

Møtereferat fra oppstartsmøte i delprosjekt 113 – Sammen redder vi liv

Sted: Park Inn, Gardermoen

Tid: Onsdag 31. mai 2017 kl. 10-15

Tilstede:

Olav Eielsen (for Brit Nordbø), AMK-Stavanger

Fride Kirkebø, AMK Førde

Janne Martinsen, AMK Bodø

Stein Helge Stormo, AMK Finnmark

Jan Erik Stokka, AMK Helgeland

Søren Stangelund (via Skype), AMK Tromsø

Mari Anne Gulseth, AMK Møre og Romsdal

Bodil Margrethe Holm, AMK Nord-Trøndelag

Hilde Susanne Holst, AMK Sør-Trøndelag

Tone Alfsvåg Engelsen, AMK Bergen

Kjetil Andre Våge, AMK Haugesund

Sissel Grønlien, AMK Innlandet

Linda Soilammi, AMK Oslo

Ole Kristian Skomedal, AMK Sørlandet

Randi Holmar Ellefsen, AMK Vestfold

Hilde Rikheim, AMK- Vestre Viken

Helge Myklebust, Lærdal Medical

Jan Erik Nilsen og Camilla Hardeland, NAKOS

Bjørn Jamtli, Helsedirektoratet

Conrad Bjørshol, prosjektleder

Bjørn Jamtli redegjorde for *Sammen redder vi liv*, en nasjonal dugnad for å øke overlevelsen ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander utenfor sykehus. Dugnaden har sitt opphav i anbefalingene fra NOU 2015:17 «Først og fremst».

Bl.a. ved hjerneslag er det en stor publikumsforsinkelse før kontakt med 113 (AMK), bare 1/3 tar kontakt innen én time. Helsedirektoratet har gjennomført en kampanje for å minke publikumsforsinkelsen. Denne søkes videreført gjennom Sammen redder vi liv.

For hjertestans utenfor sykehus vil det potensielt være mulig å redde 200 liv per år, noe som tilsvarer ca. 4.500 ekstra leveår per år. Median responstid er 9 min, 2/3 er bevitnet, og 32 % får gjenopprettet egensirkulasjon (ROSC). Overlevelsen i Norge er på ca. 16 %. Vi har ikke nøyaktige verdier på publikumsforsinkelsen ved hjertestans. Tid til oppstart av telefonveiledet HLR (T-HLR) fra AMK er 2,5 minutter. Kursing av lekfolk gir god HLR, den blir bedre med veiledning fra AMK, og er best når den også kombineres med defibrillering fra halvautomatiske hjertestartere.

Sammen redder vi liv er et 5-årig prosjekt, en nasjonal dugnad, hvor hovedmålet er å øke overlevelsen utenfor sykehus gjennom å mobilisere publikum som en akuttmedisinsk ressurs.

Dugnaden vil starte nye prosjekter, men like viktig er det å understøtte eksisterende prosjekter, og at de forankres i etablerte strukturer. Helsemyndigheter, helsetjenesten, kommersielle aktører, ideelle organisasjoner, frivillige organisasjoner og pasient- og brukerorganisasjoner blir invitert til å delta i dugnaden. Vi ønsker å måle effektene av endringene som gjøres, og til dette vil vi bl.a. bruke det nasjonale hjertestansregisteret og andre kvalitetsregister som f.eks. hjerneslagregisteret, traumeregisteret m.fl.

Sentrale delmål for å bedre overlevelsen ved tidskritiske akuttmedisinske tilstander er:

1. Redusere publikums tid til varsling av 113,
2. Redusere tid fra mottak av 113-samtale til identifisering av tidskritiske tilstander
3. Bedre kvaliteten på veiledningen som gis til innringer, og
4. Trygge befolkningen på at man som innringer til 113 aldri er alene.

En viktig satsning for dugnaden er livslang førstehjelpsopplæring av befolkningen; i barnehage, grunnskole, idrettsorganisasjoner, kjøreopplæring, arbeidsliv og til eldre. Røde Kors har et eksisterende prosjekt i barnehagene (Henry-prosjektet), Landsforeningen for hjerte- og lungesyke starter opplæring i skolene og Norske Kvinners Sanitetsforening vil gjøre en innsats mot eldre.

Av andre satsninger kan det nevnes at man også skal styrke og formalisere akuttgjelderordningen, f.eks. gjennom bruk av hjemmetjenesten i kommunene, lokalt brannvesen osv. I Finnmark forsøker man å bruke drosjer utstyrt med halvautomatiske hjertestartere (AED'er). Stavanger planlegger et prøveprosjekt med å bruke sykehusansatte som førsterespondere.

Det etableres også prosjekter for bedre sporing av innringer vha. AML-teknologi, utvikling av nødhjelpsapp, og mulighet for monitorering av HLR-kvalitet fra AMK. Helsedirektoratet har i samarbeid med NAKOS utviklet et nasjonalt hjertestarterregister på www.113.no. En visualiseringsløsning for AMK-sentralene av tilgjengelige AEDer vil trolig være på plass iltidlig høst 2017.

Gjensidigestiftelsen ønsker å samarbeide med det nasjonale prosjektet, og har bevilget 21,9 millioner NOK til kampanjen, 7,9 millioner til skoleprosjektet og resten til andre satsninger blant frivillige organisasjoner.

Camilla Hardeland (ph.d.-stipendiat) informerte om sitt forskningsprosjekt inn mot AMK. Det er en studie med gjennomgang av 600 lydlogger ved hjertestans, 19 intervjuer om utfordringer i AMK, bruk av indeks og kontekst-faktorer som påvirker veiledningen fra AMK, i tillegg til en observasjonsstudie.

Sensitiviteten for hjertestans varierer fra 78 til 94 %. Agonal respirasjon er en utfordring som oftest fører til forsinket gjenkjennelse (2 til 20 %). Tid fra svar i AMK til HLR utføres er over 3 min. Et mål bør være at hjertestans gjenkjennes innen 1 minutt og at HLR startes innen 2 min.

Det er stor variasjon i bruk av indeks, spesielt er det usikkerhet mtp. hvordan man definerer «unormal pust», der er det individuelle tolkninger av operatørene. AMK-operatørene gav uttrykk for at de sjelden får tilbakemeldinger på arbeidet de gjør, og når de får det, er det ofte pga. klagesaker.

I en intervensjonsstudie (e-læring, fagdag, tilbakemeldinger) viste man at andelen gjenkjent hjertestans steg fra 89-95 %, andelen med forsinket gjenkjennelse sank fra 21 til 6 % og tid til HLR sank fra 2,6 til 2,3 min. Andelen T-HLR steg fra 71 til 83 %.

Helge Myklebust informerte om erfaringer fra Livredderskolen, der lekfolk i stedet for trening i isolert HLR får trening i T-HLR, dvs. at man utfører HLR i samarbeid med 113 over telefon med aktivert høyttaler. Forskning viser at HLR blir bedre dersom førstehjelperen har trent på HLR, men enda bedre dersom de får veiledning fra AMK.

Conrad Bjørshol viste en Kaplan-Meier-lignende kurve over overlevelse ved hjertestans basert på hendelser i pasientbehandlingen, og den viser at over halvparten av hjertestans-pasientene dør før de får gjenopprettet egensirkulasjon, og at det er i dette tidsvinduet det er størst potensiale for å redde flest liv.

Målet med delprosjekt 113 ble definert å være:

1. Sikre tidlig gjenkjenning av hjertestans og andre tidskriske akuttmedisinske tilstander i AMK
2. Sikre god veiledning av innringer ved hjertestans og andre tidskriske akuttmedisinske tilstander
3. Etablere systemer for kontinuerlig virksomhetsregistrering og kvalitetsforbedring i AMK-sentraler som understøtter pkt. 1 og 2.

Deltakerne ble inndelt i grupper etter helseregioner, og ble bedt om å foreslå kvalitetsindikatorer for tilbakemeldinger til AMK-operatører og måling av kvalitet for håndtering av hjertestans i AMK. De kom frem til følgende potensielle indikatorer:

- Om startkortet i Norsk medisinsk indeks ble brukt
- Sted/telefonnummer til innringer
- Tid til svar på telefon i AMK
- Tid fra svar i AMK til gjenkjent hjertestans*
- Tid til varsling av enheter/hvilke enheter som varsles
- Tid til veiledning i HLR*
- Tid til start HLR*
- Kvalitet på veiledning fra AMK (om den følger indeksen)*
- Om veiledningen varer til første enhet er fremme hos pasient
- Tid til første enhet fremme hos pasient
- Andel av hjertestanser som gjenkjennes i AMK*
- Om innringer får info om at hjelp er på vei
- Tilbakemelding om utfall til AMK-operatører (overlevelse 1 døgn/til utskrivelse)
- Hvordan AMK-operatører tas vare på etter en hjertestanshendelse

Som nevnt tidligere nevnt skal prosjektet både ha fokus på hjertestans og andre tidskriske akuttmedisinske tilstander. I den innledende fase av prosjektet har prosjektledelsen likevel vurdert det som hensiktsmessig å fokusere på AMK-sentralenes håndtering av hjertestans. Av dette følger at man i første omgang prioriterer å jobbe videre med indikatorer markert med *. Kvalitetsindikatorer for andre akuttmedisinske tilstander vil bli prioritert høsten 2017.

Til neste møte ble representantene for AMK-sentralene bedt om å gå gjennom dokumentasjon og lydlogg for minst 5 hjertestanshendelser, og måle disse markerte kvalitetsindikatorne for disse hendelsene.

Det planlegges 2-3 møter i delprosjektet høsten 2017.