

Denna del ska besvaras av samtliga läkare.

C1) Vad är en delegering?

- a) En sjukvårdsåtgärd som en person med formell kompetens har uppdragit åt annan medarbetare med reell kompetens att utföra.
- b) En sjukvårdsåtgärd som en delegerad person kan vidarebefordra till annan medarbetare, en så kallad vårdkedja.
- c) Något som alltid ges för varje enskild situation.
- d) En stående ordination.

Kommentar: Den som delegerar måste ha formell kompetens för uppgiften och ha försäkrat sig om att den som delegeras har reell kompetens att utföra uppgiften på ett säkert sätt.

C2) När är en delegering/generella direktiv giltig inom ambulanssjukvården i Skåne?

- a) Efter påskrift av ambulansöverläkare med rättighet att delegera för arbete i Skåne.
- b) Efter godkännande av RLS (Regionalt Läkarstöd).
- c) Efter telefonkontakt med utbildningsenheten.
- d) Efter godkänt delegeringstest.

Kommentar: Giltig först efter påskrift av ambulansöverläkare.

C3) När kan en delegering inom ambulanssjukvården i Skåne användas?

- a) Som privatperson vid en trafikolycka.
- b) Vid motortävlingar utanför tjänsten.
- c) På sjukhuset efter det att ambulansrapporten givits.
- d) I princip endast vid tjänstgöring inom ambulanssjukvården i Skåne.

Kommentar: De delegeringar och direktiv som finns inom ambulanssjukvården gäller endast vid prehospital tjänstgöring inom Region Skåne.

C4) Vad kan du som RLS (Regionalt Läkarstöd) ordinera via telefon till en ambulanssjukvårdare?

- a) Ingenting.
- b) Allt som står i FASS.
- c) Det som ligger inom min egen specialitet.
- d) Ordinerar behandlingsåtgärder inom ambulanssjukvårdarens gällande delegering.

Kommentar: Endast förordnad ambulansöverläkare kan delegera att ambulanssjukvårdaren självständigt ska utföra åtgärder. Vid arbete prehospitalt kan dock ambulanssjukvårdaren utföra andra åtgärder/ge mediciner under ditt överinseende om du bedömer att han har reell kompetens för uppgiften.

C5) Vad kan du som läkare i princip ordinera till en sjuksköterska?

- a) Ingenting.
- b) Allt som står i FASS.
- c) Det som ligger inom min egen specialitet.
- d) Ordinerar behandlingsåtgärder inom sjuksköterskans gällande direktiv.

Kommentar: Sjuksköterskan har egen legitimation och du kan ordinera alla preparat som finns i FASS

C6) Vilka läkemedel bör du ordinera inom ambulanssjukvården?

- a) Allt som står i FASS.
- b) Gängse läkemedel som finns på akutmottagningen.
- c) Av RSPC godkända läkemedel.
- d) Läkemedel som du själv är mycket förtrogen med.

Kommentar: Inom prehospital ambulanssjukvård i Skåne har vi överenskomna läkemedel och läkemedelslista. Det är bland dessa du bör ordinera.

C7) Vad är en ambulanssjuksköterska?

- a) En yrkesskyddad titel för sjuksköterskor med specialistutbildning inom akutsjukvård med inriktning mot ambulanssjukvård.
- b) En specialistutbildad sjuksköterska inom ambulanssjukvården.
- c) Så kallas en sjuksköterska som åker med läkare i prehospitalläkarteam.
- d) Sjuksköterska med speciell kompetens inom katastrofmedicin.

Kommentar: Titeln ambulanssjuksköterska är skyddad.

C8) Du kontaktas som RLS (Regionalt Läkarestöd) vid en trafikolycka där en av patienterna har erhållit en skallskada. Patienten har sjunkande BT och tecken på hypovolem chock. Vilka principiella regler för triage av trauma finns?

- a) Medvetlös traumafall skall till neurokirurgisk klinik så fort som möjligt.
- b) Alla traumafall skall alltid till närmsta akutsjukhus.
- c) Skalltrauma med systoliskt BT över 150 ska direkt till neurokirurgisk klinik.
- d) Vid hotande hypovolem chock bör alltid allmänkirurgisk intervention akut övervägas.

Kommentar: Isolerad skallskada ger sällan symtom på hypovolem chock. Triage bör i första hand ske till närmaste sjukhus med möjligheter till akut kirurgisk åtgärd för att stoppa blödning.

C9) Du kontaktas som RLS (Regionalt Läkarestöd) av ambulanssteamet med en svårt brännskadad patient med hotad luftväg. Vilka kontakter med andra läkare inom regionen kan bli aktuella efter bedömning och ev åtgärd av patientens luftväg?

- a) Inga kontakter behövs. Det är uppenbart att patienten ska till brännskadeenheten.
- b) Kontakt med Regional Läkare i Beredskap (RLB).
- c) Kontakt med regionens vårdkoordinator.
- d) Kontakt med närmaste brännskadeavdelning.

Kommentar: Eftersom sjukhusplatser för svårt brännskadade är en bristvara kan det ibland finnas behov av att i samråd med läkare på brännskadeavdelningen få hjälp med triage. I dessa sammanhang är det viktigt att den läkaren som tillfrågas får klart för sig att det gäller en patient som inte varit på något annat sjukhus. Vid långa transporter kan det vara bättre att köra in patienten till ett närliggande sjukhus för hjälp med stabilisering innan transport till brännskadeenhet.

C10) Du har blivit kontaktad i egenskap av RLS (Regionalt Läkarestöd) av ambulanssteamet, till en svår hypoglykemi. Man lyckas få patienten vid medvetande och nu vill hustrun att patienten ska stanna hemma. Vad gäller?

- a) Ambulansteamet får lämna patienten hemma i hustruns vård och du ansvarar helt för patienten.
- b) Genom att överföra journal till behandlande läkare kan du frigöra dig från del av ansvaret.
- c) Genom att ge speciella instruktioner till hustrun kan du frigöra dig från del av ansvaret.
- d) Genom att patienten kan skriva signatur på patientjournalen frigör du dig från ansvaret.

Kommentar: Liksom inom övrig sjukvård har du ett eget behandlingsansvar. PAL bör få journalkopior på dina åtgärder och ställningstagande.

C11) Du blir som RLS (Regionalt Läkarstöd) uppringd av ett ambulanssteam som har en patient med en öppen femurfraktur samt cirkulationspåverkan. Närmsta akutsjukhus har inga lediga vårdplatser. Vad blir din rekommendation?

- Ordinera aggressiv infusionsbehandling för att möjliggöra längre transport till sjukhus med lediga vårdplatser.
- Ordinera Ketalar för att höja blodtrycket.
- Säkra vitala funktioner och låt patienten transporteras till närmsta akutsjukhus.
- Kontakta Regional Läkare i Beredskap (RLB) som tillika är regional vårdkoordinator för att erhålla stöd att transportera till annat sjukhus.

Kommentar: Även om det närmaste akutsjukhuset inte har vårdplatser bör det kunna ta hand om denna patient som på beskrivningen låter som han primärt har behov av utredning/operation.

C12) Vid patient med misstänkt stroke skall ambulanssteamet kontakta?

- Närmaste läkare.
- Distriktsläkare.
- Regionalt läkarstöd.
- Jourhavande läkare på närmaste akutmottagning.

Kommentar: Ambulansteamet kan kontakta regionalt läkarstöd för allehanda stöd. För hjärt- och strokepatienter finns vårdkedjor där dessa specialister kontaktas direkt. Se RSPCs guidelines, vårdprogram "Rädda hjärnan" och behandlingsriktlinjer.

C13) För fritt vårdsökande inom ambulanssjukvården gäller:

- Finns ej inom ambulanssjukvården.
- Gäller.
- Är ej aktuellt eftersom ett fritt vårdsökande alltid kan konverteras till ett triage och patienten kan då föras vart som helst inom Region Skåne.
- Gäller endast patienter med vissa diagnoser.

Kommentar: Fritt vårdsökande lanserades ursprungligen för patienter som sökte sjukvård på egen hand och inte med ambulans. Begreppet fick emellertid snabbt en innebörd även för ambulanssjukvården. Bland annat av kostnads- och ambulanstäckningsskäl kan inte patienten välja helt fritt vilket sjukhus man vill bli transporterad till.

C14) Inom närsjukvården gäller:

- Inga barn behandlas.
- Alla hjärtfall skall primärt bedömas på närmaste sjukhus inom närsjukvården.
- Anestesiresurserna är i allmänhet begränsade jourtid.
- Trauma som t ex öppna benfrakturer kan behandlas i närsjukvården.

Kommentar: Närsjukvårdsbegreppet är stort och inte helt tydligt i sina konturer. Intensivvård i meningen tung invasiv monitorering är inte ett uppdrag för närsjukvården. Däremot kan intensivvård förekomma.

C15) Hur mycket Seloken kan maximalt ges under skånsk ambulanstransport till en patient med svår kärlekskramp eller hjärtinfarkt, när särskilda kontraindikationer saknas och särskild försiktighet inte krävs? (Ordineras vanligen av kardiolog efter insänt 12-avlednings-EKG.)

- a) 5 mg + 5 mg + 5 mg med några minuters mellanrum, EKG-övervakning.
- b) 2,5-5 mg som engångsdos, EKG-övervakning
- c) 50 mg som engångsdos, EKG-övervakning.
- d) 0,25-0,50 mg som engångsdos, EKG-övervakning.

Kommentar: 15 mg i doser om 5 mg, med några minuters mellanrum. Oftast räcker en dos om 2,5-5 mg. Seloken har ofta en lika väl smärtstillande effekt som morfin vid hjärtinfarkt/angina. Viss försiktighet vid lätt till måttlig astma, vid lågt blodtryck eller vid utbredd inferior hjärtinfarkt.

C16) Tant Agda, 82 år, på ålderdomshemmet, som hade ont i magen under förmiddagen och sedan framåt lunch nu haft avföring, är helt besvärsfri när ambulans är på plats (prio 3). Ambulanssjuksköterskan ringer och meddelar dig att patienten mår fint och är mjuk i buken. Vilket beslut fattar du som RLS (Regionalt Läkarstöd) per telefon?

- a) Avslutar uppdraget, ny kontakt vid behov. Anteckning skickas till ansvarig läkare på sjukhemmet.
- b) Talar om för personalen att de i liknande fall bör ge lavemang innan de kontaktar SOS Alarm.
- c) Ge ytterligare ett lavemang, avsluta sedan.
- d) Transportera patienten till akutmottagningen.

Kommentar: Anteckning av dig som ansvarig läkare är viktigt.

C17) Du blir i egenskap av RLS (Regionalt Läkarstöd) uppringd av vårdteamet i en ambulans som har en 60 årig kvinna ombord med ett fulminant lungödem. Det finns en medicinlista som antyder att hon har smärtproblematik som behandlas med långverkande opiater i låg dos. Patienten uppges vara i RLS 8 men har viss egenandning. Patienten går att ventileras med mask och svalgtub. Ni har tio minuter till sjukhus. Vad ordinerar du?

- a) Föreslår intubation med 250 mg Pentothal och 75 mg celocurin, eftersom vårdaren är vidareutbildad anestesist/sjuksköterska.
- b) Föreslår Tribonat eftersom du befarar att hon är sur.
- c) Avvaktar intubation.
- d) Avvaktar intubation, och ordinerar 0.2 mg + 0,2 mg Narcanti intravenöst.

Kommentar: Prehospital intubation är svårt även om man är mycket van. Att intubera denna patient utan farmaka hade eventuellt varit en möjlighet men risken för aspiration gör att det med ett så kort avstånd in till sjukhus inte är lämpligt att provocera svalgreflexerna. Smärtpatienter har ofta god tolerans för sina mediciner men ackumulation eller andra orsaker till överdosering kan förekomma varför reverserande farmaka kan provas.

C18) Telefonkonsultation. Ambulansteamet är hemma hos en patient med KOL som har haft andningsbesvär under kvällen. Har inhalerat bronkolytika och mår nu bra. Vill inte åka med till AM.

Hur bör fallet handläggas?

- Ta tid på dig att efterhöra sjukhistoria och klinik. Besluta därefter om patienten kan/bör åka till sjukhus eller kan följas upp på annat sätt
- Inget för RLS (Regional Läkarstöd) – avsluta samtalet
- Anvisa om ilastning och vidare till akutmottagningen.
- Patienten måste bedömas av sin familjeläkare.

Kommentar: *Ofta kan patienter lämnas hemma efter in initial behandling av ambulanssteam. Som läkare delar du ansvaret tillsammans med ambulanssteamet. Var noga med alla uppgifter och dokumentation. Låt därför telefonkonsultationerna ta den tid som behövs utan att känna stress.*

C19) 80 år gammal man som har hittas av granne liggande innanför bostadsdörren. Ligger för dörren som ej kan öppnas. Räddningstjänsten bryter upp dörren. När ambulanssteamet kommer fram ligger han på golvet framför dörren med huvudet mot dörrkanten. Puls 160, ej mätbar saturation. BT ca 90 systoliskt. Slö med RLS 1-2. Hela lägenheten och patienten vittnar om total misär. Brännmärken i golvet efter urin där han ligger. Säger själv att han har legat där i fyra dagar. Detta skulle kunna stämma. Du blir kontaktad som RLS (Regionalt Läkarstöd).

Vilken behandling kan vara lämplig?

- Ingen eftersom patienten kan vara hypoterm och därför skall man vara försiktig med behandling som kan ge t.ex. arytmier.
- Ordinera betablockad för att sänka pulsen.
- Inget som RLS (Regionalt Läkarstöd) bör engagera sig i.
- Syrgas, dropp och värme och akutmottagningen varskos om patientens tillstånd.

Kommentar: *Patienten är troligen intorkad och vätskebehandling kan påbörjas prehospitalt.*

C20) AMI x 1 och därefter bypassoperation för ca 10 år sen. Faller idag ihop i bostaden på toaletten. Andas oregelbundet någon min efter detta. Anhöriga startar bystander-HLR inom få minuter.

Vilket/vilka beslut kan vara aktuella för denna patient?

- P-HLR med LUCAS - avslutas i hemmet efter kontakt med RLS (Regionalt Läkarstöd).
- P-HLR med LUCAS eventuellt med tillägg av farmaka
- P-HLR med LUCAS eventuellt med tillägg av farmaka och transport till sjukhus
- Alla av ovanstående är möjliga.

Kommentar: *När man har säkra uppgifter på bystander-HLR ökar överlevnadsmöjligheterna väsentligt. Vårdkedjan för hjärtstopp kan i vissa fall vara kurativ om patienten kan transporteras direkt till PCI.*

C21) Man född -27 som tidigare fått hjärtstopp i samma bastu: Diabetiker. Gått in i bastun 19.30. Grannar bryter upp dörren 22.00. Patienten är då stekhet även om timern slagit av strömmen klockan 21.00. Medvetslös RLS 5, b-glc 19, delvis ofri luftväg initialt, puls 38, saturation 70 %, palpabel carotispuls. EKG nodal rytm, ischemitecken. Små likstora pupiller utan säker ljusreaktion. Drar djupare andetag vid central smärtstimulering.

Hur kan patienten behandlas?

- a) 2 liter Ringeracetat. Chin lift. Larm till akutmottagningen för intubation, CT och kylning.
- b) Adrenalin intravenöst
- c) Patienten kläs av naken i ambulansen
- d) Intubation utan farmaka och hyperventilation

Kommentar: För kylbehandling bör man ha tillgång till termometer. Vitaldata talar bland annat för att patienten behöver vätska och hjälp med luftvägen.

C22) Yngling med panikångest och nyupptäckt hjärtfel. Låst in sig på toalett med stor kökskniv. Hotar att ta sitt liv. Lämplig handläggning:

- a) Tillkalla polis
- b) Låt många personer tala lugnt med patienten
- c) Berätta att om han inte kommer ut frivilligt så kommer man att slå in dörren
- d) Alla ovanstående förslag är lämpliga

Kommentar: Fall liknande detta kan alltid sluta olyckligt. Oftast är det bra om det blir tyst runt omkring patienten och att en person samtalar med den sjuke samt att polis finns på plats och att beredskap för vårdintyg finnes. Att hota patienten är inte konstruktivt.