

Høringssvar/tanker angående ambulansetjenesten:

Dette er ett svært viktig arbeid som er gjort og det er mange viktige punkter som er kommet med. Traumer nevnes som hyppigste dødsårsak hos befolkningen under 35-40 år. Her må det være viktig at vi hele tiden forbedrer oss og gjør det som skal til for å begrense skade og død.

Det er helt klart en viktig del av arbeidet å få opp interessen for å øke kunnskap om førstehjelp hos befolkningen. Det er som oftest ikke helsepersonell med god førstehjelpkompetanse som er først på skadested. Og disse er viktige i behandlingen av pasienten. Ikke bare før ambulansen kommer, men de kan være viktige ressurser for ambulansen spesielt i distriktet der det kan ta lang tid til neste resurs kommer.

Det er et geografisk vanskelig land å drive helsetjeneste i. Nord-Norge byr på mange distrikter som er langt fra sykehus. Dårlig tilgang på lege pga interkommunale legevaktsordninger som gjør at legevakten er langt fra distriktet. Det er også mye dårlig vær som fører både til stengte fjelloverganger og vanskeligheter for å få støtte fra LAT.

Dette medfører at ambulanspersonell i mange situasjoner, blir alene med pasienten over lengre tid.

Eksempel:

Kjøpsvik i Tysfjord kommune i Nordland har en ambulanse. Lege kan være vanskelig å få tak i, spesielt i helgene da legen er på Innhavet som er 1,5 time lenger sør(fergetransport) for Kjøpsvik. Nærmeste ambulanse som neste resurs er Ballangen som er 50 min unna kjøpsvik. Ballangen er igjen 45min unna Narvik som neste resurs med lege. Det vil si at det kan ta over 1,5 time å få legestøtte. Noe som medfører at ved ulykker kan det føre til at ambulanspersonell blir stående lenge alene med flere skadde pasienter.

Dette er tilfellet for flere deler av distrikts Norge.

Det nevnes at ambulanspersonellens kompetanse er svært viktig i prehospital behandling av alvorlig skadde. Det er jeg enig i. Ambulanspersonell er ofte første resurs og står med behandlingen av den alvorlig skadde og da er det viktig med kompetanse.

Det nevnes i notatet at ambulanspersonell har liten erfaring i håndtering av traumer og at det er stor variasjon i kompetanse hos ambulanspersonell.

DETTE må det gjøres noe med, vi kan ikke godta at det skal gis dårligere behandling til pasienter pga at en del av ambulanspersonellet har lav kompetanse (kanskje pga liten egen faglig interesse og dårlig opplæring). Her må vi heller heve kunnskapen og sette krav til gjennomført opplæring, krav til praktisk trening og krav til kvalitet.

Distrikts ambulanser som ofte kan bli stående alene med pasienter, er også de som kanskje har minst hyppighet av traumer og dermed minst erfaring. Her burde det stilles høye krav til personell som skal jobbe i distrikt, krav til trening og krav til hospiteringer.

Angående luftveishåndtering så er det nok ingen tvil om at anestesileger er å foretrekke hos den alvorlig skadde pasienten. Det er de som er mest trent til dette og har størst suksessrate. Men tilgangen er begrenset. Kanskje ikke midt i Oslo, men i Nord-Norge er den det. Da er det vel viktig å ha trent ambulanspersonell. Vi kan vel ikke overlate ansvaret fullt og helt til anestesipersonell og stole på at vi har de alltid når vi har behov. Det er ikke det som er fakta. Det sies at ambulanspersonell har lav suksessrate ved håndtering av luftveier. Og at ambulanspersonell ikke takler håndteringen av luftveiene på over 50% av pasientene med alvorlig skade. Er dette noe vi kan godta? Vi er jo nødt til å takle luftveiene. Og når det er så lav suksessrate så må noe gjøres.

Her bør det ses på behovet for å prøve nye tiltak og eventuelt lage nye prosedyrer. Satse på opplæring og trening av ambulanspersonell i håndtering av luftveier. Det kan foreslås krav til årlig praksis/trening med eventuelt utsjekk i luftveishåndtering ved sykehus for å heve kunnskap. Her ved UNN Narvik er anestesilegene svært imøtekommende for å la ambulanspersonell få trene på luftveier under operasjoner (holding av luftveier, maske bag ventilering, larynx maske og intubering). Men det er dessverre få som benytter seg av muligheten. Sett dette som et krav, så vil nok kunnskap øke angående luftveishåndtering. Som tillegg til vedlegg 1 under ambulansetjenesten så kan det nevnes at bilene er utstyrt med utstyr for nødcricothyrotomi. Og trening for dette er mulig å få ved operasjon og anestesi.

Nå ser vi heldigvis at det skjer mye med utdanning av ambulanspersonell. Det er viktig at det også er klarhet i hva ambulanspersonell skal kunne håndtere.

Med vennlig hilsen

Adrian Gundersen, Ambulansefagarbeider ved UNN