

# Møtereferat fra møte 2 i delprosjekt 113 – Sammen redder vi liv

---

*Sted:* Park Inn, Gardermoen

*Tid:* Torsdag 14. september 2017 kl. 10-15

*Tilstede:*

Olav Eielsen, AMK Stavanger

Janne Martinsen, AMK Bodø

Jan Erik Stokka, AMK Helgeland

Inger-Lise Kristiansen, AMK Tromsø

Bodil Margrethe Holm, AMK Nord-Trøndelag

Hilde Susanne Holst, AMK Sør-Trøndelag

Tone Alfsvåg Engelsen, AMK Bergen

Irene Vold, AMK Haugesund

Sissel Grønlien, AMK Innlandet

Randi Holmar Ellefsen, AMK Vestfold

Hilde Rikheim, AMK Vestre Viken

Camilla Hardeland, NAKOS

Bjørn Jamtli, Helsedirektoratet

Conrad Bjørshol, prosjektleder

*Kunne ikke delta:*

Fride Kirkebø, AMK Førde

Stein Helge Stormo, AMK Finnmark

Mari Anne Gulseth, AMK Møre og Romsdal

Marie Arnesen-Sylden, AMK Oslo

Ole Kristian Skomedal, AMK Sørlandet

Helge Myklebust, Lærdal Medical

Jan Erik Nilsen, NAKOS

## **AMK Vestre Viken**

Hilde Rikheim fra AMK Vestre Viken orienterte om erfaringer med kvalitetssikring av nødsamtaler ved deres AMK-sentral. Hun informerte om lover og rammeverk som regulerer tjenestene som AMK leverer, og om at ledelsen har et ansvar for virksomheten, og om helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse. De startet i 2013 med kontinuerlig gjennomgang av lydlogger, og et av målene for 2017 er å evaluere minimum 400 lydlogger live i sentralen. De har utviklet et eget skjema til utfylling ved gjennomgang av lydlogger. De gir årlig feedback til den enkelte men også på systemnivå om kvaliteten på håndteringen av 113-samtaler. Bl.a. har andelen hvor startkort ble brukt økt fra 17% i 2013 til 91% i 2016. Andel henvendelser med «uavklart problem» har sunket på få år. AMK Vestre Viken har sammen med politi og brann utviklet et eget utspørringsverktøy til bruk ved trippelvarslingshendelser som trafikkulykker, drukning, branner m.m. for å bedre kvaliteten på og øke samvirket mellom etatene. Tid til trippelvarsling har gått ned i alle tre sentraler samt at man nå gir innringerne lik utspørring og rådgivning uavhengig av hvilket nødnummer som er ringt. De gjør også en kvalitetsstudie på hjerneslag, der de går gjennom alle henvendelser til AMK

som viste seg å være hjerneslag. Om lag 70% av henvendelsene beskrev FAST-symptomer under nødsamtalen. Videre gjennomfører de en kvalitetsstudie på håndtering av hjertestans, der de vurderer tid til identifisering av stans, tid til første kompresjon og kvaliteten på veiledningen. Videre påpekte hun viktigheten av at ledelsen engasjerer seg i kvalitetsarbeid, at det settes av tid til det, og at man deler på erfaringer/rutiner mellom ulike AMK-sentraler så man ikke må utvikle alt selv.

### **AMK Vestfold-Telemark**

Randi Holmar Ellefsen fra AMK Vestfold-Telemark informerte om erfaringene de har med tidlig gjenkjenning av hjertestans i AMK. De har utviklet et eget prosedyrekort for «bevisstløs voksen» som avviker noe fra indeksen. Bl.a. instruerer de i kun kompresjoner ved mistenkt kardial hjertestans, og teller til 20 gjentatte ganger da de har erfart at det er enklere for innringer/operatør. Ved hypoksisk stans starter de med innblåsninger og fortsetter med 30:2. Har fokus på å instruere i kompresjoner også ved tvil om det er hjertestans, og prøver å formidle det til innringer. De gjennomfører AMK-kurs og simuleringstrening for nyansatte, og resertifisering og månedlig utsjekk for andre operatører. AMK-lege tilbyr gjennomgang av alle lydlogger etter hjertestans, inkl. ekg og ambulansjournal. Lærerrike elementer blir delt med andre medarbeidere, hvis operatør samtykker. De har i lengre tid hatt fokus på symptomer på hjertestans, som f.eks. «falt om», «segnet om», «datt plutselig over». De har også egen fagdager med fokus på bl.a. hjertestans.

### **Agonal respirasjon**

Indeksen sier at man skal starte instruksjoner i HLR hvis pasienten ikke er våken, og ikke puster normalt. Men hva som ikke er «normal pust» er vanskelig å definere, og det finnes lite undervisningsmateriale som gjør identifiseringen av agonal respirasjon lettere for AMK-operatører. Det ble vist en video av agonal respirasjon på en pasient med hjertestans, mange bruker lyd fra pasienten til å identifisere slik respirasjon. Studie fra Oslo viser at sensitiviteten til AMK på å identifisere hjertestans kan bli opptil 95%, dette kan oppnås med bl.a. fagdager, undervisning om hjertestans, simuleringstrening og gjennomgang av lydlogger. Deler av dette undervisningsmaterialet ligger tilgjengelig i dag. Det er foreslått å utvikle et kurs for instruktører/fasilitatorer, og at 1-2 personer fra hver AMK-sentral kan delta på et slik kurs for å gjennomføre og implementere treningen lokalt.

### **AMK-simulator og kommunikasjon med innringer**

Olav Eielsen informerte om planene for opprettelse av en AMK-simulator på Sola. Denne skal bygges i tilknytning til en ny helikoptersimulator i samme bygg, der luftambulans- og redningshelikopter-personell har kontrakt på simuleringstrening for kommende 10 år. Det vil bli tilrettelagt for simuleringstrening av luftambulans-koordinator i simulatoren. Det blir opprettet et prosjekt som vil utvikle simuleringstrening også for øvrig AMK-personell, det skal fortrinnsvis foregå i lokale AMK-sentraler.

AMK Stavanger har også hatt et samarbeid med stiftelsen Som Sagt, som er spesialisert på kommunikasjon for helsepersonell. De har etterlyst mer målrettet bruk av empati i måten AMK kommuniserer med innringer, og mener dette kan trenes på. De har også kommet med viktige innspill i utviklingen av siste versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. AMK Stavanger vil jobbe videre med å finne ut hvordan disse forbedringene skal kunne nyttiggjøres av AMK-miljøet.

### **Sammen redder vi liv – en oppdatering**

Bjørn Jamtli fra Helsedirektoratet gjennomgikk hva som hadde skjedd i Sammen redder vi liv siden forrige møte. Hovedpunktene var: Gjensidigestiftelsen har bevilget 21,9 millioner

kroner til Sammen redder vi liv. 7,9 er øremerket skolesatsingen til LHL, 14 millioner er søkbare for frivillige organisasjoner. Søknadsfristen her var 15. september 2017. Hjertestarterregisteret er nå tilgjengelig i de fleste AMK-sentralene, over 7000 AED'er er registrert, men ikke alle er bekreftet og gjort synlige, men tallet øker stadig. Det jobbes med å utarbeide et strategidokument om den nasjonale kampanjen, et utkast vil bli sendt til møtedeltakerne for innspill, og vil også bli drøftet på neste fagrådsmøte 29. september.

### **Skrivegruppe**

Det er ønskelig med en skrivegruppe som basert på hensikten med og innspill fra deltakerne i delprosjekt 113, på vegne av delprosjektet skriver en anbefaling om hvilke forslag gruppen kommer frem til og hvordan forbedringene skal implementeres og forankres i AMK-sentralene. Rapporten vil legges frem for Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester. Disse meldte seg til å delta i skrivegruppen: Hilde Rikheim (AMK Vestre Viken), Bodil Margrethe Holm (AMK Nord-Trøndelag), Jan Erik Stokka (AMK Helgeland), Olav Eielsen (AMK Stavanger), Camilla Hardeland (NAKOS) og Conrad Bjørshol (RAKOS).

### **Lokale registreringer**

Alle AMK-sentralene fikk i oppgave å registrere kvalitetsparametre for minst 5 hjertestanshendelser, basert på lydlogg, siden forrige møte. Parametrene som skulle måles var:

- Tid til gjenkjent stans
- Tid til veiledning i HLR
- Tid til oppstart HLR
- Andel gjenkjent hjertestans

De fleste hadde gjort slike målinger, og det var store forskjeller mellom sentralene. Tid til gjenkjent hjertestans varierte fra 36 sek til 128 sek, tid til instruksjon i HLR fra 44 til 247 sek. Imidlertid var antall hendelser få, og ulike sentraler brukte ulike definisjoner på tidene, de er derfor ikke helt sammenlignbare. En liten gruppe fikk i oppdrag å velge og skrive en definisjon på hvilke parametre som bør måles. Disse definisjonene vedlegges dette møtoreferatet.

### **Hjemmelekse**

Alle AMK-sentraler skal fra 1. oktober gjøre målinger på alle hjertestanshendelser i henhold til definisjonene (vedlagt). I tillegg til tilbud om feedback til den enkelte operatør, bør det lages oversikt over målingene regelmessig (f.eks. hver uke) slik at AMK-operatørene kan se om det blir en bedring over tid.

### **Neste møte**

De neste møtene i delprosjekt 113 er:

-torsdag 26. oktober 2017

-torsdag 30. november 2017

Begge møtene blir på Gardermoen kl. 10-15. Vi kommer tilbake med informasjon om nøyaktig sted.

## Vedlegg

### Måling av kvalitetsparametre i AMK ved hjertestans.

Inklusjonskriterier: Alle oppdrag der ambulanse/helsepersonell konstaterer hjertestans ved ankomst pasient.

Alle tidspunkt måles i min : sek fra det tidspunkt da medisinsk operatør (MO) svarer på tlf. (basert på lydlogg, ikke AMIS)

- **Mål nr. 1:** *Gjenkjent hjertestans på noe tidspunkt i samtalen?*
  - Ja/Nei
  - MO har gjenkjent hjertestans dersom man på noe tidspunkt i samtalen sier at man skal starte HLR/kompresjoner/ventilasjoner eller at man starter opp HLR-instruksjoner uten at man spesifikt sier at man skal gjøre det.
  
- **Mål nr. 2:** *Tid til gjenkjent hjertestans*
  - Tidspunkt registreres i det MO sier «Nå må du starte gjenoppliving. Jeg skal hjelpe deg», eventuelt sier at man skal starte HLR/kompresjoner/ventilasjoner
  
- **Mål nr. 3:** *Tid til første kompresjon*
  - Tidspunkt der man hører innringer/noen på stedet gir første brystkompresjon.
  - Fortrinnsvis tidspunkt der innringer teller høyt sammen med operatør.
  - Dersom innringer ikke teller høyt, setter man tidspunkt der innringer enten sier at han/hun gjennomfører kompresjoner/ventilasjoner, eller at man tydelig kan høre på lydloggen at kompresjoner gjennomføres.
  - Dersom det er tvil om man hører HLR, skal dette tidspunktet ikke registreres.
  - Måles ikke hvis instruksjonen starter med innblåsninger i stedet for brystkompresjoner, eller når hjertestans oppstår etter ankomst ambulanse/helsepersonell.