



2013 - 2014

Prehospital klinikk Ambulansetjenesten

Versjon 2 – 1.3.2013

INNHold

Generell del	4
Definisjoner	5
Prosedyre	5
Retningslinje	5
Utarbeidelse og godkjenning	6
Generelle forhold ved ambulansetjenesten	7
Organisering og funksjoner	7
Arbeidsantrekk og hygiene - R	8
Politianmeldelser i Prehospital klinikk – R	8
Forholdet til media – R	8
Kompetansekrav	9
Nasjonale krav - P	10
Interne Krav - P	10
Før oppdrag	13
Bemanningssammensetning - P	14
Fullverdig ambulanse	14
Som assistanse	14
Hospitering i ambulansetjenesten	14
Forberedelse, drift og avlevering av ambulanse - P	15
På oppdrag	16
Ambulanseoppdrag generelt - R	17
Oppkall av enhet	17
Ambulansereaksjonstider	17
Valg av hastegrad	17
Meldeplikt ved Rød respons	17
Avbestilling av luftambulanse	17
Sekundærtransporter (mellom institusjoner)	18
Tobåre ambulanse	18
Innmelding av pasient til mottak - P	19
Innmelding og levering av pasient til psykiatrisk akuttmottak i Vestfold - R	19
Mottak og overlevering av pasient - P	20
Intensiv og kuvøse transport - R	21
Etter oppdrag	22
Defusing, debriefing og kollegastøtte - R	23
Ambulansejournal - P	24
Sikkerhet	28
Sikring av pasient, pårørende og personell - P	29
Sikkerhetsalarm - P	30
Risiko oppdrag - P	31
Oppdrag med økt risiko	31
Skarpe oppdrag	31
Samband	32
Helseradionettet - P	33
Sambandsdisiplin	33
Oppkall	33

Statusmeldinger	35
Ulykker	36
Utrykning og ankomst - P.....	37
Ulykke på vei - R	38
Ulykker i tunnel - R	39
Airbag - R	40
Hybridbil - R.....	40
El-bil - R.....	40
Farlig gods/agens - P.....	41
Elektrisitet (inkludert jernbane) - P	43
Brann - R	44
Sjø/vann - R	44
Silo/tank og kloakkrenseanlegg - R.....	45
Ulendt terreng - R.....	45
Skadestedsorganisering	46
Ledelse på skadested	47
Fagleder helse (FH) -R.....	47
Operativ Leder helse(OLH) -P	47
Tiltakskort Operativ leder helse	48
Tiltakskort for Samleplass.....	49
Utrykningsteam fra sykehus – R.....	50
Triage ved større ulykker - R	51
Tidlig grovsortering av skadde (Flytskjema) - R.....	53
Individuell triagering (Flytskjema) - R.....	54
Skadested skisse	57
Organisering av forurenset skadested -R	58
Andre retningslinjer og prosedyrer	59
Opplysningsplikt til barnevernet - P	60
Barn som pårørende – R	61
Ansvar overfor pasienten	61
Ansvar overfor det pårørende barnet	61
Bestilling, oppbevaring og håndtering av medikamenter –P	62
Avviksbehandling - P	63
Melding som krever særskilt behandling.	63

GENERELL DEL

DEFINISJONER

PROSEDYRE

Er en fast fremgangsmåte for å løse en oppgave eller grupper av oppgaver, der ansvar og myndighet er fastlagt. Prosedyren kan være skriftlig eller visuell (f.eks. flytskjema).

Avvik fra prosedyre meldes i TQM

Prosedyrer er merket P

RETNINGSLINJE

Er en generell, normgivende beskrivelse av måter å løse en eller flere oppgaver på. Det skrives i prinsippet ikke avviksskjema i forhold til retningslinjer.

Retningslinjer er merket R

UTARBEIDELSE OG GODKJENNING

Operativ Metodebok (OM) er utarbeidet av FOU seksjonen, og godkjent av avdelingssjef ambulanse og klinikk-sjefen.

Boken inneholder de retningslinjer og prosedyrer for operativ virksomhet som ambulansetjenesten skal arbeide etter. Operativ Metodebok skal være tilgjengelig på alle ambulansestasjoner, og i alle ambulanser i Prehospital klinikk, Telemark og Vestfold.

KVALITETSFORBEDRING

Vi ønsker kontinuerlig forbedring av ambulansetjenesten. I den anledning ber vi om at du melder inn forslag til forbedringer, dersom du oppdager forhold rundt operativ drift som bør endres. Forslag skal sendes skriftelig til seksjonsleder FOU.

LOKALE FORHOLD

I tillegg til den Operativ Metodebok som gjelder for hele ambulansetjenesten tilknyttet Prehospital klinikk, kan det være utarbeidet stasjonsvise retningslinjer og prosedyrer.

GENERELLE FORHOLD VED AMBULANSETJENESTEN

ORGANISERING OG FUNKSJONER

Ambulansetjenesten i Telemark og Vestfold er organisert under Prehospital Klinikk som er en del av Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF. Klinikksjefen har det overordnede personell, drifts-, og budsjettansvaret. Deler av ambulansetjenesten drives av private operatører på kontrakt med Prehospital klinikk. Det operative ansvar for den offentlige ambulansetjenesten er tillagt avdelingssjef ambulanse.

AVDELINGSSJEF AMBULANSE

Avdelingssjefen har et overordnet ansvar for ambulansetjenesten og rapporterer til klinikksjef.

STASJONSLEDER AMBULANSE

Stasjonsleder har det daglige ansvar for sin/sine ambulansestasjoner med økonomi og personalansvar og rapporterer til avdelingssjef ambulanse.

STASJONSKOORDINATOR

Ved enkelte stasjoner hvor stasjonsleder har ansvar for flere lokasjoner kan det være opprettet en funksjon som stasjonskoordinator. Stasjonskoordinator rapporterer til stasjonssleder og har ikke personalansvar eller det formelle økonomiansvaret som er tillagt stasjonsleder. Stasjonskoordinator går i tilnærmet full turnus og lønnes med et funksjonstillegg. Stasjonskoordinator har spesifikk rollebeskrivelse.

- Kontroll og godkjenning av timelister
- Oppsett av vaktlistene og sikring av riktig bemanning
- Håndtering av ferieavvikling, sykefravær, og permisjoner

FAGKOORDINATOR

Fagkoordinatorens oppgaver

- **Informasjon:** Som prinsipp skal all informasjon sendes ut fra stasjonsleder/ avdelingssjef. Fagkoordinator skal se til at de ansatte mottar informasjon fra medisinsk faglig forum, klinikkoverlege og FoU
- **Medisinsk behandling:** Fagkoordinator skal bidra til innføring av nye medisinske prosedyrer eller justering av eksisterende prosedyrer
- **Utvikling:** Fagkoordinator vil være ansvarlig for å bringe frem idéer og forbedringsmuligheter til faglig utvikling fra personell på egen stasjon
- **Utstyr:** Fagkoordinator skal bidra til riktig valg og bruk av medisinsk- og medisinskteknisk utstyr
- **Opplæring og veiledning:** Fagkoordinator skal kunne bistå FoU med opplæring, veiledning og oppfølging av stasjonens personell, drift av egentrening på stasjon samt identifisere behov for opplæring. Egentreningen må følges opp av stasjonsleder

LÆRLINGVEILEDER

En veileder er ansvarlig for veiledning og tett oppfølging av lærlingen frem til vedkommende tar fagbrevet som ambulansearbeider. Veilederen skal være ALS-sertifisert og inneha minst 2 års relevant erfaring. Veileder rapporterer til stasjonsleder, lærlingansvarlig og representant fra opplæringskontoret.

ARBEIDSANTREKK OG HYGIENE - R

Hensikt: Å forebygge smittespredning av helsetjenesteerhvervede infeksjoner mellom pasienter og personale.

Arbeidsantrekket er rødt og gult utdelt ambulansearbeidstøy.

Tjenestens arbeidsantrekk benyttes ved arbeid der ansatte har kontakt med pasienter eller pasientnært område/utstyr. Det innebærer ved pleie, undersøkelser, behandling, og kontakt med biologisk materiale. Til arbeidsantrekket hører strømper/sokker i nøytral farge og sko som bare skal brukes i tjenesten.

- Ambulansepersonellet skal alltid benytte tjenestens uniform i arbeidstiden
- Arbeidsantrekket skal skiftes daglig eller ved tilsøling og skal vaskes iht. stasjonens rutiner. Hodebekledning skiftes på samme måte som arbeidsantrekk, vaskes på samme måte og skal ha nøytral farge.
- Arbeidsantrekket brukes kun på jobb, ikke under reise frem og tilbake til arbeid
- Brukt arbeidstøy skal oppbevares iht. stasjonens rutiner
- Privat synlig tøy i tillegg til uniformen skal ikke brukes
- Det skal benyttes hensiktsmessig skotøy for å kunne utføre alle typer oppdrag. Fluoriserende skotøy skal ikke brukes
- Det tillates ikke bruk av tøy med påtrykk eller merker som ikke er relatert til egen ambulansetjeneste
- Det skal alltid benyttes fluoriserende jakke/vest der synlighet er viktig for egensikkerhet

God personalhygiene og riktig bruk av arbeidsantrekk er et viktig ledd i å hindre direkte eller indirekte smitteoverføring til pasientene. I tillegg til smitteoverføring ved kontaktsmitte via hender, er smitte som overføres via arbeidsantrekk også av stor betydning. Arbeidsantrekket skal beskytte ambulansepersonellet mot sprut/søl fra organisk materiale, ulike kjemikalier etc. God personalhygiene og riktig bruk av arbeidsantrekk er således et viktig ledd for å hindre direkte eller indirekte smitteoverføring til pasientene.

- Langt hår settes opp eller samles i nakken
- Synlige smykker og piercing skal ikke brukes
- Neglene skal være kortklippede og uten neglelakk
- Kunstige (påsatte) negler skal ikke brukes
- Utpreget utsmykking i ansikt og overdrevet bruk av sminke er ikke tillatt
- Bruk av parfyme er ikke tillatt

Referanse ST: TQM, Dokument-ID 367 Arbeidsantrekk ved STHF og Dokument-ID 4460 Håndhygiene

Referanse SiV: Elektronisk kvalitetssystem (EK), Nivå 1 > 1.5 Arbeidsprosesser > 1.5.2 Hygiene og smittevern

POLITIANMELDELSER I PREHOSPITAL KLINIKK – R

Ansatte i ambulansetjenesten vil av og til komme opp i situasjoner med pasienter eller publikum som rammes av straffeloven (eks. vold, trusler om vold, uettig bilkjøring). Det er den enkelte som opplever hendelsen som eventuelt må anmelde forholdet, og dette er også rutinen i politiet. Dersom saken straffeforfølges, vil den fornærmede/ melder i alle tilfeller måtte stille som vitne

FORHOLDET TIL MEDIA – R

Ansatte i ambulansetjenesten skal aldri uttale seg til media om enkeltpasienter eller hendelser i ambulansetjenesten, men henvise forespørsler til ledelsen.

Under oppdrag der man er i samhandling med politiet skal forespørsler fra media rettes innsatsleder (Politi)

Referanse ST: TQM, Dokument-ID 864 Mediekontakt

KOMPETANSEKRAV

NASJONALE KRAV - P

Personell som skal tjenestegjøre i ambulansetjenesten skal inneha kompetanse som er samsvar med § 17, (krav til bemanning og helsefaglig kompetanse) i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

§ 17. Bemanning og helsefaglig kompetanse

Ambulansebiler og -båter som utfører oppdrag som nevnt i § 3 2. ledd og § 15 skal være betjent av minst to helsepersonell slik at pasienten sikres adekvat behandling og oppfølging under transport.

Minst ett av helsepersonellet skal inneha autorisasjon som ambulansearbeider.

Øvrige helsepersonell (eks. sykepleiere/ legestudenter/leger) må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse

Videre må minst ett av ambulansepersonellet inneha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy.

Referanse: FOR 2005-03-18 nr 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

INTERNE KRAV - P

Alle ansatte i ambulansetjenesten skal i tillegg til forskriftens krav gjennomgå bedriftsintern opplæring som fører fram til sertifisering på medisinske og operative arbeidsoppgaver.

MEDISINSKE SERTIFISERINGER

Fastlagte rammer for medisinsk sertifisering skal kvalitetssikre at personellet innehar den nødvendige kompetanse til å utføre de behandlingstiltak som er fastsatt i medisinsk metodebok (MM), medikament prosedyrekort (MPK) og METTS ESS ambulanse. Det sertifiseres på to nivå, ALS (avansert livsfunksjonsstøtte) eller BLS (basalt livsfunksjonsstøtte)

ERVERVELSE AV MEDISINSK SERTIFISERING.

Nivå	Krav til utdanning	Type behandlingstiltak
ALS	Avansert livsfunksjonsstøtte	For å kvalifisere til ALS-sertifisering, kreves autorisasjon som ambulansearbeider, sykepleier eller medisinerstudent med dokumentert opplæring i undersøkelsesteknikk og grunnleggende farmakologi Klinikkoverlegen kan, etter vurdering, unnlate å sertifisere en person på ALS nivå, vedkommende kan få en formell BLS-sertifisering
BLS	Basal livsfunksjonsstøtte	Innebærer en begrensning i delegeringene og kan gis personell uten autorisasjon

Innhold i sertifiseringene: se MM (Medisinsk metodebok). Kapittel "Sertifiseringsnivå for behandlingsteknikker".

KRAV TIL OPPLÆRING

Ved ansettelse av nytt personell skal sertifiseringskurs (innfasingskurs) gjennomføres ved første anledning. Dette er i alle tilfeller obligatorisk ved ansettelse i fast stilling uansett brøk og ansettelse av fastvikarer (faste tilkallingsvikarer).

Unntaksvis kan autorisert ambulansearbeider med gyldig sertifisering fra annen ambulansetjeneste benyttes til sporadiske vakter. Etter følgende krav:

- Gjennomføre en nettbasert konverteringskurs
- Videre skal bakgrunn dokumenteres, dvs. type sertifisering og faglig innhold i den opplæringen som er gitt (Timetall, hyppighet, varighet, nøyaktig beskrivelse av hvilke tiltak vedkommende har tillatelse til å gjennomføre, tiltak sertifiseringen omfatter, hvilke medikamenter som er inkludert)
- Navn og telefonnummer til sertifiserende lege, slik at legen kan benyttes som referanse
- I overstående tilfeller sertifiseres den ansatte på **BLS-nivå**

OPPGARDERING AV SERTIFISERING (FRA BLS TIL ALS SERTIFISERT)

BLS sertifisert personell kan oppgraderes til ALS sertifisering ved å gjennomføre sertifiseringskurs (innfasingskurs). Andre års lærlinger kan oppgraderes til ALS sertifisering etter å ha gjennomført et nettbasert konverteringskurs og har ervervet seg autorisasjon som ambulansearbeider.

OPPRETTHOLDELSE AV MEDISINSK SERTIFISERING.

Sertifiseringen gjelder for det tidsrom som bestemmes av klinikken (i prinsippet for 1 år av gangen). Kompetansehjulet (se fig. under) beskriver aktiviteter i forhold til å opprettholde og utvikle kompetanse hvor de et p.t. avsatt 18 timer (offentlig tjeneste, Nome og Drangedal) og 12 timer (resterende privat tjeneste). Den enkelte ansatte er ansvarlig for å få gjennomført pålagt opplæring i henhold til kompetansehjulet.

Sporadiske vikarer (ferievikarer) må for å opprettholde sin sertifisering:

- Ha gjennomført 100 timers operativ ambulansetjeneste hos oss i løpet av året

TAP AV MEDISINSK SERTIFISERING.

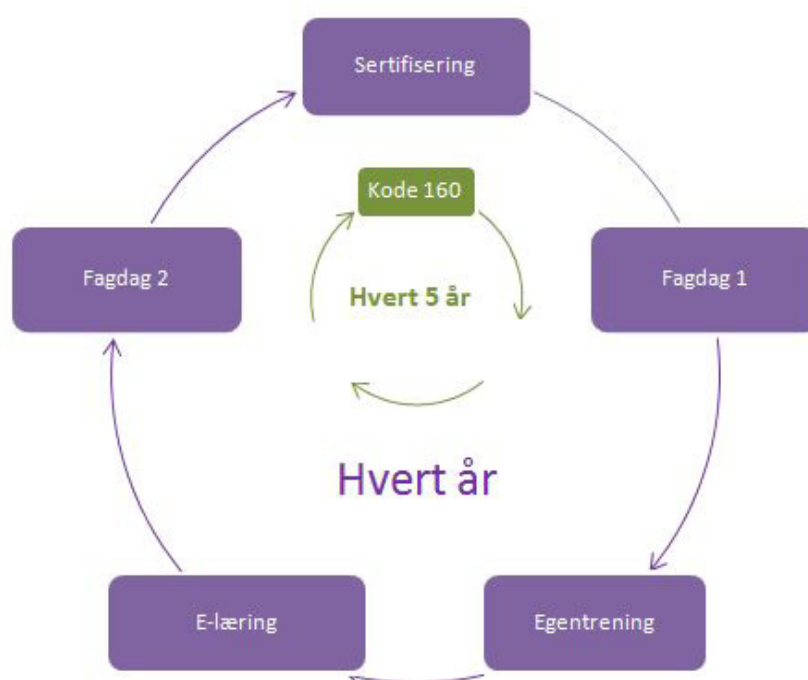
Bortfall av ALS eller BLS sertifisering inntreffer dersom:

- Man ikke følger opp pålagt sertifisering og opplæring i henhold til kompetansehjulet
- Man ikke består sertifiseringsprøven. Frist for å ta ny prøve er p.t. 3 uker
- Man utviser holdninger som ikke er forenelig med å inneha en medisinsk eller operativ delegering
- Det skjer feilbehandling med bakgrunn i at prosedyre ikke følges
- Man er fraværende fra tjeneste i ett år. ALS sertifisering kan gis tilbake ved å gjennomføre ett nettbasert konverteringskurs

ANSVAR FOR REAKSJONER

Personellets kompetansestatus kvalitativt og kvantitativt (oversikt over deltagere, resultater fra tester, sertifiseringer etc.) gjøres opp etter hver fagdag. FoU informerer aktuelle ambulansearbeidere og stasjonsleder om avvik fra norm ved behov for reaksjoner. Ansvar for å gjennomføre tiltak/reaksjoner overfor en medarbeider vil i alle tilfeller påligge stasjonsleder. Avdelingssjef ambulanse informeres om hvilke tiltak/reaksjoner som gjennomføres.

KOMPETANSEHJUL



OPERATIVE SERTIFISERINGER

Rammer for operative sertifisering skal kvalitetssikre at personellet innehar den nødvendige kompetanse til å utføre de oppgaver som er fastsatt i operativ metodebok (OM), forskrifter og overordnede føringer fra RHF (regionalt helseforetak) og eget HF. En operativ sertifisering kan gjennomføres som en engangshendelse, årlig eller etter andre tidsintervaller. Med operative sertifiseringer menes:

EGENTRENING PÅ STASJON

Egentrening eller teamtrening på selekterte ambulanseprosedyrer og teknikker. Gjennomføres over 12 mnd. Benytt skjema "Egentrening" for å kvitere for utført trening. Egentreningsskjema medtas årlig på den praktiske sertifiseringsdagen for godkjenning. Egentreningen er en del av obligatorisk vedlikehold av kompetanse og må gjennomføres for å opprettholde sertifisering (se kompetansehjulet)

OBLIGATORISKE E-LÆRINGSPROGRAM

Gjennomføres innenfor en tidsbegrenset periode anvist fra avdelingssjef ambulanse, klinikkssjef eller eget HF. E-læringsprogram er en del av obligatorisk vedlikehold av kompetanse og må gjennomføres for å opprettholde sertifisering (se kompetansehjulet)

UTSJEKK OG VEDLIKEHOLDSTRENING PÅ MEDISINTEKNISK UTSTYR (MTU)

Ved innføring av nytt medisinteknisk utstyr skal obligatorisk opplæring gjennomføres og dokumenteres med dato og signatur. Gjennomgang av MTU dokumentasjon foretas årlig på den praktiske sertifiseringsdagen.

UTSJEKK FOR INTENSIVTRANSPORT

Ambulansepersonell stasjonert ved sykehus (Tønsberg, Skien og Porsgrunn) skal gjennomføre transportmedisinsk grunnkurs gjeldende for aktuelt sykehus (Siv eller STHF).

OBLIGATORISK VEDLIKEHOLD AV UTRYKNINGSKOMPETANSE

Formålet er å kvalitetssikre at ambulansepersonell innehar nødvendig teoretisk kunnskap og praktisk kompetanse for utrykningskjøring ved å gjennomføre frekvent teoretisk og praktisk trening i utrykningskjøring. Omfanget av slik trening skal ta hensyn til:

- Individuelle behov
- Spesielle behov
- Erfaringsnivå

Vedlikeholdstrening gjennomføres innenfor det samme året som utrykningssertifikatet (kode 160) skal fornyes, og i enkelte tilfeller ved behov.

Referanse: FOR 2009-06-12 nr 637: Forskrift om krav til opplæring, prøve og kompetanse for utrykningskjøring (utrykningsforskriften).

FØR OPPDRAG

FULLVERDIG AMBULANSE

Bemannet etter forskrift. Videre skal det alltid være minst en ALS sertifisert person om bord.

TILLEGGSBEMANNING I AMBULANSENE.

Sykepleiere og leger fra sykehusene og primærhelsetjenesten kan delta på utrykninger dersom de blir varslet gjennom AMK på grunnlag av gitte kriterier. Også dersom lege ønsker å være med pasienten, så bør man forsøke å tilrettelegge for dette?

SOM ASSISTANSE

Dersom det ikke er mulig å bemanne en ambulanse kan AMK velge å sende ut en ambulansearbeider som nærmeste hjelp på akutt og haste oppdrag for å igangsette undersøkelse og behandling inntil en fullverdig bemannet ambulanse overtar

HOSPITERING I AMBULANSETJENESTEN.

I perioder er det behov eller ønske om hospitering i ambulansetjenesten. Derfor er det satt opp et rammeverk som skal regulere dette. Dette rammeverket sikrer en forutsigbarhet både for ansatte og hospitanter.

- Studenter i ambulansefag samt annet helsepersonell kan delta på utrykninger. Personen og begrunnelsen for hospiteringen skal godkjennes av stasjonsleder. Det skal alltid underskrives på generell taushetsplikt. Hospitanter som ikke går på videregående skole for ambulansefag skal være minimum 18 år
- All annen hospitering (eks. representanter for myndigheter eller media) kan delta på ambulansetrykninger etter spesiell godkjenning fra avdelingssjef for ambulansetjenesten
- Navn på hospitant meldes AMK, slik at det holdes kontroll på hvilke personer som til enhver tid befinner seg i ambulansene
- Ambulanseteamet skal stille seg til rådighet for å kjøre med hospitant, og det skal spesielle grunner til for å kunne avstå
- Hospiteringen begrenser seg til tidsrommet 8-16 med mindre helt spesielle forhold tilsier noe annet. Begrensningen i tidsrom gjelder ikke personer som skal benyttes som vikar i tjenesten
- En hospitant skal alltid ha et ryggmerke hvor det står hospitant
- Hospitanter skal ikke tas med inn i områder med økt risiko

FORBEREDELSE, DRIFT OG AVLEVERING AV AMBULANSE - P

Hensikten med denne retningslinjen er å definere forberedelse, drift og avlevering av ambulanse.

FORBEREDELSE

- Ambulansepersonellet skal ved arbeidstidstart være klare til å rykke ut på oppkall fra AMK
- Ved vaktens begynnelse og vaktbytte samt endring av ambulanse-ID plikter personellet å registrere dette i AMIS
- Det utføres teknisk ambulansesjekk, rengjøring og kontroll etter sjekklister (se også lokal internkontroll)
- Batterikapasitet sjekkes for radiohåndsett og medisinteknisk utstyr
- Medikamentkontroll

DRIFT

- Etter hvert oppdrag skal forbrukt utstyr suppleres
- På vakttid skal ambulansen befinne seg i sitt vaktområde dersom annet ikke er bestemt/eller avtalt med AMK.

AVLEVERING AV AMBULANSEN

- Før avlevering skal drivstoffmengde sjekkes og være tilfredsstillende
- Utstyr skal suppleres

PÅ OPPDRAG

AMBULANSEOPPDRAG GENERELT - R

Denne retningslinjen beskriver operativ fremgangsmåte under utføring av alle ambulanseoppdrag. Oppdrag ved ulykker, økt risiko og skarpe oppdrag utdypes i egne retningslinjer.

Under transport av pasient skal alltid en av ambulansepersonellet befinne seg i pasientrommet hos pasienten. Kompetansen på pasientledsager skal alltid være i forhold til pasientens tilstand.

OPPKALL AV ENHET

Hovedregel er at ambulansen utkalles ved anrop over helseradionettet (fra AMK). Vakthavende personell skal svare over samme, ta i mot og utføre oppdraget etter beskjed fra AMK.

UTRYKNINGSMELDING FRA AMK PÅ SAMBAND SKAL INNEHOLDE:

- Enhet
- Hastegrad
- Hovedproblem
- Følgepersonell
- Andre forhold/sikkerhetsrisiko?

Øvrige opplysninger som adresse, pasientdata og spesifikke symptomer sendes normalt i Transmed.

AMBULANSEREAKSJONSTIDER

Ambulansereaksjonstiden er tiden fra AMK varsler om utrykning til ambulansen er på vei (Status: rykker ut). Ambulanse med tilstedevakt skal ha følgende reaksjonstider

Rød hastegrad: **90 sekunder** (median tid, ca. gjennomsnittet)

Gul hastegrad: **2 minutter**.

Grønn hastegrad: **5 minutter**.

Ambulanse med hjemmevakt tillates en reaksjonstid på 8 minutter. (Statusmelding rykker ut sendes når bilen er på vei med full bemanning)

VALG AV HASTEGRAD

Valg av hastegrad på utrykning settes av AMK. Ved Grønn og Gul hastegrad skal ikke signaler benyttes med mindre det er medisinske behov (endret situasjon for pasienten).

Hastegrad tilbake til sykehus settes av ambulansepersonellet på bakgrunn av RETTS.

Oppgradering til Rød/oransje hastegrad meldes AMK.

MELDEPLIKT VED RØD RESPONS

Alle ambulanser har meldeplikt til AMK dersom man antar at man kan komme raskest fram til pasienten. Meldeplikten gjelder også når annen ambulanse har behov for assistanse (gjelder ikke dersom man er opptatt på rød eller gul respons).

AVBESTILLING AV LUFTAMBULANSE

Når luftambulanse er rekvirert til et oppdrag pararelt med ambulanse, og OLH mener det ikke er grunnlag for bistand/ assistanse av denne ressursen, skal OLH gjøre følgende:

- Varsle AMK og be om konferanse med legen på luftambulansen
- Orienterer legen om hvilke observasjoner/ medisinske funn som er gjort
- Beskrive hvilke skademekanismer pasienten har vært utsatt for (ved ulykke)

SEKUNDÆRTRANSPORTER (MELLOM INSTITUSJONER)

Ambulansen skal alltid være bemannet med to ambulansepersonell selv om det er sendt med eget personell fra helseinstitusjon for å følge pasienten. Dersom ambulansepersonellet, etter å ha mottatt en bestilling, er i tvil om man har utstyr og kompetanse nok til å håndtere transporten på en medisinsk forsvarlig måte, skal dette snarest tas opp med vakthavende AMK-lege/ vakthavende anestesilege.

TOBÅRE AMBULANSE

- Pasientene bør i størst mulig grad skjermes fra hverandre
- Det er ønskelig at pasientene skal leveres på samme institusjon
- Menn og kvinner, barn og voksne kan transporteres sammen, men det må alltid vurderes om spesielle forhold kan være etisk besværlig. Det er viktig at AMK sjekker ut problemstillingen med rekvirent, og at pasientene blir forhåndsinformert om felles transport

Som hovedregel skal det ikke foretas utrykningskjøring når det er to pasienter i bilen. For at slik transport skal være medisinsk forsvarlig, skal ingen av pasientene

1. Ha behov for medikamentinfusjon på pumpe
2. Ha planlagt behov for medikamentinjeksjoner underveis
3. Være intubert
4. Ha behov for noninvasiv (CPAP) eller invasiv (respirator) respirasjonsstøtte
5. Ha behov for kontinuerlig overvåking av hjerterytme (= lege sier at det er stor arytmi fare)
6. Ha smitteregime
7. Ha utpreget fare for diaré eller oppkast

INNMELDING AV PASIENT TIL MOTTAK - P

Ved innmelding av pasient som krever særskilt mottak bør kommunikasjon foregå direkte mellom ansvarlig sykepleier/lege i mottagelsen og innmeldende personell, fortrinnsvis via AMK via logget samband.

Innmeldingen skal foretas etter de prinsipper som er lagt i ESS (Emergency symptoms and signs) i RETTS (Rapid emergency triage and treatment system)

TILBAKEMELDING FRA AMBULANSE TIL AMK

- Hvis RETTS-triage eller retriage gir annen hastegrad enn den opprinnelige fra AMK (Rød fra AMK = Rød og Orange RETTS) skal dette meldes så raskt som mulig til AMK
- Dersom ambulansen bringer pasienten til annen destinasjon enn Akuttmottak, må dette meldes til AMK, slik at det blir anført i AMIS-Akuttmottaksmodul

STANDARD MELDING FRA AMBULANSE:

Dette er bil X fra Y

- Vi kommer med en mann/kvinne født
- Hendelse: ...
- Siste triage: Kontaktårsak, ESS nummer og fargeprioritet. Triage klokkeslett ved lang tur til sykehus
- Ved Rød og Oransje prioritet meldes alle VP
- Ved Gul og Grønn meldes normalt ikke VP
- Viktige iverksatte behandlingstiltak
- Vi ankommer om ca. antall minutter

Referanse: METTS, ESS ambulanse

INNMELDING OG LEVERING AV PASIENT TIL PSYKIATRISK AKUTTMOTTAK I VESTFOLD - R

1. Ambulanse ringer psyk. akuttmottak minimum 10 minutter før forventet ankomst og melder pasienten. Sykepleier på posten svarer på tlf. 33 37 50 75
2. Ambulansepersonellet låser seg inn hoveddøren på gateplan, og kan med fordel melde i porttelefonen at de er på vei opp.
3. I 3. etg. ringer ambulansepersonellet på døren til psykiatrisk akuttmottak, og venter på svar.
4. Ambulansepersonellet følger pasienten inn til mottaksrommet, og avgir rapport til personalet. Unntaksvis foregår overlevering av pasient på korridor/ døra inn til posten.

MOTTAK OG OVERLEVERING AV PASIENT - P

Hensikten med denne retningslinjen er å sikre at pasienter og pasientinformasjon ikke utsettes for mangelfull kvalitet i mottak eller overleveringen av pasient.

1. Oppegående pasienter:

Sørg for at pasienten støttes/hjelpes slik at det forbygges at pasienten faller/snubler.

2. Bårepasienter:

Det skal alltid være to personer når bære tas ut av ambulanse. Festestropper med skulderstropper skal være påsatt så lenge pasienten ligger på båren

MOTTAK AV PASIENT FRA ANNET HELSEPERSONELL

- Motta rapport om pasientens situasjon og behandlingsbehov fra lege/sykepleier
- Spør konkret dersom ikke tilstrekkelige opplysninger blir rapportert (Se retningslinje for opptak av sykehistorie i MM)
- Sørg for at evt. følgeskriv, røntgenbilder fra lege/sykehus blir tatt med

OVERLEVERING TIL MOTTAGENDE PERSONELL

- Sørg for at følgeskriv fra innleggende lege/henvisende lege overleveres til sykepleier eller lege
- Funn av medikamentemballasje, medikamentliste eller annen skriftlig dokumentasjon vedrørende pasientens tilstand/sykdom
- Utfylt ambulansejournal
- Muntlig rapport omkring situasjonen under transporten dersom dette ansees å ha betydning, eller på forespørsel fra lege/sykepleier
- Utskrift fra defibrillatoren LP15 dersom det er aktuelt, husk og merk utskrift med person id.

Så lenge pasienten ligger på ambulansebære har ambulansepersonellet det primære ansvaret for pasienten, og må ta håndteringsansvaret inntil pasienten er kommet over i seng/behandlingsbord ved mottagende avdeling. Ikke forlat pasienten før du har forsikret deg om at mottagende avdeling har overtatt ansvaret. Overlat aldri pasienten alene!

EIENDELER OG VERDISAKER.

I ambulansen vil man ofte komme i kontakt med pasienter som ikke kan ivareta seg selv eller sine eiendeler. For å hindre at disse pasientene mister klær eller andre personlige eiendeler gjøres følgende:

KLÆR.

Klær som ligger løst eller fjernes fra pasientens kropp under behandlingen skal legges i plastpose og merkes med pasientens navn og fødselsdato.

LØSØRE (LOMMEBØKER, KONTANTER, KLOKKER, RINGER, MOBILTELEFONER ETC.)

Løsøre bør legges i en egen pose. Ved ankomst i akuttmottak/avdeling skal verdisakene overleveres til mottagende sykepleier hvis pasienten selv ikke kan ivareta egne verdigjenstander. Hvis ambulanse personellet overgir verdisaker til sykepleier skal dette dokumenteres i journalen.

INTENSIV OG KUVØSE TRANSPORT - R

Med intensivtransport menes transport av pasient i bilambulanse med nødvendig følge av intensiv- eller anestesisykepleier og/eller anestesilege.

ANSVAR

Ansvarlig overlege ved Anestesiologisk avdeling er ansvarlig for organisering og gjennomføring av intensivtransporter. Ambulansepersonellet er ansvarlig for gjennomføring av denne retningslinjens utførelse og arbeidsbeskrivelse (se under)

KOMPETANSEKRAV

Generelt

- Gjeldende krav til bemanning av ambulanse i Prehospital klinikk
- Vaktturnus ved Tønsberg ambulansestasjon (gjelder SiV)
- Vaktturnus ved Skien eller Porsgrunn ambulansestasjon (gjelder STHF)

Tilleggsopplæring

Ambulansepersonell skal gjennomføre transportmedisinsk grunnkurs gjeldende for aktuelt sykehus (Siv eller STHF) inneholdende:

- Praktiske forhold før avreise, inkludert beslutning om følgenivå
- Oppstart av transport (utstyr, medikamenter, dokumentasjon, forhold til pårørende)
- Utsjekk / individuell test MTU
- Praktisk utsjekk/helhetsvurdering

UTFØRELSE/ARBEIDSBESKRIVELSE

Før transport

- **Minimum registrert for 5 personer, 4000 L oksygen, 220V 1500w.**
- Teknisk kontroll av ambulanse samt drivstoffnivå og spylervæske
- Funksjonskontroll av inverter
- Tilstrekkelig oksygen (2 fulle 10 liters flasker)
- Ved behov for trykkluft: 1 full 10 literflaske (Skien/Porsgrunn)

Før avreise med pasient

- På avleverende avdeling
 - Tilkobling av oksygen og evt. luft fra vegguttak over på transportflasker
 - Forflytning av pasient fra seng til bære. OBS alle slanger og koblinger
 - Organisering av slanger og kabler på pasient og bære, nødvendig tildekking
- I ambulansen
 - Tilkobling av medisinteknisk utstyr over på nettdrift i ambulansen.
 - Tilkobling av oksygen og evt. luft fra bærbart over på ambulansens transportflasker
 - Tilse at ikke antallet passasjerer inkludert pasient overstiger det antall kjøretøyet er registrert for Gjennomgå SAT (Sjekkliste for sikker ambulansetransport) i samarbeid med ambulansens bemanning

Under transport

- Ambulansepersonell skal bistå følgepersonellet under transporten
- Det skal føres ambulansejournal under hele transporten. Kurve fra personellens hjemsykehus/Intensivavdeling kan brukes, men det skal også dokumenteres i ambulansejournal

Etter transport

- Sjekk og klargjøring av Easy trans båretativ og vakummadrass til ny transport
- Sjekk og klargjøring av Intensiv-LP15 (Tønsberg)
- Klargjøring av ambulanse og oksygenbeholdning
- Innføring av ambulansejournal i AMIS-journal. Sjekk at type ambulanseoppdrag i AMIS er registrert som "Intensivtransport"

ETTER OPPDRAG

DEFUSING, DEBRIEFING OG KOLLEGASTØTTE - R

Defusing- en uformell samtale for å "få ut ting" etter en traumatisk hendelse.

Debriefing- en planlagt gjennomgang med ekstra fagpersonell til stede.

Hensikten med defusing/debriefing er å ivareta ambulansepersonellets behov etter en hendelse som oppleves traumatisk. Med en traumatisk opplevelse menes en hendelse der ambulansepersonellet føler et behov for en defusing og eventuelt en debriefing.

RUTINER:

Ambulansepersonellet som føler behov for en defusing etter traumatisk opplevelse tar kontakt med sin stasjonsleder som oppretter kontakt med AMK og henstiller om at den/de aktuelle ambulanse(r) tas ut av drift. Dersom dette ikke kan gjennomføres, skal stasjonsleder innkalle ekstra personell til å opprettholde drift av ambulanse(r) inntil defusingen er gjennomført. Stasjonsleder skal finne et egnet sted hvor defusing kan gjennomføres.

Er det behov for en debriefing skal dette organiseres av stasjonsleder i samarbeid med andre involverte parter. Dette kan for eksempel være AMK, Politi og Brannvesenet.

Annet ekstra fagpersonell bør innkalles av AMK lege / LV lege etter behov.

Det er de involverte parter som selv må ta initiativ til at en defusing eller debriefing skal gjennomføres.

KOLLEGASTØTTEORDNINGEN

Kollegastøtteordning (KSO) er et frivillig lavterskeltilbud om støtte og hjelp til ansatte som har vært utsatt for traumatiske og belastende hendelser i tilknytning til arbeidet. Hensikten med ordningen er å redusere psykisk belastning umiddelbart etter en traumatiserende hendelse gjennom støttende samtaler, samt å forebygge utvikling av psykiske senskader.

I følgende situasjoner bør KSO aktiveres:

- ved spesielt dramatiske situasjoner som involverer ansatte og pasienter, f.eks. ved uventet dødsfall og når pasienter er påført alvorlig skade
- ved feilbehandling, feilmedisinering og medisinske uhell
- ved rettslig forfølgelse av hendelser
- når det fremkommer kritikk i media mot ansatte
- ved vold/trusler mot personalet
- ved akutte, alvorlige stress- og krisereaksjoner hos ansatte
- når ansatte gir uttrykk for å ha vært/er i en vanskelig situasjon

Kollegastøtten bistår umiddelbart etter en kritisk hendelse, eller så snart som mulig

Du står fri til å bruke kollegastøttere fra andre stasjoner enn din egen. Kollegastøtterne har taushetsplikt.

Det finnes kollegastøttere på følgende stasjoner.

AMK Telemark/Vestfold, Skien, Horten, Holmestrand, Tønsberg, Sandefjord og Larvik.

AMBULANSEJOURNAL - P

Det skal føres ambulansejournal på alle pasientene som ambulansepersonellet har behandlingsansvar for. (Transport er en del av pasientbehandlingen!). Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av forskrift og lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen. Det presiseres at AMIS-nummer er oppdragets id. nøkkel og må derfor **alltid** føres i journalen!

§ 40. Krav til journalens innhold m.m. Helsepersonelloven.

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Unntak: Når pasienten nekter behandling/transport (se egen prosedyre).

§ 39. Plikt til å føre journal. Helsepersonelloven

Ambulansejournalen skal inneholde bakgrunnen for at ambulanse ble rekvirert, observasjoner, funn, undersøkelser, behandling, pleie og annen oppfølging som er iverksatt av ambulansepersonellet og resultatet av dette. Etter at en journalnedtegnelse er signert, kan den bare endres etter reglene om retting og sletting i helsepersonelloven § 42, § 43 og § 44.

Ambulansejournal, hensikt

1. Informasjon om pasient og prehospital håndtering til mottakene helsepersonell
2. Kontinuerlig kvalitetssikring og driftsovervåking av virksomheten i prehospital klinikk

PREHOSPITALE PASIENTJOURNALER

Juridiske prinsipper og sikkerhet

- Det skal føres AMIS journal (elektronisk ambulansejournal) for alle pasienter som ambulansepersonell har vurdert, behandlet eller transportert. Journalene skal senest kviteres ut ved vaktens avslutning
- Videre skal utskrift fra AMIS journal, eller når det ikke er mulig, håndskrevet journal signeres og overleveres mottakene personell og følge pasienten (noen unntak beskrevet senere i denne prosedyre)
- Lagring av papirjournaler på andre steder enn sentralarkivene ved SiV og ST er ikke tillatt med mindre dette gjelder pasient/pårørende-signerte journaler for de tilfeller der pasienten nekter undersøkelse, behandling eller transport. Disse journalene kan mellomlagres i låst postkasse på ambulansestasjonen, inntil stasjonsleder kan få transportert dem til sentralarkivet ved henholdsvis ST eller SiV
- Alle brukere må logge seg inn med personlig brukernavn og passord for tilgang til elektronisk journal. Åpning av journal og endringer blir logget

AMK-JOURNAL

Som AMK-journal regnes de data som registreres i AMIS av AMK-operatørene, samt lydloggfiler fra AMK's lydlogg. En del av dataene som AMK har generert, fremkommer i ambulansejournalen.

ANDRE JOURNALDATA

Biologiske signaler fra defibrillatorer og EKG-systemer regnes som del av pasientjournal. Disse data lagres i eget system ved sykehusene. Lydloggfiler er lagret på Nice Call Focus II i AMK. Sikkerhets kopi av lydloggen er lagret som DVD i brannsikkert skap i AMK.

Som kladd i ambulansen skal man benytte fortrykt papirjournal (Code summary fra LP 15 er et svært godt hjelpemiddel til å få lagt inn nøyaktige tidspunkter fra akuttoppdrag). Det som ikke overleveres til mottakene personell, skal makuleres etter at alt er dokumentert elektronisk i AMIS journal.

PASIENT LEVERT SIV ELLER ST

Regelen er at journalen skrives rett inn i AMIS etter oppdrag. Den ferdig registrerte journalen skrives ut og signeres i akuttmottaket og leveres til mottakene personell. Håndskrevet papirjournal skal makuleres etter innføring i AMIS journalen.

Unntakene fra dette er som følger:

Akutt/rød-tur på vent

- Det avgis muntlig pasientrapport til mottakene personell
- Det gis informasjon om at ny rød tur er på vent
- Det leveres håndskrevet papirjournal med de opplysninger og data som til da er dokumentert og det gjøres oppmerksom på at en utskrift fra fullt utfylt AMIS journal vil bli levert ved første anledning. (Journalen skrives inn i AMIS fra egen stasjon eller ved neste avlevering i akuttmottaket). Det er ønskelig at den ferdig registrerte journalen skrives ut i akuttmottaket, eller at man tar med utskriften fra egen stasjon og leverer i akuttmottaket senere samme vakt). Dersom det sendes utskrift fra ambulansestasjonen til akuttmottakets printer, må man være sikker på at man velger rett printer, og ringe og be personell (sekretær eller andre) fra akuttmottaket ta hånd om journalen, og sørge for at den bringes videre til pasientens kurve eller sykehusjournal.

Teknisk svikt i datasystem eller printer

- Det avgis muntlig pasientrapport til mottakene personell
- Det leveres håndskrevet papirjournal med de opplysninger og data som til da er dokumentert og det gjøres oppmerksom på at en utskrift fra fullt utfylt AMIS journal vil bli levert ved første anledning

PASIENT LEVERT ANDRE SYKEHUS ELLER LEGEVAKT

Det må håndskrives en papirjournal på fortrykt skjema. Den håndskrevne journalen (Orginaldelen) overleveres til mottakene helsepersonell. AMIS journal føres på stasjon og kopidelen av papirjournal makuleres.

PASIENT FORBLIR HJEMME ELLER PÅ ÅSTED ETTER UNDERSØKELSE, OBSERVASJON ELLER BEHANDLING.

Det må håndskrives en papirjournal på fortrykt skjema. Den håndskrevne journalen (Orginaldelen) overleveres til pasienten eller pårørende, med informasjon om at journalen bør overleveres til fastlege. AMIS journal føres på stasjon og kopidelen av papirjournal makuleres.

PASIENTEN DØR OG BLIR ETTERLATT PÅ STEDET

Det må håndskrives en papirjournal på fortrykt skjema. Den håndskrevne journalen (Orginaldelen) overleveres til den lege som syner liket og skriver dødsattest. Dette kan formidles via tilstedeværende dersom legen ikke forventes å komme før etter at ambulansepersonellet har forlatt stedet. AMIS journal føres på stasjon og kopidelen av papirjournal makuleres.

PASIENTEN NEKTER Å BLI MED TIL UNDERSØKELSE, OBSERVASJON ELLER BEHANDLING HOS LEGE.

Det må håndskrives en papirjournal på fortrykt skjema. Den håndskrevne journalen (Orginaldelen) overleveres til pasienten eller pårørende, med informasjon om at journalen bør overleveres til fastlege. Pasienten må signere på journal (orginaldel) og gjenpart at han/hun er informert og har fått råd om å bli med, men avslår dette. Det noteres i tekstfelt på den elektroniske journalen at pasienten signerte på papirjournal, og at papirjournalen arkiveres etter gjeldene regler. Deretter legges håndskrevet papirjournal i låst postkasse på stasjonen. Stasjonsleder sjekker om det ligger signerte journaler i postkassen minst en gang per uke, og får disse sendt til sentralarkivet på SiV eller ST.

NB – dette er de eneste journalene som kan mellomlagres nedlåst på ambulansestasjonen.

PASIENT OVERFØRES ETTER BEHANDLING FRA SYKEHUS TIL LAVERE OMSORGSNIVÅ ELLER HJEM

Det leveres ikke ambulansejournal rutinemessig. Foreløpig epikrise fra sykehuset antas å være tilstrekkelig informasjon. Kun dersom det oppstår et nytt medisinsk behandlings- eller observasjonsbehov underveis i ambulansen, bør det håndskrives en papirjournal på pasienten. Ved hjemkjøring skal ingen papirjournal skal følge pasienten. AMIS journal føres på stasjon og kopidelen av papirjournal makuleres.

GENERELT OM BRUK AV AMIS AMBULANSEJOURNAL (ELEKTRONISK JOURNAL)

Arbeidsstasjoner og printer for skriving av Amis ambulansejournal er opprettet ved sykehusene og alle ambulansestasjoner. Journalen har følgende fire elektroniske deler:

OPPDRAK

Denne delen inneholder operative og administrative data om oppdraget hvor deler av datafeltene er ført inn av AMK operastøren. De resterende felt fylles inn av ambulansepersonellet.

SYKEHISTORIE/VITALFUNKSJONER

Her fører ambulansepersonellet inn pasientens vitalparameter, RETTS pre-triage (hastegrad), sykehistorie og den behandling som er utført. Alle behandlingstiltak som er utført skal føres inn og krediteres den av ambulansepersonellet som utførte behandlingen. NB: Dersom behandlingen ble utført av lærling under veiledning skal behandlingen krediteres veileder.

MULIG HJERTEINFARKT

Denne delen skal fylles inn dersom pasienten har brystsmarter eller andre symptomer som kan være forårsaket av AKS, akutt koronarsyndrom. For å få tilgang til denne delen av journalen må man i feltet hovedproblem eller tilleggsproblem velge: **Brystsmarter/mulig akutt koronarsyndrom**

UTSTEIN HJERTESTANS

Denne delen skal fylles ut dersom pasienten har eller får sirkulasjonsstans, uavhengig av årsak. Det betyr for eksempel at siden også skal fylles ut ved åpenbar død. For å få tilgang til denne delen av journalen må man i feltet hovedproblem eller tilleggsproblem velge: **Hjertestans / Utstein**

Hvis du kommer som "Assisterende bil"

Som hovedregel pålegges ansvaret for føring av journal første ambulanse på åstedet

Navn på personell fra assisterende ambulanse skal leges inn og krediteres de behandlingstiltak som ble utført av dem

Journalføring av "Assisterende bil"

Slik føres du journalen dersom man har deltatt på oppdrag som "assisterende bil"

1. Legg inn "Assistert annen ambulanse" i feltet gjennomføring (se bildet under). Da er det ikke mulig å fylle ut medisinsk journal på de resterende deler av journalen (fane 6, 7 og 8).
2. Hvis du ved en feiltakelse startet med å fylle ut på fanene 6 Sykehistorie / Vitalfunksjoner, 7 Mulig hjerteinfarkt eller 8 Utstein hjertestans, må du slette alle opplysningene som ble lagt inn her og så utføre handlingen under punkt 1.
3. Hvis du i tillegg fikk registrert Hjertestans Utstein, som Hovedproblem eller Tilleggsproblem, må du fjerne disse problemene og slette Utsteinskjemaet som da automatisk har blitt åpnet. Dette gjør du ved å trykke knappen Slett, nederst til venstre. Utfør deretter det som er angitt under punkt 2 og punkt 1.

Oppdragstype	Primær oppdrag
Gjennomføring	Assistert annen ambulanse

OPPDRAGETS KJØRELENGDE

I ambulansejournalens felt "Km" skal det registreres de faktiske kilometer som kjøres fra man rykker ut fra egen stasjon eller fra et beredskapsforflyttet sted til man er tilbake på egen stasjon. Bruk trippsteller, og nullstill trippsteller når oppdrag er ferdig. Man kan også avlese kilometer fra Transcom. Ved tildeling av nytt oppdrag når man er beredskapsforflyttet, avsluttes beredskapsforflytningen når nytt oppdrag påbegynnes.

OPPDRAGSTIDER

Tidspunkt fra statusmelding "rykker ut" til "ledig på egen stasjon", eller "ledig" vil danne grunnlaget for beregning av oppdragstider. Dersom statusmeldinger ikke er sendt eller dersom det er sendt feil statusmeldinger fra radio eller kartsystemet skal de korresponderende felter for korrigerte tidspunkt i ambulansejournalen fylles ut med det beste anslaget man har for de aktuelle tidspunkt.

Manglende kilometer utfylling, og manglende utfylling av en av to "Ank. H-sted" tider eller en av fire "Ledig" tider vil medføre at journalen kan gjenåpnes av en "supervisor" og mangelen vil kommenteres i feltet tilbake-melding.

SAMKJØRING

Det har kommet tre nye felter i AMIS ambulansejournal som ikke vil vises på utskriften, men som vil være grunnlag for beregning av total oppdragstid og kjørelengde per vaktambulanse.

Samkjørt/Retur skal hukes av for pasient/oppdrag nummer 2 som samkjøres og alle returpasienter. Det vil si at det skal hukes av for 1 pasient/ambulanseoppdrag mindre enn alle som totalt inngår i de oppdragene som samkjøres og/eller "returneres". Det skal utfylles det rette kilometerantall for alle enkeltpasienter. Dette vil være grunnlag for eventuell fakturering, men for de oppdrag hvor det er avkrysset for samkjøring skal samkjøringsgevinsten også angis i kilometer og i minutter. Sum av alle kilometer for alle oppdrag minus "alle" "Sparte KM" skal være det samme som står på trippstilleren etter at oppdragene er utført. For tidsberegning skal summen av alle tider fra rykker ut til siste ledigtid per oppdrag minus summen av all "Spart tid" være lik totaltiden fra første oppdrag "Rykker ut" til "ledig egen stasjon" eventuelt "korrigert ledig egen stasjon".

SIKKERHET

SIKRING AV PASIENT, PÅRØRENDE OG PERSONELL - P

Sikker og trygg ambulansetransport skal være gjennomgående i tjenesten. Før hver transport starter skal SAT sjekklisten (Sikker Ambulanse Transport) gjennomgås av ambulansens besetning.

Sjekklisten skal være tilgjengelig i alle ambulanser



SIKKERHETSALARM - P

Det kan oppstå situasjoner som ambulansepersonell oppfatter så truende for egen sikkerhet, at de ønsker bistand fra politiet. Ved slike situasjoner kan sikkerhetsalarm utløses via sambandet. Denne alarmen er lydløs, og aktiveres i AMK. "Alarm" vises i RBO-displayet. Da det opereres med forskjellige type sambandsapparater, har de forskjellige virkemåter. Ambulansepersonellet er forpliktet til å vite hvordan aktuelt apparat virker. Alarmen utløses til ambulansekoordinator, som hele tiden har oversikt over hvilke mannskaper som er ute.

UTLØSING AV SIKKERHETSALARM.



Dersom ambulansepersonell kommer i en situasjon som oppfattes som truende eller trussel har inntruffet kan det sendes sikkerhetsalarm til AMK. Det er viktig at alt ambulansepersonell kjenner denne prosedyren, og at det ikke fravikes på noen måte. Hvis ambulansepersonellet i vanvare har utløst alarmen avklares det direkte via sambandet. Husk at en del radioer sperrer for inngående trafikk i noen sekunder etter at alarmknappen er aktivert

Viktig: Alle som overhører denne kontrollmeldingen fra AMK skal øyeblikkelig initiere fullstendig radiotaushet inntil situasjonen er oppklart.

TEST AV SIKKERHETSALARM.

AMK er ansvarlig for å gjennomføre testing av sikkerhetsalarm

UTLØSING AV SIKKERHETSALARM MED ERICSSON P504.

Ericsson P 504 åpner apparatets mikrofon automatisk (i 35 sekunder) på det apparatet hvor sikkerhetsalarmen er utløst fra. Forutsetningen er at koordinator flytter alarmanropet over til pågående samtaler i RBO.

Det betyr i praksis at ambulansepersonellet kan sende beskjeder/meldinger som forklarer noe om den aktuelle situasjonen uten å røre radioen. Hvis AMK ikke oppfatter situasjonen, ikke hører noe, må de sende selektivt oppkall til det apparatet sikkerhetsalarmen er sendt fra, for å stille kontrollspørsmålet.

Viktig: Dersom det benyttes monofon (Løs mikrofon) må denne festes i brysthøyde eller over for at AMK skal oppfatte hva som blir sagt. Ellers høres ikke samtalen.

RISIKO OPPDRAG - P

OPPDRAG MED ØKT RISIKO

Gjennomføring av ambulanseoppdrag med økt risiko skal følge denne prosedyre. Slike oppdrag er eksempelvis:

- Selvmordsforsøk
- Narkomani/overdose av narkotika, beruselse
- Utagerende psykiatriske pasienter
- Pasienter med farlig/smittsom sykdom
- Transport av innsatte i arrest
- Assistanse til brannvesenet
- Ulykker i farlige og usikrede objekter, farlige steder eller lignende

Ambulansen skal:

- Kvittere for melding og kjøre til oppgitt sted/venteplass samt melde ankomst
- Ved venting, rutinemessig oppdatering av status til AMK
- Benytte nødvendig sikkerhetsutstyr tilpasset oppdragets art (Fysisk sikring, vernedrakt eller vernevest der det er tilgjengelig)

Ved eskalering av situasjonen skal melding til AMK inneholde:

- Hendelse (Hva som har skjedd)
- Korrekt skadested
- Risikovurdering
- Antall skadde og alvorlighetsgrad
- Ressursbehov

Vakthavende ambulansepersonell har ansvaret for at oppdraget utføres etter denne retningslinje, og etter pålegg fra AMK. For hvert enkelt tilfelle må det vurderes behov for assistanse fra politiet for sikring av egne mannskaper. Politiet skal varsles ved tvil, eller når ambulansepersonellet ønsker det.

SKARPE OPPDRAG

Gjennomføring av skarpe oppdrag skal følge denne prosedyre. Slike oppdrag er eksempelvis:

- Terror og sabotasje
- Sikkerhetsalarm
- Knivstikking/ bruk av skytevåpen
- Vold/slagsmål
- Assistanse til politiet
- Andre oppdrag hvor man kan bli utsatt for livsfare

Følgende punkter tas med i planleggingen:

- Egensikkerhet (Hvilken risiko oppdraget innebærer)
- AMK vil be om fysisk sikring av ambulansepersonell (vernevester), der det er tilgjengelig
- Sikker venteplass (Avklares med Politi, AMK)
- Hvem møter ambulansen på venteplass?
- Ressursbehov (Andre enheter og type på vei til hendelsesstedet)
- Avklare kommunikasjonsprosedyre:
 - Radiobruk/radiotaushet/kanalvalg
 - Kontaktperson
 - Andre forhold

UFORUTSETT SKARPT OPPDRAG – TILSPISSET SITUASJON.

Ambulansepersonell skal så snart situasjonen tiltar, varsle AMK. Ved trussel om bruk av våpen eller våpenliggende gjenstand, trekke seg tilbake, varsle AMK, avgi situasjonsrapport, observere, rapportere og avvente assistanse fra politiet.

SAMBAND

HELSEADIONETTET - P

Helseradio kommunikasjon skal begrenses til trafikk som er relevant for AMK, ambulansepersonell, leger, LV-sentral og andre nødetater. Hver enkelt melding skal formidles i henhold til fastlagte radioprosedyrer, inkludert den diskresjon som situasjonen krever. All trafikk skal gjennomføres kort og konsist.

SAMBANDSDISCIPLIN

- Vær tilgjengelig på sambandet i vakttiden
- Lytt om sambandet er opptatt før du begynner å sende
- Gi korte og presise meldinger
- Bekreft meldinger, og be mottaker bekrefte dine meldinger
- Vær diskret (Sambandet blir avlyttet), bruk "medlytt sperre" ved behov
- Bruk det fonetiske alfabet ved bokstaverering
- Bruk anerkjente ekspedisjonsord og uttrykk

OPPKALL

Det vil være forskjell på oppkallene. I systemet ligger følgende typer oppkall:

Selektivt oppkall	Kun til apparat i bilen	Eks: (04411)
Gruppeoppkall	Alle apparater tilknyttet en bil	Eks: (04410)
Lege/Ambulansealarm	Åpner alt samband i alle biler i kommunen	Eks: (04400)
Redningsalarm	Åpner alle apparater i kommunen	Eks: (04000)

Radiodisplayet vil vise "Alarm" når lege/ambulanse alarm sendes. Ellers vises radio-ID fra anroper. Fordi det eksisterer forskjellige typer av oppkall, må de nødvendigvis besvares på forskjellige måter. Dette for å hindre overkjøring av pågående radiotrafikk.

LEGE/AMBULANSE ALARM OG REDNINGSALARM

Her vil alarmer gå til flere enheter, derfor er det viktig å være avventende. Vent på åpningsmelding fra AMK som vet hvilke biler som er aktuelle for meldingen. Eksempel:

AMK: Dette er AMK med ambulansealarm til Tønsberg bil A, Tønsberg bil B og Tønsberg bil D. Rød respons til trafikkulykke på E - 18 ved xxxxxx, over. De oppkalte enheter bekrefter meldingen i den rekkefølgen de blir anropt fra AMK.

AKSJONSSAMBAND

Aksjonssamband skal opprettes når to eller flere ambulanser (inkl luftambulanse) eller en ambulanse og en lege, sendes ut på samme oppdrag. Det skal fortrinnsvis ikke sendes selektive anrop når aksjonssamband er opprettet. **Når ambulansealarm er sendt skal alltid aksjonssamband åpnes.** Alle aktuelle ambulanser/helikopter skal få beskjed hvilken kanal(er) som er satt i aksjonssamband. OLH skal melde sin radio-id til AMK. Kommunikasjon ved aksjonssamband rettes fortrinnsvis til ressurskoordinator. OLH skal melde fra til AMK når aksjonssamband kan kobles ned.

AMK kan gå ut av aksjonssamband ved samtidighetskonflikt, AMK melder fra om dette.

Mobiltelefon skal ikke benyttes som sambandsvei når aksjonssamband er opprettet.

DEKNINGSPROBLEMER I HELSEADIONETTET.

Svanstul/Luksefjell: Det er verken mobiltelefondekning eller Helseradiodekning i dette området. Publikum må enten ringe fra fasttelefon eller sende nødoppkall gjennom skogsikringskanal. 110-sentral Telemark har lyttevakt på denne kanalen. Ambulanse kan benytte Skogsikringskanal 5, programmert inn på BL -18 i ST-ambulansene evt. HE 85 i håndapparatene.

DET FONETISKE ALFABETET

A ALFA	P PAPA
B BRAVO	Q QUEBEC
C CHARLIE	R ROMEO
D DELTA	S SIERRA
E ECHO	T TANGO
F FOXTROT	U UNIFORM
G GOLF	V VICTOR
H HOTEL	W WHISKEY
I INDIA	X X-RAY
J JULIET	Y YANKEE
K KILO	Z ZULU
L LIMA	Æ ÆRLIG
M MIKE	Ø ØSTEN
N NOVEMBER	Å ÅSE
O OSCAR	

EKSPEDISJONSUTTRYKK

BEKREFT	Pålegg til adressaten om å erkjenne at en melding er mottatt
BULLDOG	Brukes i sendinger hvis det inntreffer en ulykke, eller det på annen måte oppstår alvorlige forhold som gjør at sendingen får høyere prioritet
DETTE ER FORSTÅTT	Denne meldingen er fra
GJENTA	Jeg har mottatt meldingen, forstått, og vil etterkomme den
INGENTING HØRT-SLUTT	Gjenta hele den siste sendingen
IVERKSETT	Den oppkalte stasjon har ikke svart, nettet er ledig
JEG GJENTAR	Start forhåndsplanlagt prosedyre/aksjon
JEG STAVER	Jeg gjentar hele siste sendingen
MELDING FØLGER	Jeg staver ved hjelp av det fonetiske alfabetet
MOTTATT	Sendes foran teksten i en formell melding, eller når hele meldingen skal skrives ned
MOTTATT SLUTT	Jeg har mottatt sistesending
OVER	Jeg har mottatt siste sending og avslutter samtalen
POSISJON	Min sending er slutt, jeg venter på svar
RADIOTAUSHET	Jeg vil vite din posisjon
RADIOTAUSHET OPPHEVES	All trafikk på radionettet er forbudt, ordre utsender avgjør når radiotaushet kan oppheves
RETTELSE	Gjenoppta normale sendinger. Radiotaushet kan bare oppheves av den stasjon som har iverksatt den
RIKTIG	Det er gjort feil i denne sendingen, korrigering følger
SLUTT	Du har oppfattet meldingen riktig
SNAKK LANGSOMMERE	Min sending er slutt, jeg venter ikke på svar
UKJENT STASJON	Du snakker for fort
VENT	Stasjon (kallesignal) som ikke er oppfattet
VENT SLUTT	Vent noen sekunder- nettet er ikke ledig. Sambandsoperatøren kan være opptatt
	Vent, jeg kaller deg opp senere. Betyr: nettet er ledig for annen bruker

STATUSMELDINGER

Ambulansepersonell skal sende statusmelding via Transmed ved endringer av enhetens aktuelle status. Meldingene logges inn i AMIS på AMK og er viktig for AMK operatørs valg av nærmeste ledige ambulanse ved akutt og haster oppdrag samt vanlige oppdrag for å redusere ventetid for pasienten.

STATUS

"Rykker ut" status skal sendes i det øyeblikk bilen er fullt bemannet med det personell som skal delta på utrykningen.

"Ledig" status skal sendes så snart ambulansen er klar for å ta imot nytt oppdrag. "Ledig" status skal alltid sendes før "Ledig stasjon". Dette pga av tekniske årsaker i AMIS.

TRANSMED UTE AV DRIFT

Dersom Transmed er ute av drift skal aktuell status sendes via VHF sambandet, benytt bilens radio ikke håndapparat da håndapparat ikke blir registrert i AMIS. Følgende Statusmeldinger gjelder:

91 Rykker ut Grønn tur

92 Rykker ut Haster

93 Rykker ut Akutt

33 Fremme

63 Retur med pasient

96 Leveres

03 Ledig

ULYKKER

UTRYKNING OG ANKOMST - P

Ved mottak av ambulanseoppdrag til ulykke skal denne prosedyre følges.

AMK skal i meldingen opplyse om:

- Beskrivelse av hendelse og ulykkessted
- Risikofaktorer: Brannfare, farlig gods, truende personer, eller andre risikofaktorer
- Antall skadde
- Personer fastklemt
- Varslede etater: Politi, brannvesen, luftambulanse samt andre ambulanseenheter på vei

SAMBAND UNDER UTRTYKNING

- Dersom ulykken involverer flere ambulanser skal aksjonssamband opprettes fra AMK
- I Grenland skal alle ambulanser i tillegg lytte på Redningskanal 2 (på ett håndapparat) slik at utrykken-de enheter fra alle nødetater kan kommunisere i utrykningsfasen

ANKOMST SKADESTED

- Etablere funksjonen OLH (Operativ leder helse) **dersom ulykken involverer mer enn en ambulanse, og/eller tilstedeværelse av andre nødetater eller annen helseressurs eks. luftambulanse**
- Navn og radio-id på OLH meldes AMK
- Sikkerhetsvurdering
- Situasjonsrapport og ressursbehov til AMK skal sendes så snart ambulansepersonellet har skaffet seg oversikt over hendelsen. Situasjonsbeskrivelse bør gjentas hvis arbeidet på stedet tar lang tid

SIKKERHET

Det skal foretas en løpende sikkerhetsvurdering under hele oppdragets lengde. Særlig viktig er det å vurdere behovet for:

- Hjelme og evt. visir/vernebriller
- Hansker
- Merkevest
- Redningsvest
- Kasteline

Dersom det for å løse oppdraget kreves annet sikkerhetsutstyr SKAL det via AMK rettes henvendelse om hjelp til andre etater eller organisasjoner. Ambulansetjenesten og dets personell er normalt ikke trent og utstyrt for alene å løse oppdrag som krever:

- Utstyr for redning i vann og på is
- Utstyr for redning i ulendt terreng (Sele, tauverk og lignende)
- Utstyr for redning i sammenraste objekter
- Utstyr for arbeid i hvor det er fare for eksponering av eks. gass, brann og eksplosjon

LUFTAMBULANSE

AMK vil regelmessig varsle luftambulanse ved: Alle alvorlige ulykker med flere skadde, høyhastighetsulykker, skogsulykker, ulykker i ulendt terreng, ulykker på øyer uten broforbindelse, dykkerulykker, skipsulykker og når helsepersonell på stedet ber om det

Når Luftambulanse er rekvirert til et oppdrag parallelt med ambulanse, og ambulansepersonellet mener det ikke er grunnlag for bistand/assistanse av denne ressursen, skal OLH gjøre følgende.

- Varsle AMK og be om konferanse med legen på luftambulansen
- Orienter legen på luftambulansen om hvilke observasjoner/medisinske funn som er gjort
- Beskrive hvilke skademekanisme pasienten har vært utsatt for (ved ulykker).

Politi kan ikke avbestille luftambulanse.

ULYKKE PÅ VEI - R

Det sendes to eller flere ambulanser ved melding om trafikkulykke. Det sendes i utgangspunktet en ambulanse for hver skadd person. (Dette gjelder selv om politiet rapporterer 1 skadd, men hvor det dreier seg om kollisjon mellom to biler) Unntak foreligger når det kun er en person som er påkjørt.

Kansellering av ambulanser skal bare gjøres når ambulanse eller lege bekrefter at det ikke er behov for ambulanse(r).

Politiet kan ikke kansellere ambulanse.

HURTIGFRIGJØRING

Formål

Rask frigjøring av kritisk skadd pasient (tilstrebe max.10.min skadestedstid). Benyttes når tidsfaktor til definitiv behandling er avgjørende (En godtar bevegelser, støy, smerter og annet for å redde liv). Hurtigfrigjøring på vei er avhengig av at redningsetatene benytter korrekt oppmarsj på stedet (se neste side).

BESKRIVELSE:

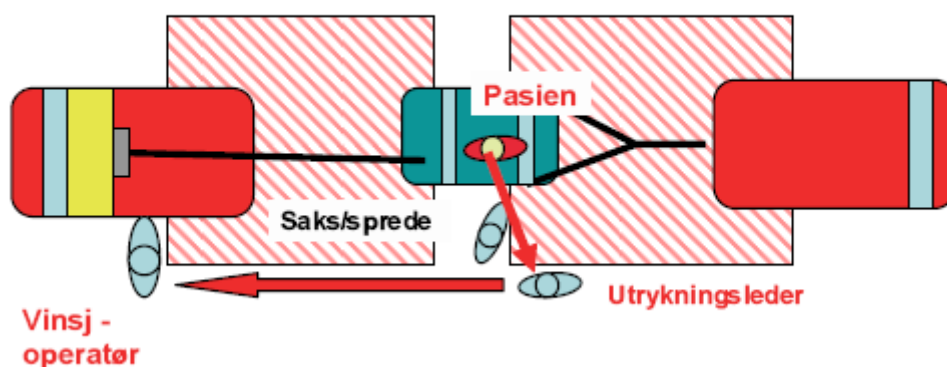
Overordnede funksjoner for pasientansvarlig behandler:

- Underlagt OLH
- Plassering inne hos, eller i umiddelbar nærhet av pasienten avhengig av en sikkerhetsvurdering i samarbeid med brannvesenet
- Ansvar for å avgjøre om pasientens tilstand er "kritisk eller ikke-kritisk"
- Ansvar for behandlingen og sikkerheten til pasienten under frigjøringen

Inne i bilen:

- Bruk verneutstyr
- Pasientvurdering
- Organiser strakstiltak på pasienten
- Sikre pasienten mot splinter og unødvendige bevegelser (teppe over deg og pasient samt manuell stabilisering). Alle tegn som du gir, betyr umiddelbart stans i all frigjøring

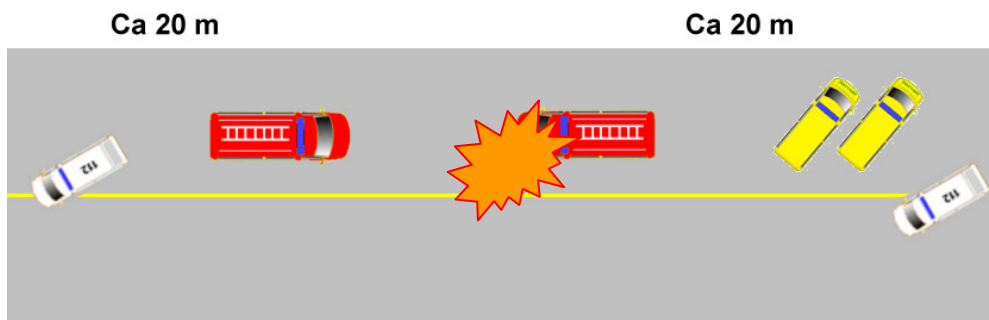
Bruk av bil med vinsj – mothold med annet, stort kjøretøy



OPPMARSJ PÅ SKADESTED

Formål:

- Hurtig og uhindret ankomst for redningsetatene
- Muligheter for hurtigfrigjøring
- Muligheter for sikring / skumlegging
- Evakuere skadde pasienter raskere til sykehus
- Enklere organisering av samleplasser
- Oversiktlig skadested
- Bedre trafikkavvikling om mulig



ULYKKER I TUNNEL - R

Innhent informasjon om:

- Er VTS (Veitrafikk sentralen) varslet (spør AMK), for styring av stengebom, innsnakk, lys og vifter.
- Innkjøringsvei. Dersom situasjonen ikke er avklart – stopp på utsiden av tunnelen
- Brann eller fare for brann og/eller utslipp fra eks. tankbil.
- Andre enheter på vei
- Frammøtested avklart med brannvesenet
- Radiosamband. Redningskanal 2 (BL- 10 i helseradionettet) er ofte benyttet i tunnelulykker. Avklar med AMK.
- Forsøk å avklare hvor i tunnelen ulykken har skjedd. Politiet, brannvesen og AMK har beredskapsplan over alle tunneler med forklaring til rømningsveier, brannslukningsutstyr og lignende.

De aller fleste tunneler har utstyr for "innsnakk" til mennesker som befinner seg i aktuell tunnel eller en kjede av tunneler ved direkte kringkasting i FM båndet eller for kommunikasjon på redningskanal 2 (BL- 10). Utstyret opereres fra VTS (Veitrafikk sentralen) og kan benyttes for evakuering av mennesker i tunnel m.m.

Ved mistanke om brann eller ulykke med farlig gods skal området / tunnelen klareres av brannvesenet / fagleder brann før ambulansepersonell entrer tunnelen. AMK skal informeres før du går/kjører inn. Dersom området ikke er trygt – forbered mottak av pasienter som evakueres ut av tunnelen

AIRBAG - R

Formål

At ambulansepersonellet på sikrest måte både for seg selv og pasient skal kunne utføre redningsarbeid og avansert førstehjelp.

Airbagmodulen vil i tiden rett etter utløsning være svært varm og det vil være fare for forbrenningsskader ved berøring. Drivstoffets forbrenningstemperatur til modulen er på ca. 1600°C. Hele prosessen tar ca. $\frac{3}{100}$ sek. og med en kraft på ca 1000 kg.

TILTAK VED IKKE UTLØST AIRBAG

- Bruk verneutstyr (Hjelm og visir)
- Kople fra bilens batteri. Minuspol først
- Husk at radiosamband eller mobiltelefon i disse tilfelle kan utløse airbag inntil 3 meter fra bilen
- Beskytte fører/passasjer mot eventuell utløsning av airbag. Trekk setet bakover og len seterygg forsiktig bakover for å bringe vedkommende ut av putens ekspansjonsområde. Dette er viktig ved behandling av pasienten
- Dekke til fører/passasjer og forberede fører/passasjer på eventuell utløsning
- Unngå å arbeide i putens ekspansjonsområde. Plasser deg fortrinnsvis ved siden av- eller bak pasienten. Unngå hvis mulig å arbeide direkte på ratt/rattstamme, instrumentbord o.l.

HYBRIDBIL - R

I hybridbiler benyttes en kombinasjon av batteri og drivstoff som energikilde. Husk at bilen er meget stillegående og dere hører oftest lite av motoren. Bilen er merket med "Hybrid" eller med en enkelt "H" bak og/eller på siden. Batteriet er på 650 V og kan være livsfarlig. Når "Ready"- eller "Power" lampe lyser i frontpanelet er det strøm i bilen. Det kan være strøm i bilen 10 minutter etter at strømmen er brutt. Utløsning av airbag kutter oftest strømmen i bilen.

Følgende sikkerhetstiltak bør gjennomføres av brannvesenet før redningsarbeidet iverksettes:

- Sikkerhetsplugg i bagasjerommet (oransje fargemerking) fjernes. OBS: det skal brukes høyspenthansker
- Alle sikringer i motorrom fjernes. (bruk høyspenthansker)
- Strømkablene er plassert midt under bilen, dermed vil bruk av hydraulisk klippeutstyr eller hurtigfrigjøring ikke være noe problem

EL-BIL - R

El-biler har batteridrift som eneste energikilde. Husk at bilen er helt stillegående. Batteriet er på 380 V og kan være livsfarlig. Bilen er merket med "EL" på bilskiltet foran og bak. Når "Ready"- eller "Power" lampe lyser i frontpanelet er det strøm i bilen. Utløst airbag bryter oftest strømkretsen i bilen.

Følgende sikkerhetstiltak bør gjennomføres av brannvesenet før redningsarbeidet iverksettes:

- Tenningsnøkkel skrues til "LOCK" posisjon (helt av)
- Alle sikringer i motorrom fjernes. (bruk høyspenthansker)
- Vent i minst ett minutt eller lenger, koble deretter av hjelpebatteriets (12 V) minuspol. (hjelpebatteriet er plassert framme, under panseret). Dette kobler også ut bilens airbagsystem dersom denne allerede ikke er utløst. Det kan være strøm i bilen 5 minutter etter at strømmen er tatt
- Obs: Det må aldri klippes i en EL-bil før strømmen er utkoblet. Strømkablene er plassert i kanaler men utforming og batteriplassering kan variere mellom produsentene

FARLIG GODS/AGENS - P

AMK skal i meldingen opplyse om:

- Klarert frammøtested/venteplass
- Aktuelt stoff involvert
- Andre enheter på vei til skadested
- Personlig verneutstyr klargjøres før framkjøring

Skulle man havne i en situasjon med farlig gods/gass, er grunnprinsippet å trekke seg tilbake på tvers av vindretning og forhindre at andre beveger seg inn i området. Der nest skal AMK varsles snarest mulig slik at politi og brannvesen kan sperre av området så snart som mulig.

UNDER UTRYKNING

- Søk informasjon fra 110-sentralen eller annen eksperthjelp gjennom AMK
- Velg utrykningsvei ut fra topografi og vindforhold, i samråd med brannvesenet
- Aldri nærmere enn 300 m for første rekognosering

DERSOM AMBULANSE ER FØRST PÅ SKADESTEDET

- Dersom brannvesen ikke har kommet fram og det er klart at farlig gods er involvert – skal ambulanse ikke kjøre fram før klarering er gitt fra fagleder brann eller innsatslederleder.
- Hindre at personer kommer nærmere enn minst 50 meter fra forurenset/farlig område. IKKE gå nær ulykkesobjektet
- Før ambulansen overtar pasienter fra brannvesenet/Industrivern- skal pasienten om nødvendig være ”dekontaminert”, dvs. det skal ikke være behov for åndedrettsvern/annet verneutstyr under transporten.
- Sørg for at opplysninger om stoffet følger pasienten inn til videre behandling

GENERELLE SIKKERHETSAVSTANDER

- Aldri nærmere enn 50 meter uansett stoff (regnes fra ytterkant av spill)
- Minimum 300 meter ved eksplosjonsfare (trykkbølge)
- Minimum 1000 meter ved fri sikt og fare for utkast i forbindelse med eksplosjon
- Ved gasspredning med vindstyrke større enn 2 m/s vil gassen følge en sektor på ca. 60 grader
- Ved gasspredning med vindstyrke på 2 m/s eller mindre vil gassen spres sirkulært

TRANSPORTMERKING

Oransje skilt på kjøretøy og jernbanevogn viser at det transporteres farlig gods. Oransje skilt med tall benyttes bare ved transport på tank og batteri kjøretøyer, samt med transport i bulk. Det øverste tallet er **farenummeret**. Tallene representerer enkeltvis generelt følgende fare:

0	Ingen betydning
2	Gass
3	Brannfarlig væske eller gass
4	Brannfarlig fast stoff
5	Oksiderende
6	Giftig
7	Radioaktiv
8	Etsende
9	Risiko for voldsom reaksjon
x	Farlig reaksjon med vann



Det første siffer representerer primærfare, 2. og 3. siffer representerer sekundærfare. To like sifre betyr en forsterkning av faren. Tall med 0 bak betyr «Ingen sekundærfare».

Eksempler på farenumre:

20	Kvelende gass eller gass uten tilleggsrisiko
22	Nedkjølt flytende gass, kvelende
23	Brennbar gass
268	Giftig gass, etsende

Det nederste tallet er **UN-nummeret**, som angir hvilket farlig stoff eller stofftype som transporteres.

AMK skal i meldingen opplyse om:

- Strømkilde (husholding/høyspent)
- Frammøteplass

STRØMGJENNOMGANG DEFINISJON

Strøm ledet gjennom en persons kropp f.eks. fra hånd til hånd eller hånd til fot. Strøm gjennom f.eks. bare en finger (finger til finger) regnes her ikke som gjennomgang. Hertil regnes heller ikke lysbue.

FRAMGANGSMÅTE

- Dersom brannvesen/ E-verk ikke er til stede ved høyspentulykker plasserer ambulansen i trygg avstand fra strømkilde. Overslag på >5 m, kan forekomme avhengig av luftfuktighet!
- Gå ikke nær strømførende ledninger som har falt ned på bakken
- Hindre uvedkommende i å nærme seg området for strømkilden
- Før man utfører arbeid på eller i nærheten av jernbane skal man forsikre seg via AMK og fagleder brann at togleder har bekreftet at kjørestrømmen er slått av og at denne forblir avslått samt at andre tog er varslet.
- Ved arbeid på jernbane skal området være jordat i hver ende av skadestedet med spesielle jordings-spyd. Dette er en oppgave for spesialutdannet personell og skal ikke forsøkes av ambulansepersonell
- Ved ulykker med husholdningsstrøm er det tilstrekkelig å skru ut hovedsikring, fjerne strømførende ledning eller få tilskadekomne bort fra strømkilden ved hjelp av ikke strømførende materiale

BRANN - R

AMK skal i meldingen opplyse om:

- Husbrann, Bilbrann, Gress/ skogbrann, uavklart røykutvikling
- Frammøtested avklart med brannvesenet
- Andre enheter på vei

FRAMGANGSMÅTE

- Dersom brannvesen ikke er ankommet plasseres ambulansen på trygg avstand. Ta hensyn til vindretning og brannvesenets behov for stort arbeids- og oppmarsj område
- Dersom ambulanse er første enhet på stedet, forsøk å varsle, evakuere og slokke med tilgjengelige midler dersom dette kan utføres uten fare for eget liv og helse
- Innstasleder, i samråd med Fagleder brann, avgjør behovet for å opprettholde medisinsk beredskap for innsatsmannskaper på åstedet.

SLUKKEMIDLER

Ved slukking av branntilløp/brann ved hjelp av brannslukkingsapparat må man sjekke ut apparatets merking for valg av rett type slukkemiddel:

Brann i ulike materialer blir delt inn i følgende bokstavkategorier:

- Klasse A: Brann i fibermaterialer som tre, papir og tekstiler
- Klasse B: Brann i væsker som diesel, olje og parafin
- Klasse C: Branner i gasser samt i elektriske anlegg inntil 1000 Volt
- Klasse F: Branner i frityr med vegetabilsk olje

SJØ/VANN - R

SIKKERHETSREGLER PÅ/VED SJØ OG VANN:

Alt personell skal bruke godkjent flyteplagg. Flyteplagg skal være ikledd på riktig måte.

- Det betyr at alle seler, glidelåser, skrittstropper etc. skal være på
- Makker skal kontrollere at flyteplagg er riktig ikledd før man starter innsats på/ved sjø og vann
- Kasteline bør tas ut av ambulanse og medbringes ved utførelse av oppdrag på/ved sjø

SIKKERHETSREGLER VED ELV (STRØMMENDE VANN)

Arbeid og redning i strømmende vann er en spesialisert oppgave og kan være svært farlig! Ambulansepersonell er normalt ikke trent på dette. Elveredning krever også spesielt utstyr.

Sikkerhet kommer alltid i første rekke!

- Ved arbeid i nærheten av elv, skal godkjent flyteplagg benyttes
- Flyteplagg skal være ikledd på riktig måte. Det betyr at alle seler, glidelåser, skrittstropper etc. skal være på
- Makker skal kontrollere at flyteplagg er riktig ikledd før man starter innsats på/ved sjø og vann. (Kameratsjekk)
- Som ambulansepersonell skal man normalt ikke gå ut i strømmende vann. Ved svak strøm i vannet kan man vurdere å gå ut til maks 30 cm dybde
- Hvis du faller i strømmende vann, skal du ikke forsøke å sette bena i bunnen. Følg med strømmen og forsøk å svømme inn til land lenger ned

SILOULYKKE

I Siloer og tanker kan det være kvelende gasser. Redningspersonell kan være i livsfare.

- Politi og brannvesen må alltid være varslet
- Gå aldri inn i en silo uten at det er avklart med brannvesen
- Branntjenestemenn med røykdykkerutstyr bør stå for evakueringen av pasienter ut i frisk luft

ULYKKE I KLOAKKRENSEANLEGG

Brann og politi må være varslet. Det bør også være fagfolk fra anlegget tilstede.

Det er som regel ikke mulig å svømme eller holde seg flytende i kloakkrenseanlegg på grunn av den store luftgjennomstrømningen i vannet. Mennesker vil gå rett til bunns, selv med ordinært flyteutstyr.

Lufttilførselen i anlegget må derfor skrues av. Finnes det en sikkerhetswire som stanser luftstrømmen? Dersom personer er falt ut i anlegget, bør disse reddes og evakueres av dykker.

ULENDT TERRENG - R

Ulykker i ulendt terreng med vanskelig adkomst til pasient er en utfordring for ambulansetjenesten. Tilkomst og uttak av pasienter skal håndteres av personell med kunnskap og utstyr for oppgaven

SIKKERHET

- Ambulansepersonell skal ikke utfordre egen sikkerhet for å få tilgang til pasient
- Ambulansetjenesten er normalt ikke trent til redning i ulendt terreng
- Ambulansetjenesten er ikke oppsatt med utstyr til redning i ulendt terreng

SKADESTEDSORGANISERING

LEDELSE PÅ SKADESTED

BEGREPER

- **Innsatsleder (IL):** Polititjenestemann/kvinne som er ansvarlig for å lede og koordinere redningsaksjon på hendelsessted
- **Fagleder helse (FH):** Helsepersonell (vanligvis lege) som har ansvar for den medisinske virksomheten i evakueringskjeden fra hendelsessted via samleplass til sykehus
- **Fagleder politi (FP):** Polititjenestemann/kvinne med ansvar for orden, registrering og regulering
- **Fagleder Brann (FB):** Brannvesenets øverste befal med ansvar for redning, evakuering og slokktjeneste
- **Operativ leder helse (OLH):** Helsepersonell (vanligvis ambulansearbeider) har ansvar for koordineringen av det operative medisinske apparatet på hendelsesstedet
- **Innsatsleders kommandoplass (IL-KO):** Kommando, kommunikasjons- og koordineringsknutepunkt for operativ innsats på hendelsesstedet
- **Ambulansekontrollpunkt (AKP):** Plass opprettet for å holde kontroll med og registrere antall skadde og hvor de enkelte pasienter blir transportert

FAGLEDER HELSE (FH) -R

Den medisinske ledelse kan i en tidlig fase være ivaretatt av en leder fra den eller de første ambulanser på stedet. Lederoppgaven gis imidlertid over til en av de første leger som ankommer skadestedet. Dette kan være:

- Kommunelege
- Luftambulanselege
- Lege fra nærmeste sykehus

Legen går inn i funksjonen som Fagleder helse og blir ansvarlig for:

- Skaffe oversikt på skadestedet
- Triage og medisinsk behandling på skadested (samleplass)
- Ansvarlig for at pasienter evakueres til sykehus med rett behandlingskompetanse

I første fase er FH på skadestedet og samleplass for skadde, men bør ideelt sett etter hvert arbeide sammen med Innsatsleder i IL-KO (Innsatsleders – KO). Dette avhenger noe av ulykkens art, skadestedets ytre avstander, samleplassens beliggenhet, men først og fremst hvor stort antall leger som ellers deltar.

OPERATIV LEDER HELSE(OLH) -P

Operativ leder Helse blir opprettet for å organisere, lede og koordinere de operative helseressurser på skadested. OLH sin plass under operasjonen er i Innsatsleders Kommandoplass (IL-KO). OLH samarbeider med ledere fra øvrige fagetater og ledere for annet frivillig personell. OLH skal ivareta Fagleder Helse (FH) sine oppgaver dersom lege ikke ankommer skadested.

Ambulansetjenesten er ansvarlig for å ivareta funksjonen: Operativ leder helse.

ETABLERING AV OLH FUNKSJONEN

Funksjonen etableres når det rykker ut mer enn en ambulanse til et ulykkessted eller i utrykning sammen med andre etater (Politi, brannvesen, Luftambulanse) og skal ivaretas av personell på første ambulanse fremme. OLH skal melde sitt navn, og radio-id til AMK. Benytt merkevest med OLH

Om OLH etter en aksjon vurderer at oppdraget var av spesielt belastende art skal dette meldes til AMK som igjen meddeler nærmeste leder for å iverksetter nødvendige tiltak som defusing/debriefing.

UTRYKNINGSFASEN

- Samband: Lytt på aksjonssamband på tildelt kanal fra AMK
- NB: I Grenland skal i tillegg ett håndapparat settes på Redning 2
- Meld til AMK: Navn og radio-id på OLH

ETABLERINGSFASEN

- Første ambulanse: Etablere OLH funksjon
- Benytt merkevest OLH
- Samband på skadested: Benytt Reningskanal 1 på ett håndapparat og eget helsenett på ett annet håndapparat
- Ta kontakt med Innsatsleder (Politiet) og Fagleder Brann

AKUTTFASEN

- O: Oversikt
- S: Sikkerhet
- A: Akuttbehandle og Triagere
- T: Tilbakemelding AMK og Innsatsleder
- T: Tiltak og Taktisk planlegging

DRIFTSFASEN

- Din plassering er i **IL-KO** (Innstasleders KO)
- Disponerer alle medisinske ressurser
- Etablere venteplass for ambulanser, innsatsstyrker og landingsplass for helikopter
- Oppretter og drifter samleplass
- Organiserer innbæring av skadde til samleplass og evakueringskjeden til sykehus
- Ved behov utpeke NK og Leder for innbringertjeneste

TILTAKSKORT FOR SAMLEPlass

PLASSERING AV SAMLEPlass MÅ TA HENSYN TIL

- Sikkerhet
- Klima, skjermet, helst innendørs, under tak, i telt, etc.
- Lysforhold
- Nærhet til skadested
- Nærhet til innsatsleders KO (visuell sikt)
- Nærhet til ambulansekontrollpunkt / ambulanse inn / ut kjøring
- Nærhet, men ikke for nært helikopterlandingssted

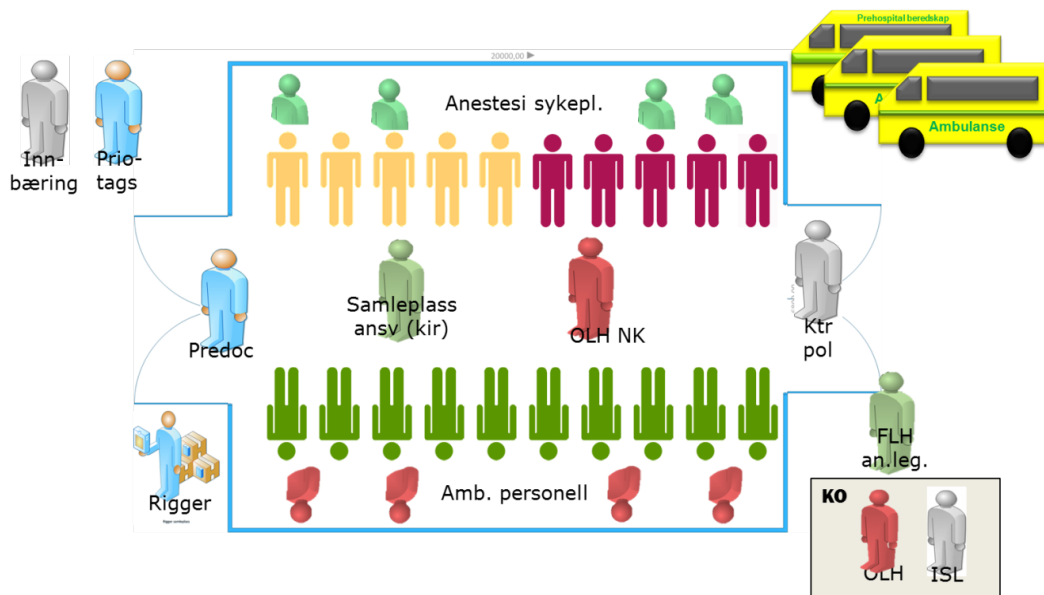
FUNKSJONER SOM MÅ IVARETAS

Ledelsesapparat

- FLH – Fagleder helse (Anestesilege)
 - SAPL leder – Samleplass leder (kirurg), opsjon
- OLH - Operativ leder helse (Ambulansepersonell fra første ambulanse)
 - OLH-NK – nest kommanderende for OLH (ambulansearbeider) opsjon

Andre funksjoner

- Innregistrerer til samle plass, Predoc markering – Individuell triage (Anestesisykepleier/ambulansearbeider)
- Observasjon og behandling (Anestesisykepleier/operasjonssykepleier for Røde og Gule pas, Ambulansearbeider for Grønne pas)
- AKP – ambulanseknutepunkt. Kontrollpost ut (helst politi eventuelt OLH-NK eller en annen)
- Rigger samle plass (Ambulansepersonell fører av Beredskapsbil)



UTRYKNINGSTEAM FRA SYKEHUS – R

Utrykningsteam fra sykehus er en forsterket medisinsk ressurs som sendes til skadested dersom ulykkens omfang tilsier at behovet for dette er tilstede.

- Gul beredskap: Iverksettes når en alvorlig uønsket hendelse er inntruffet eller det er stor fare for at den kan inntreffe, og der det er sannsynlig at de ordinære ressursene ikke strekker til. På dette nivået iverksettes definerte tiltak og begrenset beredskapsøkning. Normalt vil varsling av behov for utrykningsteam og innkalling forligge på gul beredskap.
- Rød beredskap: Betegner full beredskap som iverksettes ved en alvorlig uønsket hendelse, krise eller katastrofe. På rød beredskap effektueres utsending av utrykningsteam.

TEAMET BESTÅR AV:

- 1 Anestesilege
- 1 Kirurg
- 2 Anestesisykepleier/operasjonssykepleier
- 1 Ambulansearbeider

TEAMETS ROLLER PÅ SKADESTED

Anestesilege: Fagleder helse (FH)

Kirurg: Samleplass leder (SAPL leder)

Anestesisykepleier/operasjonssykepleier 1: Innregistrering samleplass

Anestesisykepleier/operasjonssykepleier 2: Observasjon og behandling

Ambulansearbeider: Fører av Beredskapsbil (SiV) og rigger av samleplass

OPPMØTEPlass OG UTRYKNING

AMK har ansvar for å skaffe tilveie sjåfør og transportmiddel for utrykningsteamet. Normalt vil dette være:

- **I Vestfold (SiV Tønsberg):** Innkalt ambulansearbeider møter med Beredskapsbil i ambulansegarasjen i tilknytning til akutt-mottaket. Ambulansearbeider på beredskapsbilen skal før utrykning sjekke at punkt 3. i "Tiltakskort for ambulansearbeider som fører av beredskapsbil" er gjennomført. Tiltakskortet finnes på førerplass i beredskapsbilen
- **I Telemark (STHF Skien):** Første tilgjengelige ambulanse eller innkalt ekstraambulanse møter i Akutt-mottaket ved gass-sluse.

AMK skal varsles når utrykningsteamet er klar til å rykke ut

TRIAGE VED STØRRE ULYKKER - R

AKUTTFASEN

Første ambulanseenhet på skadestedet gjennomfører en grovsortering etter at sikkerheten er ivaretatt. I akutt-fasen merkes pasientene med ett LESS triageringsbånd i den hensikt å raskt avdekke pasientenes hastegrad.

DRIFTSFASEN

På samleplass skal Predoc skadelapper benyttes. Dersom pasienten kun er grovsortert skal det gjennomføres en individuell triage og pasienten merkes med ett prioriteringsmerke (se figur). Retriagering må skje med jevne mellomrom, hvert 15. min hvis mulig. Nødvendig behandling utføres i påvente av transport.

Skadelappen skal tydelig vise den skaddes tilstand, behandling som er utført og behov for hjelp

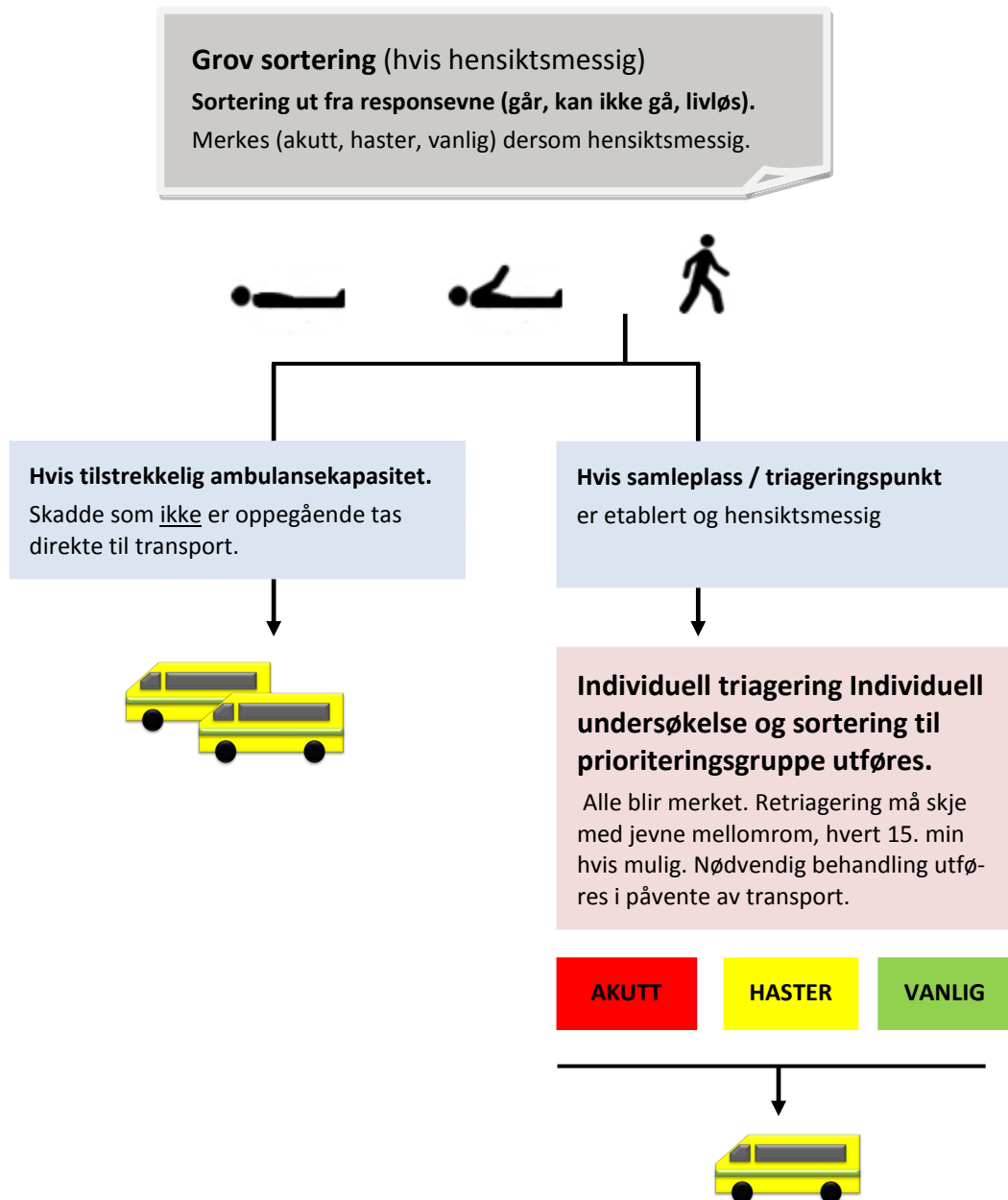
NASJONAL STANDARD FOR TRIAGERING

Masseskadetriage er et verktøy som skal sikre at man gjør "best mulig for flest mulig" ved hendelser der antallet pasienter overstiger de tilgjengelige behandlings- og transportressurser på skadestedet.

Navn/Farge	Definisjon
AKUTT	Kategorien "akutt" brukes for pasienter med umiddelbart livstruende tilstand. Rask behandling i riktig sykehus er nødvendig for at pasienten skal overleve. Kompetent personell kan innenfor denne prioriteringskategorien også angi en intern prioritet for videre tiltak/evakuering (1-2), transportfartøy og det besluttede leveringssted (sykehusnavn/nivå).
HASTER	Kategorien "haster" brukes for pasienter med skade som krever sykehusbehandling, men som kan vente inntil det er kapasitet til transport og behandling. I en periode på 4 timer antas skaden ikke å være livstruende uten behandling. Pasienter i denne kategorien må undersøkes og retriageres jevnlig.
VANLIG	Kategorien "vanlig" brukes for pasienter med mindre skade som kan behandles poliklinisk, på kirurgisk legevakst eller tilsvarende ressursnivå. Eksempel: sår og kuttskader som kan behandles uten generell anestesi, bruddskader som kan behandles uten kirurgi.
KAN IKKE REDDES	Kategorien "kan ikke reddes" brukes kun av spesielt kompetent lege der skadene ikke er forenelig med overlevelse i den aktuelle ressursituasjon. Pasienter i denne gruppen retriageres til kategorien "akutt" dersom det tilkommer økte ressurser på skadestedet og et desperat forsøk på livreddende tiltak kan være mulig
LIVLØS	Kategorien "livløs" brukes for skadde helt uten livstegn. Den livløse erklæres senere formelt død av lege.
	Merkefargen "rosa" farge på en av hovedkategoriene sin fargebakgrunn" betyr at pasienten er ferdig sanert før videre transport. Denne merkingen skal sikre at ikke unødvendig ny sanering blir utført utenfor sykehus.
AKUTT 1 SIV	Eksempel: "Pasient er triagert til kategori "akutt". Videre intern prioritering for tiltak/evakuering er 1 (av 2) og pasienten skal til SiV. Pasienten er ferdig renset."

Grovsortering utføres i spesielle tilfeller og betyr inndeling av menneskemengde til undergrupper basert på hvordan de responderer på muntlig henvendelse. Den baserer seg ikke på individuell undersøkelse av hver enkelt og skal som regel følges opp av individuell triagering.

Individuell triagering er hovedmetode og innebærer en mer nøyaktig tildeling av prioriteringsgruppe basert på individuell undersøkelse av hver enkelt (se egne flytskjemaer). Denne er mer nøyaktig, men også mer tidskrevende.



Grovsortering i tidlig fase kan være hensiktsmessig i tre ulike situasjoner:

1. Når antall pasienter er meget stort i forhold til tilgjengelige personell og ambulansefartøy. Sorteringen har da som hensikt å gruppere slik at helseinnsatsen kan konsentreres mot gruppen med de antatt alvorligste skadene. Pasienter i gruppen som "ligger nede og ikke responderer" triageres så først (se flytskjema for individuell triagering).

2. Når ulykke har skjedd på utilgjengelig sted og avansert uthenting (helikopter, terrengkjøretøy, båter) må gjøres for å bringe de skadde til en samleplass der helsevesenets ressurser er samlet. Pasienter i gruppen som "ligger nede og ikke responderer" transporteres først og triageres så på samleplass (se flytskjema for individuell triagering).

3. Når en stor ulykke er tidlig kompensert med et tilstrekkelig antall ambulanser (f.eks. i en storbyregion). Sorteringen skjer da forenkelt for å sikre umiddelbar transport uten tidstap. Videre undersøkelse og behandling skjer i ambulansefartøy. I slike situasjoner utføres ikke fullstendig triagering og en samleplass for skadde er ikke aktuelt.

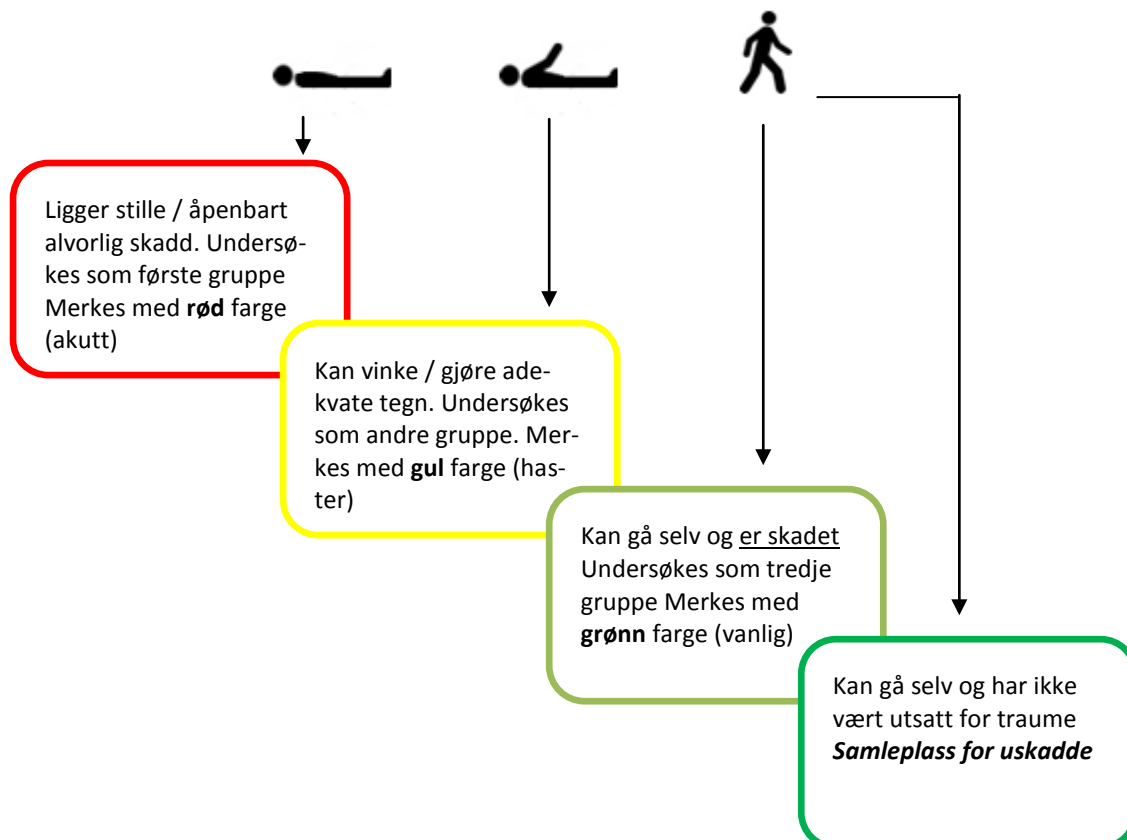
Grov sortering sortering ut fra responsevne

Prioritet 3: går selv

Prioritet 2: kan ikke gå men gir kontakt

Prioritet 1: ingen respons

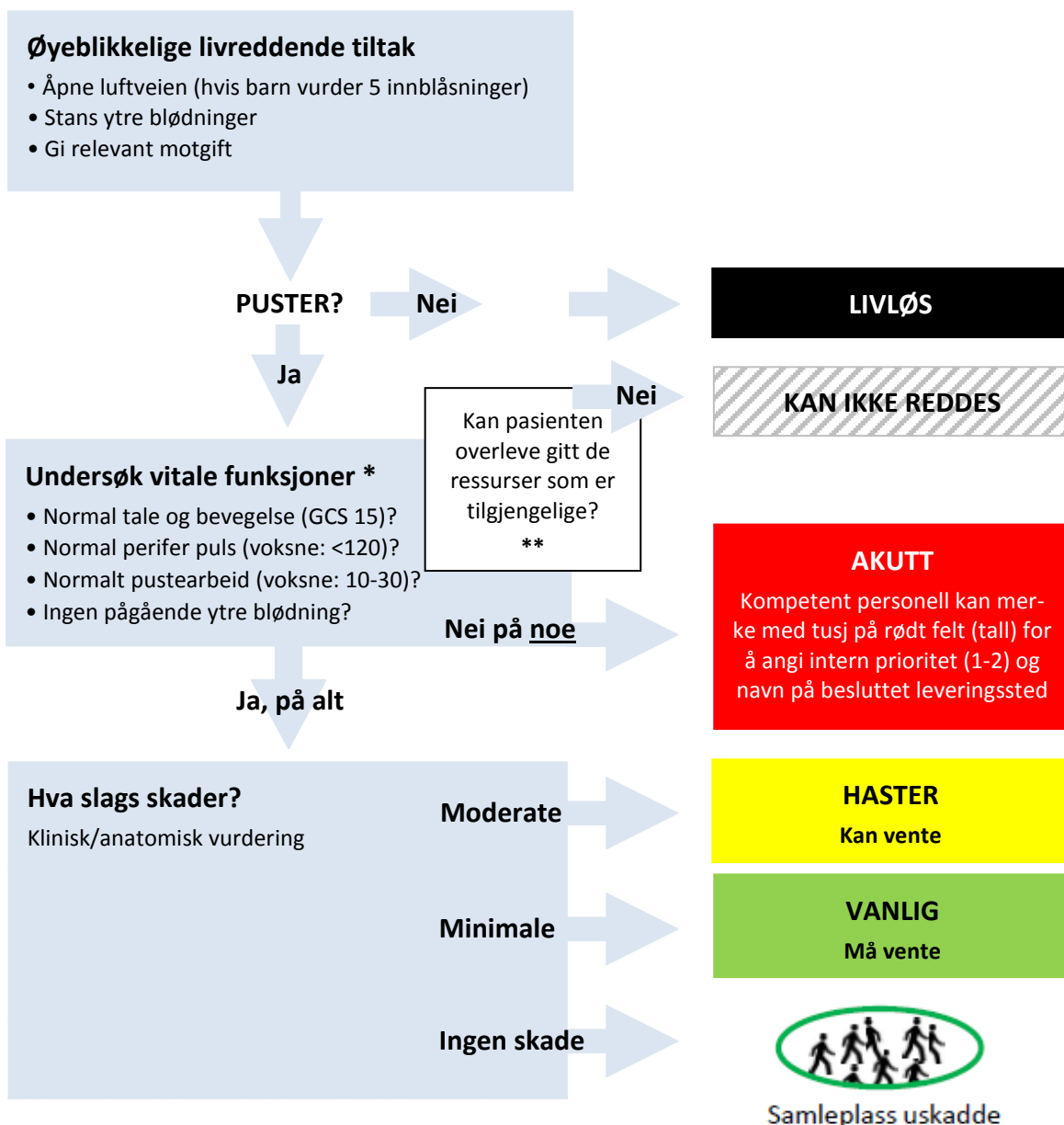
Utføres av første kompetente person på skadestedet ved å gi verbal beskjed til de skadde: "gå hitover eller vinke/rope dersom du er skadet og ikke kan gå". Ingen blir fysisk undersøkt, men merking gjøres hvis det er hensiktsmessig.



Individuell triage iverksettes når et behov (antallet skadde, deres skadetype og/eller geografisk beliggenhet) overstiger de ressurser man kan påregne innen rimelig tid. Det gjøres en rask og enkel vurdering av den enkelte pasient sin tilstand. Dette danner grunnlag for en sortering av de skadde i grupper av ulik prioritet slik at videre helsehjelp og transport tilkommer de mest trengende først. Merk at kun et positivt funn i boksen "undersøk vitale funksjoner" er nok til å gå videre til høyre i flyskjemaet.

Individuell triagering

Individuell undersøkelse og sortering til prioriteringsgruppe. Dette skjemaet er tilpasset for helsepersonell.



* Referanseverdiene er for voksne. Se egen tabell med normalverdier for barn 0-10 år.

** Dette vurderes kun av spesielt kompetent lege i en ressursituasjon som gjør at slik prioritering er nødvendig.

A – Hjelpetabell til flytskjemaene. Relevante normalverdier for barn 0 - 10 år.

Alder	Lengde	Vekt (kg)	Resp. frekvens	Hjertefrekvens
Spedbarn	< 50 cm	< 3.5 kg	30-60	90-180
0- 1 år	50-80 cm	3,5 – 10 kg	35-50	100-180
1,5-4 år	80-100 cm	11-18 kg	15-40	80-160
4-10 år	100-140 cm	19-32 kg	10-30	70-140

B - Dokumentasjonsbehov av tiltak i gruppene "akutt"

Et ledig hvitt felt på skadelappen bør benyttes til å notere vesentlig informasjon som neste behandlingsledd må vite om:

- Alder og kjønn
- Skadetidspunkt for aktuelle pasient
- Kroppsregion som er skadet
- Vitale parametere (RF, HF, BT og GCS)
- Tiltak og tidspunkt (f.eks thoraxdrenasje, tourniquet, morfin, andre medikamenter, væske). Dokumentasjon av funn og tiltak på pasienter i gruppene "vanlig" og "haster" gjøres på enhetens vanlige rapportskjema /innleggelsesskriv.



RØD PRIORITET

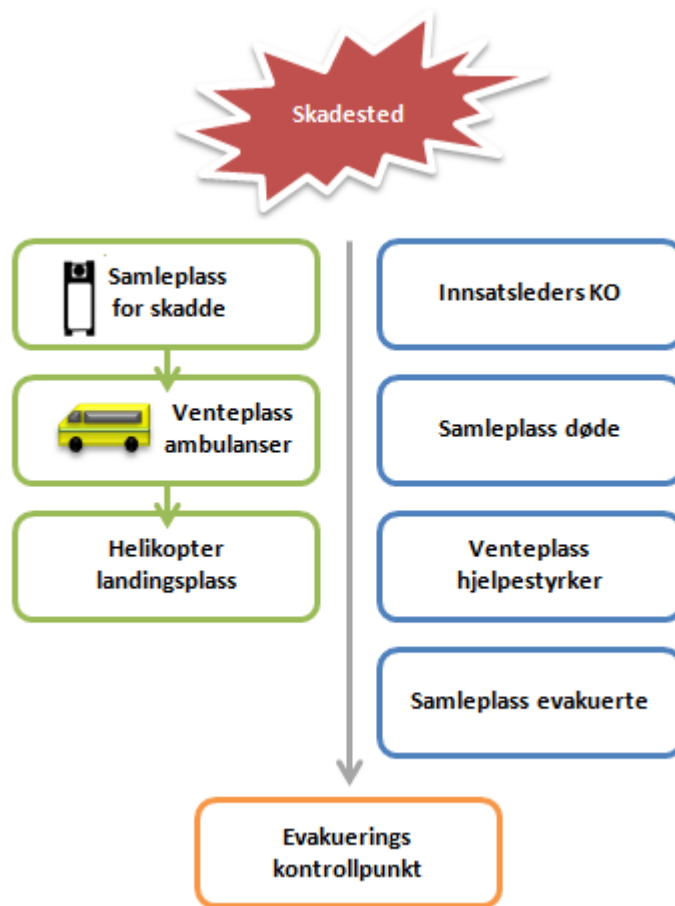
- Respirasjonsproblemer
 - Blod / fremmedlegeme i luftveiene
 - Respirasjonsfrekvens mindre enn 10 eller over 30 (voksen)
 - Store skader i thorax, ustabil brystkasse (flail chest)
- Sirkulasjonssvikt
 - OBS bukskader, bekkenskader, brudd på flere store knokler, store ytre blødninger
- Nedsatt bevissthet
- Alvorlige brann-/ etseskader.
- Alvorlige hodeskader

GUL PRIORITET

- Øvrige hode-, thorax-, buk- eller bekkenskader som ikke faller inn under Røde kriterier
- Alvorlige/store bløtdelsskader
- Columna skader med nevrologiske utfall
- Middels alvorlige brann- og etseskader
- Alvorlige kuldeskader og alvorlig hypotermi
- Åpne frakturer
- Benbrudd og leddskader med feilstilling

GRØNN PRIORITET

- Lettere skader
- Benbrudd og leddskader uten feilstilling
- Ryggskader uten nevrologiske utfall
- Åpenbare håpløse skader / hardt skadde med uten mulighet for overlevelse må vente ved manglende ressurser

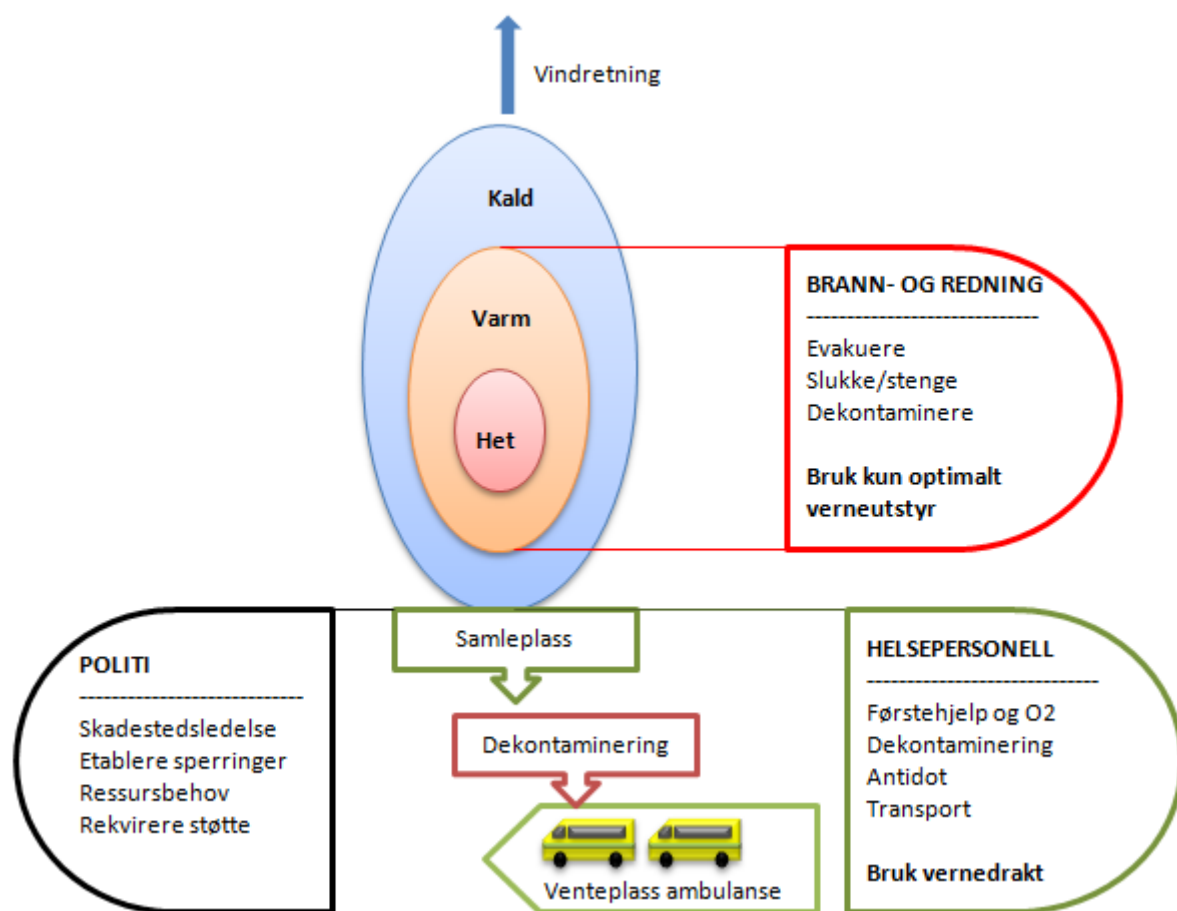


POLITIETS OPPGAVER

Innsatsleders KO
Venteplass for hjelpestyrker
Venteplass for ambulanser
Helikopter landingsplass
Samleplass evakuerte
Samleplass døde
Ambulanseknutepunkt (Evakuerings kontrollpunkt)

HELSE OPPGAVER

Samleplass for skadde



VERNEDRAKTER

Til bruk på forurenset skadested er det utplassert vernedrakter på alle ambulansestasjoner. Plasseringen av disse kan variere fra stasjon til stasjon. Veiledning for påkledning og avkledning av vernedrakt ligger i hvert enkelt sett. Draktene skal destrueres etter bruk.

KOMMUNIKASJON

Direkte kommunikasjon mellom medisinsk ledelse på skadested og ansvarlig lege på mottakersykehus er viktig. Operativ Leder Helse eller Fagleder Helse er ansvarlig for at de sykehus som skal ta i mot pasienter fra skadestedet så raskt som mulig får opplysninger om:

- Sannsynlig agens (Gass? Radioaktiv stråling? Bioterror?)
- Hvilket antall pasienter som kan forventes (Preliminært)
- Pasientenes medisinske tilstand (Preliminært)
- Behov for dekontaminering (Sannsynlig – ikke sannsynlig)
- Dekontaminering utført på skadestedet?

Det siste punktet er avgjørende for om de pasienter som ankommer sykehus, kan tas rett inn i akuttmottak eller om de ved ankomst til sykehus først må gjennomgå dekontaminering. I så fall må sykehuset klargjøre sitt eget dekontamineringsutstyr og avsette personale ikledd verneutstyr til dette arbeidet.

ANDRE RETNINGSLINJER OG PROSEDY- RER

OPPLYSNINGSPLIKT TIL BARNEVERNET - P

Noen barn og unge lever under forhold som er skadelig for deres helse, både fysisk og psykisk. Også ambulansetjenesten har et ansvar for at barn som befinner seg i slikt forhold får nødvendig hjelp og omsorg.

Kommer man i kontakt med en sviktende omsorgssituasjon, har man opplysningsplikt overfor barnevernet.

Helsepersonelloven § 33 og Barnevernloven § 6 – 4 annet ledd

OPPLYSNINGSPLIKTEN OMFATTER:

Leger, sykepleiere, tannleger, jordmødre, fysioterapeuter, personell som arbeider under lov om psykisk helsevern, personell som arbeider under lovgivningen i kommunehelsetjenesten og sykehus samt meklingsmenn som arbeider etter lov om ekteskap. I mange tilfeller vil annet helsepersonell være undergitt den samme taushetsplikt som legen ved at de anses som "leges medhjelper" jf. Helsepersonelloven.

OPPLYSNINGSPLIKTEN ETTER BARNEVERNLOVEN OVERPRØVER TAUSHETSPLIKT ETTER ANDRE LOVER.

ANSVAR

Alt helsepersonell ved Ambulansetjenesten i Telemark og Vestfold har:

- **Plikt til å melde** ved grunn til å tro at det foreligger fysisk eller psykisk mishandling, vedvarende adferdsproblemer eller alvorlig omsorgsvikt av barn i hjemmet.
- **Rett til å melde** dersom man tror at familien er i behov for hjelp fra barneverntjenesten.

NÅR SKAL DET MELDES?

Jfr. Helsepersonelloven, skal helsepersonell av eget tiltak og uten hinder av taushetsplikt etter § 21, gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro/bekymret for at et barn blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgsvikt (jfr. Lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12). Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jfr. Lov om barneverntjenester § 4-24.

Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av Lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

Taushetsplikten opphører selv om de foresatte motsetter seg at barneverntjenesten varsles.

HVORDAN MELDE:

- *Pr. telefon* ved behov for akutt hjelp (barnevernstjenesten i barnets hjemmekommune eller politiet)
- Ved varsling på telefon skal det alltid etterfølges en *skriftlig* melding – "*bekymringsmelding til barnevernet*". Skjema finnes i MM og i NAKOS portalen
- Ved varsling skriftlig brukes skjema "*bekymringsmelding til barnvernet*". Husk at som adresse og telefonnummer skal du bruke arbeidsstedets adresse og telefonnummer. Dokumenter i skjema om foresatte er varslet eller ikke i bekymringsmeldingen
- Nærmeste leder **skal** varsles om meldingen på mail, og det skal alltid sendes kopi av bekymringsmeldingen til nærmeste leder

Råd og veiledning:

Barneverntjenesten gir velvillig råd og veiledning i saker hvor helsepersonell er i tvil om grunnen til å melde fra er "stor nok".

Pasienten/den skadelidende kan holdes anonym ved slike henvendelser.

Foreldre kan samtykke til at barneverntjenesten kontaktes.

BARN SOM PÅRØRENDE – R

Ambulansepersonellet har et ansvar overfor barn under 18 år, når disse er pårørende til alvorlig syk pasient pasient(forelder eller søsken) som ivaretas av ambulansetjenesten.

Med alvorlig sykdom, menes både ulykke, alvorlig somatisk og psykiatrisk sykdom, samt alvorlig rusmiddelbruk

ANSVAR OVERFOR PASIENTEN

- Be om samtykke for å gi informasjon, og eventuelt iverksette tiltak overfor barnet
- Dersom det ikke gis samtykke, vurder pasientens samtykkekompetanse

ANSVAR OVERFOR DET PÅRØRENDE BARNET

- Sørg for at barnet (når det er tilstede) får informasjon om hva som videre skjer med pasienten
- Vurder om umiddelbare omsorgstiltak bør iverksettes (andre pårørende, barnevern, politi)
- Ivareta eventuell meldeplikt (se MM: **MISHANDLING AV BARN, - MISTANKE – R**, og **BEKYMRINGS-MELDING TIL BARNEVERNET – R**), samt Opplysningsplikt til barnevernet (OM)
- Registrer barnets navn og personalia, og formidle disse til den instans som tar i mot pasienten til videre oppfølging/behandling

DOKUMENTASJON

Dokumenter gjennomførte punkter ovenfor i pasientens ambulansejournal

Referanse ST: TQM, Dokument-ID 16589 Barn som pårørende

Referanse SiV: Elektronisk kvalitetssystem (EK), Overordnet nivå 1 > Barn som pårørende i sykehus

BESTILLING, OPPBEVARING OG HÅNDTERING AV MEDIKAMENTER –P

ANSVAR.

Klinikkoverlege, stasjonsleder og ambulansearbeidere

BESTILLING, OPPBEVARING OG KONTROLL

Det er seksjonsleder/stasjonsleder ved den enkelte ambulansestasjon som har ansvar for bestilling, oppbevaring og kontroll av stasjonens medikamenter og at dette utføres i tråd med gjeldende forskrifter og prosedyrer i ST/SiV

- Stasjonsleder/rekvirentansvarlig kan rekvirere legemidler til lokalt lager i samsvar med liste godkjent av klinikkoverlege. Bestilling av alle medikamenter gjøres på egen rekvisisjonsblokk eller elektronisk der det finnes.
- Medikamenter skal oppbevares i tråd med gjeldende forskrifter og ST/SiV's prosedyrer
- A og B preparater skal være avlåst i henhold til gjeldende regler for oppbevaring, og det skal være begrenset og kontrollert tilgang til alle deler av legemiddellageret.

UTTAK

- Narkotikaregnskapet skal til enhver tid vise all bevegelse for legemidler i gruppe A, inkludert mellom-lagring, lån og utlån
- Utleverte A og B preparater (Morfin, Ketalar og Stesolid) skal føres inn i Narkotikaregnskapet og kvitteres av to ambulansepersonell på lik linje som det skal bli kvitert ut ved uttak
- Dobbeltkontroll/signatur gjøres minimum ved mottak, uttak, overføring mellom regnskapsark, lån mellom enheter og ved kassasjon (rester og utgåtte)/retur

KASSERING.

- Alle medikamenter som er utgått på dato skal returneres til apotek for destruering etter prosedyre fra apoteket
- Medikamentrester (delvis brukt ampulle) som ikke skal benyttes skal destrueres i påsyn av minst to ambulansepersonell. Dette skal **dokumenteres** i Narkotikaregnskapet

Referanse SiV: Elektronisk kvalitetssystem (EK), Nivå 1 > 1.5 Arbeidsprosesser > 1.5.3 Legemiddelhåndtering

Referanse ST: TQM, Dokumentoversikt > Pasientbehandling > Legemiddelhåndtering

AVVIKSBEHANDLING - P

HENSIKT.

System for avviksbehandling er grunnlaget i klinikkens system for intern-kontroll og bygger på prinsippet "*Litt bedre hele tiden*". Dette skal sikre en fastsatt saksgang og behandlingsrutiner for uønskede hendelser, og forbedringsforslag i den hensikt å plassere ansvar, iverksette tiltak samt kunne evaluere tiltak for å forhindre at liknende hendelser inntreffer.

ANSVAR.

Enhver ansatt som oppdager avvik har rett og plikt til å reagere. Alle avvik meldes elektronisk i TQM avviksbehandling.

Det er klinikkjefens ansvar å påse at det er utarbeides klinikkinterne prosedyrer for avviksbehandling

OMFANG.

Avvik er definert som "*mangel på oppfyllelse av spesifiserte krav eks. en prosedyre*". Avviksmelding skal *alltid* sendes dersom det oppstår uønskede hendelser, brudd på prosedyrer eller ønske om en forbedring av klinikkens systemer. Ved skade og uhell er alltid det viktigste å begrense skadens omfang og konsekvensene, først i forhold til mennesker, dernest i forhold til materiell.

MELDING SOM KREVER SÆRSKILT BEHANDLING.

Melding om skade på pasient skal meldes innen 24 timer.

Meldinger skal gis uavhengig av hvorvidt enkeltpersoner, rutiner eller annet kan bebreides for det inntrufne eller ikke. Formålet med meldingen er ikke å vurdere hvorvidt det foreligger erstatningsansvar, men å gi Kunnskapssenteret informasjon om hendelser innenfor helsevesenet.

Ta vare på materiale som kan ha betydning for oppklaring av mulig årsakssammenheng. Dersom medisinteknisk utstyr er involvert og hendelsen har død til følge, skal utstyret ikke kastes, flyttes eller forandres før det er gitt tillatelse til dette fra politiet, STEM (særlig tilsyn for elektromedisinsk- utstyr) eller medisinteknisk avdeling. Dette betyr at venekanyler, tuber, elektroder, "pads" etc. ikke skal fjernes fra den døde!

Hensynet til dokumentasjon går ikke foran hensynet til å forsøke å begrense skadeomfang for pasient eller tilsatt.

- Meld fra til AMK/AMK-lege
- Kontakt snarest mulig stasjonsleder
- Beskriv forløpet i ambulansejournalen
- Skriv avviksmelding i TQM. Velg "pasientskade"

Er du i tvil om du skal melde, meld allikevel "pasientskade" i avvikssystemet. Klinikksjef eller den han har bemyndiget behandler meldingen og vurderer om meldingen skal behandles internt i klinikken, oversendes Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten og/eller Statens helsetilsynet.

SPESIALINFORMASJON:

Tidsbegrenset spesialinformasjon dokumenteres i spesialfelt i AMIS. Dett kan være informasjon som knyttes til den enkelte pasienter eller andre forhold, adkomst, farer, vold etc. Opplysningene kan knyttes til enkeltperson eller til adresse/telefonnummer.

MELDING OM AVVIK I TQM

For å melde en hendelse benyttes TQM. Melder må logge seg på med eget brukernavn og passord som er tildeelt fra SiV eller STHF. Fellesbruker pålogging skal ikke benyttes. Velg din tilknytning; Klinik, seksjon og evt. avdeling. Etter pålogging velger du hvilken type avvik du vil registrere.