



HELSE

01/2013 – Årgang 12. Et magasin fra Helse Midt-Norge

Redningsdåden på E39 s. 4
24 timer i rødt s. 7
– Jeg er ambulansearbeider s. 28



Livredderne

Ambulanse- og akuttjenesten
i Midt-Norge

Innhold

- 3 Brukernes røst
- 4 Redningsdåden på E-39
- 7 24 timer i rødt
- 12 Hardt skadde får bedre hjelp
- 13 Læring etter terroren
- 14 AMK er nervesenteret
- 16 Kart over ambulansetjenesten i Midt-Norge
- 18 To minutter fra landing til behandling
- 18 Akuttaksen
- 20 Reddet under mellomlanding
- 22 Blått lys på blått hav
- 24 Øvelse! Øvelse!
- 26 Klar til utrykning
- 28 - Jeg er ambulansearbeider
- 31 Slik blir du ambulansearbeider

HELSE  MIDT-NORGE

Utgiver: Helse Midt-Norge RHF, Strandv.1 7500 Stjørdal – Telefon (0047) 74 83 99 00

Ansvarlig redaktør: Tor Harald Haukås, kommunikasjonsdirektør i Helse Midt-Norge RHF

Redaksjon: Tekst og foto: Røe Kommunikasjon AS

Opplag: 328 000

Coverfoto: Røe Kommunikasjon AS. Bildet er arrangert.

Grafisk utforming og illustrasjoner: Klipp og Lim AS

Trykk: Color-Print A/S

Miljømerket
Trykksak  241 519

LEDER

Ambulansetjenesten i Midt-Norge er et av våre flaggskip. Både kompetanse og utstyr i tjenesten er styrket. Dette kvalitetsløftet har skjedd systematisk i løpet av de siste årene, men likevel har jeg i flere sammenhenger hørt kommentaren at «dette må være en godt bevart hemmelighet» - selv om vi er til stede over alt i Midt-Norge.

Det har ikke skortet på oppmerksomhet, og debatten har gått høylydt rundt organisering av tjenesten. Men nå er det et lukket kapittel. Tjenesten er fra 2013 i sin helhet eid og drevet av det offentlige.

Denne utgaven av magasinet HELSE forteller historier om de som har fått hjelp og de som gir hjelp når det står om livet, og når det haster. Historien om de prehospitale tjenestene, altså det som skjer før du som pasient er kommet fram til sykehuset, handler om mye mer enn transportløsninger, sirener og blålys. Det er en historie om ny teknologi, mobile løsninger og om medarbeidere som yter livsviktig hjelp i den aller første fasen av et pasientforløp.

I Midt-Norge har vi kjøreregler for samarbeid og oppgavedeling. Traumesystemet skal sikre rask og trygg hjelp når alvorlige skader oppstår. Alle som inngår i den akuttmedisinske behandlingsskjeden skal være trygge på sin rolle og hva som forventes av oss. Det har avgjørende betydning for befolkningens opplevelse av trygghet for liv og helse.

God lesning!



Gunnar Bovim

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF



Foto: Helse Midt-Norge RHF

Ambulanse – en del av et godt pasientforløp

Pasientforløpene mellom hjem eller skadested, og spesialisthelsetjeneste, skal være helhetlig og uten unødige veksling mellom hvem som har ansvar.



Foto: Mari Vold

Da det ble vedtatt at Helse Midt-Norge skulle «ta over» og integrere ambulansetjenesten i hele Midt-Norge som en del av sin virksomhet, førte det til ulike reaksjoner.

Noen reagerte og mente at det ikke ville være riktig at helseforetakene skulle eie og drive en stor bilpark med ambulanser. Etter min vurdering er det ikke bilparken som er hovedsaken i denne sammenhengen, men innholdet i ambulansene. Jeg tillater meg å komme med noen refleksjoner nå som Ambulanse Midt-Norge HF er operativ eier og driver alle ambulanser i Helse Midt-Norge.

I ambulansene, og i tilknytning til disse, utføres meget viktige og krevende helsetjenester, som å redde liv, begrense skader og legge til rette for videre behandling i sykehus. Det er meget viktig at dette arbeidet utføres av høyt kvalifisert helsepersonell til det beste for pasienter som er rammet

og har behov for hjelp. Opp i gjennom årene har denne tjenesten blitt utført på bestilling på en god og tilfredsstillende måte av private helsearbeidere på oppdrag fra helseforetakene. Når jobben er gjort i ambulansene er pasientene overlevert til mottak i et sykehus.

Pasienter er opptatt av at behandlingen skal være kvalitetsmessig på topp og innenfor trygge rammer. Pasientforløpene fra hjem eller skadested, inn i spesialisthelsetjeneste og tilbake til hjem eller en kommunal omsorgstjeneste, skal være helhetlig og uten unødige veksling mellom hvem som har ansvar. I en slik tankerekke er det naturlig å forvente at det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for og dessuten er driver av de tjenester som gis i ambulansene. Helsetjenester i og i tilknytning til ambulanser er akuttinntak på hjul. I helhetlige pasientforløp er det naturlig og nødvendig at spesialist-

Jeg tror at integreringen av Ambulanseforetaket vil bidra til enda bedre og helhetlig pasientbehandling i framtida.

Snorre Ness

helsetjenesten også skal yte tjenester i ambulansene.

Når ambulansetjenester nå integreres fullt ut i Helse Midt-Norges virksomhet, vil dette også føre til at omfattende bruk av ressurser til krevende anbudsprosesser kan avsluttes. Når tjenesten kommer i god drift vil dette kunne frigi ressurser til mer pasientbehandling.

Det er en krevende øvelse å få ambulanseforetaket i god drift innenfor Helse Midt-Norges virksomhet, men fra mitt pasientsyn vil dette være helt rett og et godt grunnlag for helhetlige og gode pasientforløp. Jeg tror at integreringen av ambulanseforetaket vil bidra til enda bedre og helhetlig pasientbehandling i framtida ●

Snorre Ness
Leder, Regionalt brukerutvalg

Redningsdåden på E-39

Raset kom med frykteleg kraft, sopte med seg gravemaskina og tok nesten livet av oppdalingen Halvor Gisnås. Men berre nesten.

Det var på håret. Eg kunne ikkje ha vore nærare døden, seier Gisnås stilt. Vi møter han på E-39, langs Vinjefjorden, på grensa mellom Trøndelag og Møre. Det var her Gisnås dreiv vegarbeid då jordraset tok han ein grytidleg novemberdag i 2008, i stummande mørke og piskande regn.

- Veret var forferdeleg og forholda blei ikkje betre av all snøen som hadde tina gjennom natta. Eg rakk ikkje stort anna enn å starte gravemaskina før eg høyrde på radiosambandet: «Skogen rører på seg!». Eg forstod at det kom eit ras, og rett etter small det. Maskina skaut fart utfor vegen, og eg kjende meg vektlaus. Alt gjekk i svart.

*Gjensyn på rasplatsen langs E-39 ved Vinjefjorden.
Frå venstre: Siv Anita Aurstad, Erik Lefstad, Halvor Gisnås og Kent Ragnarsson.*



KVEN BØR FÅ MEST HONNØR?



HALVOR GISNÅS

- Utan Erik hadde eg ikkje berga livet. Det ville tatt for lang tid om ikkje han hadde handla raskt. Eg har alt å takke Erik for!



ERIK LEFSTAD

- Ambulanstenesta. Dei er godt trent, og det er heldigvis enkelt å få hjelp når det trengst. Det hadde ikkje nytta å få Halvor opp på vegen om han ikkje fekk kyndig hjelp vidare.



SIV ANITA AURSTAD OG
KENT RAGNARSSON

- Førstemann på skadeplassen makta å halde seg roleg og greip aktivt inn. Imponerende! Dessutan gjorde alle arbeidskameratane ein fantastisk innsats for å få pasienten opp på vegen. Utan dei ville han ikkje vore i live. Det er også grunn til å rose brannvesenet i Hemne for jobben dei gjorde med å stengje vegen og sørge for helikopterlanding.

Den svære gravemaskina forsvann nesten 70 meter nedover den bratte skråninga og la seg til slutt halvvegs ute i den djupe fjorden. Rett før blei Gisnås slynga ut og hamna i leirsuppa nokre meter unna maskina.

Handa nær slitt av

Han som kom først til unnsetning var arbeidskameraten, Erik Lefstad frå Skaun:

- Eg tok meg først inn i maskina, men då eg ikkje fann Halvor, begynte eg å lyse rundt med lommelykt. Heldigvis fekk eg auge på ein blodfarga skalle som stakk opp frå gjørma. Det såg ikkje bra ut, men eg blei glad då ei kjend stemme sa han «hadde litt vondt i ryggen ...».

Lefstad gjekk resolutt til verks, drog Gisnås opp av gjørma og bort til beltet på maskina - vekk frå den trugande fjorden. Eit forferdeleg slit i strigregnet med jord og stein i stadig flyt. No såg han og den skamferte handa. Den var nær slitt av, og hang berre i senar og hud. Men verneombod Lefstad (med førstehjelpskurs!) såg at pulsåra var heil, og saman med ein arbeidskamerat som kom til, fekk han forbunde handa med ei underskjorte.

Dekt av leire

Litt etter dukka det opp fleire hjelparar frå arbeids-laget. Dei hadde med seg ei bære frå brakke-riggen, og den neste knappe halvtimen var heile tolv mann febrilsk i sving for å få Gisnås opp av den sleipe, farlege skråninga.

- Eg har tenkt mykje på dette sidan. Det var ein tøff jobb å få Halvor opp, og eg var i tvil om han ville overleve. Samstundes hadde vi flaks. Nye ras kunne jo lett tatt fleire av oss, fortel Lefstad.

Omsider nådde arbeidslaget autovernet. Der stod ambulans bilen frå Hemne parat,

og pasienten blei løfta over til Siv Anita Aurstad og Kent Ragnarsson.

- Vi visste lite om skadeomfanget då vi kom til plassen, og pasienten såg vi nesten ikkje. Han var så dekt til av leire at Kent først måtte tørke av han for å få augekontakt, seier Aurstad. Ho og Ragnarsson er erfarne ambulansarbeidarar, men har knapt vore ute for ei meir dramatisk ulykke enn dette - med heldig utfall.

- Er det alvorleg?

- Det første vi gjorde var å bandasjere den avslitne handa som var surra imponerende godt. Så klipte vi opp alle klede for å få oversikt over dei andre skadane, seier Ragnarsson.

Dei viste seg å være massive, med blodsamling i buken som særleg illevarslande. Då dreier det seg ofte om sprokken milt, og slikt fordrar rask kirurgisk behandling. Elles registrerte livreddarane stadig lågare blodtrykk og puls. Dei nølte derfor ikkje med å tilkalle lufttransport.

- Då vi hadde stabilisert pasienten og gitt han væske, var det ikkje anna å gjere enn å vente på helikopteret. Medan vi stod der på E-39, kan eg hugse pasienten spurte: «Du dame ... er det noko alvorleg med meg?» Eg svarte: «Du er jo vaken, og du snakkar. Det er positivt.» Men innerst inne var eg i sterk, sterk tvil om dette ville gå bra, vedgår Siv Anita Aurstad.

Den dystre situasjonen blei heller ikkje lysare då svære rullesteinar var nær ved å treffe sjuke-bilen. Men Aursund og Ragnarsson fekk snøgt rygga vekk frå rasområdet, og straks etter var Sea King-maskina på plass. Gisnås blei lagt i narkose, flydd til St. Olavs Hospital og omgåande tatt til intensivbehandling. Heile fire veker låg han i kunstig koma, før legane med vissheit kunne slå fast at han ville leve over ●

Korleis går det i dag?

HALVOR GISNÅS seier han klarer seg ganske bra, men at ulykka heile tida har prega han og familien. Legane makta å sy på handa, men rørsle er ikkje som tidlegare. Gisnås er også hemma av ein god del magetrøbbel. Likevel er han i 50 prosent arbeid hos same entreprenør som under ulykka.

ERIK LEFSTAD legg ikkje skjul på at ulykka har satt spor.

For to år sidan blei Lefstad heidra med Carnegies heltemedalje. I grunngevinga heiter det at han gjorde meir enn det som kan krevjast då han redda Halvor Gisnås.

- Eg er stolt av den utmerkinga, seier Lefstad.

SIV ANITA AURSTAD OG KENT RAGNARSSON er framleis knytta til Hemne ambulansstasjon på Kyrksæterøra og har handtert mange tragiske hendingar sidan gravemaskin-ulykka på E-39. - Men nett denne ulykka sit i minnet og stadfestar at vi gjer ein viktig jobb! seier dei to.



24 timer i rødt

En fast hånd og en vennlig stemme. Høyteknologisk diagnostikk. Et døgn i ambulansetjeneste byr på mer enn blå lys og høy hastighet.

20:00 - Vi vet aldri hva døgnet bringer. Vi må være forberedt på absolutt alt, sier ambulansearbeider Aasta Kvam. Hun har vært på vakt ved ambulansestasjonen i Levanger i 12 timer, og har 12 igjen idet magasinet HELSEs gjestedøgn begynner. Ute har mørket lagt seg. Rundt middagsbordet lyser fem røde uniformer. De bemaner ambulanse 1 og 2 som er på vakt døgnet rundt. I 24 timer skal vi følge bil 2. Være med når sekundene teller.

21:10 - Dette er EKG-apparatet, forklarer Geir Strøm. Han har arbeidet i ambulansetjenesten i 10 år. Vi lytter når han viser rundt i bilen.

- Hvis en pasient har brystmerter og

vi mistenker at det kan være et hjerteinfarkt, tar vi EKG som går direkte til kardiolog på Sykehuset Levanger. Dermed kan de være med på å avgjøre hva slags behandling vi skal begynne med, og hvor pasienten skal kjøres. Samtidig kan de forberede seg til operasjon. Til sammen gjør dette at behandlingen kommer i gang veldig mye raskere enn tidligere. Det kan utgjøre svært mye for et hjerte, og dermed pasientens videre helse.

Han går gjennom resten av innholdet i ambulansen. Dagens ambulanser er godt utstyrt med blant annet EKG-monitor, surstoff, medisiner og hjertestarter.

Det er ikke bare teknologi og raske biler som er viktig i en ambulansarbeiders hverdag. Å være omsorgsmennesker er en stor del av jobben.

Geir Strøm

- Vi kan gjøre fantastiske ting ute hos pasientene nå. Utviklingen har vært enorm, sier Geir. Likevel er det ikke bare medisinsk teknologi og raske biler som er viktig i en stadig mer kompetent ambulansearbeiders hverdag.

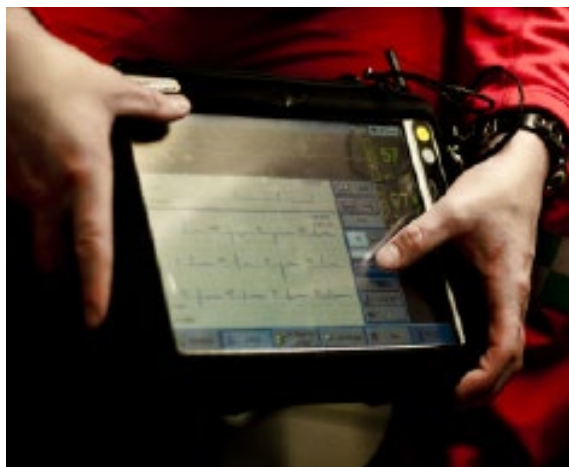
- Å være omsorgsmennesker er en stor del av jobben. Vise empati. Holde en hånd.

- Er det noen jobber du gruer deg til, spør vi Aasta. Hun har jobbet i ambulanse siden 2006.

- Nei. Jeg begynner å tenke prosedyre med en gang. Det er veldig annerledes for oss, enn for noen som bare dumper oppi en ulykke. Vi er forberedt, og har prosedyrer å gå etter



Opp på båren, snart i bilen. Geir, Aasta og Christoffer har undersøkt Astri.



Trøst og teknologi. EKG-måling forbereder sykehuset, håndtrykket trøster. Begge dele betyr trygghet for pasientene.

uansett hva som venter.

Geir tenker gjennom det samme spørsmålet. Terskelen for tull og fjas er vanligvis lav, og takhøyden stor, slik det blir i grupper som har sett det meste. Ikke nå.

- Livløst barn, sier han resolutt.

- I utgangspunktet er det ingen som ønsker å få den meldingen på tur ut. Det tyngste er som regel å møte pårørende. Det er egentlig prest eller politi som skal varsle om død, men noen ganger kommer vi ikke utenom.

Aasta sitter på stigbrettet. Blikket sitter fast like under gulvet.

- Å trøste et barn som har funnet mor eller far livløs, sier hun lavt, og lar setningen henge mellom gule ambulanser under grelt garasjelys. En tanke ser ut til å slå henne.

- Eller, trøste. Kan man det?

Spørsmålet synker mot betonggulvet. Plukkes opp av tredjemann i bilen. Han er lengst, men yngst. Christoffer Bade Aasheim er 20 år, og har vært lærling i en knapp måned. Blikket er likevel stødig som en kirurgs hånd. Ikke uberørt av de eldres erfaring, heller ikke skremt.

- Det med empati, og å være medmenneske, har nok vært det jeg har lurt mest på om jeg klarer. Hvordan skal ulike situasjoner takles?

- Empati er noe en enten har, eller ikke har, sier Geir. Blikket på Christoffer. Det kommer til å gå bra for lærlingen.

21:50 Bil 2 kjører kort tur til Sykehuset Levanger for å fylle diesel og tar en tur til medisindepot.

22:45 Alle ambulansestasjoner har et hvile-rom. Her slås tiden i hjel mellom pasienttransport, utrykninger, øving, vedlikehold av utstyr og kunnskap. Sofa og en stor tv kommer godt med om kveldene blir lange. «Beck» er en yndet tidtrøytte på Levanger.

Radioene knitrer litt innimellom, men overdøver verken morsomheter eller pugging i «Tiltaksboka 2010». Ingen alarm går. Ingen meldinger kommer. Skal det bli en rolig kveld og natt?

- Vanligvis har vi mye legevaktkjøring på kveldstid, forteller vaktleder Rune Jørgensen. Han er på vakt i bil 3.

- Men vi vet jo aldri hvordan døgnet kommer til å bli.

23:30 Det hentes kaffe. Skal de ikke sove? Sitter de oppe hele natten på døgnskiftene?

- Nei, jeg bruker egentlig å være i seng nå, sier Aasta, og legger ned «Tiltaksboka» hun har sittet og studert.

- Men det kommer litt an på hvem som er her. En får det igjen, vet du, hvis en sitter for lenge. Det merkes når en må opp midt på natta.

- Når neste tur er min, blir jeg ofte sittende oppe og vente. Nå - nå blir det min tur til å rykke ut snart, humrer Andreas Oldren.

Det er tre vaktlag i Levanger. Tre biler. Bil 3 går kun på dagtid, og fungerer som pasienttransport. Bil 1 og 2 går hele døgnet. Tar annenhver tur.

23:55 - Nei, - jeg kapitulterer. Kryper til køys, sier Aasta. Gutta blir sittende. Deler med hverandre av levd liv, i og utenfor ambulanser.



Ved ankomst er alt klart for pasient Astri. EKG-undersøkelse ble gjort før ankomst til sykehuset.

00:55 Geir beordrer både HELSE og lærling Christoffer til køys. Alle lyster.

03:24 Alarmen går! HELSE har heldigvis ikke sovnet, og hiver på seg røde, lånte ambulanseklær – sirlig lagt i riktig rekkefølge på forhånd. Utrolig nok er vi først ned trappa, med resten av laget hakk i hæl. Hvordan klarer de å være så våkne så kjapt?

03:30 – Vi skal til Inderøy. Brystmerter. Det kan være alt fra ingenting til hjertestans. Men pasienten har en kjent hjertehistorie, så vi vil være der så raskt vi kan og sette i gang behandling, sier Christoffer, lærlingen. Aasta sitter bak rattet, og har skrudd på blålysene. Det får natten til å virke kaldere enn den egentlig er. Tjue minutter senere er vi fremme.

Kontante, men høflige trer de inn på soverommet til den eldre kvinnen. Gir henne nitroglyserinspray og oksygen. Fester EKG på brystet hennes. Forteller hele tiden hva de skal gjøre, og hvorfor.

– Synes du det ble mye styr, spør Aasta

pasientens ektemann. Hun sitter på kne i senga. Han ved siden av, fullt påkledd.

– Nå. Det er ikke meg det er verst for, svarer han lavmælt.

– Blir det sykehustur, spør Astri fra sengen. Ved ganske godt mot nå.

– Jeg tror det, svarer Geir.

– Nå sender vi hjerterprøver inn til legen, så ser vi hva han sier. Men det er nokså vanlig med en tur ved slike smerter. Og litt betryggende for deg også?

En liten time senere ligger Astri i bilen. Geir slipper ikke Astris hånd så lenge hun ligger på båren. Småsnakker og trøster.

– Nå er vi straks fremme. Da skal du få deg ei bedre seng som ikke vinger så mye, beroliger han.

Snart er hun trygt avlevert på sykehuset som er blitt godt forberedt, og har full kontroll allerede ved ankomst. Geir, Aasta og Christoffer tar Astri i hånda, og ønsker lykke til videre.

07:20 Vaktskifte. Begge lagene har hatt turer i løpet av natten. Bil 2 har hentet en

voldsutsatt kvinne.

Alle biler har nytt mannskap. Aasta og Christoffer er ferdige på vakt og drar hjem. Jonas Nordbakk og Tom Erik Saur er nytt mannskap på bil 2.

08:40 Jonas, Tom Erik og resten av dagskiftet får høre om nattens hendelser. Stasjonsleder Nina har ankommet. Opplevelser deles. Blir kanskje mindre bagasje av det.

HELSE sliter med søvnmangel, er surrete i hodet og har vondt i kroppen. Geir går over på ny vakt, nå blir det pasienttransport i bil 3. Hvordan klarer de dette?

09:25 Alarmen går, og vi haster inn i bilen.

– Dette er bare en rolig legevaktur, forklarer Jonas.

– Her er det ingen blålys eller sirener. Det dreier seg nok først og fremst om å frakte en pasient som ikke kommer seg avgårde på egen hånd.

38 minutter senere parkerer vi ved en sirlig vedstabel, igjen på Inderøy. En bekymret ektemann viser vei. Inne finner vi Rannveig



Mange makter ikke å komme seg til lege på egen hånd og fraktes av ambulanse. På Inderøy hentes Rannveig Klepp med sterke ryggsmarter.

Klepp, og en fryktelig smertefull rygg.

- Jeg ringte til legen i morges og ville avbestille en annen time på grunn av smertene. Det var han som foreslo at dere skulle komme, sier hun - nesten unnskyldende.

- Det er bedre å ringe ti ganger for ofte enn en gang for lite, sier Jonas.

- Nå skal vi få deg trygt til legen, forsikrer han.

Rannveigs fastlege antyder nyrestein-diagnose, og beordrer innleggelse. Ut igjen i ambulansen. En kort kjøretur senere er Rannveig lagt inn, og Tom Erik kan slå fast at, jo da, dette var et rent transportoppdrag.

- Pasienten hadde helt tydelig behov for hjelp til å komme seg til lege og sykehus.

- Selv om slikt først og fremst dreier seg om transport, sørger vi for at pasienten har det bra på alle måter når hun først er i vår bil. Da har vi det fulle og hele ansvaret.

10:49 - Nå skal det smake med lunsj, sier Jonas, i det vi skal forlate sykehuset. Samtidig kommer en lege farende. Nytt henteoppdrag.

Denne gangen er det noen fra eldresenteret som skal på CT. Snart står Tom Erik og pakker dynen godt rundt pasienten i en seng på akuttmottaket. I samme øyeblikk kommer bil 3 inn med en pasient. Transport det også.

Sjefen

- Slik er hverdagen vår. Transport av eldre står for omtrent halvparten av aktiviteten vår, forteller stasjonsleder Nina Skotvold Berg inne på kontoret.*

- Vi er en uhyre viktig del av helsevesenet. Vi er ute og ser hele spekteret. Vi henter pasienter hjemme, og vi ser hvordan de jobber på sykehusene. Vi er først på skadestedet, og kan bringe viktig informasjon. Vi ser hvordan pasienten sitter i bilvraket, og kan fortelle det når vi leverer på sykehuset. Vi ser hvordan folk lever hjemme, og kan si vårt om hvorvidt vi tror den lille guttens brukne arm virkelig skyldes et fall ned trappa.

De viktigste fremskrittene har kommet i behandlingen ambulansepersoneell kan utføre før pasienten ankommer sykehus eller

legevakt.

- Vi sparer pasienten for mye smerte og senskader, og neste behandler for mye arbeid. Hvis EKG avdekker infarkt, kan vi straks sette i gang behandling, som reverserer infarktet, for eksempel. Det jobbes også med prosedyrer for å behandle hjerneslag på stedet, men det ligger nok litt frem i tid.

14:03 Ingenting skjer for bil 2. En ny alarm går. Et barn har feberkrampe, men bil 1 er ute og tar turen.

15:06 Reidun Røkke og Lisbeth Berdahl i bil 1 er tilbake. Barnet med feberkramper er friskt og raskt.

- Alt bra, forteller Lisbeth.

Ettermiddagen fortsetter uten utkallinger.

17:46 Alle er i hus. Fremdeles stille. Det er typisk, forteller de. Når de har besøk, hender det nesten aldri noe.

19:17 Reidun slapper av i sofaen. Snakker med kollegene om et slitsomt, men givende yrke, hvor også kulturen har endret seg fra

Alltid beredt

Over hele Midt-Norge sitter ambulansearbeidere parat til å hjelpe, forklarer Håkon Gammelsæter. Han er administrerende direktør i Ambulanse Midt-Norge HF.

Store deler av arbeidstiden ved distriktsstasjonene er beredskapstid. De er helsepersonell på jobb i tilfelle noe skal skje. I det ligger tryggheten for befolkningen. Vi er til stede der folk bor, omtrent på alle fjelltopper, daler og skjær - ved behov, forklarer Gammelsæter.

I likhet med tidligere stasjonsleder Skotvold



Foto: Helse Midt-Norge RHF

Berg er han imidlertid opptatt av at ambulanse-tjeneste er mye mer enn akutt-oppdrag.

- Over halvparten av oppdragene i Midt-Norge er vanlige turer. Av den gjenvær-

ende halvparten er to tredeler hasteoppdrag, og bare om lag en tredel akuttoppdrag.

Slik vil rollen til ambulansearbeiderne utvikle seg, mener han.

- Spekteret vil bli bredere, og spenne fra å ta komplekse avgjørelser og utføre avansert behandling, til å drive ren transport av pasienter som skal hjem eller overføres til lokale sykehus etter behandling. Samhandlingsreformen kommer antakelig til å føre til en større mengde og mer varierte oppdrag for oss.

Direktøren er ikke i tvil om hva tjenestens viktigste våpen vil være.

- Personellet! Jeg har jobbet i mange ulike helsevirksomheter, men har aldri møtt en yrkesgruppe som er like stolte av, og dedikerte til jobben, og har et så sterkt ønske om å øke kompetansen sin.

tidligere.

- Arbeidsforholdene i yrket er helt annerledes nå. Vi har kollegastøtteordninger, og mye bedre arbeidstid enn tidligere. Velferdsordningene er bedre. Jeg tror det kan være sunt at det har kommet flere damer inn i yrket.

- Det er ingen tvil om at det har blitt mer omsorg og mindre macho, slår Jøran Dahl fast.

Alarmen går igjen. En mann har falt ned fra en stige, og klager over rygg- og nakkesmerter. To biler må ut, den ene for å plukke opp legevakt. HELSEs 24 timer i rødt er over. Pasienten er snart i trygge hender •

* Nina Skotvold Berg har etter at artikkelen ble skrevet fått ny jobb, og arbeider nå som områdeleder for Innherred i Ambulanse Midt-Norge HF avd. Nord-Trøndelag.



Ut i natten på nytt oppdrag.



TYPER BEHANDLING

TILTAK OG BEHANDLINGER SOM UTFØRES I AMBULANSENE KAN F. EKS. VÆRE:

- Stabilisering av pasienter som har falt eller krasjet
- Hjerne-/lungeredning
- Oksygenbehandling
- Stoppe ytre blødninger
- Smertelindring
- Væsketilførsel
- EKG/screening av hjertet
- Informere AMK og akuttmottak



Respektable gutter

- Det kom to unge gutter og hentet meg. Ikke bare lot de meg forstå at jeg var i trygge hender, de viste også veldig respekt for situasjonen, sier Rannveig Klepp da vi ringer henne en uke senere.

- Det er veldig viktig i en slik situasjon, hvor en er litt usikker. Jeg følte meg i det hele tatt veldig godt tatt vare på.

Rannveig Klepp, vel hjemme etter ambulansetur og sykehusbesøk.

Hardt skadde får bedre hjelp

– Det må aldri herske tvil om hvor pasienten skal og hvordan transporten dit skal skje, sier Nils H. Eriksson, direktør for helsefag i Helse Midt-Norge RHF.

Bedre planlegging
gir oss sikrere
behandling

Rundt 300 mennesker blir årlig alvorlig skadd i Midt-Norge. Mange av disse er sterkt traumatiserte pasienter som dør om de ikke får riktig behandling til rett tid. For å styrke og samordne beredskapen etter fatale hendelser, har Helse Midt-Norge definert klare og tydelige roller. Regionens to største sykehus, St. Olavs Hospital og Ålesund Sjukehus, får tydeligere ansvar for behandlingen av de hardest skadde pasientene. Samtidig forsterkes den livreddende og stabiliserende delen av akuttkjeden. Denne organiseringen kalles traumesystemet.

Rutine sikrer «beste praksis»

– Vi er blitt stadig mer klar over at større sykehus utfører bedre traumebehandling og gjør mindre feil på dette fagfeltet enn de mindre sykehusene, sier Eriksson.

Ifølge helsefagdirektøren kan dette forklares med at de store får mer traumetrening, men også at de har større ressurser og kompetanse. De behandler kort og godt flere alvorlig skadde pasienter og har følgende

Det avgjørende for overlevelse er selve akuttbehandling, enten på skadestedet, eller de første 48 timene på sykehus.

Nils H. Eriksson

bedre forutsetninger for å sikre «beste praksis». Rutinerte livreddere har også mer av det motet som ofte må til for å utføre helt nødvendig «aggressiv» behandling, når for eksempel en hovedpulsåre er revet av, eller en lever er sprukket.

På mindre sykehus tar det i gjennomsnitt 90 dager mellom hver gang de får traumepasienter til behandling, går det fram av en studie fra Tromsø. Da sier det seg nesten selv at det er vanskelig å opparbeide kunnskap og rutiner som trengs for å ivareta den mest krevende akuttberedskapen. De mindre sykehusenes begrensede traumepraksis gjør det heller ikke enkelt å dokumentere gode og mindre gode behandlingsresultater, og sikre nødvendig læring, mener Eriksson. Han peker dessuten på at det nye traumesystemet er et resultat av debatten om oppgavefordeling mellom regionens sykehus.

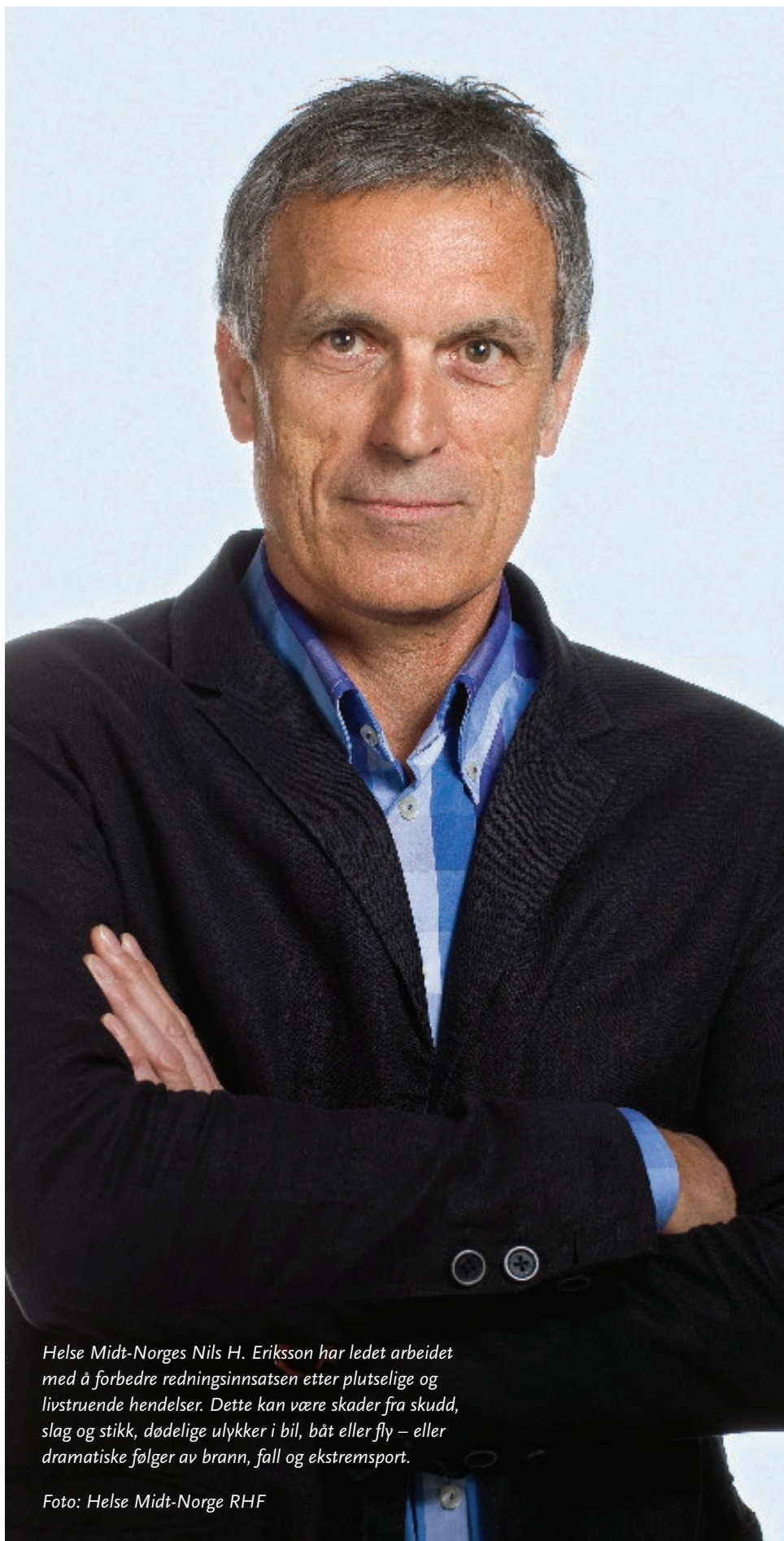
Avgjørende stabilisering

– Men dette betyr ikke at det er over og ut for akuttberedskapen i Namsos, Levanger, Kristiansund, Molde og

Volda. Disse sykehusene skal fortsatt drive akuttbehandling av ikke-livstruende art. De vil fortsatt kunne spille en vesentlig rolle i den første og avgjørende stabiliseringsfasen etter at traumesystemet er satt i verk, poengterer Eriksson. Han trekker fram prehospitale tjenester, ikke minst Ambulanse Midt-Norge HF, som en vesentlig bidragsyter i traumesystemet.

– Livreddende behandling før transport til sykehus skal forsterkes med blant annet klare sjekklistes. Her teller sekundene, og det viser seg at traumepasienter sjelden dør underveis til sykehus i bil eller i helikopter. Det avgjørende for overlevelse er selve akuttbehandling, enten på skadestedet, eller de første 48 timene på sykehus, sier Eriksson.

Det jobbes kontinuerlig for å sørge for at kvaliteten på traumesystemet i Helse Midt-Norge er så godt som mulig. På neste side ser du hvilke punkter 22. juli-kommisjonen mente helsevesenet generelt kunne bedre på ●



Helse Midt-Norges Nils H. Eriksson har ledet arbeidet med å forbedre redningsinnsatsen etter plutselige og livstruende hendelser. Dette kan være skader fra skudd, slag og stikk, dødelige ulykker i bil, båt eller fly – eller dramatiske følger av brann, fall og ekstremsport.

Foto: Helse Midt-Norge RHF

LÆRING ETTER TERROREN

HELSEVESENET FIKK SOLID ATTEST FOR INNSATSEN ETTER TERRORHANDLINGENE I OSLO OG PÅ UTØYA.

MEN 22. JULI-KOMMISSJONEN LA VEKT PÅ DISSE OVERORDNEDE LÆRINGS-PUNKTENE FOR BÅDE HELSEVESENET OG ANDRE NØDETATER:

INNKALLING: Det er viktig med effektive automatiske innkallings-systemer for personell og intern-varslingsystemer som er effektive og funksjonelle. I de delene av helsetjenesten hvor dette ikke er etablert, bør det skje snarest.

ROLLEFORSTÅELSE: Nødetatene må ha en felles rolleforståelse i krisesituasjoner. Et felles planverk med definisjoner av de forskjellige funksjoner og roller i redningsarbeid og på skadested bør tydeliggjøres.

KOMMUNIKASJON: Mellom de forskjellige nødetatene er kommunikasjon viktig for å kunne formidle en felles situasjonsforståelse som grunnlag for de beslutningene som tas innenfor den enkelte etat. 22. juli 2011 var det mangelfull kommunikasjon mellom helse og politi som førte til forsinket framrykning av helsepersonell. Kommisjonen mener likevel at dette ikke fikk fatale følger i den konkrete situasjonen.

ØVING: De forskjellige etatene må i tillegg øve sammen, blant annet på situasjoner der full sikkerhet for personellet ikke kan garanteres.



AMK er nervesenteret

Krava til AMK-operatørar er strenge. Slik må det være i sjølve nervesenteret for dei prehospitale tenestene.



Strenge krav: Helse Midt-Norge stiller mange og strenge krav til AMK-operatørane. Henning Lundberg (t.h.) øver saman med Nina Therese Bjertnæs (bak) og Julie Skilhagen Klykken frå Helse Nord-Trøndelag og Tor Einar Leira, Helse Møre og Romsdal. Foto: Frode Nikolaisen

Nødsituasjon?

Ring 113.

For anna helsehjelp:
Kontakt legevakt
eller fastlege.

Når vi får ein nødtelefon, veit vi ingenting. Den som ringer 113, kan melde om banale småskader, men og om dramatisk terror. Vi må være førebudd på alt! seier Henning Lundberg frå Volda.

– Skal stole på oss

Lundberg køyrde ambulanse på Sunnmøre då han blei rekruttert til AMK-sentralen i Ålesund. Etter eit tre vekers regionalt teorikurs ved St. Olavs Hospital i fjor haust, var han gjennom ein lokal praksisperiode på seks veker. No vekslar han mellom ambulansekøyring og AMK-innsats.

– I begge jobbane gjeld det å vere roleg og skaffe seg oversikt. Det er ekstra krevjande å rettleie folk over telefon når dei er i krise. For å greie dette må vi kjenne systema godt og vite korleis hjelpa vert prioritert. Folk skal stole på

oss i AMK, seier Henning Lundberg.

Må mestre press

Han var ein av 16 deltakarar på teorikurset, der mesteparten hadde bakgrunn frå ambulanseteneste eller akuttmottak. For kursleiar og AMK-sjef ved St. Olavs Hospital, Kirsten Mo Haga, gjeld det å få tak i operatørar med dei rette anlegga. Det vil seie at dei må ha evne til å mestre press, lytte, arbeide sjølvstendig og oppfatte raskt. Andre krav er leiareigenskapar, serviceinnstilling, høg teknisk og fagleg kompetanse, og evne til å ta raske avgjersler. Klår og tydeleg «telefonrøyst» krevst også.

– Før deltakarane kjem på kursbenken hos oss, er dei til intervju ved dei lokale AMK-sentralane. Det vert nøye vurdert kven som vil egne seg til slikt arbeid, seier Haga.

Den som ringer 113, kan melde om banale småskader, men også om dramatisk terror. Vi må være førebudd på alt! Henning Lundberg



Standardisert: Det regionale AMK-kurset satsar på standardisert opplæring, men godtek lokale tilpassingar, seier kursleiar Kirsten Mo Haga (t.h.). Deltakarane er Anne Marie Torstuen (t.v.) og Kaja Flatøy, begge frå St. Olavs Hospital. Foto: Frode Nikolaisen

Har full oversikt

- Kor viktige er AMK-operatørane i den samla akutt-tenesta?

- Dei er særskild viktige for at tenesta skal fungere optimalt. Det er AMK-sentralen som har full oversikt over alle ambulanseressursar og pågåande oppdrag i sjukehusområdet, samt akutte situasjonar innan sjukehuset. AMK-operatørane koplar også opp radiosamband, slik at alle som er involvert i ein akuttsituasjon kan snakke saman. Dessutan varslar operatørane vaktpersonell og mottaksstad for at det kan leggjast til rette for gode mottak, fortel Haga.

Ho legg til at St. Olavs Hospital har lang røynsle med å arrangere AMK-kurs. Det nye no er at alle sentralar deltek. På det viset byggjer ein opp viktig felleskultur i helseregionen •

Før deltakarane kjem på kursbenken hos oss, er dei til intervju ved dei lokale AMK-sentralane. Det blir nøye vurdert kven som vil egne seg til slikt arbeid.

Kirsten Mo Haga



AMK og det akutt-medisinske samspelet

PREHOSPITALE OG AKUTT-MEDISINSKE TENESTER:

→ Medisinsk nødmeldeteneste

AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) mottok medisinske nødmeldingar (113), bestiller og samordnar ambulanstransport, varslar naudsynte ressursar som legevakt, politi og brann, og gir medisinsk rådgiving etter behov.

→ Legevakt (LV)

Kommunale og interkommunale legevaktsentralar formidlar legevakt og andre kommunale helsetenester. Alle kommunar skal ha legevakt heile døgnet for å dekke behovet for øyeblikkeleg hjelp. På dagtid nyttast fastlegen, om mogleg.

→ Ambulanseteneste

Ambulansetenesten omfattar bil-, båt- og luftambulansar og blir samordna frå AMK-sentralane.

→ Akuttmottak

Den delen av sjukehusa som tek i mot sjuke og skadde pasientar som treng akutt medisinsk behandling.

Ambulansetjenesten i Midt-Norge

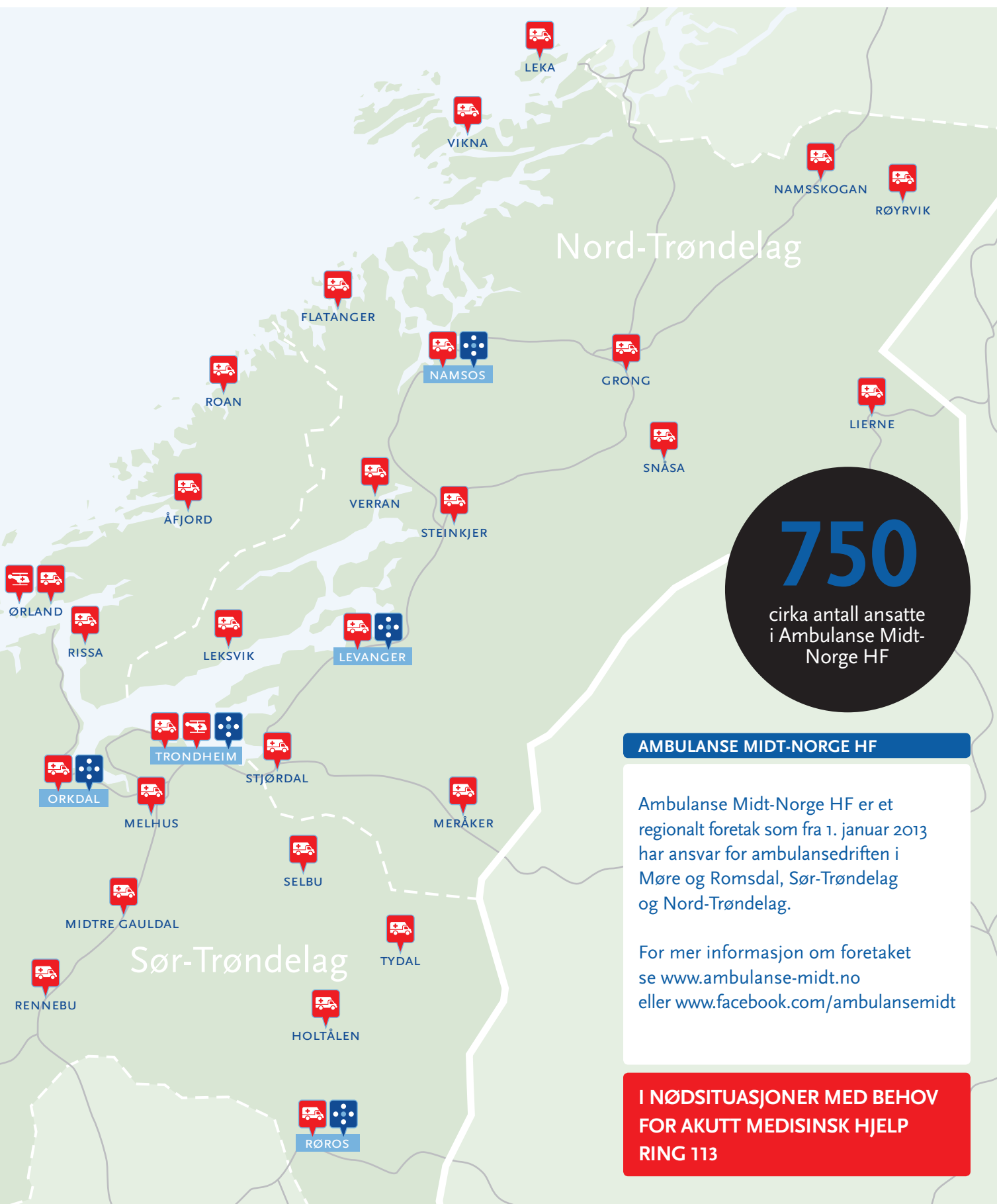
AMBULANSETJENESTEN I TALL

100         
ambulansebiler, fordelt på 68 ambulansestasjoner

75928        
oppdrag totalt i løpet av året 2011

112 
ganger distansen rundt ekvator
(eller tilsammen 4 498 464 km) kjørt i 2011





To minutter fra landing til behandling

Ambulansehelikoptrene øverst – ambulansebilene nederst.

Og i etasjene mellom får pasientene øyeblikkelig hjelp som aldri før.

AKUTTAKSEN VED ST. OLAVS HOSPITAL



TAK

Helikopterplass og katastrofelager

6. ETASJE

AMK-sentral og tung overvåking for lungepasienter.

5. ETASJE

Tung overvåking for karkirurgiske pasienter.

4. ETASJE

Tung overvåking for hjertepasienter og laboratorier for angio hjerte og elektrofysiologi.

3. ETASJE

NTNU-arealer.

2. ETASJE

Operasjonsstuer for øyeblikkelig hjelp, karkirurgi og overvåking etter operasjon, samt angio kar.

1. ETASJE

Legevakt, ortopedisk skadepoliklinikk.

1. UNDERETASJE

Ambulanseinngang og akuttmottak med traumeenhet, bildediagnostikk, observasjonssenger og beredskapsareal for katastrofer.

Med den såkalte akuttaksen har St. Olavs Hospital én adresse for all nød som krever samling av akuttmedisinsk kompetanse døgnet rundt. Den seks etasjer høye aksen er organisert vertikalt mot heiser og trapper. De romslige heisene gir rask forbindelse til akuttmottaket, operasjonsstuer, angiografi og bildediagnostikk, samt intensiv- og observasjonssenger. Den kommunale legevakten er også plassert i tilknytning til aksen.

Ikke maken i Norge

- Logistikken i akuttaksen var godt gjennomtenkt og fungerer i all hovedsak etter planen. I situasjoner der minuttene teller redder vi liv med denne modellen, sier klinikkssjef Sindre Mellesmo ved Klinikk for anestesi og akuttmedisin. Han påpeker at akuttaksen var en nyskaping i Norge da den åpnet våren 2010. Det er den fortsatt. Ingen andre sykehus i landet har samlet sine sentrale funksjoner for akuttbehandling på en like kompakt måte.

- Jeg er særlig fornøyd med de korte avstandene fra helikopterplass og ambulanseinngang til sentrale behandlingsarealer, som akuttmottak med tilknyttede røntgenrom, akutte operasjonsstuer og intensivavdeling, forteller Mellesmo.

Sparer verdifull tid

Ifølge klinikkssjefen sparer denne nærheten verdifull tid, både for pasienter med alvorlige skader, og andre pasienter som trenger rask og tverrfaglig akuttmedisinsk bistand. Ikke minst drar hjertepasientene nytte av nærheten til angio- og hjerteovervåkingsavdelingen som også ligger i akuttaksen.

Sindre Mellesmo påpeker også at akuttmottaket er planlagt med katastrofer for øye. I akuttmottaket er det romslige arealer for å stabilisere og sortere pasienter før videre behandling.

Tre landinger per dag

Årlig flys nærmere 1000 pasienter til St. Olavs Hospital. Det betyr to-tre helikoptre i døgnet på sykehus-Norges mest moderne landingsplass.

- Jeg er stolt av helikopterplassen og logistikken i akutt-

Helseregionen kan være stolte av denne landingsplassen, mener flyplassjef Roald Hammer.



Sindre Mellesmo, Klinikkssjef ved Klinik for anestesi og akuttmedisin ved St. Olavs Hospital.

Logistikken i akuttaksen er godt gjennomtenkt og fungerer i all hovedsak etter planen. I situasjoner der minuttene teller redder vi liv med denne modellen. Sindre Mellesmo



Foto: Helse Midt-Norge RHF

aksen. Når det virkelig gjelder, går det rundt to minutter fra helikopteret lander, til pasienten befinner seg i etasjen for behandling eller undersøkelse. I det gamle sykehuset på Øya tok det fem ganger så lang tid, sier flyplassjef Roald Hammer.

Alltid oppe

Han kan også skilte med «hundre prosent oppetid». Dette innebærer at alle helikoptre skal kunne lande til enhver tid. Hvis det for eksempel pågår vedlikeholdsarbeid på plattformen, er kravet at alle håndverkere må pakke sammen innen tre minutter.

Stenger brua

Roald Hammer og bakkemannskapet

mobiliserer også raskt hvis to helikoptre må lande samtidig med kritisk skadde eller syke pasienter. Når slikt en sjelden gang inntreffer, sperrer de trafikken i rekordtempo og omgjør Ceciliebrua ved Akutten til landingsplass ●

FAKTA

Helikopterdekket er 33 meter i diameter og dimensjonert for fartøy opptil 12 tonn.

Fra et avansert drivstoffanlegg kan helikoptrene fylle «full tank» før de forlater sykehuset.



Foto: Helse Midt-Norge RHF

Behandling i flygende fart

Luftambulansene er en svært viktig del av ambulans- og akuttarbeidet i Midt-Norge.

I 2004 etablerte de regionale helseforetakene et felles datterselskap, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS. De har det operative ansvaret for luftambulansetjenesten.

Luftambulansetjenesten i Midt-Norge betjenes fra fem helikopterbaser. I hvert helikopter er det en pilot, en crewperson med akuttmedisinsk utdanning, en anestesilege og/eller en spesialsykepleier.

Tre aktører har i dag kontrakter på drift av helikopterbaser og ambulanshelikopter i Midt-Norge:

- **NORSK LUFTAMBULANSE** i Trondheim og på Dombås.
- **LUFTTRANSPORT AS** i Ålesund og Brønnøysund.
- **FORSVARETS 330 SKVADRON** på Ørlandet som flyr ambulansoppdrag ved behov, selv om primær oppgaven er redningsoppdrag.

Flykontraktene settes ut gjennom anbudsprosesser. Sykehusforetakene har ansvaret for helsepersonellbemanningen.

- **Antall oppdrag i 2011: 2638**
- **Mer informasjon på www.luftambulanse.no**

Reddet under mellomlanding

«Pasienten er stabilisert», heter det på nøytralt sykehus-norsk. For Stian Løkken Åsegg (22) utgjorde stabiliseringen i Namsos forskjellen mellom liv og død.



Stian Løkken Åsegg kjenner seg i god form og sitter bak rattet igjen. – Jeg hadde kjempeflaks som overlevde, men er mest glad for at jeg ikke dro med meg andre i ulykken, sier han. Foto: Bjørn Tore Ness

2. september 2011: Klokka er ca. 18, og Stian kjører sin lille Toyota sørover på riksvei 770 i Ytre Namdal. Han er på tur hjem til mor i Namsos etter endt arbeidsuke på Kolvereid. Alt virker normalt. Stian er opplagt og edru. Farten moderat. Men i en sving får han på uforklarlig vis skrens på bilen, mister kontrollen og dunderer inn i bergveggen på sjåførsiden. Hele venstre side av bilen blir skrappt vekk, bilbeltet kuttet av, og Stian slynges ut – før bilen på nytt smeller i berget og smadres.

Hostet blodskum

– Jeg lå svimmel på bakken og prøvde å være rolig. Det er det jeg så vidt husker. Et svakt minne om helikopterlyd har jeg også. Ellers gikk jeg inn og ut av bevissthet og husker lite av det som skjedde, forteller Stian.

I ettertid har han fått vite at de første

Jeg lå svimmel på bakken og prøvde å være rolig. Det er det jeg så vidt husker. Et svakt minne om helikopterlyd har jeg også. Ellers gikk jeg inn og ut av bevissthet og husker lite av det som skjedde.

Stian Løkken Åsegg

på skadestedet opptrådte forbilledlig: De sørget for frie luftveier og stabilt sideleie. Og ikke minst fikk de alarmert AMK som umiddelbart tilkalte ambulansehelikopter. Men nå hastet det! Stian hadde begynt å hoste blodskum som er et farlig tegn på lungepunktering. En avrevet hovedpulsåre i venstre overarm var også livstruende. Om han ikke raskt kom under kyndig behandling, så det ille ut for Stian.

– Jeg kan huske et nålestikk i nakken. Så gikk det seks døgn før jeg våknet av narkosen.

Vurderte amputasjon

Da var han på intensivsen ved St. Olavs Hospital, men med de skadene Stian hadde pådratt seg, kunne han ikke flys helt til Trondheim rett etter ulykken. Det ville tatt for lang tid. Helikopteret dro derfor først til Sykehuset Namsos

for såkalt stabilisering. I Stians tilfelle gjaldt det primært å stanse blødninger og sikre pustefunksjonen. Legene i Namsos vurderte også å amputere den sterkt skamferte armen, men kom til at det kunne være mulig å bevare den. I et halvt døgn fikk Stian livreddende behandling før han ble transportert til St. Olavs Hospital.

– Uten mellomlanding i Namsos ville jeg garantert ha mistet livet av det massive blodtapet. I alt fikk jeg etterfylt elleve liter blod, sier Stian. Han er dypt takknemlig for all hjelp etter ulykken og berømmer særlig akuttberedskapen ved Sykehuset Namsos.

– Vi trenger slike tilbud. Det er kanskje ikke så ofte de får inn så hardt skadde som meg. Men når det skjer, må beredskapen være på plass. Da teller sekundene!

I traumebehandling snakker vi om den første avgjørende timen, eller «the golden hour». Hvis den brukes riktig, har hardt skadde gode muligheter for å overleve. Hallvard Græslie



– Det er viktig med oppegående traumeteam ved småsykehusene, sier overlege Hallvard Græslie ved Sykehuset Namsos. Foto: Bjørn Tore Ness

Namdalsavisa 3. september 2011



Ulykkesbilen Toyota MR2 – totalt knust etter sammenstøt med bergveggen. Foto: Privat

Den avgjørende timen

– Småsykehusene spiller en viktig rolle i traumebehandlingen. Vi berger stadig liv, sier overlege Hallvard Græslie ved Sykehuset Namsos.

Med pasientens tillatelse kan Græslie bekrefte at Stian Løkken Åsegg neppe ville overlevd uten rask og stabiliserende innsats i Namsos. Overlegen minner om at transporter tar tid, også med helikopter, og at Åsegg ikke ville tålt en flytid på rundt en time fra ulykkesstedet i Ytre Namdal til Trondheim.

– I traumebehandling snakker vi om den første avgjørende timen, eller «the golden hour». Hvis den brukes riktig, har hardt skadde gode muligheter for

å overleve, sier Græslie.

Han påpeker at dette i første omgang dreier seg om å sørge for pust og sirkulasjon, stanse blødninger, hindre nedkjøling og gi smertelindring. Alt dette er innøvd etter bestemte prosedyrer i sykehusenes traumeteam, i nært samarbeid med det regionale traumesenteret, St. Olavs Hospital.

– Leger og sykepleiere ved vårt sykehus håndterer alle slags traumpasienter, men de fleste vi mottar har vært utsatt for trafikk- og fallulykker. Av og til håndterer vi også pasienter med stikk- eller skuddskader. Uansett er det viktig at vi er trygge på det vi gjør, fastslår Hallvard Græslie ●



Stians venstre overarm fikk store skader, og legene vurderte amputasjon. Foto: Privat

Båtar i Midt-Noreg

Stad	Båtnamn	Type
AUKRA	Dr Riiber	Ambulanse- og legeskyssbåt
SANDØY	Øyvon	Ambulanse- og legeskyssbåt
SMØLA	Øyvakt	Samfunns-, ambulanse- og legeskyssbåt
SANDE	Ambu	Ambulanse- og legeskyssbåt (har og oppdrag for andre, som prest, veterinær og kraftlag)
HARAMSØY	Norskyss	Ambulanse- og legeskyssbåt (har og oppdrag for andre, som prest, veterinær og kraftlag)
FRØYA	Bogøyvær	Pasienttransport til sjøs

Ambulansebåtar som Dr. Riiber skaper tryggleik på plassar som Hammerøya i Aukra kommune.



Eva Meisal Nerbø frå Aukra finn helsetryggleik i ambulanse-båten Dr. Riiber.



Blått lys på blått hav

Ambulanseteneste, legekantor og veterinærteneste. Langs kysten held helsevesenet seg flytande.

Ambulansebåten gjev sjølvstekt ei kjensle av tryggleik for oss på Aukra, sjølv om eg har planar om å halde meg frisk lenge enno, smiler Eva Meisal Nerbø. Pensjonisten har berre hatt behov for sjukehus dei to gongene ho fødte barna sine der.

- Første barnet fødte eg heime. Legen meinte det blei for mykje styr å reise inn til sjukehuset, ler ho.

I Midt-Noreg er det fem ambulansebåtar i drift, samt ein båt for helsetransport til sjøs. Dei fungerer også som legevaktbåtar og legekantor. Nokon av dei har og andre samfunnsfunksjonar, så som frakttjeneste og

passasjerdrift. Ved sidan av å sørge for at også kystfolket får rett hjelp til rett tid, er flåten eit viktig bindeledd kystsamfunna i mellom.

Til Øya lengst ut, Ona, bruker Dr. Riiber ein halv time i godt ver - ein time dersom det stormar i mot, fortel skippar Leif Kåre Raknes og Kåre Idar Midtbø - matros, motorpassar og ambulansepersonell. Båten er 16 meter lang, og held ein fart på nær 40 knop. Den er godkjend for liten skipsfart, og kan drive sjuketransport i fem meter høge bølger. Båten er bygd av Gazelle Technology i Aukra kommune, og er oppkalla etter Carl Magnus Thaulow Riiber, den fyrste legen i Aukra kommune ●





Øvelse! Øvelse!

Samarbeid redder liv når ulykken er ute.
Derfor må det øves.

25

øvelser avholdes
i Midt-Norge i løpet
av et år

Den akuttmedisinske tjenesten skal kunne takle enhver situasjon når og hvor som helst. Sånn er systemet vårt bygget opp, sier Gunnar Watn, beredskapsansvarlig i Helse Midt-Norge RHF.

- Fra den lille hendelsen med en eller to involverte, til de største katastrofer, har vi systemer som blir koblet på etter behov, med flere aktører og nivåer, jo større og mer alvorlig hendelsen er. For å få til dette må vi øve på samhandling. Både med politi og brannvesen, men også mange andre, som forsvar, siviltforsvaret, svenske myndigheter eller med oljeaktiviteten

offshore. Slik blir vi kjent med både systemer og aktører - både innen hver avdeling, og etater i mellom.

- Hvilke erfaringer er det viktig å ta med fra øvelser?

- Vi er hele tiden ute etter å bli bedre. I slike sammenhenger må vi se på hva som ikke fungerer optimalt. Hva er forbedringspotensialet? Hva må ikke skje neste gang - eller ved en reell hendelse?

- Hvor ofte øves det i Midt-Norge?

- Det øves flere steder i Midt-Norge i løpet av et år, på mange nivå, og mange steder. Vi har et mål i den

Vi har et mål i den regionale beredskapsplanen, om at det skal være en stor og en mindre øvelse årlig på alle HF.

Gunnar Watn

regionale beredskapsplanen, om at det skal være en stor og en mindre øvelse årlig i alle helseforetak, og at det regionalt skal kjøres en stor øvelse hvert tredje år. Det er så mange nivå i dette. Fra avdelingsnivå på ulike sykehus til regionalt og nasjonalt nivå. Det er forskjellige typer øvelser: En kan øve over bordet, en kan øve på simulerte hendelser, eller ha svært reelle fullskalaøvelser. Aller helst bør en gjøre alle tre, i den rekkefølgen. Da får en de beste øvelsene, og alle får økt forståelse for egen og andres rolle. Det med samhandling er essensielt i slike situasjoner ●



BILDER FRA ØVELSE

BILDENE ER FRA ØVELSE I NORD-TRØNDELAG I OKTOBER 2012

HVA: Årlig fullskala redningsøvelse i regi av Lokal Redningsentral (Politi, helse, brann, frivillig, sivilforsvaret, Fylkesmann og Forsvaret)

HVOR: Lierne i Nord-Trøndelag

HVORFOR: Øve samarbeid mellom ulike etater og organisasjoner, i ekstraordinære situasjoner, også svenske myndigheter.

DELTAKERE: Lierne Kommune, Lierne kommunale Brannvesen, politiet i Nord-Trøndelag, AMK-sentral Nord-Trøndelag, Helse Nord-Trøndelag Ambulanse, Sykehuset Namsos, Sivilforsvaret, Røde Kors Hjelpekorps, Ambulanse Gäddede og Strömsund, SOS alarm Östersund, Strömsund kommun kriseledelse, Jämtlands redningstjenesteforbund, svenske og norske markører og statister.

Klar til utrykning

Alt ambulanseutstyret som brukes i Midt-Norge skal være likt, uavhengig av geografi. Det sørger en standardisert utstyrspakke for. Blant annet: 60 nye ambulanser.



100

ambulanser fordelt på
68 ambulanse-
stasjoner

Et sug sørger for å frigjøre luftveier. Dersom pasienten trenger mer hjelp til å puste, har ambulansene også oksygenapparat og mulighet for intubering.



Sprøytepumpe gjør at medikamentbehandling kan gå uavbrutt og kontinuerlig under transport mellom ulike sykehus, uavhengig av transportmiddel.



Per Christian Juvkam er fagdirektør i Ambulanse Midt-Norge HF.



Foto: Helse Midt-Norge RHF

EKG tas så snart som mulig, ved mistanke om såkalt akutt koronar-syndrom, dvs. hjerteinfarkt eller ustabil angina. Resultatet sendes til legene på sykehuset.

Bilmateriellet vil være fremdragende, forsikrer Per Christian Juvkam, fagdirektør i Ambulanse Midt-Norge.

- Ambulansetjeneste er i prinsippet helse-tjeneste på hjul. Da må vi ha trygge og gode biler som sørger for både fremkommelighet og driftsikkerhet.

Juvkam presiserer likevel at god ambulansetjeneste fremfor alt dreier seg om personellens kompetanse.

- Ambulansen skal være sykehusets forlengede arm. En ressurs som er trent i å oppfatte alvorlig sykdom og skade, og å treffe umiddelbare tiltak som gir best mulig sjanse for et godt resultat.

Majoriteten av oppdrag dreier seg om medisinsk behandling av sykdom - ikke

behandling av skade etter en ulykke, forteller fagdirektøren. For eksempel å gi surstoff eller smertelindring, å diagnostisere eksempelvis lavt eller høyt blodsukker, akutt hjertesykdom, akutte tilstander i luftveiene eller å kjenne igjen tidlige tegn på hjerneslag.

- Det er svært viktig at ambulansesarbeiderne har god diagnostisk evne ved tilstander der tidsfaktoren betyr mye. Av og til kan problemet løses der og da. I andre tilfeller må man forsøke å stabilisere pasienten til man når sykehus.

Det du måtte til sykehus for å kurere for få år siden, kan i mange tilfeller gjøres i ambulansen i dag. For eksempel å løse blodpropp i årene til hjertet. Tidlig behandling øker sjansen for godt resultat.

- I årene som kommer vil vi se trinnvis utvikling mot mer diagnostikk, og også tidligere behandling. Antakelig har vi første spesialambulansetjeneste med computertomograf (CT) for å fastslå om hjerneslag er fra propp eller blødning i løpet av ett eller to år også i Norge. Da vil man kunne starte behandling også av hjerneslag før man kommer til sykehus ●

– Ambulansetjeneste er i prinsippet helsetjeneste på hjul. Da må vi ha trygge og gode biler.

Per Christian Juvkam

– Jeg er ambulansearbeider

Ikke hvem som helst kan kalle seg ambulansearbeider. Det er en beskyttet yrkestittel. Ikke hvem som helst passer til jobben heller, med en arbeidsdag som er umulig å forutsi.

Hvorfor ønsker folk å ha en slik jobb?



LINE FRENGEN (23 ÅR) – ORKDAL

Ambulanselærling

UTDANNING: Helse og sosial, barne- og ungdomsarbeiderlinjen, allmenn påbygningsfag, forsvarers sanitet og ambulanselinjen ved Lukas VGS

ARBEIDSERFARING: Jobb på omsorgsbolig for døve og blinde, ambulanse-lærling

ANTALL ÅR I AMBULANSEARBEID:
Begynte som lærling september 2012

ANTALL KOLLEGER I ENHETEN:
16 + 2 lærlinger

Ambulanselærling Line Frengen (23) på Orkanger sier nei takk til en jobb med forutsigbare A4-dager. – Når jeg i tillegg får en hverdag der jeg kan være til stede akkurat når folk trenger det, så er ambulansearbeider det rette yrket for meg.

Jeg ble ambulanselærling fordi jeg ønsket en jobb der hverdagen ikke er A4, en jobb der ingen kan forutse hvordan vekten blir. Kontakten med pasientene har også mye å si, det å kunne være til stede for dem akkurat der og da og at de føler at de får den hjelpen de trenger.

Aldri god nok

– Det beste med jobben som ambulansearbeider er at dette er et yrke du aldri kan bli god nok i. Prosedyrer og teknologi endrer seg raskt, og det er opp til oss som ambulansearbeidere å holde oss oppdatert.

De små tingene

– Det er godt å se at det vi gjør på et oppdrag, hjelper pasienten. Noen ganger er det de små tingene, de som gjør at pasienten føler seg sett og hørt. Sørge for at hunden blir passet på mens eieren er på sykehuset, holde pasienten



i hånden så hun/han føler seg trygg, lytte når pasienten forteller noe som er vanskelig. Eller å bruke humor i møte med pasienter som trenger et lyspunkt.

Lengre utdanning

– Jeg tror at ambulansearbeidere i åra som kommer får mulighet til å gjøre mer under transport av pasienter. Utdanningen vil bli lengre fordi behovet for det er der.

– Mange tror yrket innebærer mye trafikkulykker og full fart døgnet rundt. Men sannheten er at de fleste turene er pasienttransporter mellom sykehus, andre helseinstitusjoner og hjemmet. Andre tror vi er leger eller sykepleiere og vet lite om ambulansearbeiderens oppgaver.

MARI- ANN KVALSVIK LØVOLD (47 ÅR) – VANYLVEN

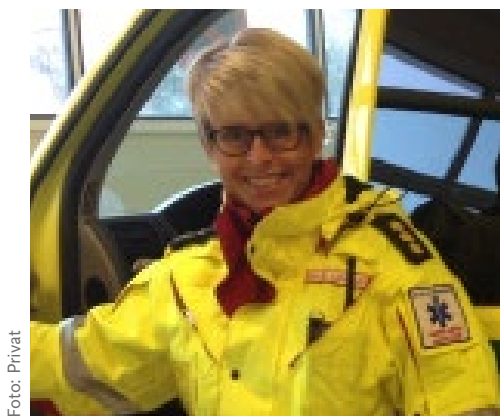


Foto: Privat

Naturlig valg

- Det var faren min som startet ambulanseskjøring i Vanylven da jeg var 6 år. Når muligheten var der, slang jeg meg med på rolige oppdrag. Til slutt var det et naturlig valg for meg å bli ambulansesjåfører.

Vanskelig å prioritere

- Det mest krevende med jobben er å ta rett avgjørelse til rett tid når minuttene teller. Når det skjer store ulykker med flere skadde og vi ikke har nok ressurser og må prioritere pasienter der og da, det er ikke alltid like enkelt. Jeg har også flere ganger opplevd å rykke ut til kjent adresse der jeg visste jeg ville møte nære og kjære som var involvert. Det er vanskelig.

Avansert pasientbehandling

- Da jeg begynte, hadde vi enmannsbetjente ambulanser. Det er et stort sprang derfra til dagens velutstyrte kjøretøy der vi utfører avansert pasientbehandling som tidligere ble gjort på sykehus. Denne utviklingen kommer til å fortsette med stadig større krav til ambulansesjåførens kompetanse.

Ambulansesjåfører

UTDANNING: Ambulansesjåfører m/fagbrev

ARBEIDSERFARING: Helse og sosialsektoren, yrkessjåfør, ambulansesjåførerarbeid

ANTALL ÅR I AMBULANSERBEID: Mer enn 20 år

ANTALL KOLLEGER I ENHETEN: 9

HANS SIGVART HANSEN (45 ÅR) – SELBU

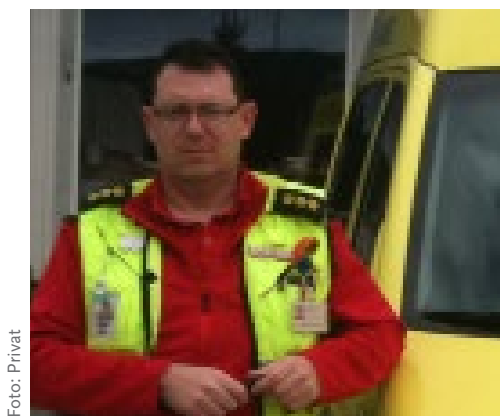


Foto: Privat

Gir mye

- Det har nok ligget i meg bestandig, jeg var nykonfirmert da jeg kjøpte Førstehjelpsboka. Yrket som ambulansesjåfører har gitt meg mye som menneske, i tillegg til alle de gode kollegene som også er blitt gode venner.

- Når du forlater pasienten på sykehuset og får et godt håndtrykk eller en klem med takk for turen og pasienten føler seg bedre, da er det godt å kjøre tilbake til ambulansesjåførbasen å vite at i dag har du gjort noe bra for et medmenneske.

Støtte fra kolleger

- Det mest krevende er oppdrag der barn er involvert. Tre ganger har jeg opplevd å komme

hjem til et sykt barn der jeg har tenkt at mor eller far har mishandlet barnet. Når barnet straks viser deg full tillit, og begynner å gråte når mor eller far dukker opp, da er du i en setting som ingen kan forestille seg. Da er det viktig med gode kolleger som du kan prate med i etterkant. I de senere årene har vi også fått kollegastøtteordningen med dyktige medarbeidere.

Et yrke i utvikling

- Yrket har endret seg mye siden jeg begynte på 1990-tallet. Da var det i praksis 104,5 timers arbeidsuke, i dag er vi nede i 48 timer. Til å begynne med hadde jeg 20 kroner timen når man regner med aktiv og passiv tid, det vil si den tida du måtte gå i røde klær og være klar til utrykning. Utstyret er blitt bedre, for eksempel fra den første hjertestarteren til dagens, som jeg tror vi redder flere liv med. Undervisningen er blitt bedre, vi har fått et fullverdig simulatorsenter der vi trener jevnlig. Fortsatt kan vi bli bedre når det gjelder undersøkelse og behandling. Kanskje kan vi ta blodprøver og ultralyd allerede i ambulansen, informasjon vi kan sende inn slik vi allerede i dag sender EKG til sykehuset.

Ambulansesjåfører

UTDANNING: Forsvarets ambulanseskurs, NOU 76-2

ARBEIDSERFARING: Malvik Røde Kors Hjelpekorps, Forsvaret, FN/Natooppdrag som sykevokter og ambulansesjåfører i Makedonia og Bosnia, pleiemedhjelp, ambulansesjåfører

ANTALL ÅR I AMBULANSERBEID: 14

ANTALL KOLLEGER I ENHETEN: 8

MARGRETHE MIDTHJELL (49 ÅR) – ÅLESUND

Fagarbeider

UTDANNING: Fagbrev ambulanse, videreutdanning som paramedic

ARBEIDSERFARING: Kommunal eldreomsorg, ambulansearbeid

ANTALL ÅR I AMBULANSEARBEID: 18

ANTALL KOLLEGER I ENHETEN: 20+



Foto: Privat

Skiftarbeid – ja takk!

- Etter å ha jobbet flere år i eldreomsorgen, ble jeg spurt om å ta vakter i ambulansen. Jeg likte arbeidet veldig godt, og da jeg fikk mulighet til større stilling, takket jeg ja.

- Variasjonen mellom AMK-tjeneste, bil-ambulanse og båtambulanse gir god variasjon og passer meg godt. Skiftarbeidet også. Ja, faktisk

kunne jeg aldri tenkt meg en fast dagjobb. Lykken er å ha fri av og til på dagtid! Det viktigste ved jobben er likevel at jeg møter mange flotte mennesker og føler at jeg betyr noe for pasientene, enten det er å holde dem i handa under hjemkjøring, eller å gjøre en rask vurdering og gi rett behandling ved alvorlig sykdom eller skade.

Får hjertet til å slå igjen

- Tenk å ha en jobb der du får være med på en fødsel og hjelpe til når et nytt liv starter. Eller et hjerte som har stoppet og som du får i gang igjen. Tenk å ha kolleger som kjørte en eldre dame fra sykehus til sykehjem, etter at hun hadde fått en diagnose som ga henne kort tid igjen å leve. Kollegene valgte en omvei slik at hun fikk se hjemmet sitt en siste gang.

- Hele dagen forholder vi oss til mennesker som har det vanskelig på grunn av smerte, uro eller sorg. Det er krevende å komme inn i hjemmet til folk og utføre jobben din, og samtidig vise

PER-ANDERS SKJEI (39 ÅR) – STEINKJER

Ambulansearbeider

Faglig leder

UTDANNING: NOU-76 og Paramedic

ARBEIDSERFARING: Varehandel, ambulansearbeid

ANTALL ÅR I AMBULANSEARBEID: 16

ANTALL KOLLEGER I ENHETEN: 16



Foto: Privat

Fra skog til ambulanse

Da den lokale ambulansetjenesten skulle avholde julebord i 1996, søkte de etter vikar i Røde Kors hjelpekorps der jeg hadde vært medlem i mange år. Så gikk det ikke likere enn at jeg ble julebordvikar på ambulansen, og siden har jeg vært der. Det har jeg ikke angret en dag.

Mellommenneskelig kontakt

- Dagene er aldri like, man venter litt i spenning på hva dagen har å by på. I tillegg får vi mye mellommenneskelig kontakt og opplever å kunne bety mye for enkeltpersoner og familier. Et eksempel som varmer er da jeg ble bedt om å stille opp til fotografering sammen med en gutt

jeg tok i mot under fødselen i ambulansen for flere år siden.

Sårbare øyeblikk

- Uregelmessigheten når det gjelder både mat og søvn er noe av det som kan slite på oss ambulansearbeidere i lengden. Mest krevende er nok likevel møter med mennesker. Vi møter ofte folk i sine mest sårbare livsøyeblikk, hvor forventningene deres til oss kanskje overstiger det realistiske og ikke vil være mulig å innfri. Da må vi bare må ta inn over oss håpløsheten til pårørende og pasienter.

- Jeg har opplevd dødsfall blant unge foreldre, hvor vi kommer inn i huset og ser barneskoene som står pent i gangen og barneklærne som henger i garderoben. Kommunikasjonen med den gjenværende av foreldrene er vanskelig å beskrive. Men enda verre blir det når du begynner å tenke på at i morgen vil det våkne barn i huset som ikke får se sin mamma eller pappa igjen.

Behandling i ambulansen

- Det eneste som stort sett er det samme i dag som i 1996, er pasientene. Fra å være en utdanning basert på kurs, er det i dag en videregående utdanning på fire år som fører fram til yrket som ambulansearbeider, med muligheter for videre-utdanning på høyskolenivå som paramedic. Behandlingen har gått

respekt for at dette er hjemmet til pasienten. Psykiatri, rus, vær og vind gir byr også på utfordringer.

Spesialisering

– Jeg tror ambulanseyrket kommer til å bli enda mer spesialisert i åra som kommer. Vi kommer til å få flere og mer ulike oppdrag, og kravene til at vi skal starte behandling og dokumentere det vi gjør, kommer til å bli større.

Godt bevart hemmelighet?

– Vår kompetanse er ukjent for mange, tror jeg. Ja, vi opplever til og med å bli undervurdert av andre yrkesgrupper i helsevesenet. Selv synes jeg og kollegene mine at vi har en fantastisk flott jobb. Vi er gode på samarbeid, både oss imellom og med pårørende, frivillige, andre yrkesgrupper og helsevesenet og andre nødetater. Slik jeg ser det, står vi på hele døgnet og gjør det beste ut av alle situasjoner.

fra å være bare symptombasert, til å bli mer årsaksbasert. Et godt eksempel på dette er pasienter med hjerteinfarkt, som i 1996 bare fikk lindrende behandling i ambulansen mens diagnosen ble stilt på sykehuset. Først da kunne de starte behandling som rettet seg mot årsakene. Det at de kom så sent i gang, ga større fare for varige skader på pasientens hjerte. I dag stilles ofte denne diagnosen hjemme hos pasienten ved hjelp av bl.a. telemedisin, og vi kan starte en årsaksrettet behandling umiddelbart. Pasientene er nå ofte symptomfrie når de ankommer sykehuset, og har mindre behov for å ligge på sykehus. Det er god samfunnsøkonomi og gir bedre helse for pasienten.

Ulykker en liten del av jobben

Mange tror at hverdagen vår består av trafikkulykker med blod og lemlestelser. Det er nesten så de ikke tror meg når jeg forteller at dette utgjør bare en mindre del av vår hverdag. Akuttmedisin dreier seg like mye om mellommenneskelig kontakt •

– Vi opplever å kunne bety mye for enkeltpersoner og familier.

Per-Anders Skjei

Slik blir du ambulanse- arbeider

Grunnutdanningen til yrket som ambulansearbeider er fireårig. De to første årene består av VG1 Helse- og sosialfag og VG2 Ambulansefag i videregående skole. Deretter følger to års læretid ved en godkjent lærebedrift. I Midt-Norge tilbys det VG2 Ambulansefag ved følgende videregående skoler: Olav Duun videregående skole i Namsos, Lukas videregående skole i Malvik og Fagerlia videregående skole i Ålesund.

Bestått fagprøve gir yrkeskompetanse med fagbrev.

Kompetansebevis for utrykningskjøretøy er nødvendig for å kunne kjøre ambulanse under utrykning.

På høyskolenivå tilbys det en videreutdanning i paramedic på 60 studiepoeng, med mulighet for en påbyggingsmodul på 30 studiepoeng. Utdanningen tas på deltid og tilbys ved følgende fire høyskoler: Høgskolen i Troms, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Høgskolen på Lillehammer og Betanien diakonale høyskole i Bergen.

Opptakskravene er:

- Generell studiekompetanse eller godkjent realkompetanse.
- Fagbrev som ambulansepersonell eller 3-årig helsefaglig høyskoleutdanning.
- To års relevant erfaring etter avlagt fagprøve/avsluttet høyskoleutdanning.

Sykepleiere og medisinerere kan bli ambulansearbeidere gjennom videreutdanning enten i form av vikarkurs eller gjennom videreutdanning i paramedic.

Det jobbes med å etablere en nasjonal bachelorutdanning i paramedic fra 2014.



Returadresse:
Helse Midt-Norge RHF,
Postboks 464, 7501 STJØRDAL
ISSN 1503-1780



113

I tvil? –Ring 113!

Hva skal du gjøre?

- SIKRE OMRÅDET
 - RING 113
 - START MED FØRSTEHJELP
-