinner sig i en implementeringsfas. De nya målnivåerna för responstider är fastställda, men resultatdata för måluppfyllelse förväntas först efter att minst ett års uppföljning genomförts.

6.1.7 Sammanfattande bedömning

Den åländska prehospitala organisationen är tydligt anpassad till de geografiska utmaningar som följer av en skärgårdsmiljö. Särskilt framträdande är kombinationen av ambulansresurser, ambulanshelikopter, omfattande frivilligverksamhet och en dedikerad sjukvårdsledningsfunktion i form av medicinsk fältchef. Fältchefens roll framstår som en central skillnad jämfört med många svenska regioner genom att den kombinerar operativ sjukvårdsledning, prioriteringsstöd till larmcentralen, resursstyrning och viss patientnära verksamhet. Därtill finns systemet med Första insatsperson, vilket omfattar över 200 engagerade personer (motsvarande numerär på Gotland skulle motsvara över 400 personer). Tillsammans skapar detta redundans och handlingsförmåga i en miljö där långa transporttider och skiftande väderförhållanden ställer särskilda krav på den prehospitala vårdens organisation.

6.2 Kvalitetsdata ur ett nationellt perspektiv

Kvalitetsregistret AmbuReg skapades 2016. Alla svenska regioner rapporterar data till registret. Samtliga tillfällen där patienter >18 år åker ambulans i ett primär- eller sekundäruppdrag ska rapporteras till registret. Kvalitetsregistret rapporterar tre parametrar till Vården i Siffror:

1) Andelen patienter där EKG rapporterats taget vid misstänkt hjärtinfarkt (detta anses vara fallet om kontaktorsaken är bröstsmärta eller andningssvårigheter)

2) Andelen patienter som rapporteras ha ett blodglukos taget vid sänkt medvetande

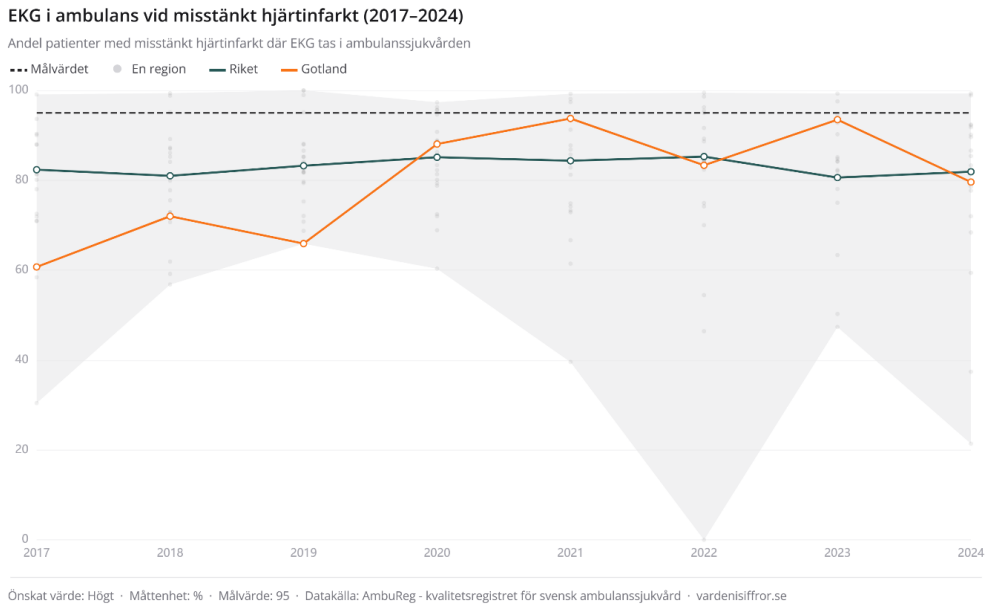
3) Andelen patienter där andningsfrekvensen har rapporterats blivit tagen (alla patienter som vårdas i ambulansen ska ha sex olika vitalparametrar tagna). Målvärdet är vid alla tre öppna parametrar 100 procent.

Under 2024 rapporterades totalt över 1 miljon patienter till AmbuReg. Region Gotland rapporterade 6954 uppdrag till AmbuReg av de 8584 uppdrag som registrerats i Paratus. Detta motsvarar cirka 81 procent av uppdragen. Av de 6954 rapporterade uppdragen var 6514 primäruppdrag.

6.2.1 Indikator 1: EKG vid misstänkt hjärtinfarkt

Gotland var, med en andel på 79.6 procent, rikets tionde bästa region på att rapportera att EKG var taget vid misstänkt hjärtinfarkt, något lägre än riksgenomsnittet på 81.6 procent.

Diagram 9: EKG vid misstänkt hjärtinfarkt



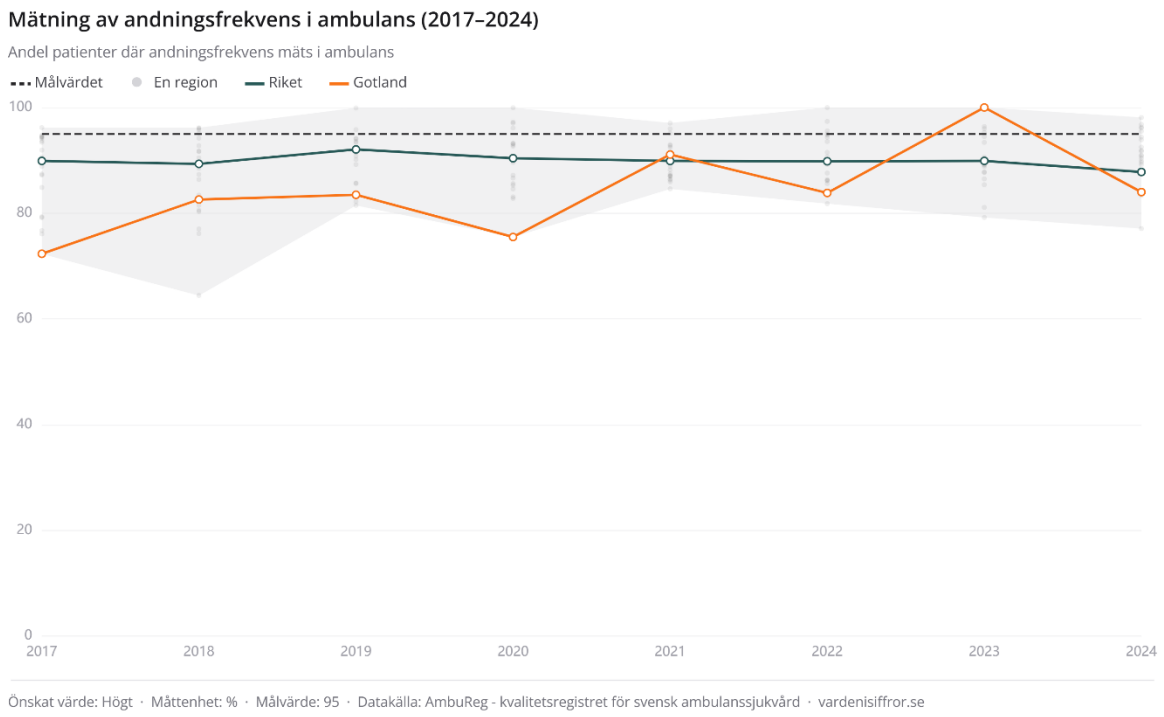
6.2.2 Indikator 2: Blodsockermätning vid sänkt medvetande

Region Gotland har rapporterat att 73.5 procent av patienter med sänkt medvetande hade fått blodsockermätning vilket är högre än rikssnittet på 72.8 procent. Gotland kom på sjätte plats av regionerna med högst andel registrerade. Spannet mellan högst och lägst andel var 61.4-80.5 procent.

6.2.3 Indikator 3: Mätning av andningsfrekvens

Under 2024 har Region Gotland rapporterat att 84.0 procent av patienterna hade fått sin andningsfrekvens rapporterad. Detta innebär att regionen placeras på plats 18 i riket. Region Jämtland/Härjedalen rapporterade inte parametern alls under 2024. Region Skåne hade därmed lägst andel i riket med 77.1 procent. Region Västmanland hade högst andel i kvalitetsparametern med 98.1 procent. Snittet i riket var 87.8 procent.

Diagram 10: Mätning av andningsfrekvens



Kvalitetssiffrorna för Region Gotland betyder inte att ambulanssjukvården i regionen har undermålig kvalitet. Kvalitetsregisterresultat beror också på hur väl data fylls i och hur man tolkar vilka data som ska fyllas i. Gotlands resultat över åren är väsentligen stabila. En hypotes skulle kunna vara att Gotlands resultat skulle ha förbättrats till följd av beslutet att enbart ha specialistutbildade sjuksköterskor i ambulanserna; en sådan utveckling kan dock inte utläsas.

7. Gotlands prehospitala vård – systemaktörernas perspektiv

I detta avsnitt redovisas de intervjuer som genomförts med centrala aktörer inom den prehospitala vården på Gotland. Det handlar om ett drygt tjugotal intervjuer med ett 25-tal personer från olika delar av det prehospitala omhändertagandet, inklusive kringliggande verksamheter som påverkas av eller påverkar den prehospitala vården.

Materialet omfattar bland annat ambulansverksamheten, helikopterverksamheten, primärvården, akutmottagningen, hemsjukvården, SOS Alarm, räddningstjänsten samt flera relevanta sjukhusfunktioner.

Syftet är att ge en samlad bild av nuläget, identifiera systemiska styrkor och svagheter. Underlaget och de ovan redovisade statistikjämförelserna bildar tillsammans en utgångspunkt för att formulera utvecklingsområden inför kommande avtalsperiod eller ett eventuellt beslut om driftsformer i egen regi.

Det kan inledningsvis konstateras att intervjuerna, med något enstaka undantag, ger en samstämmig bild av att Gotland har en välfungerande ambulanssjukvård i vardagen. Verksamheten beskrivs både internt och av externa aktörer som en stabil och erfaren utförare. Verksamheten upplevs som attraktiv av personalen.

Samtidigt framträder en något mer komplex bild när man betraktar systemet i sin helhet. Flera aktörer lyfter att den prehospitala vården är beroende av en rad externa faktorer: helikopterverksamhetens tillgänglighet, primärvårdens kapacitet, sjukhusets transportorganisation och SOS Alarms prioriteringslogik. I dessa gränssnitt – mellan olika aktörer – finns ett antal utvecklingsbehov.

7.1 Akut prehospital insats och ambulanssjukvårdens kapacitet

Ambulansverksamheten beskriver sig själv som stabil, välfungerande och med god intern kultur. Personalen har låg sjukfrånvaro, hög kontinuitet och är i mycket stor utsträckning bosatt på ön, vilket skapar robusthet i vardaglig drift men också vid särskilda händelser.

Rekryteringsläget är bra och dygnstjänstgöring upplevs som attraktiv, även om sommarens ökade larmvolymer skapar efterfrågan på delade dygn. Den dynamiska dimensionering som införts i avtalet från 2022 uppfattas som modern och ändamålsenlig. Samtidigt finns politiskt beslutade stationeringskrav som begränsar flexibiliteten. Ett exempel är Slite där verksamheten har relativt få uppdrag dagtid men desto fler kvällstid. Sammantaget ser verksamheten att man ”har mycket goda möjligheter att anpassa resurserna efter behov”.

Verksamheten har fler fordon än de som är i drift, vilket ger viss redundans vid särskilda händelser. Det finns erfarenhet av att kalla in ”lediga medarbetare vid övningar, vilket hittills har fungerat väl”. Samtidigt lyfter andra verksamheter att kompetensmodellen med enbart sjuksköterskor har inneburit att praktisk ambulanssjukvårdskompetens, som körning, förflyttning, logistik, till viss del blivit sämre. Det påtalas också en ansvarsdimension. När två personer med samma kompetensnivå arbetar tillsammans,

kan det skapa otydlighet om vem som har ansvaret med påföljande risker i kritiska situationer.

Helikopterverksamheten präglas av en komplex ansvarsfördelning där piloter, sjuksköterskor, transportläkare och planeringsenheten verkar parallellt. Detta fungerar väl i vardagen. I intervjuunderlaget förekommer dock påpekanden om att den komplexa ansvarsfördelningen kan skapa viss otydlighet vid gränsfall och prioriteringskonflikter.

Helikoptern har begränsningar i form av väderfönster och krav på åtta timmars dygnsvila, vilket påverkar tillgängligheten. Helikopterverksamheten har också upplevt ett problem där HTC-sjuksköterskor bytt arbetsgivare till markambulansverksamheten. Skälen till detta anges vara skillnader lönenivåer och att kompetenskravet i markambulanserna lett till en ökad efterfrågan på specialistsjuksköterskor.

Regionens planeringsenhet har ett centralt uppdrag i den prehospitala processen. Uppdraget är att hantera en omfattande koordinering av sekundäruppdrag med många dagliga kontakter och behov av att balansera primära och sekundära uppdrag. Enheten ser en tydlig ökning av sekundärtransporter över tid. Ökningen är kopplad till utvecklingen inom hjärtsjukvård, stroke, cancerbehandling och kirurgi.

Stressiga situationer uppstår när helikoptern är upptagen av mindre brådskande transporter samtidigt som akuta prio 1-larm inkommer. Planeringsenheten resonerar i förda samtal om ett förslag om ”att förstärka helikopterverksamheten sommartid genom dubbla piloter”. Det framstår som en konkret fortsatt analysfråga, som har potential att öka flexibiliteten och minska sårbarheten (mer om det nedan i avsnittet ”Slutsatser och överväganden”).

ANOPIVA med sjukhusets transportorganisation påpekar att sjukhusets transportjour är ”kostsam att upprätthålla i förhållande till antalet uppdrag”. Kompetensen är svår att upprätthålla när uppdraget är sporadiskt, och det finns en upplevd obalans mellan resursinsats och faktisk nytta. Transportjouren hanterar cirka 100 transporter per år, varav 30–40 är rena IVA-transporter. Med IVA-transporter avses patienter under pågående intensivvård såsom respiratorvård eller där patienten i andra fall är medicinskt instabila och behöver aktiv organstödjande behandling. Övriga helikoptertransporter där läkaren medföljer är transporter där en bedömning har gjorts att patienten skulle kunna försämras under transporten och därför har behov av anestesiläkarresurs. Det finns även ett uppdrag att bemanna Sjöfartsverkets helikopter vid behov av sjukvårdsresurs i SAR-uppdrag, något som sker färre än 10 gånger per år.

Verksamheten har diskuterat olika förslag om att överväga en separat transportorganisation eller någon form av halvtidsfunktion, vilket skulle kunna skapa stabilitet och kompetensöverföring. Samtidigt lyfts att den vanliga katastrofplaneringen riskerar att hamna i skymundan när mycket av fokus för närvarande ligger på kris och krig.

Akutmottagningen beskriver att samarbetet med ambulans och helikopter fungerar väl, och att tillgången till Paratus (journalsystemet) underlättar flöden och arbetssätt. Sjuktransportfordonet har visat sig vara ett viktigt komplement till sjukresor och används frekvent. Akutmottagningen skulle dock gärna se att ”fordonet hade längre tjänstgöringstid över dygnet”.

Ett konkret problem – som akutmottagningen påtalar – är att ambulans, helikopter och akutmottagning använder olika medicintekniska system, exempelvis för CPAP, defibrillatorer och EKG. Detta skapar onödigt manuellt arbete, risk för fel och ineffektiva flöden när patienter överförs mellan enheter. Det finns inga allvarliga avvikelser kopplade till detta, men problemet är återkommande och ”bör åtgärdas vid en ny upphandling”.

Akutmottagningen beskriver också en besvärlig kompetensförlust efter att ambulanssjukvårdarkompetensen avvecklades. Ett betydande antal sjuksköterskor lämnade verksamheten för anställning inom ambulanssjukvården, vilket har påverkat verksamheten. Samtidigt har uppfattar verksamheten att sjuksköterskebemanningen inom ambulansverksamheten har lett till högre patientsäkerhet i bedömningar och triage.

SOS Alarm beskriver att Gotland fungerar bra. Det är ”inte en problemregion”. Den dynamiska dimensioneringen av resurser fungerar bra och det finns en etablerad struktur för samverkan. Samtidigt lyfts att ”IVPA-kriterierna är snävare än i andra regioner, vilket begränsar möjligheten att använda räddningstjänsten som förstainsats i glesbygd”. Detta påverkar responstiderna negativt och skapar en sårbarhet i områden där ambulansresurserna har längre inställelsetid.

Det finns också exempel på att nationella operatörer inte alltid känner till att sjuktransportfordonet finns, vilket leder till att beställningar omformas till låg ambulansprio. Det finns ett behov av att stärka kunskapen om lokala resurser inom SOS Alarm.

7.2 Verksamheter som påverkar den prehospitala kedjan och patientflöden

Som en del av nulägesanalysen har två vårdavdelningar intervjuats: ortopedins vårdavdelning samt stroke- och geriatrikavdelningen. Dessa utgör visserligen ett begränsat urval men får representera den inneliggande somatiska vården i kartläggningen. Intervjuerna ger en samlad bild av beläggningssituation, vårdflöden och transportrelaterade frågor. I samtalen framkommer också detaljer om hur samarbetet mellan ambulanssjukvården och andra aktörer fungerar i praktiken.

Ortopedins vårdavdelning bedriver både akut och elektiv vård och har i nuläget 15 vårdplatser. Avdelningen ingår i ett sjukhus med totalt cirka 109 somatiska vårdplatser. Vårdtiderna varierar betydligt mellan patientgrupper: elektiva patienter har i regel korta vårdtider, medan akuta patienter ofta stannar längre. Avdelningen beskriver en viss obalans mellan behov och kapacitet. Det betonas att verksamheten fungerar och att man ”lagar efter läge” utan att utgöra någon problemhärd i systemet.

Transportflödena beskrivs som över lag välfungerande. Regionen upplevs som frikostig med sjukresor och även om trycket kan vara högt i perioder fungerar beställningar och utförande i stort sett smidigt. Samarbetet med sjuktransportfordonet lyfts som ”mycket gott”. Däremot finns återkommande kommunikationsproblem kopplade till den upphandlade beställningscentralen för sjukresor.

Ortopedin noterar även att sjukhuset inför omsorgskoordinatorer för att stärka samordningen kring patienten. Funktionen är ännu ny men bedöms ha potential att förbättra flöden och samverkan. Samarbetet med ambulanssjukvården beskrivs som välfungerande, med etablerade rutiner och få avvikelser.

Stroke- och geriatrikavdelningen uppvisar en delvis annan belastningsbild, med konstant hög beläggning. Avdelningens 15 vårdplatser är i princip alltid fyllda och beläggningsgraden ligger på 95–100 procent. Särskilt strokepatienterna kan ha mycket långa vårdtider, vilket emellanåt leder till utlokalisering av patienter. De akuta flödena inom Rädda hjärnan fungerar väl, med god samverkan mellan berörda aktörer. Däremot utgör sjukresor en flaskhals: väntetider fördröjer utskrivningar och skapar stopp i inflödet av nya patienter. Samtidigt beskrivs sjukreseutföraren som lösningsorienterad och samarbetet som gott.

Avdelningen lyfter den stora nyttan av sjukhusets centrala sociala samordnare, särskilt vid utskrivningar och koordinering av insatser. Sekundärtransporter via helikopter och ambulansflyg fungerar stabilt och utgör en viktig del av vårdkedjan. Den höjda kompetensnivån inom ambulanssjukvården har inte förändrat det dagliga samarbetet nämnvärt. Samarbetet beskrivs som ”professionellt och välfungerande”. Ett återkommande praktiskt problem gäller transporter av patienter med många och skrymmande hjälpmedel, men detta hanteras numera på ett mer tillfredsställande sätt.

7.3 Primärvård och kommunala verksamheter i den prehospitala strukturen

Primärvården beskriver att samarbetet med ambulansverksamheten över lag är bra, men att det finns återkommande diskussioner om rätt prioritering, särskilt i områden som ligger långt från Visby. Det finns ett behov av att ”stärka dialogen och att skapa gemensamma arbetssätt”, exempelvis genom transportjournaler som dokumenterar bedömningar och beslut. Det prehospitala forum som finns är inte tillräckligt brett (vad gäller representation) och saknar deltagare från rätt nivåer. Det finns även ett behov av att ”skapa tydliga hissningsvägar när verksamheter inte är överens”.

Primärvården lyfter också att den demografiska belastningen ökar. Det finns tydliga tendenser att patienter kommer sent till primärvården med sina besvär och sjukdomar. Det finns vidare en brist på geriatrisk kapacitet och ASIH-liknande funktioner, vilket i förlängningen kan öka trycket på ambulanssjukvården.

Hemsjukvården beskriver att det finns ”samarbetsproblem kopplade till att ambulansen ibland överprövar hemsjukvårdens bedömningar”, trots att dessa baseras på etablerade beslutsstöd. Detta skapar frustration och riskerar att underminera tilliten mellan verksamheterna. Det finns behov av att ambulansverksamheten deltar mer regelbundet i de grupper som hanterar bedömningsfrågor och avvikelser. Hemsjukvården lyfter också behovet av utbildning och auskultation för att stärka dialogen och öka förståelsen för varandras arbetssätt.

Representanter från särskilda boenden (SÄBO) och korttidsverksamhet beskriver en situation som överensstämmer med de iakttagelser som framkommit från hemsjukvården. Verksamheterna har ett återkommande behov av att larma 112 vid

akuta sjukdoms- och skadetillstånd, uppskattningsvis 1 - 2 gånger per vecka på de större enheterna. Det finns synpunkter på att kontakten med SOS Alarm ofta upplevs som omfattande, med många frågor och väntetider innan ärendet handläggs. Även om ambulansresurser i slutändan normalt tilldelas upplevs processen stundtals som ifrågasättande.

Liknande synpunkter riktas mot ambulansverksamheten, där medarbetarna upplever att deras beslut att tillkalla ambulans ibland ifrågasätts. En förklaring kan vara att det finns ”begränsad förståelse för vad vi kan och inte kan göra vid akuta tillstånd inom kommunal hälso- och sjukvård”.

Samtalen understryker ett känt faktum, nämligen att särskilda boenden och korttidsverksamheter utgör en viktig del av den prehospitala vårdkedjan genom att generera ett relativt stort antal larmärenden. I likhet med hemsjukvården finns det därför anledning att överväga hur bedömningsfrågor och avvikelser kan hanteras i mer gemensamma forum.

En bättre gemensam förståelse för vårdnivåer, ansvarsfördelning och samverkan kring akuta patienter, kan ha betydelse för systemets samlade effektivitet. I samtalen framkommer också uppfattningen att förbättrade möjligheter till klinisk bedömning i boendemiljö skulle kunna minska behovet av vissa akuta transporter och därmed avlasta den prehospitala vården.

7.4 Samhällsaktörer, räddningstjänst och beredskap

I intervjuerna med beredskapsansvariga inom Region Gotland beskrivs att samarbetet med ambulansverksamheten i allt väsentligt fungerar väl i vardagen. Det påpekas dock att avtalen sannolikt skulle bli bättre om ”vissa komponenter för beredskap och totalförsvar kunde tillföras”. Det påtalas ett behov av att stärka totalförsvarsperspektivet i kommande avtal, särskilt i ljuset av Gotlands strategiska läge.

Regionen har inte full rådighet över ambulansresursen vid kris eller krig, vilket skapar en sårbarhet. Det saknas tydliga krav på att ”ambulansverksamheten ska kunna höja sin förmåga vid särskilda händelser”, och detta får ses som en utvecklingsmöjlighet i ett system som är geografiskt isolerat och beroende av externa aktörer. Vid större olyckor finns rutiner för att larma särskild händelse och mobilisera sjukvårdsgrupper från vårdcentralerna. Men dessa grupper är oprövade och har relativt låg tillgänglighet. .

Räddningstjänsten beskriver att ”IVPA-uppdragen fungerar bra och att utbildningen från sjukvården är god”. Samtidigt har ordination av syrgas tagits bort, vilket saknas i vissa situationer. Det finns en ökning av bärhjälp efter att ambulanssjukvårdarna försvann, men detta har inte skapat större problem. Räddningstjänsten lyfter också brister i Rakel-kommunikation och en ojämn ledningsförmåga hos ambulanspersonal vid större händelser, vilket är en konsekvens av att regionen är för liten för att ha en särskilt avdelad ledningsambulans.

I intervjuerna framkommer även hur det på Gotland finns samarbeten med ideella resurser (som är under uppbyggnad) men att dessa är inte integrerade i en tydlig struktur (ännu). Det finns sannolikt anledning att återkomma till dessa frågeställningar i regionens planeringsprocess.

Vissa intervjuer har uppehållit sig vid Region Gotlands möjligheter att påverka och ställa krav på sjötransporter vid större särskilda händelser. När det gäller Destination Gotland pågår diskussioner om utveckling av beredskapen i denna del. Bedömningen är dock att potentialen i vissa näraliggande lösningar kan vara begränsad. Dialogen och samarbetet med Destination Gotland beskrivs dock som gott i vardagen. Men den grundläggande utmaningen kvarstår. Region Gotland saknar faktisk rådighet över färjetrafiken, vilket innebär att möjligheterna att styra resurser, kapacitet och beredskapsanpassningar är begränsade och i hög grad bygger på samverkan snarare än egen kontroll. Detta framställs som en viktig planeringsförutsättning vid större olyckor, kriser och höjd beredskap.

8. Analys av avtal och ansvarsfördelning

Region Gotlands prehospitala vård är idag upphandlad i tre separata avtal: ambulanssjukvård, alarmering och dirigering (SOS Alarm) samt ambulanshelikoptertjänst.

Avtalen och de bakomliggande upphandlingsprocesserna har initierats vid delvis olika tillfällen. Det har fått till konsekvens att avtalen i viss utsträckning är utformade som isolerade leveranser. Den genomförda analysen och genomförda intervjuer pekar inte på att dessa omständigheter har realiserats i form av några centrala systemrisker.

Vi lämnar i det följande att antal iakttagelser som utgör möjliga uppslag för fortsatta överväganden kring hur Region Gotland kan utveckla en mer sammanhållen, robust och patientsäker prehospital struktur via mer samordnade avtal. Föreliggande avsnitt syftar inte till att föreslå specifika åtgärder, utan mer att belysa de områden där ytterligare analys kan vara värdefull.

Det finns till att börja med ingen övergripande avtalsstruktur som definierar hur dessa tre verksamheter ska fungera tillsammans som ett sammanhållet prehospitalt system. Detta framstår som en grundläggande systemutmaning, som också kan vara komplicerad att fullt ut tillgodose med tre separata utförare.

Starkt förenklat reglerar ambulansavtalet operativ drift, medicinsk kvalitet, personal, statistik och vite kopplat till svarstider. SOS Alarms avtal reglerar prioritering och dirigering enligt SOSFS 2013:22 och fokuserar främst på larmcentralens tillgänglighet. Helikopteravtalet är som förväntat tekniskt detaljerat och inriktat på flygoperativ tillgänglighet.

Det som saknas är skrivningar som närmare beskriver hur dessa tre verksamheter ska samverka, hur ansvar ska fördelas dem emellan eller hur kvalitet ska följas upp i hela kedjan från 112-samtalet till överlämning på akutmottagningen. Intrycket är dock samtidigt att de olika verksamheterna utvecklat ett samarbete och samarbetskultur som kompenserar för detta. Den samlade bilden är ändå att gränssnitten skulle vinna på att tydliggöras (om och när nya avtal träffas).

En näraliggande iakttagelse är att avtalen inte fullt ut etablerar en gemensam medicinsk ansvarslinje. Det innebär att tre aktörer verkar under olika medicinska ledningsprinciper, utan att avtalen definierar hur medicinska riktlinjer ska hållas samman eller hur avvikelser ska hanteras gemensamt. Detta skulle kunna ge upphov till ansvarsglapp, särskilt vid allvarliga händelser eller Lex Maria-ärenden. Vissa påpekanden i intervjuserien har också tagit upp detta förhållande.

IT-arkitektur och kraven på medicinsk teknik bör kunna samordnas i högre grad. Ambulansverksamheten använder Paratus, helikopterverksamheten använder egna flygsystem och SOS Alarm använder sina nationella system. Avtalen innehållet inte detaljerade krav på interoperabilitet, gemensam datamodell, realtidsdelning av vitalparametrar eller en sammanhållen journal. Allt detta kan vara komplicerat att åstadkomma inom ramen för tre separata upphandlingar. Framöver finns det skäl för regionen att åstadkomma mer av gemensam informationsstruktur inom den prehospitala vården. Nulägesanalysen rekommenderar fortsatta överväganden på

denna punkt, det gäller både ur ett patientsäkerhetsperspektiv och ur ett ledningsperspektiv.

Sammanfattningsvis visar avtalsanalysen att Region Gotlands prehospitala vård är upphandlad som tre separata tjänster utan en helt tydlig och sammanhållen systemarkitektur. Detta ger upphov till ett antal områden som kan behöva analyseras vidare:

- Systemledning: Det finns skäl att analysera hur regionen (via nya avtal) kan säkerställa att ambulans, helikopter och SOS Alarm arbetar utifrån en gemensam målbild, ledningsprincip och medicinsk riktning.
- Gränssnitt mellan aktörer: Prioritering, dirigering, informationsöverföring, avvikelsehantering och medicinsk ledning hanteras i separata avtal. Det bör analyseras mer i detalj om och i så fall hur en större samordning kan åstadkommas.
- Medicinsk ansvarslinje: Det finns behov av att analysera hur nya avtal kan hålla samman medicinskt ansvar över aktörsgränser.
- Kvalitets- och uppföljningsmodeller: Varje aktör har vissa rapporteringskrav sina avtal, men följer också upp sin egen verksamhet med egna indikatorer. En sammanhållen analys av vårdkedjan saknas, vilket kan försvåra identifiering av systemfel.
- Informationsarkitektur: Avsaknad av interoperabilitet och gemensam datamodell innebär att informationsflöden inte är integrerade. Denna nulägesanalys har inte fått fram några fakta som pekar på att detta lett till uppkomna patientsäkerhetsrisker. Men det mesta talar för att en större samordning kan leda till en högre operativ effektivitet.

9. Slutsatser och överväganden

Analysen av Gotlands prehospitala vård visar ett system som i huvudsak fungerar väl och levererar stabil kvalitet över tid. Det finns ett behov av att analysera ytterligare åtgärder för att förbättra responstiderna i glesbygdsområden, framför allt på norra och södra Gotland. Men systemet förefaller samtidigt klara sommarens belastningstoppar relativt väl. Beläggningsgraderna är hanterbara och saknar tecken på systemstress.

Ambulanssjukvården har en robust grundstruktur, god personalförsörjning och hög kontinuitet. Helikopterverksamheten beskrivs som en central trygghetsfaktor och samverkan mellan ambulans, akutmottagning, primärvård och hemsjukvård fungerar i vardagen utan större friktioner.

9.1 Ambulanssjukvårdens kapacitet – en strategisk resurs

Nulägesanalysen visar att beläggningsgraden varierar mellan stationerna, men på samtliga stationer finns ledig kapacitet och inga tecken på systemstress framträder. Samtidigt måste det understrykas att måluppfyllnaden inte är fullständig. Precis som i andra regioner med stora geografiska avstånd klaras inte responstidsmålen i ytterområdena.

Denna bristande måluppfyllnad bör inte enbart ses som en fråga om ambulanssjukvårdens egna resurser och arbetssätt. Situationen kräver ett samspel av åtgärder som också inbegriper metoder och insatser, där även andra delar av systemet – exempelvis IVPA-verksamhet och lokala förstainsatser – behöver spela en viktigare roll.

Mot denna bakgrund blir en central fråga hur den lediga kapaciteten kan användas på ett sätt som stärker hela vårdsystemet. Flera intervjupersoner lyfter att ambulanssjukvården redan idag fungerar som en viktig kompetensresurs i nära vård-arbetet, men att detta inte är formaliserat. Den lediga kapaciteten skulle kunna användas för:

- Utbildningsinsatser för primärvård, hemsjukvård och kommunal vård, exempelvis i akut omhändertagande, bedömning, triage och säkerhet.
- Utveckling av nära vård-koncept, där ambulanspersonal i större utsträckning deltar i bedömningar i hemmet, särskilt för sköra äldre och patienter med återkommande akuta behov.
- Stärkt glesbygdsstöd, där ambulanspersonal kan bidra med regelbundna besök, uppföljningar eller stöd till lokala vårdteam.
- Utökad användning av sjuktransportfordonet 6010, inklusive möjlig utveckling mot bedömningsbil, vilket skulle avlasta både ambulans och akutmottagning.
- Kompetensrotation, där ambulanspersonal deltar i akuten, primärvård eller hemsjukvård för att stärka systemets samlade förmåga.

Den lediga kapaciteten ska därför inte ses som ett tecken på ineffektivitet (det är, enkelt uttryckt, en konsekvens av ett grundutbud av kapacitet som behöver finnas tillgänglig). Denna situation bör i stället betraktas som en strategisk möjlighet att stärka hela vårdkedjan – förutsatt att roller, ansvar och uppdrag definieras tydligare. Samtidigt

behöver Gotland hantera de geografiskt betingade responstidsutmaningarna i ytterområdena genom ett brett angreppssätt där ambulanssjukvård, IVPA och lokala förstainsatser tillsammans skapar en robust och realistisk tillgänglighet.

9.2 Åtgärdsområden och förslag i sammanfattning

Flera strukturella utvecklingsområden framträder i nulägesanalysen. Det handlar bland annat om beredskap, avvikelsehantering, kompetensförsörjning, samverkan, medicinteknik, transportkapacitet och geografiska skillnader. Nedan följer en sammanställning på förslagsområden för fortsatta analysinsatser.

Det bör noteras att nulägesanalysen utgör det första av fyra planerade steg i framtagandet av en prehospital plan. En uppräkning av 24 förslag lämnas nedan, vilka ingår i steg ett och ska betraktas som en form av bruttolista. Därutöver lämnar nulägesanalysen fem förslag på fortsatta analysområden med koppling till förekommande avtal. Det ligger i planeringen för nästkommande steg att nulägesanalysens förslag ska beredas vidare och genomgå prioriteringar inklusive kostnadsberäkningar.

9.2.1 Responstider och geografiska skillnader

Gotlands geografi skapar särskilda utmaningar i ytterområden som Fårö, Storsudret och Östergarnslandet. IVPA-kriterierna är snävare än i andra regioner, vilket begränsar räddningstjänstens roll som förstainsats. En översyn av kriterierna och differentierade responstidsmål kan vara motiverade (dvs. mål som mäter tid till första prehospitala resurs på plats, oavsett om insatsen utförs av ambulans, IVPA, ambulanshelikopter eller annan förstainsatsresurs). Det skulle kunna synliggöra både den samlade prehospitala förmågan på ett bättre sätt. Den dynamiska dirigeringen har förbättrat situationen, men skillnader kvarstår. Mer ideellt anlagda initiativ – för att förbättra responstider – framstår som ett intressant utvecklingsspår.

Analys-och åtgärdsförslag kopplade till området:

- Justera IVPA-kriterier i ytterområden som Fårö, Storsudret och Östergarnslandet.
- Överväg utökade delegeringar i IVPA-resurser inklusive utökade medicinsk utbildning, särskilt i ytterområden.
- Överväg differentierade responstidsmål i ytterområden.
- Fortsätt utveckla dynamisk dirigering och dimensionering inklusive överväganden med arbetssätt med så kallad passning.
- Fortsätt utveckla volym och inriktning för koncept med CIP (civil insatsperson) – hämta underlag och erfarenheter från Åland.

9.2.2 Transportkapacitet och sekundärtransporter

Transportjourläkarnas organisatoriska hemvist och uppbyggnad innebär en belastning på ANOPIVA:s verksamhet. Helikopterpiloterna arbetar med veckolång beredskap varför krav och behov av dygnsvila begränsar tillgängligheten. Regionens planeringsenhet

hanterar sitt uppdrag väl men beskriver stressiga situationer när primära och sekundära uppdrag sammanfaller. Förslaget om dubbla piloter i helikopterberedskap sommartid kan öka flexibilitet och beredskap. Sjuktransportfordonet 6010 fungerar väl men används inte optimalt. Här finns potential för utveckling mot bedömningsbil eller för utökad tjänstgöringstid.

Analys-och åtgärdsförslag kopplade till området:

- Utred separat transportorganisation för sekundärtransporter.
- Utvärdera om det är motiverat med dubbla helikopterpiloter sommartid för ökad beredskap.
- Utökad tjänstgöringstid för sjuktransportfordonet 6010.
- Analysera om 6010 bör omformas till en kombinerad bedömningsbil.
- Överväg ökad användning av sjöräddningshelikoptern.

9.2.3 Beredskap och totalförsvarsperspektiv

Ambulansavtalen saknar i dag krav på att verksamheten ska kunna höja sin beredskap vid särskilda händelser, kriser eller krig. Gotlands geografiska isolering och strategiska betydelse gör detta till en central systemfråga. Det finns ingen etablerad modell för skalning av verksamheten och regionen har inte full rådighet över resurserna, vilket skiljer sig från exempelvis Region Stockholm som tagit hem driften för att säkerställa kontroll och beredskap. Detta bör analyseras inför kommande avtalsperiod eller vid ett eventuellt beslut om drift i egen regi.

Analys-och åtgärdsförslag kopplade till området:

- Inför krav på beredskapshöjning och försörjningsberedskap enligt Socialstyrelsens PLUS-koncept i nya avtal.

9.2.4 Kompetensförsörjning och bemanningsmodell

Kravet på två sjuksköterskor per ambulans har höjt den medicinska kompetensen. Men det har samtidigt minskat tillgången på ambulanssjukvårdarkompetens, vilket inkluderar körning, förflyttning, logistik och säkerhet. Detta påverkar arbetsmiljö, rollfördelning och robusthet. Intervjuerna visar att en mer blandad kompetensmodell, där förmågor snarare än professioner definieras, kan vara värd att överväga.

Analys-och åtgärdsförslag kopplade till området:

- Överväg former för återinförande av ambulanssjukvårdskompetens.
- Analysera behovet av rotationsmodeller mellan ambulans, akuten och primärvård.
- Utveckla utbildning och auskultation mellan hemsjukvård och ambulans.

9.2.5 Samverkan och arbetskultur

Primärvården och hemsjukvården beskriver att ambulanser ibland överprövar deras bedömningar, vilket skapar frustration och riskerar att underminera tilliten. Detta är inte ett kapacitetsproblem utan ett samverkansproblem. En förstärkt prehospital samverkan, tydligare hissningsvägar och strukturerad dialog kan förbättra situationen. I helikopterverksamheten finns kvarvarande roll- och ansvarsslitningar som behöver hanteras i kommande avtalsdiskussioner.

Analys-och åtgärdsförslag kopplade till området:

- Analysera sammansättningen av det prehospitala forumet och överväg samtidigt inrättandet av ett nytt samarbetsforum med en större bredd av deltagare på rätt nivå.
- Analysera för- och nackdelar med transportjournaler i primärvården.
- Tydliggör den medicinska ansvarsfördelningen i helikopterverksamheten.
- Överväg möjligheter att ge ambulanspersonalen tillgång till journaluppgifter från sjukvård och kommunal vård, samt möjligheter att lämna meddelanden till primärvården i journalsystem.

9.2.6 Uppbyggnad av kapacitet vid upphandlad drift

En återkommande iakttagelse i svensk ambulanssjukvård är att en långtgående extern drift kan utarma regionens egen förmåga att leda, styra och utveckla den prehospitala verksamheten. När centrala funktioner, såsom driftledning, kompetensutveckling, metodstöd och systemutveckling, under lång tid ligger utanför den egna organisationen minskar den interna kunskapsbasen successivt. Detta skapar en strukturell sårbarhet: regionen blir beroende av leverantörernas interna processer och incitament. Huvudmannen riskerar att gradvis förlora den operativa ”fingertoppskänsla” som krävs för att utveckla en specialiserad och snabbt föränderlig verksamhet.

Det finns vissa exempel där regioner, efter år av upphandlad drift, tvingats eller själva valt att ta hem ambulansverksamheten. I dessa fall har det visat sig att återtagandet är förenat med betydande svårigheter. Att snabbt skala upp den kompetens som krävs för att leda och utveckla prehospital vård (som medicinsk ledning, operativ dirigering, utbildning och systemintegration etc.) är komplext och tidskrävande.

Analys-och åtgärdsförslag kopplade till området:

- Regionen bör inför kommande avtalsperiod eller ett eventuellt beslut om drift i egen regi genomföra en systematisk kapacitetsanalys av den egna prehospitala lednings- och utvecklingsförmågan. Analysen bör omfatta:
    - Nuvarande intern kompetens inom prehospital ledning, metodutveckling och systemstyrning
    - Hur förmågan att (vid behov) skala upp driftledning, utbildning och kvalitetsarbete kan bibehållas
    - Risker vid ett framtida återtagande till regional drift samt vilka resurser som skulle krävas för ett genomförande

- Vilka delar av verksamheten som strategiskt bör ligga inom regionen även vid fortsatt upphandlad drift (t.ex. medicinsk ledning, metodstöd, systemägarskap)

En sådan analys skulle ge Region Gotland ett tydligt beslutsunderlag för hur den prehospitala verksamheten bör organiseras långsiktigt, och säkerställa att regionen inte tappar den kompetens som krävs för att styra, utveckla och framtidssäkra ambulanssjukvården.

9.2.7 IT- och medicinteknisk standardisering

Ambulans, helikopter och akutmottagning använder olika medicintekniska system för CPAP, defibrillatorer och EKG. Detta skapar manuellt arbete, risk för fel och ineffektiva flöden. En standardisering av medicintekniken framstår som en enkel åtgärd med stor systemnytta.

Analys-och åtgärdsförslag kopplade till området:

- Hur kan högre krav ställas på standardiserad medicinteknik mellan ambulans, helikopter och akutmottagning i en framtida avtalsstruktur.

9.2.8 Transparens i avvikelsehantering

Händelseanalyser genomförs i dag separat av utförare och region, vilket skapar risk för dubbla narrativ, otydlig ansvarsfördelning och minskat lärande. En gemensam analysmodell skulle stärka transparensen, kvaliteten och den systematiska riskhanteringen. Detta är en lågtröskelåtgärd med tydlig effekt.

Analys-och åtgärdsförslag kopplade till området:

- Inför krav i avtalen på en struktur för gemensamma händelseanalyser.

9.2.9 Övriga systemförbättringar

Utöver de strukturella frågorna har intervjugenomgångarna gett upphov till flera mindre men ändå angelägna systemförbättringar, som kan stärka robusthet, kvalitet och arbetsmiljö.

Analys-och åtgärdsförslag kopplade till området:

- Se över beställningscentralen för sjukresor.
- Förbättra Rakel-kommunikation.
- Stärk sjukvårdsledningsförmågan vid större händelser eller vid samverkan med andra myndigheter genom utbildning för ambulanspersonal – inspiration kan hämtas från det åländska konceptet med Fältchef.

10. Förteckning över tabeller och diagram

Tabellförteckning

Tabell 1. Mål och krav per larmkategori

Tabell 2. Antal uppdrag jämfört med prio 1 och behandling på plats

Tabell 3. Statistik över helikopteranvändning

Tabell 4. Jämförelse mellan Gotland och utvalda regioner

Diagramförteckning

Diagram 1. Ambulanslarm per 1 000 invånare, prio 1-larm (2017–2025)

Diagram 2. Belastningsprofil – genomsnittligt antal samtidiga uppdrag (2023–2026)

Diagram 3. Utveckling av responstid vid prio 1-larm (2012–2025)

Diagram 4. Antal och andel prio 1-uppdrag per område (2023–2026)

Diagram 5. Andel uppdrag med responstid inom 20 respektive 30 minuter per område

Diagram 6. Responstider vid prio 2-uppdrag (2023–2026)

Diagram 7. Regionernas responstid vid prio 1-larm (2025)

Diagram 8. Ambulansstationer och beläggningsgrad

Diagram 9. EKG vid misstänkt hjärtinfarkt (AmbuReg 2024)

Diagram 10. Mätning av andningsfrekvens (AmbuReg 2024)