



Losstagning

PREHOSPITAL AKUTSJUKVÅRD · VERSION 2 · REVIDERAD 2012

www.skane.se/prehospitalcentrum

Innehållsförteckning

- 3 Inledning**
- 4 Algoritmdel Losstagnung**
- 6 Textdel Losstagnung**
- 14 Utbildning**
- 15 Bilagor**

Det här är 2012 års riktlinjer och behandlingsanvisningar för losstagnung i Region Skåne.

Detta vårdprogram är ett levande dokument. Det betyder att arbetet med nästa utgåva redan har påbörjats. Genom att delta i RSPC:s utbildningsaktiviteter, möten och diskussioner är du med och påverkar utformningen av kommande utgåva.

Vårdprogrammet får kopieras för icke-kommersiellt bruk om källan är tydligt angiven.

Lund 12.02.14



Poul Kongstad
Verksamhetschef
Region Skånes Prehospitala Centrum/RSPC

Bilagor

1

Deltagare i arbetsgrupp Losstagnung

Representanter från MSB, Ansv. PHTLS och RSPC.

Utbildning

Region skånes prehospitala centrum/RSPC kommer att genomföra regionalt inriktade utbildningsdagar i losstagnning, medan mera praktiskt inriktade utbildningar kommer att genomföras på lokal nivå. Ambitionen är att alla som kan komma att arbeta med losstagnning ska vara utbildade för uppgiften.

Inledning

Historik

Det finns behov av ett gemensamt synsätt vad gäller det medicinska omhändertagandet mellan räddningstjänsten och ambulanssjukvården.

Losstagningskonceptet utgår från ett holländskt koncept som togs till Sverige år 1996. Metod och teknik är likadana, däremot kan utrustningen skilja sig åt mellan olika räddningstjänster.

Inom ambulanssjukvården gäller gränslös dirigerings, vilket innebär att närmaste, lediga ambulans larmas till ett akut uppdrag. Detta medför att en akutambulans, oavsett placering, under sitt arbetspass kan komma att operera var som helst i Skåne och kan därvid komma i kontakt med olika räddningstjänster i Skåne. Därför föreligger ett behov av ett gemensamt handlingschema, en algoritm, som preciserar åtgärder och ansvar i losstagningsprocessen.

Nuläge

Under 2011–2012 har genomförts en översyn av Losstagningsalgoritm från 2005 som här presenteras.

Vårdprogram Losstagnning, delarna »Algoritm» och »Textdel» har varit föremål för översyn. Synpunkter har inhämtats. Vårdprogram Losstagnning har fördragits i Region Skånes Prehospitala Centrum/RSPC:s ledningsgrupp februari 2012 och därefter redovisats vid Rättsmedicinska möte den 12 april 2012. Efter dessa redovisningar har föreliggande dokument justerats.

Algoritmdel Losstagning

Förkortningar

- BIS** Beslut I Stort
- MA** Medicinskt Ansvarig
- M-BIS** Medicinskt Beslut I Stort
- RL** Räddningsledaren
- SL** Sjukvårdsledaren

Utlarmningsfas

- 1 Utlarmningsrapporter
- 2 Utlarmade resurser
- 3 Ytterligare resursbehov?
- 4 Presumptiva ledningsenheter
- 5 Etablerade ledningsenheter
- 6 Brytpunkt
- 7 Talgrupp
- 8 Vindruterapporter. RL och SL

Säkringsfas

- 9 Fordonsplacering. Räddningstjänst och ambulanssjukvård.
- 10 Säker plats.
- 11 RL bedömer om livsfarligt läge i skadeområdet.
- 12 RL godkänner tillträde för sjukvården.
- 13 SL bedömer och godkänner om RL ej på plats.
- 14 SL och RL etablerar kontakt.
- 15 RL beslutar om BIS samt sektors- och zonindelning.
- 16 SL beslutar om start för sjukvårdsarbetet.
- 17 MA rekognoserar skadeplatsen och informerar SL.
- 18 SL rapporterar bakåt i organisationen enligt ETHANE.
- 19 MA i samråd med SL beslutar om M-BIS.
- 20 MA bedömer skadepanoramata.

Z

Zonindelning

Räddningsledaren bedömer graden av avspärning.

HET ZON: Del av insatsområde där det bedöms föreligga omedelbar eller överhängande fara för liv och hälsa. Personal inom den heta zonen skall ha skyddsutrustning särskilt anpassad för situationen.

VARM ZON: Del av insatsområde där det bedöms föreligga fara för liv eller hälsa. Personal inom den varma zonen skall ha skyddsutrustning som är anpassad för situationen.

KALL ZON: Del av skadeområdet där det inte bedöms föreligga fara för liv eller hälsa. I den kalla zonen behövs inte personlig skyddsutrustning.

Taktisk/teknisk genomgång

Efter en komplicerad insats finns det behov av taktisk/teknisk genomgång för att samtliga medarbetare ska få hela händelseförloppet klarlagt. Därför bör representanter från alla inblandade organisationer delta. Genomgång bör ske så snart som möjligt. Genomgången skall vara enkel och konstruktiv för att förbättra samverkan inför framtida händelser. Genomförs ofta av RL och SL. Finns det behov av ytterligare fördjupning kan detta ske i mindre grupp inom egen organisation.

På varje arbetsställe skall det finnas beredskap och rutiner för krisstöd (AFS 1999:7). Syftet med kamratstöd, avlastningssamtal, defusing samt debriefing är att personalen skall må bra och inte drabbas av ohälsa efter påfrestande situationer. Behov av dessa former för krisstöd kan vara olika, liksom formerna för genomförandet. Allmänt bör dock möjligheterna till krisstöd utnyttjas frikostigt. Kom ihåg att involvera även larmcentraler och inblandade akutmottagningar samt eventuella elever och studenter.

TIB

Tjänsteman I Beredskap. Ingår i RMKL.

Tillträde för sjukvården

Räddningsledaren har ett övergripande ansvar för säkerheten i ett skadeområde.

U

Utlarmade resurser

I normalfallet ambulanssjukvård, , räddningstjänst och polis.

Utlarmningsrapporter

Kommer normalt från larmcentral.

V

Vindruter rapporter

Innefattar den första rapporten från skadeplatsen och lämnas optimalt innan man stiger ur fordonet. Bör kunna lämnas på max 20 sek. Observera: lämnas över RAKEL! Vad kan man se från sin plats i bilen? Vindruter rapporten lämnas av respektive organisation.

ETHANE – rapportmall

- E** Exakt plats
- T** Typ av händelse
- H** Hot/faror
- A** Angöringsvägar, brytpunkt, halvhalt
- N** Numerär, antal skadade
- E** Extra resurser

Losstagningsfas

- 21** Säkerhetsman kontrollerar fortlöpande säkerheten på olycksplatsen.
- 22** MA beslutar om patientens tillstånd: »kritiskt skadad« eller »icke kritiskt skadad«. För kritiskt skadad patient bör losstagnning ske inom 5 minuter.
- 23** RL beslutar om losstagningsmetod och därefter losstagningsteknik.
- 24** MA beslutar om medicinska lyfthjälpmedel/immobiliseringsutrustning.
- 25** MA i samråd med SL har beredskap för omfall på grund av förändrat tillstånd hos patienten.
- 26** RL har beredskap för omfall pga tekniska svårigheter.
- 27** RL har beredskap för omfall på grund av livsfarligt läge (miljö) i skadeområdet.

Avslutningsfas

- 28** SL och RL beslutar om taktisk/teknisk genomgång.

Textdel Losstagning

B

Beslut I Stort (BIS)

RL fattar BiS, som anger färdriktningen på insatsen. Beslutet grundas på bedömning av säkerheten på olycksplatsen. Losstagningsmetodik beslutas efter samråd med MA som bedömt patientens/patienternas tillstånd.

Brytpunkt

En tillfällig plats i anslutning till en händelse där enheter kan ställas upp i väntan på uppgift vid händelsen. Platsen samordnas normalt mellan räddningstjänst, polis och akutsjukvård. Ofta utses en brytpunktsansvarig och platsen kan även samlokaliseras med till exempel depå eller ledningsplats samt att det bör finnas utrymme för att parkera och vända fordon, mm. Syftet med brytpunkt är primärt att ha en snabb/lätt tillgänglig och överblickbar reserv (för aktuell händelse eller för andra händelser). För vissa objekt finns fasta brytpunkter i Skåne.

E

Etablering av kontakt – SL och RL

Denna inledande överläggning är obligatorisk!

ETHANE – rapportmall

- E Exakt plats
- T Typ av händelse
- H Hot/faror
- A Angöringsvägar, brytpunkt, halvhalt
- N Numerär, antal skadade
- E Extra resurser

F

Fordonsplacering

Grunden för uppställning av fordon utgår från en arbetsmetodik som bygger på ett zon-tänkande, där de egna fordonen utgör skydd mot övrig trafik på olycksplatsen.

Spinala skador

- Smärta i nacke eller rygg i vila eller rörelse.
- Smärta vid palpation av rygg eller nacke
- Deformitet i rygg eller nacke
- Muskelkramp i nacke eller rygg
- Förlamning, svaghet, domning eller stickning i armar eller ben någon gång efter skadan
- Tecken på neurogen chock (förlamningar, hypotension, bradykardi, varm och torr hud nedanför skadan)
- Erektion

Ovanstående immobiliseringshandläggning kan underlätas om patienten:

1. dels är lugn, samarbetsvillig, nykter och fullt vaken,
2. dels inte har någon skada som stör patientens upplevelse av smärta
3. dels inte har kommunikationsproblem på grund av språksvårigheter, förståndshandikapp eller liknande
4. samt saknar symtom på spinal skada och/eller skallskada.

Start för sjukvårdsarbetet för sjukvården

Innan platsen är säkrad, och innan en första överläggning har skett mellan SL och RL, skall inte sjukvårdsarbetet påbörjas, såvida inte SL är först på plats, då SL har att fatta beslut angående säkerheten. Jämför Rekognosering på skadeplats.

Säkerhetsman

Utsedd säkerhetsman inom räddningstjänsten kontrollerar fortlöpande bland annat att samtlig personal på skadeplatsen bär skyddsutrustning enligt respektive funktions bestämmelser. Vid avvikelse inom sjukvården kontaktas SL. Säkerhetsman har mandat att stoppa arbetet om ej korrekt skyddsutrustning bärs.

T

Talgrupper

Normalt sker kvittens på egen talgrupp eller på, av larmcentral, tilldelad talgrupp. Viktigt att tillgodose att varje funktion kan få plats i etern och att till exempel samverkande organisationer kan kommunicera med alla utlarmade resurser angående till exempel brytpunkt och risker, under framkörning.

Rekognosering på skadeplatsen

MA gör rekognosering på skadeplatsen och informerar SL. Ingen behandling av någon skadad får påbörjas innan denna rekognosering är gjord. Rekognoseringen skall gå snabbt, får endast ta några sekunder per skadad och syftar till att identifiera eventuella livshotande tillstånd. (Om räddningstjänsten är först på plats, tar räddningstjänst själv ställning till första hjälp eller livräddning enligt delegeringar.) Jämför start för sjukvårdsarbete.

RL

Räddningsledare.

RLB

Regional Läkare i Beredskap. Ingår i RMKL.

RMKL

Regional Medicinsk Katastrof Ledning. RMKL utgör sjukvården i Skånes övergripande ledning vid allvarlig händelse, stor belastning på sjukvården och för övergripande vårdkoordination. RMKL består i sin minsta del av TiB, RLB och pressjour. Vid större händelser bildas stab med fler medarbetare.

S

Sektorsindelning

RL beslutar, vid behov, vid stora olyckor att skadeområdet indelas i olika sektorer.

Skyddsklädsel

RL är ytterst ansvarig för säkerheten på olycksplatsen och beslutar om tillträde för sjukvårdspersonalen. RL kan även avbryta pågående arbete om säkerheten äventyras. Se även säkerhetsman.

Om ambulans anländer före räddningstjänsten ansvarar SL för säkerhetsbedömningen. SL svarar alltid för sjukvårdens säkerhet.

SL

Sjukvårdsledare.

Spinal immobilisering

Spinal immobilisering skall alltid göras vid misstanke om kotpelarskador, där anamnes, symtom och där undersökningsfynd talar för att immobiliseringskrävande tillstånd kan föreligga.

Först anländande ambulans placeras så att den utgör ett skydd för personal på olycksplatsen. Ambulanspersonalen placerar fordonet på ett sådant sätt att den inte hindrar framkomst och uppställning av räddningsfordon. Ambulanserna placeras om möjligt med bakdelen mot väggkanten.

En målsättning är att placera ett fordon på vardera sidan om olyckan. Ambulansen framför olycksplatsen lämnar utrymme för ett räddningsfordon.

G

Genomgång efter insats

Vid behov av genomgång efter insats skall lokal arbetsledning informeras för sanktionering. Kom ihåg att involvera även dirigeringsfunktioner och andra inblandade ss akutmottagningar samt eventuella studenter och elever.

H

Halvhalt

En tillfällig plats i direkt anslutning till en händelse, där enheter gör ett kortare stopp innan fortsatt färd till händelsen. Syftet med halvhalt är att ge först anländande enhet (-er) möjlighet att skapa överblick och eventuellt omdirigera ytterligare anslutande enheter.

K

Kritisk traumapatient

Definition:

- Ofri eller hotad luftväg.
- Försämrade ventilation enligt följande: onormalt snabb eller långsam andningsfrekvens (<8 eller >30), syrebrist, andnöd, eller symtom/misstänkt allvarlig bröstkorgsskada (till exempel pneumothorax, instabil bröstkorg, och/eller öppen pneumothorax).
- Chock: betydande yttre blödning eller misstänkt inre blödning, snabb puls och/eller dålig perifer genomblödning.
- Påverkad medvetandegrad: Patient som endast reagerar på smärta enligt AVPU och /eller kramper eller om RLS>3 alternativt GSC<13.
- Penetrerande trauma mot huvudet, nacken, bröstkorgen eller större skador ovanför armbåge eller knä på extremiteterna.
- Amputation eller nästan amputation ovanför fingrar och tår.

- Vilket trauma som helst i kombination med följande: livsfarlig miljö, allvarliga sjukdomar (till exempel hjärt-kärlsjukdom, obstruktiv lungsjukdom, blödarsjuka), hypotermi, brännskada, graviditet samt äldre och små barn.

Kritiskt skadad patient

MA beslutar om patientens tillstånd: »Kritiskt skadad patient« eller »icke kritiskt skadad patient«. Vid kritiskt skadad patient (se ovan) bör uttagningen vara klar inom 5 minuter för att möjliggöra avtransport inom 10 minuter.

L

Larmcentral

Plats där ingående larm tas emot och vidarebefordras till berörda instanser. Kommentar: Exempel på berörda instanser kan vara polis, hälso- och sjukvård eller räddningstjänst. Definition från SOSFS 2005:13.

Ledningsenhet – etablerad

Den enhet inom respektive funktion som anmäler till utlarmningsdirigent att den är på plats och tar på sig uppgiften. Normalt först anländande enhet.

Ledningsenhet – presumtiv

Den enhet inom respektive funktion som utlarmningsdirigent bedömer kommer att vara först på plats.

Livsfarligt läge på olycksplatsen

Livsfarligt läge är en situation där personalens eller patientens säkerhet hotas.

Losstagningsmetod och Losstagningsteknik

RL gör ett aktivt val av metod och teknik och tydliggör för SL att kunna bedöma säkerhet för egen personal och drabbad bedömd kritisk patient.

Losstagningsmetod

Till exempel: från sidan, takklippning, genom bakrutan.

Losstagningsteknik

Till exempel: klippning, tryckstång.

Lyfthjälpmedel/-immobiliseringsutrustning.

MA beslutar om medicinska lyfthjälpmedel/immobiliseringsutrustning.

M

MA

Medicinskt Ansvarig.

Medicinskt Beslut I Stort (M-BiS)

SL fattar i samråd med MA ett M-BiS. Beslutet grundar sig på den aktuella situationen på skadepplatsen och med hänsyn till disponibla och tillkommande sjukvårdsresurser. SL informerar samverkande organisationer såväl som egen organisation om taget M-BiS. Utifrån detta beslut ansvarar respektive ambulanssteam för den praktiska omsättningen av beslutet. Ett fullständigt M-BiS innehåller: triage – treatment/behandling – transport.

O

Omfall – MA

MA har beredskap för omfall (alternativ handlingsplan) på grund av förändrat tillstånd hos patienten. Om patientens tillstånd plötsligt försämras, ska det finnas en handlingsplan för detta i form av genomtänkta åtgärder.

Omfall – RL

Räddningsledaren har beredskap för omfall (alternativ handlingsplan) på grund av tekniska svårigheter eller livsfarligt läge i skadeområdet.

Omfall – SL

SL har beredskap för omfall (alternativ handlingsplan) ur sjukvårdens ledningsperspektiv.

R

RAKEL

Radiokommunikation Effektiv Ledning.

Rapportering bakåt

SL rapporterar bakåt i organisationen enligt ETHANE. Larmcentral förmedlar kontakt till RMKL