

«Lost in transaction»

Hvordan finne ny kunnskap om svikt i den medisinske
nødmeldetjeneste basert på avviks- og erstatningsaker?



<https://talentinnovations.com/360-feedback/360-project-management/two-hands-passing-relay-baton-race/>

 Nasjonalt kompetansesenter for helse- tjenestens kommunikasjonsberedskap		RAPPORT	
		«Lost in transaction» Hvordan finne ny kunnskap om svikt i den medisinske nødmeldetjeneste basert på avviks- og erstatningssaker?	
Postadresse:	PB 1400, 5021 Bergen		
Besøksadresse:	Jonas Lies vei 72 c 5023 Bergen		
E-post	post@kokom.no www.kokom.no	OPPDRAGSGIVER Norges Forskningsråd (NFR)	
RAPPORTNR (ISBN): 978-82-8210-034-2	Copyright © Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)	OPPDRAGSGJEVAR SIN REF. Karianne Solaas Spesialrådgiver NFR	PROSJEKTLEIDER: Guttorm Bratlebø Leder KoKom
		PROSJEKTNR. 295730	GRADERING: Åpen
		DATO: 01.10.20	SIDETALL: 38 VEDLEGG: 1

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Forord	4
Overordnet mål for prosjektet	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Sammendrag og anbefalinger	5
Bakgrunn	8
Den akuttmedisinske kjede	9
Medisinsk nødmeldetjeneste	9
Lover, forskrifter og retningslinjer	13
Metode og datagrunnlag	14
Akuttmedisinsk avdeling (AMA), Helse Bergen.....	14
Askøy kommune	14
Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	14
Pasienthistorier	15
Vurdering av de identifiserte hendelser	18
Resultater og diskusjon av funn	20
Svakheter og styrker ved metoden som er benyttet	24
Konklusjon og anbefalinger	25
Forslag til videre undersøkelser / prosjekt	26
Prosjektmedarbeidere	28
Beskrivelse av organisasjonene	28
Referanser	32
Vedlegg 1	33

Forord

Hver time døgnet rundt, året igjennom er det mennesker som blir akutt syke eller som skader seg og som trenger hjelp fra helsevesenet. Den første kontakten foregår gjerne via en telefonsamtale til en av landets 97 legevaktsentraler eller til en av de 16 AMK-sentralene. Dette er mulig takket være det unike kommunikasjonsnettverket for medisinske nødsituasjoner som finnes i Norge: Medisinsk nødmeldetjeneste. Dette er et landsdekkende organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varslings og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og for intern kommunikasjon innen helsetjenesten.

Dessverre er det likevel slik at noen ganger så får ikke en gitt pasient den hjelp som er nødvendig. Dette kan skyldes mange ulike faktorer, men nesten alltid spiller kommunikasjon en rolle i hendelsesforløpet.

Denne rapporten er basert på et prosjekt hvor Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) sammen med en stor kommune og et helseforetak, samt Norsk pasientskadeerstatning, har gått gjennom alle meldinger om uønskede hendelser i en periode i den medisinske nødmeldetjeneste. Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) har også deltatt i arbeidet for å sikre at pasientperspektivet har blitt ivaretatt.

Sammen har prosjektgruppen diskutert og formulert en rekke faktorer vi mener kan være medvirkende når uønskede hendelser oppstår. På bakgrunn av denne listen ble så de hendelsene vi kunne identifisere i organisasjonenes respektive systemer analysert.

Basert på resultatene fra denne analysen foreslås noen måter å kunne redusere sjansene for svikt i samhandling mellom de ulike forvaltningsnivåene i fremtiden, og dermed gjøre denne delen av den norske akuttmedisinske beredskap enda bedre og mer robust.

Det var med sorg vi i innspurten av arbeidet mottok budskapet om at LPPs sin representant i prosjektgruppen, Atle Utkilen brått døde den 2. mai. Både som medlem i Faglig referansegruppe i KoKom og i ulike andre sammenhenger har Utkilen vært en viktig bidragsyter som kunne fortelle om pasientenes perspektiver og behov. Hans brede kunnskap og erfaring, kombinert med en vennlig og behagelig væremåte, gjorde at vi alltid lyttet med interesse til hans kommentarer og innspill.

Prosjektleder vil også benytte anledningen til å takke deltakerne i prosjektgruppen for innsatsen utover prosjektperioden, som også ble preget av håndteringen av pandemien.

Guttorm Brattebø
Seksjonsoverlege og professor
Leder KoKom

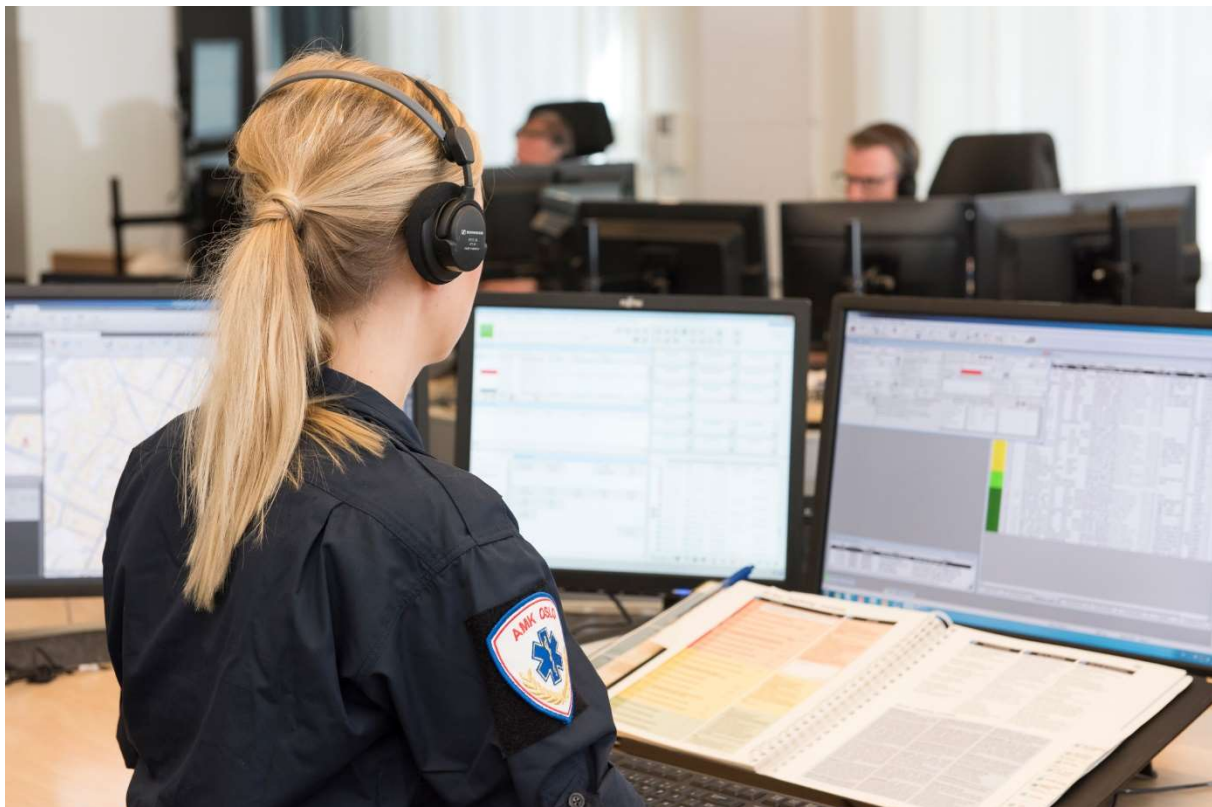
Overordnet mål for prosjektet

Medisinsk nødmeldetjeneste er en forholdsvis «usynlig» del av de akuttmedisinske tjenester, men svikt i dette leddet av den akuttmedisinske kjede kan resultere i at pasienter ikke får de helse-tjenester de har krav på.

Hovedmålet for forprosjektet var å identifisere hvor og hvorfor slik svikt kan oppstå. Med utgangspunkt i rapporterte avvikshendelser var ønske å avdekke uønskede hendelser i ett eller flere ledd i nødmeldetjenesten som medvirkende årsak til at noe ikke gikk som planlagt. Arbeidet baserte seg på en systematisk gjennomgang (innholdsanalyse) av tre ulike kilder for avvikshendelser, for på den måte kunne identifisere forbedringsområder og andre forhold av betydning.

Et annet mål for forprosjektet var at prosjektdeltakerne skulle få mer kunnskap om egen virksomhet, og kanskje vurdere nye metoder for å forbedre egne systemer for rapportering og håndtering av uønskede hendelser, samt avdekke områder som kan ha betydning for opplæring av medarbeidere i den medisinske nødmeldetjeneste.

De avdekkede forhold vil kunne utforskes videre med formål å prøve ut målrettede tiltak. Forprosjektets mål var også et forsøk på å si noe om samsvaret mellom typer av pasientmeldte hendelser (NPE) og profesjonsmeldte hendelser (avviksmeldinger).



AMK Oslo. Foto: Erik Lerbæk

Sammendrag og anbefalinger

Prosjektet identifiserte til sammen ni rapporterte hendelser der pasienter var, eller kan ha blitt skadelidende, grunnet svikt i medisinsk nødmeldetjeneste, i hhv Helse Bergen og Askøy kommune sine avvikssystem. I tillegg ble 16 saker fra NPE gjennomgått. På dette grunnlag presenterer prosjektgruppen seks ulike hovedgrupper av faktorer som kan ha vært medvirkende årsaker.

Disse omfatter: Pasientrelaterte faktorer, oppdragstype, tidspunkt (døgn og uke), systemrelaterte faktorer, operatør-faktorer, og kommunikasjonsmessige forhold.

I tillegg konkluderer gruppen med at der ikke eksisterer et nasjonalt likt system for håndtering av avvikshendelser. Det synes å være behov for enklere og mer strukturerte avviksmeldinger, samt et system for oversikt over meldinger via kommune vs enkeltleger og fylkesmann/helsetilsyn. Det er også svært nyttig å involvere brukerrepresentant i håndtering av hendelser og avvik. Dette gjør at det er utfordrende både å se trender, identifisere og vurdere lokale forskjeller, samt å trekke ut felles data. Fylkesmannen har heller ikke et komplett system som gjør at man kan si noe om antall og trender i avvik i en gitt LVS eller kommune.

Felles vurdering av hendelser mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste ga nyttige perspektiver og bør vurderes innført. Målet må også være en åpen kultur for å diskutere uten å være på jakt etter syndebukker, men snarere forstå hva som hendte og hvilke faktorer som medvirket. På denne måten kan man også oppdage mulige måter å hindre at lignende situasjoner skal kunne oppstå i fremtiden.

Det er ønskelig med fortløpende innsamling av utvalgte data for kvalitetsforbedring, med fokus på de pasientgrupper som tilsynelatende er mer utsatt for svikt. Rask identifisering av avvik og kanskje også innsamling av ytterligere informasjon mens hendelsen er «fersk i minne» bør vurderes.

Kompetansestyrking av den enkelte operatør for å gjøre vedkommende enda dyktigere på innhenting av relevant informasjon på en strukturert måte, vil og kunne redusere risikoen for at en hendelse blir avsluttet uten at annen instans har overtatt ansvar for oppfølging, og at henvendelsen dermed blir liggende i systemet. Det kan også være behov for mer opplæring i håndtering av spesielle pasientgrupper, og ikke minst i evnen til å be om hjelp fra andre kolleger eller instanser.

Det er videre sannsynlig at en del pasienter og pårørende går glipp av erstatning de har rett på fordi de ikke kjenner til NPE-ordningen eller at helsetjenesten ikke gjør dem oppmerksom på dette. Det er mye som tyder på at selv om en hendelse med pasientskade er identifisert så får ikke pasient og pårørende den nødvendige informasjon om sine rettigheter. Her kan også brukerorganisasjoner benyttes mer aktivt.

Sist men ikke minst bør vi tilstrebe kontinuerlig fokus på kultur i AMK og LVS, særlig i forhold til å håndtere pasienter med kjent rushistorie eller med psykiatriske problemstillinger for å unngå at operatør blir farget av den bakenforliggende historie, men klarer å se den aktuelle hendelsen og yte nødvendig helsehjelp.

Anbefaling 1: Behov for trening i felles situasjonsforståelse

Mangelfull felles situasjonsforståelse blant personer som skal samhandle mens de befinner seg på geografisk ulike steder, er en utfordring. De psykologiske faktorene: teamledelse, gjensidig monitorering, støtteadferd, tilpasning og teamorientering, i tillegg til de tre koordinerende mekanismene tillit, sirkelkommunikasjon og felles mentale modeller (FMM) sikrer at de fem teamarbeidsprosessene er oppdaterte og at riktig informasjon blir fordelt i hele teamet.

Forskning har i stor grad bekreftet at effektivt teamarbeid er avhengig av en felles oppfatning av samhandling, ferdigheter og kunnskap, men det er gjennomført svært få systematiske empiriske studier av denne modellen i en operativ opplæringsituasjon.

Det er således behov for å analysere erfaringer fra reelle operasjonelle hendelser og sanntids-kommunikasjon med mål om å teste anvendeligheten til modellen. En slik vitenskapelig tilnærming til «menneskelige faktorer» er ny angrepsvinkel for kunnskap innenfor denne sektoren. Det bør derfor vurderes om et prosjekt som f.eks. «Hvordan kan man bidra til økt felles situasjonsforståelse i sann tid i den medisinske nødmeldetjeneste» skal iverksettes.

Anbefaling 2: Tilsvarende undersøkelser basert på et større tallmateriale

Tallmaterialet i dette forprosjektet er begrenset. Det gjør at vi bare har hatt noen hendelser å vurdere, noe som reduserer generaliserbarheten. Likevel vi har identifisert noen forhold som oppfattes som viktige medvirkende faktorer når hendelser oppstår.

Derfor er det behov for en større gjennomgang som involverer enten flere kommuner i AMK-Bergen sitt opptaksområde, alternativt annet AMK-område av tilsvarende størrelse med tilhørende kommuner. Det kan godt være at tilsvarende undersøkelser i andre AMK-områder i andre deler av landet og som dekker større geografiske områder, vil avdekke andre faktorer som ikke gjør seg gjeldende i samme grad i det området som er undersøkt.

Ideelt burde en slik undersøkelse være prospektiv, slik at man fortløpende innhentet data fra hendelser, parallelt med at organisasjonen selv undersøkte hendelsen. Utfordringen er imidlertid at dette kan bli oppfattet som en ekstra undersøkelseskommisjon, i tillegg til fylkesmann og Undersøkelseskommisjonen for helsetjenesten (UKOM).

Alternativt kunne det vært satt ned utvalg i noen AMK-områder, som var satt sammen på samme måte som i vårt forprosjekt. Så kunne man jevnlig møtes for å utveksle informasjon og erfaringer, samt diskutere mulige endringer og tiltak. Det siste halvår har vi jo erfart at slike møter kan arrangeres virtuelt, slik at i stor grad reisetid kan elimineres. Dette bør prøves ut.

Bakgrunn

Medisinsk nødmeldetjeneste skal bidra til å sikre god kommunikasjon mellom de som har akutt behov for medisinsk hjelp og de som skal yte denne hjelpen. Det er som oftest pasienter / pårørende / publikum som via 113 henvender seg til AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) som er del av spesialisthelsetjenesten og styrer ambulanser, eller via 116 117 til LVS (legevaktsentral) som er i kommunal regi, og som igjen styrer de kommunale legevakt-tjenestene. Det er i samspillet mellom innringer som trenger akutt helsehjelp, og AMK / LVS som skal yte rådgivning og evt. mobilisere korrekt helseressurs (legevaktlege / ambulanse / luftambulanse), at det noen ganger ikke går slik som vi gjerne skulle ønske.

Vår hypotese var at det er ved å benytte rapporterte avvikshendelser i 1. og 2. linjetjenestene (spesialist- og primærhelsetjenesten), samtidig som man ser på hendelser som har resultert i pasientskade og evt. erstatning, at man kan identifisere bakenforliggende mønstre i hva som har sviktet. Det spesielle for dette forprosjektet er at vi har sammenlignet data fra både lokale og nasjonale kilder, og at hendelsene er vurdert av en bredt sammensatt prosjektgruppe med representanter fra Askøy kommune, Akuttmedisinsk avdeling i Helse Bergen, Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP), Universitetet i Bergen og KoKom.

Det finnes tragiske eksempler på slik svikt i den medisinske nødmeldetjeneste:

En kveld ringer en eldre mann til 113 og beskriver verk, omtrent som gangspærre, overalt i kroppen. Etter hvert kommer det fram at det dreier seg om magesmerter som har flyttet seg til lysken. Han oppgir at han har hjemmesykepleie. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (4) blir ikke benyttet, men trolig ville AMK-operatøren ha kommet til kriterium «H25.03 Sterke vedvarende smerter i lysken». Hastegrad gul (haster).

Etter ca 5 minutter kontakter AMK-operatøren legevaktsentralen (LVS) i kommunen. LVS oppgir at pasienten også hadde ringt dem tidligere, og at de hadde sagt han måtte ringe 113 hvis han hadde så vondt i magen. LVS oppfattet dog problemet først og fremst som relatert til og angst. AMK-operatøren ber LVS om å kontakte hjemmesykepleier, og presiserer at AMK ønsker tilbakemelding dersom hjemmesykepleien ikke kan besøke pasienten. En time senere ringer pasienten 113 på ny og forteller han fortsatt har akutte muskelsmerter og oppkast. Han opplyser videre at hjemmesykepleien ikke har kontaktet ham. AMK-operatøren (ny operatør grunnet vaktskifte) ber ham igjen kontakte LVS. Pasienten kjenner telefonnummeret og sier han vil ringe dit igjen.

LVS har dokumentert at de prøvde å ringe pasienten, uten å få svar. Det var ikke noe i dokumentasjonen som forteller hvorvidt de hadde kontaktet hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien var dessuten på dette tidspunkt opptatt hos annen pasient, og ville ringe når de kom tilbake på kontoret. Imidlertid ringte pasienten LVS før det. Han sa at han hadde hjemmesykepleie, ikke bare psykiatrisk hjemmesykepleie. Han ble da bedt om å komme på legevakten dersom han hadde så vondt. Kort tid etter ringer LVS hjemmesykepleien på nytt. De var da på kontoret og fant pasienten kun hadde psykiatrisk sykepleie. De forsøkte på dette tidspunkt å ringe pasienten på nytt, men uten å få svar. Etter dette tidspunkt gjør ikke hjemmesykepleier mer med saken fordi de antar at LVS og ev AMK gjør det.

På ettermiddagen neste dag får politiet henvendelse fra psykiatrisk sykepleier om at man gjennom vinduet ser pasienten ligge livløs på gulvet i boligen sin. Politi og ambulanse rykker ut umiddelbart og tar seg inn i leiligheten, men konstaterer at pasienten er død. Obduksjon viser at pasienten sannsynligvis døde av sepsis (blodforgiftning) som følge av tarmslyng. Sakkyndig vurdering konkluderer med at pasienten hadde hatt mer enn 50% sjanse for å overleve dersom han hadde blitt sendt til sykehus samme dag han ringte LVS og AMK første gang.

Både LVS og AMK hadde således sviktet i sin plikt til å yte forsvarlig helsehjelp...

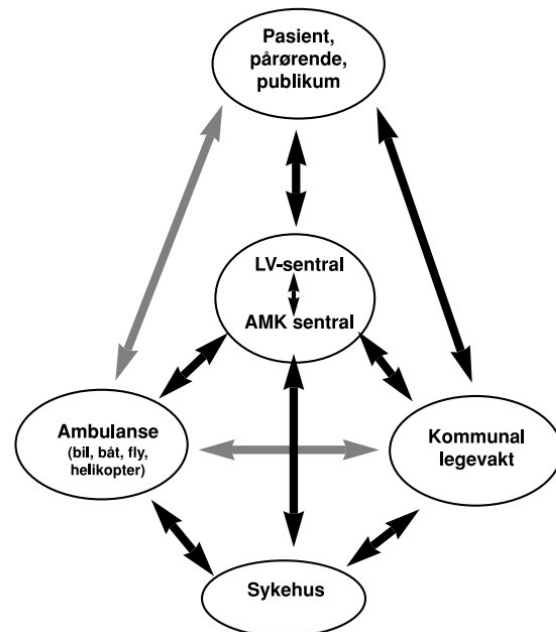
Den akuttmedisinske kjede

Den akuttmedisinske kjede involverer flere ledd og mange aktører. Et akuttmedisinsk pasientforløp starter vanligvis med at helsetjenesten blir kontaktet av pasient/ pårørende/publikum. Det er viktig at denne henvendelsen skjer umiddelbart for at rett respons raskt kan iverksettes, f.eks. ved akutt hjerteinfarkt (figur 1). På veien til endelig behandling møter ofte pasienten flere typer helsepersonell som alle gir sine bidrag i undersøkelse, transport og behandling. AMK og LVS har ansvar for å koordinere disse ressursene slik at pasientene skal få den helsehjelp de trenger.

Denne koordineringen medfører bl.a. at viktig informasjon skal innhentes og videreformidles til alle som har en rolle i pasientbehandlingen. Ambulanse skal sendes ut, og informeres om oppdraget, både medisinsk og operativt. Legevaktslege og LVS varsles etter gjeldende rutiner, og gis samme informasjon som ambulansespersonellet. Kanskje krever situasjonen at luftambulanse også sendes ut, eller at det kan være behov for assistanse fra brann, politi eller andre.

Når hjelpepersonellet så er fremme på hendelsesstedet gir de en situasjonsrapport til AMK, som bidrar til at de som skal ta imot pasienten er forberedt. Ofte får pasienten nødvendig vurdering og behandling på legevakt før de kan dra hjem igjen, mens andre pasienter bare innom legevakt på vei til sykehus. Andre ganger skjer transport i etapper, for eksempel når transport involverer ambulanse og ambulansebåt, eller ambulanse og ambulanshelikopter/luftambulanse.

Selv om personellet skal være trent i kommunikasjon og det finnes rutiner for hva og hvordan informasjon skal utveksles, finnes mange muligheter for misforståelser og utelatelser, eller overføring av feilaktig informasjon. Fra tid til annen oppstår det derfor feil som skyldes kommunikasjonsvikt.



Figur 1 Grafisk fremstilling av den akuttmedisinske kjede. Figuren er hentet fra referanse 1.

Medisinsk nødmeldetjeneste

Sentralt i den akuttmedisinske kjeden er medisinsk nødmeldetjeneste. Dette er et landsdekkende organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og for intern kommunikasjon innen helsetjenesten. Den er en integrert del av helsetjenesten, og er derfor regulert i *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.* («Akuttmedisinforskriften») (2).

Formålet med den medisinske nødmeldetjenesten er:

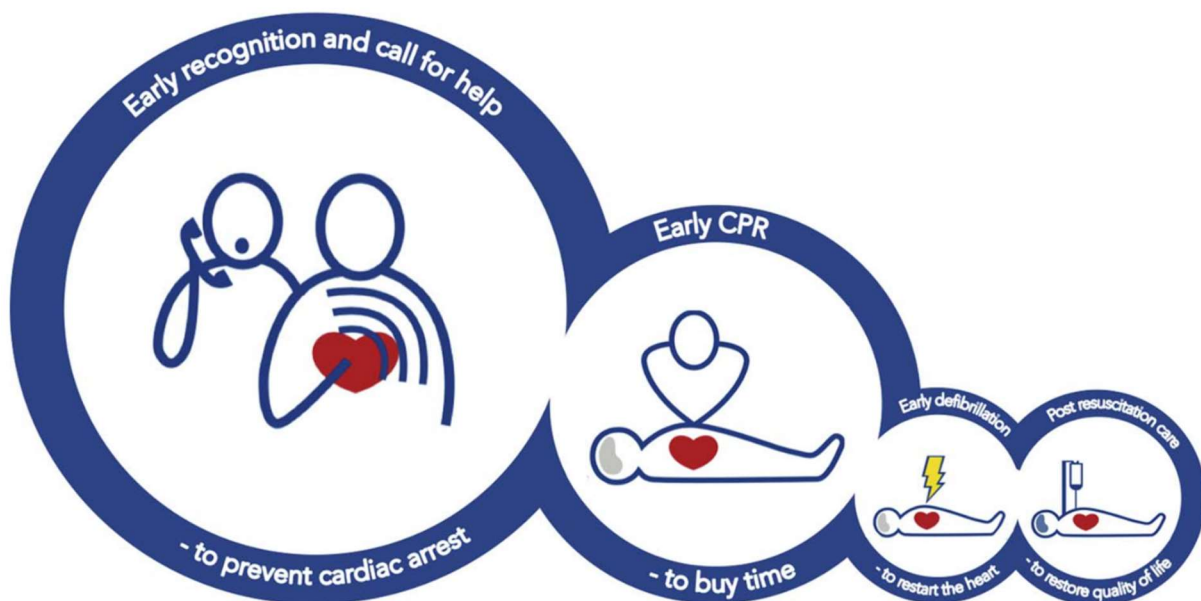
- å gi publikum enkel og umiddelbar tilgang til nødvendig helsehjelp
- å gjennomføre varsling av ressurser i helsetjenesten uten tap av tid, og å nytte muligheten til å gjøre innringer til førstehjelper gjennom medisinsk faglige råd og veiledning
- å knytte aktører i helsetjenesten sammen ved hjelp av kommunikasjonssystemer og -sentraler integrert i helsetjenesten
- å bidra til et systematisk samarbeid med andre nødetater

Nødmeldetjenestens oppgave er altså å skaffe riktig hjelp til riktig tid, og også sikre at pasienten havner på rett sted / nivå i helsetjenesten. Dette sikres ved et godt forberedt system for håndtering av henvendelser og felles retningslinjer for samhandling.

I akuttmedisinske situasjoner er kompetanse og tid viktige og avgjørende faktorer. Arbeidsfordeling og ansvarsforhold må være avklart på forhånd. Den enkelte utøver må ha god kjennskap til og evne til å utnytte de tilgjengelige kommunikasjonsverktøy i tillegg til bred akuttmedisinsk kunnskap.

Ved hjelp av det landsdekkende nødnummeret 113, eller legevakttelefonnummer 116 117, skal befolkningen raskt kunne melde fra om behov for øyeblikkelig hjelp fra lege eller annet helsepersonell. Den medisinske nødmeldetjeneste skal også sikre en mest mulig likeverdig tilgang til beredskapsapparatet i helsetjenesten uansett bosted.

Ved sykdom, skade eller behov for øyeblikkelig hjelp der liv og helse ikke er umiddelbart truet, skal publikum henvende seg via det nasjonale legevaktnummer 116 117. Legevakt-sentralen (LVS) er en fagsentral betjent av helsepersonell som mottar, prioriterer, gir råd til innringer og formidler henvendelser til legevakt.



Figur 2: Kjeden som redder liv ved akutt hjerteinfarkt (3)

LVS er de ytterste, desentraliserte knutepunktene i den medisinske nødmeldetjenesten og skal ivareta formidlingsoppgaver med lav til moderat hastegrad. LVS har personell med viktig lokalkunnskaper (som AMK ikke nødvendigvis besitter), og er en viktig aktør i medisinsk nødmeldetjeneste.

Vi har i Norge 16 AMK sentraler og 97 LVS. Disse er knutepunkt i et landsdekkende kommunikasjonsnett som knytter sammen den som trenger akutt livsviktig helsehjelp, og den som yter hjelp. Systemet benyttes også for samtaler mellom sykehus og helsepersonell i oppdrag utenfor sykehus, samt at det gir mulighet for avlyttingsikker kommunikasjon med bl.a. politi, brann- og redningstjenestene. I tilfeller der pasienten trenger akuttmedisinsk hjelp ilet sekunder (f.eks. sirkulasjonsstans) er betydningen av tidlig varsling av størst betydning som vist i figur 2.

Når det oppstår behov for øyeblikkelig hjelp ved livstruende og alvorlige situasjoner, ringer som oftest publikum nødnummeret 113, og samtalen rutes automatisk til nærmeste AMK. I AMK er det skjermte løsninger med blant annet opprinnelsesmarkering og kart. Navn, adresse og telefonnummer til den som ringer, kommer automatisk frem, og lokalisasjon av telefoner med fastlinje vises i kartet.

Ringes det fra en mobiltelefon, vises det i opprinnelsesmarkeringen mobilnummeret det ringes fra og navnet på eier av mobiltelefonen, samt mobiltelefonens posisjon. Posisjonering av mobilt oppkall kan i noen tilfeller være noe unøyaktig, men systemet forbedres stadig og er til stor hjelp. Det er derfor viktig at AMK får korrekt stedsangivelse fra innringer, noe bl.a. den såkalte «113-appen» bidrar til.

Alle samtaler over telefon- og nødnettet blir tatt opp på en lydlogg for dokumentasjon. Ved utspørring av innringeren skal operatøren benytte Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN 2018) (3). Dette er et beslutningsstøtteverktøy til AMK- og LV-personell om hvordan de skal håndtere telefonhenvendelser om en rekke ulike medisinske nødstilfeller. NIMN omhandler ca. 40 situasjoner/tilstander, og har ulike spørsmål og forslag til medisinske råd og anbefalt respons fra helsetjenesten. Operatørene skal også dokumentere hendelsen fortløpende i et elektronisk dokumentasjonsverktøy (Akuttmedisinsk informasjonssystem, AMIS) som er en del av pasientens medisinske journal (4). Alle AMK benytter dette systemet som automatisk dokumenterer tidspunkt for ulike tiltak og responser. Ved LVS benyttes Legevaktindeks (tidligere Telefonråd) som beslutningsstøtte i tillegg til NIMN (5).

God kvalitet i akuttmedisinske situasjoner er således å få rett vurdering og behandling på rett sted til rett tid, og der innringer blir møtt med gode holdninger, respekt og empati, uansett bakgrunn, problemstilling og personlig situasjon. Kommuner og helseforetak skal ha systemer for å sikre at de som er del av denne tjenesten både behersker og bruker kommunikasjonsystemet korrekt.

De fleste AMK-sentralene er integrert i et sykehus, da gjerne knyttet til den avdelingen som har ansvar for prehospital akuttmedisin og ambulansetjeneste, mens andre er en del av sykehusets akuttmottak. AMK dekker store geografiske områder og er avhengig av nær kommunikasjon og samhandling med LVS, som bistår med nærhet til og kunnskap om sine lokalmiljøer.

På AMK arbeider medisinske operatører og ressurskoordinatorer tett sammen. De medisinske operatørene har ansvaret for å ta imot nødmeldinger via 113, fastsette respons og gi råd.

Den medisinske operatørens viktigste verktøy er kompetanse i kommunikasjon med nødstilte, deres pårørende og samarbeidspartnere, kombinert med fagkompetanse og kjennskap til systemet.

Ressurskoordinatorene varsler utrykkende enheter og holder ressursoversikt. Det er et nært samarbeid mellom operatørene i AMK. Ressurskoordinatorene har oftest bred erfaring fra ambulansetjenesten. En del roterer mellom ambulansetjenesten og AMK, eller mot akuttmottak.

Medisinsk nødmeldetjeneste opererer med tre ulike hastegrader på hendelser:

Rød = akutt

Gul= haster

Grønn= vanlig

Kategoriseringen er basert på en faglig vurdering av om vitale funksjoner er svekket eller truet. Hastegrad settes ut fra en totalvurdering hvor medisinsk tilstand samt andre faktorer som sykdomsbilde til pasient, hvor pasient befinner seg etc., vurderes.

Helse – og omsorgsdepartementet har fastsatt følgende veiledende responstider for ambulansetjenesten:

Akuttoppdrag:

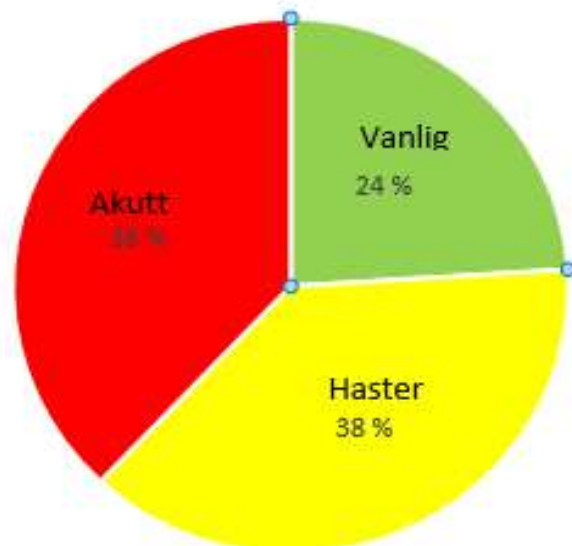
12 minutter for 90 % av befolkning i byer/tettsteder og 25 min for 90 % av befolkningen utenom byer/tettsteder

Hasteoppdrag:

30 minutter for 90 % av befolkning i byer/tettsteder og 40 min for 90 % av befolkningen utenom byer/tettsteder

Vanlige oppdrag:

Skal utføres umiddelbart dersom ikke andre oppdrag må prioriteres



Figur 3 Fordelingen er basert på hastegrad etter 113-henvendelser som er registrert i AMK-Bergen i 2018.

AMK-sentraler skal besvare 90 % av 113-henvendelser innen 10-sekunder. AMK-Bergen svarer nå 94 % innen 10 sekunder, hvilket er iht de nasjonale krav.

LVS skal besvare telefonhenvendelser innen to minutter.

Lover, forskrifter og retningslinjer

Der er flere lover, forskrifter, rutiner og andre normerende dokumenter som regulerer samhandlingen mellom LVS og AMK, og også samarbeid mellom LVS (primærhelsetjenesten) og AMK (spesialisthelsetjenesten). For mer utfyllende se vedlegg 1.

Aktuelle lover forskrifter i den akuttmedisinske kjede

- *Helse- og omsorgstjenesteloven. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak Nasjonal veileder 2011 – spesielt kapittel. 6 -1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale*
- *Pasientskadeloven*
- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten internkontroll i helse og omsorgstjenesten § 8 – spesielt krav om system for håndtering av uønskede hendelser (+ melding til Fylkesmann, Helsetilsynet og Undersøkelseskommissjonen for helsetjenesten (UKOM))*
- *Forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. («Akuttmedisinforskriften») FOR 2015-03-20-231, §3 – 12 og 14*
- *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp 4. utgave 2018, spesielt delene om rollefordeling og anbefalt respons, samt kort 40 Samhandling og samvirke*
- *TELEFONRÅD <https://telefonrad.no>*
- *Nødnett Nivå 3 Lokale prosedyrer Helse Vest (2014): Handling og Prosedyre A 04*

Den akuttmedisinske kjede og medisinsk nødmeldetjeneste er altså underlagt mange krav. Hovedinntrykket er likevel at tross det store volum som denne tjenesten leverer hver dag er det forholdsvis få hendelser med åpenbar svikt.

Likevel er det både viktig og et krav fra myndighetene å bruke disse hendelsene for å forstå hvor svakheter ligger, for på den måten forbedre systemet som beskrevet i nevnte *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten internkontroll i helse og omsorgstjenesten*.

Metode og datagrunnlag

For å få flere perspektiver på hvordan svikt i nødmeldetjenesten kan forekomme, gjennomførte vi en «flerveis analyse» av hendelser med deltakere fra en kommune (Askøy kommune), det helseforetaket som har ansvar for spesialisthelsetjenester for Askøy kommune (Helse Bergen), den nasjonale organisasjonen for erstatning ved pasientskade (Norsk Pasientskadeerstatning, NPE) og en stor nasjonal pasientorganisasjon (Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, LPP).

Hendelser som var meldt i hhv. Askøy kommune og Helse Bergen for perioden 2016-2017, samt NPE for perioden 2016-2018, ble først identifisert av hver av organisasjonene. De hendelsene som kunne tenkes å ha noe med nødmeldetjeneste å gjøre ble så trukket ut for nærmere undersøkelse. Hendelsene ble av-indentifisert slik at de kunne diskuteres i prosjektgruppen uten at pasient-ID var kjent.

I første runde vurderte prosjektgruppen om det var noen faktorer som gikk igjen i flere av sakene.

Mer om datagrunnlaget og prosjektdeltakerne

Organisasjon og antall avvikhendelser	Helse Bergen (7)	Askøy (2)	NPE (16)
Pasientalder (variasjon i år)	4 - 91	50 - 78	2 – 88
Kjønn (menn / kvinner)	5 / 2	1 / 1	8 / 9
Vurdert hastegrad ved start av hendelse:			
Akutt	0	1	3
Haster	5	1	12
Ikke satt hastegrad	2	0	2

Akuttmedisinsk avdeling (AMA), Helse Bergen

Haukeland Universitetssykehus benytter datasystemet Synergi for registrering og behandling av uønskede hendelser. I perioden 2016-2017 ble det behandlet 668 hendelser knyttet til denne avdelingen (AMA). Totalt var 140 (21%) av disse saken relatert til pasientbehandling. Av disse igjen hadde 38 (27%) medført pasientskade.

Når det gjelder avvikssaker som omhandler medisinsk nødmeldetjeneste, mottok avdelingen 31 klager i løpet av 2-års perioden. I gjennomgangen av de pasientrelaterte klager og avvik har gruppen identifisert syv aktuelle hendelser.

Askøy kommune

Tilsynssaker, NPE-saker, klagesaker etc. som er adressert til legetjenesten i kommunen blir oversendt den enkelt avdeling eller ansatte, for videre oppfølging. Disse sakene blir arkivert i kommunens sakarkiv og i pasientens journal (legevakt). Dersom sakene blir sendt til den enkelte lege eller annen avdeling, uten kopi til kommunen / kommuneoverlegen, finnes det ikke rutiner for at kommuneoverlegen blir informert. Der finnes dermed ikke et system som muliggjør kontroll eller kvalitetsovervåking. Ifølge Fylkesmannen i Hordaland var det i 2016-2017 registrert fire saker på Askøy kommune. Videre var det to tilsynssaker på legevakt ila 2017.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

NPE er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. NPE legger stor vekt på kvalitet og faglig ekspertise, og ønsker å tydeliggjøre at man i alle ledd av saksbehandlingen setter pasienten i fokus.

I perioden 2016 – 2018 ble det mottatt 17.118 saker. Det ble fattet vedtak i 13.136 saker (77%). I 3.900 saker (30%) fikk klager medhold. Totalt i perioden ble det utbetalt 2.98 mil NOK i erstatninger.

I gjennomgang av de pasientrelaterte klager og avvik ble det identifisert til sammen seksten hendelser som kan illustrere problemkomplekset (se eget sammendrag av hendelser under «Pasienthistorier»).

Pasienthistorier

Under følger anonymiserte beskrivelser av hendelsene som var registrert som avvik i AMA, Akuttmedisinsk avdeling KSK, Haukeland Universitetssykehus

AMA-1

En tidligere kjent rusmisbruker med flere diagnoser, tar kontakt med AMK etter å ha sovet med armen under seg på gulv med varmekabler i ca. 4 timer. Pasienten beskriver smerter, stor hevelse, blårrød misfarging, og blemmer fra albu til fingre. Kan ikke bevege ledd. AMK vurderer ambulanse på gul respons. Pasienten purrer på ambulanse flere ganger, men først 2,5 timer senere, legger LV-lege inn pasienten med diagnosen «compartment syndrom». Fylkesmannen konkluderer med at 113-operatør ikke hadde gitt forsvarlig helsehjelp, mens NPE vurderte at skaden allerede var betydelig ved første henvendelse til AMK og tilkjente ikke erstatning.

AMA-2

Ung kvinne nylig operert for blindtarmbetennelse. Pasienten har MS og under utredning for mulig epilepsi. Nevrologisk poliklinikk kontaktes av pårørende etter at pasienten fikk et akutt illebefinnende. Poliklinikken kontakter AMK og bestiller ambulanse. Det ble oppgitt at pasienten hadde hatt et krampeanfall. AMK setter gul hastegrad; «H.23.02 Krampeanfall. Har hatt krampeanfall og anfallet har vart i mindre enn 5 minutter». Pårørende purrer 10-15 minutter senere. Pasienten puster nå raskt og har rask puls. Den raske pustefrekvensen blir oppfattet som hyperventilering. Ved ny henvendelser ytterligere 9 minutter senere har pasienten sirkulasjonsstans. Gjenoppliving forsøkes, men pasienten blir erklært død på stedet. Pårørende kontaktet i etterkant pasientombudet, og det ble opprettet tilsynssak. Tilsynet konkluderte med at AMK ved ny henvendelse, ikke fulgte rutiner eller god praksis ved at ny informasjon ikke ble avklart, dokumentert eller fulgt opp. Konklusjonen om hyperventilering var fattet på for tynt grunnlag, og det forelå tilstrekkelig informasjon til at oppdraget på det tidspunkt burde vært oppgradert til rød hastegrad.

AMA-3

Fastlegen melder pasient til innleggelse for syncope-utredning, og ber om ambulanse på grønn respons. Grunnet samtidighet går det 2,5 timer før ambulansen er fremme hos pasienten på 91 år. Dessverre må ambulansen omdisponeres til at annet oppdrag. Pårørende purrer på ambulanse etter ca. 40 minutter. Tilstanden blir beskrevet som uforandret, men AMK fikk noe mer detaljerte opplysninger. Bl.a. at pasienten var ustø, og hadde falltendens mot høyre. Hastegrad ble ikke endret, og det gikk ytterligere 1,5 time før ambulanse hentet pasienten. Pårørende oppfatter behandlingen uverdigg. De er ikke gjort kjent med hastegradsvurdering eller konsekvensen av denne. Omdisponering av ambulanser etter at de er kommet frem til pasient sender ofte et uheldig signal, og behovet er ofte vanskelig å kommunisere til pasient og pårørende.

AMA-4

Eldre mann ringer 113 grunnet intermitterende brystmerter siste fire dager. Smertene blir beskrevet som var brennende, og lokalisert midt i brystet og ut på venstre side. I tillegg har han en stikkende/kløende følelse ut i venstre hånd. Han utelukker ikke at det kan skyldes en forstrekning noen dager tidligere. Han hadde tatt paracetamol med noe effekt. Pasient blir rådet til å oppsøke legevakt, men siden han ikke ønsker å dra dit på natten, bes han om å kontakte fastlege på dagtid neste dag. Fastlege konkluderer da med at han har fått «muskelbetennelse og strekk». Pasienten dør 15 dager senere av hjertesvikt. Fylkesmannen konkluderte med at AMK-operatørs innhenting av informasjon ikke var tilstrekkelig strukturert og at han derfor ikke klarte å få frem essensen i sykdomsbildet, noe som resulterte i feilvurdering. Fylkesmannen konkluderte likevel med at helsehjelpen var forsvarlig siden pasienten ble rådet til å oppsøke legevakt. Sakkyndige hos NPE konkluderte med at AMK burde sendt ambulanse på rød respons, og at dødsfallet da kunne vært unngått.

AMA-5

Mann i 50-årene klager på håndtering av vedtak om tvungen legeundersøkelse. Vedtak blir fattet av fastlegevikar etter henvendelse fra en pårørende som mener at pasienten er psykotisk. Tross gjentatte forsøk hadde ikke fastlegevikaren oppnådd kontakt med pasient. Legen kontakter da AMK og ber om at ambulanse henter pasient. Samtidig informerer han om at pasienten har gyldig våpenlisens. Ambulanse assistert av politi tar seg derfor inn i pasientens leilighet, men finner ingen hjemme. Etter flere forsøk lykkes politiet å lokalisere pasienten ved sporing av mobiltelefon. Pasienten befinner seg da på sitt landsted i annen kommune. Politi og ambulanse blir sendt til stedet, men lokal lege/legevaktsentral varsles ikke. Pasienten blir frivillig med til legeundersøkelse, hvoretter han drar hjem. Pasienten klager på politiets medvirkning, at man flere ganger tok seg inn i hans leilighet, at politiet fratok ham våpen og at han ikke fikk formidlet tvangsvedtaket på en korrekt måte.

I de to dagene som hendelsen pågikk var det flere kommunikasjonsmessige utfordringer. Fylkesmannen konkluderer med at det var forståelig at pasienten opplevde hendelsene som unødvendige og belastende, men at pasienten likevel hadde fått forsvarlig helsehjelp.

AMA-6

En ca. 50 år gammel kvinne ringer 113 grunnet hodepine og oppkast. AMK oppfatter symptomene i henhold til Indeksriterium «H.19.01 Hodepine. Intens og uvanlig hodepine, men ellers OK». Informasjonen om oppkast blir ikke fanget opp eller vektlagt. Korrekt respons ved slik hodepine med oppkast er rød hastegrad, noe som ville utløst varsling av ambulanse. Så vidt vi har kunnet bringe på det rene hadde pasienten en mindre hjerneblødning som ble konservativt behandlet. AMK-sentralens vurdering skal ikke ha forverret pasientens tilstand.

AMA-7

En 4 år gammel gutt faller på sparkesykkel og slår hodet mot murvegg. Gutten hadde ikke hjelm og blør fra kutt i hodet. AMK-sentralen ber innringer presse et tøyestykke mot blødningen og ta drosje til lokal legevakt. Etter en del diskusjon om transport går man motvillig med på dette. I gjennomgang av hendelsen kommer avdelingens kvalitetsutvalg frem til at medisinsk operatør i sin kommunikasjon ikke oppnådde den situasjonsforståelse man kunne forvente. Selv om egen transport medisinsk sett var forsvarlig, var situasjonen rundt hendelsen slik at ambulanse burde vært sendt.

Under følger anonymiserte beskrivelser av hendelsene som var registrert som avvik i Askøy kommune

AK-1

Pårørende ringer LVS om ca. 80 år gammel pasient og får tilbud om time på LV. Pasient kommer før oppsatt time sammen med familie. Pasient har vært tungpusten og svimmel i lengre tid. Har ikke kjent lungesykdom fra før, men har diabetes, hypertensjon og hjertesvikt. I henhold til SATS (prioriteringsverktøy) blir det satt gul hastegrad. Pasienten blir værende på legevakten i to timer før videretransport til sykehus. Pårørende må da selv kjøre pasienten til sykehus. Ved ankomst akuttmottak er pasienten blitt betydelig dårligere og etter en tid besluttet det at all aktiv behandling skal avsluttes og pasienten dør. Askøy kommune mottar avviksmelding fra sykehuset og det opprettes tilsynssak. Fylkesmannens vurdering er at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp da hun oppsøkte legevakten jfr. Helsepersonelloven § 4.

AK-2

Pasient har tidligere gjennomgått et hjerteinfarkt. Tre måneder senere blir han plutselig dårlig med brystmerter og kontakter AMK på ettermiddagen, og lege/ambulansealarm blir sendt umiddelbart. Nærmeste ambulanse er i annen kommune, og legevaktslege vil også bruke lang tid fordi han er i sykebesøk. Innringer tilbyr seg å kjøre til legesenteret for å hente lege, men AMK ber han vente. AMK spør om pasientens tilstand, og gir instruksjoner i forhold til dette. Etter ca. 6 min ringer AMK lokalt legekontor og ber om assistanse inntil ambulanse kommer, men får svar om at det er krise på legekantoret. AMK kontakter så brannvesenet, og to minutter senere ankommer to brannmenn pasienten. De opplyser at pasienten da puster, men er bevisstløs. Hjerne-lunge-redning startes og luftambulansen varsles. Ambulansen ankommer etter ca. 30 min, og legevaktslegen 15 min senere. Knappt en halvtime senere meldes det at hjerne-lunge-redning er avsluttet. Obduksjon viser at pasienten har hatt et nytt akutt hjerteinfarkt.

Vurdering av de identifiserte hendelser

I hver hendelse gikk prosjektgruppen gjennom den dokumentasjon som var tilgjengelig fra de aktuelle organisasjonene. Faktorer som kunne tenkes å være medvirkende årsak til svikt ble vurdert. Vurderingene ble gjort uavhengig av eventuelle tidligere analyser gjennomført av den organisasjonen som hadde fått meldt om hendelsen, selv om noen av deltakerne kjente enkelte hendelser fra tidligere. Dette ble gjort for å ikke bli farget av de vurderinger som eventuelt allerede var gjort i vedkommende organisasjon. Arbeidet foregikk i tre faser:

Fase 1

Det ble utarbeidet en matrise over de medvirkende faktorer prosjektgruppen mente kunne være årsak til svikt. I denne sammenheng ble tenkelige faktorer vurdert. Til sammen ble det funnet 21 mulige faktorer, som vist i tabellen under:

Mulige medvirkende faktorer (alfabetisk)	
• Alder	• Mulige kriterier i Medisinsk Indeks
• Alvorlighet, skadeomfang / opplevelse / konsekvens / utfall	• Rus
• Etnisitet	• Rådgivning
• Flere diagnoser	• Sivil status
• Flere henvendelser på samme hendelse	• Tekniske forhold
• Første kontaktpunkt medisinsk nødmeldetjeneste	• Tid på døgn
• Innringer	• Tilstand (psykiatri/ somatikk)
• Kapasitet – samtidighetskonflikt	• Ukedag
• Kjent fra før	• Vaktskifte
• Kjønn	• Vurdering helsevesenet
• Kontakt mellom hvem (AMK – Ambulanse – LVS – pasient)	

Fase 2

Samtlige avviksaker som var funnet i hhv Helse Bergen - Akuttmedisinsk avdeling, Askøy kommune og NPE for det aktuelle tidsrom, ble gjennomgått i plenum av prosjektgruppen og strukturert inn som tillegg til de faktorene som allerede var identifisert.

Fase 3

Etter at samtlige hendelser var gjennomgått ble matrisen justert og oppdatert. Faktorene ble så gruppert i seks ulike hovedkategorier: Pasientrelaterte, Oppdragstype, Tidspunkt, Systemrelaterte, Operatørrelaterte og Kommunikasjonsrelaterte. Resultat, skadeomfang og konsekvens for pasient ble også inkludert, som vist i tabellen på neste side.

Prosjektgruppen er av den oppfatning at den foreslåtte tabell vil være til hjelp ved analyse av avvikshendelser som omfatter medisinsk nødmeldetjeneste.

Medvirkende faktorer	Forklaring og kommentarer
Pasientrelaterte	
Rus	Det er grunn til å tro at pasienter med kjent rusbakgrunn eller ruset innringer kan oppleve fordommer og /eller at dette påvirker operatørens objektivitet. Rus påvirker også evne til å identifisere symptomer og kommunisere disse.
Pasient kjent fra før	Ved henvendelser om pasienter som er kjent fra før kan operatøren bli opphengt i tidligere sykehistorie og ikke vurdere henvendelsen like objektivt
Flere diagnoser	Dersom pasienter har flere diagnoser kan det være tilfeldig hvilken som blir vektlagt. Operatøren kan bli opphengt i tidligere sykehistorie og ikke vurdere henvendelsen like objektivt
Alder	Det er grunn til å tro at betydningen av pasientens alder undervurderes med henblikk på mulige medisinske behov
Etnisitet - språk	Det er grunn til å anta at kulturbakgrunn eller språkbarriere kan vanskeliggjøre kommunikasjon og dermed håndtering av en hendelse
Kjønn	Det har vært hevdet at middelaldrene kvinner og eldre pasienter for øvrig, underkommuniserer plager
Oppdragstype	
Mulig indekscort	Hvilket hovedkort i NIMN (norsk indeks) som ble eller burde vært benyttet
Tilstand	Om pasienten har kjent psykisk eller somatisk sykdom fra tidligere
Tidspunkt	
Ukedag	Det er som oftest noe mindre ressurser tilgjengelig i helg / helligdager
Tid på døgnet	Det er større press på tjenestene på ettermiddag/ kveld
Systemrelaterte	
Vaktskifte	Vaktskifte i LV, AMK, LVS eller ambulansetjeneste kan medføre tap av informasjon eller situasjonsforståelse
Kapasitet - samtidighet	Hvorvidt det var mangel på tilgjengelige ressurser på det tidspunkt hendelsen oppstod
Tekniske forhold	Tekniske feil og problemer i kommunikasjonssystemene
Operatørrelaterte	
Hastegrad / behandlingsbehov	Hvilken hastegrad operatøren valgte for hendelsen
Rådgivning gitt	I hvilken grad henvendelsen ble overført til andre instanser eller avvist (ikke utsending av ambulanse / LV-lege)
Kommunikasjonsforhold	
Flere henvendelser på samme hendelse	Det kan synes som om uønskede hendelser ofte innbefatter gjentatte henvendelser om samme problemstilling
Innringer	Hvem som kontakter medisinsk nødmeldetjeneste om hendelsen
Første kontaktpunkt med medisinsk nødmeldetjeneste	Om det er fastlege, legevaktsentral eller AMK som får første henvendelse
Kommunikasjonslinjer	Hvilke instanser og personer som har kommunisert i hendelsen
Konsekvens for pasient	
Resultat, skadeomfang og konsekvens	Det resultat som hendelsen har fått for pasienten

Resultater og diskusjon av funn

Det er vanskelig å se et tydelig mønster i sakene, noe som heller ikke er ventet da det dreier seg om et stort spekter av problemstillinger. Som historiene viser er det ikke nødvendigvis i overføringen mellom de ulike ansvarsnivåene at det glipper, snarere på grunn av manglende felles situasjonsforståelse. Altså det å oppfatte situasjonen på samme måte, og å evne å oppdage når noe har endret seg.

Et annet forhold vi midlertidig kan trekke ut av sakene, er at det oftest handler om kommunikasjonsproblemer. Det kan være seg mellom pasient og helsetjenesten, eller mellom ulike nivåer i helsetjenesten. I tillegg kommer svikt i kommunikasjon om symptombilde når vurderinger skal gjøres.

Det viste seg å være vanskelig å finne nok informasjon i det tilgjengelige datagrunnlaget for med sikkerhet å kunne konkludere hva som var de egentlige medvirkende faktorer til at hendelsen oppstod. Det var store forskjeller i beskrivelsen av det egentlige hendelsesforløpet. Dette kan skyldes at utgangspunktet for den enkelte pasient / klager er ulikt.

Bakgrunn for klage kan for eksempel være håndteringen i legevakt, eller at det dreier seg om ønske om erstatning som følge av feilvurdering / manglende eller feil behandling. I sistnevnte tilfelle kan den aktuelle skade i noen tilfeller først manifestere seg forholdsvis lenge etter at den til grunn liggende og påklagede vurdering / hendelse fant sted. Dette betyr at hendelsene registrert i NPE kan foreligge forholdsvis langt etter tidspunkt for hendelsen.

Det vi også kan trekke ut av denne kartlegging er at det er få som klager, og forhåpentligvis gjenspeiler dette at forholdsvis få opplever svikt i kontakt med den akuttmedisinske kjeden. Tjenesten er komplisert, og med mange fagprofesjoner involvert. Medisinsk nødmeldetjeneste er første ledd i kjeden og helt avgjørende for at riktige vurderinger blir gjort. Det krever god kommunikasjon på tvers av enheter / organisasjoner og ikke minst involvering av pasienten og pårørende. Vår kartlegging støtter også dette.

Undersøkelsen vår viser også at det gjøres en god jobb innen den akuttmedisinske kjeden, men at det kan være utfordringer ift. spesielle pasientgrupper og kommunikasjon mellom de forskjellige ledd i tjenesten. Det er mange ulike forhold som kan gjøre seg gjeldende ved forskjellige pasientkontakter. Spesielt fokus på både kommunikasjon og spesielle pasientgruppers behov kan trygge tjenesten bedre.

For hovedkategoriene i tabellen på side 15 vil vi kommentere følgende:

Pasientrelaterte forhold

Rapporten kan gi grunn til ettertanke når det gjelder våre holdninger til forskjellige pasientgrupper. Det faktum at flere saker omhandler personer som har en historie med rus og psykiatri, kan si noe om helsepersonells holdninger til hvor alvorlig utsagn fra denne pasientgruppen tas. Det er vanskelig å tolke symptomer hos denne gruppen.

Det er derfor viktig at operatørene ikke lar sine beslutninger påvirkes av at pasient har denne type diagnoser, men klarer å se den aktuelle hendelsen isolert. Det samme gjelder dersom innringer virker ruspåvirket.

Gjennomgangen viser således at noen situasjoner / pasientgrupper syntes å gå igjen i en del av hendelsene:

- Pasienter med tidligere historie innen rus og psykiatri kan oppleve at deres aktuelle situasjon ble nedgradert.
- Diffuse symptomer som senere viste seg å være akutt hjerneslag, ble underkjent.
- Eldre pasienter med flere diagnoser og kroniske plager ble ofte henvist til fastlege eller legevakt, noe som medførte tidsforsinkelse i diagnostikk og behandling.

Pasienter med flere diagnoser risikerer at operatør enten «henger seg opp i en tidligere diagnose», eller «velger» feil hoveddiagnose i den aktuelle saken. Dette kan medføre at det aktuelle problemet ikke får den nødvendige oppmerksomhet.

Oppdragstype (uklare eller flere problemstillinger/diagnoser)

Gjennomgangen viser at sannsynligheten for svikt øker når pasient har symptomer som gjør det vanskelig å finne rett hovedproblemstilling i de beslutningsstøttesystemene som operatøren har til rådighet.

Ofte ser man en tendens til å fokusere på en tidligere gitt diagnose heller enn å vurdere de tegn og symptomer som innringer / pasient forteller om. Da er det lettere å ende opp med å kanskje bortforklare eller neglisjere alternative forklaringer på pasientens plager.

Det er også større sannsynlighet for at pasienten kan oppleve svikt dersom årsakene til henvendelsen til den medisinske nødmeldetjeneste er sammensatte og diffuse problemstillinger.

Tidspunkt

Det er ikke vanskelig å tenke seg at kvaliteten på de akuttmedisinske tjenestene kan variere gjennom døgnet og uka for øvrig. Natt til lørdag og søndag er det forholdsvis mange akutte henvendelser til medisinsk nødmeldetjeneste som har sin årsak i overstadig beruselse. Noen av disse oppdragene gjelder behov for akutt helsehjelp, men en del er «bare fyll og spetakkel». Da kan man ende opp i en situasjon der ressurser er opptatt med en situasjon som ikke krever akuttmedisinsk bistand idet et annet oppdrag til en akutt syk eller skadd pasient kommer inn. Det er heldigvis ikke noe i de historiene vi har undersøkt som skyldes slike forhold.

System

Jo flere henvendelser som kommer på samme sak, og / eller når flere instanser (AMK, LVS, fastlege etc) er involvert, så øker muligheten for misforståelser. Dermed øker også faren for at det blir uklart hvem som eier saken. I slike tilfeller er det avgjørende at operatørene stiller kontrollspørsmål for å sikre at situasjonen er korrekt oppfattet, at alle involverte har lik situasjonsoppfattelse, fange opp om situasjon eller alvorlighetsgrad endres underveis, og at det er tydelig avklart hvem som skal følge opp hendelsen.

Det synes å være rom for forbedring i AMK og LVS sin evne til å holde i de hendelser som ikke er avsluttet, eller der adekvate tiltak er iverksatt.

Det er også ganske stor variasjon i systemene for håndtering av hendelser / klager i de ulike organisasjonene. Dette innbefatter også i hvilken detalj hendelsen er dokumentert / beskrevet. Hendelsene knyttet til AMK og ambulansetjenesten er dokumentert i både lydlogger, AMIS (hendelses-håndteringssystemet i AMK), og ambulansejournal, noe som ikke er tilfelle ellers.

Det viste seg at systemet for saksgang og arkivering av hendelser i forbindelse med lege- og legevaktstjenester i kommunene ikke merkes eller arkiveres særskilt. Det er derfor ikke mulig å finne

ut om en legevakt eller lege har mottatt flere klager/saker, verken i kommuneadministrasjonen eller hos kommuneoverlege. Dette skyldes at hver sak oversendes den enkelte lege, og det vil for øvrig kun være i enkelte tilfeller at en klage dokumenteres i pasientens journal. Heller ikke hos fylkesmann/fylkeslege er der et system som gjør at man raskt kan finne oversikt over klager og uønskede hendelser tilknyttet en gitt legevakt.

Utfordringer med kapasitet og tilgjengelige ressurser kan være en annen årsak til svikt, og i vårt materiale var dette tilfelle i et par hendelser.

Nok et kompliserende forhold er det faktum at organisering av de akuttmedisinske tjenestene varierer, både mellom ulike kommuner og mellom helseforetak.

Et annet forhold som kan gjøre seg gjeldende i denne sammenheng er den situasjonen som oppstår når det er vaktskifte og en operatør som allerede er inne i en hendelse og så skal overlate denne til en kollega. Da er det svært viktig å ha rutiner som gjør at sjansen for at viktig informasjon går tapt i vaktskiftet er så liten som råd er. I historiene vi har gjennomgått har dette forekommet.

Operatører

Det er et godt kjent faktum at trykket mot AMK øker hvert år. Da er det lett å tenke seg at målet for en operatør er å unngå enda flere ambulanseoppdrag eller sykehusinnleggelses. Resultatet av dette kan bli at pasienten eller hendelse blir en «kasteball» mellom ulike aktører i den akuttmedisinske kjede. Samtidig er det også økende oppmerksomhet på at enkelte pasienter (f.eks. akutte hjerneslag) kommer for sent til sykehus. Det betyr at de ikke kan få den kurative behandling som trombolyse representerer.

Konklusjonen er at målet må være å identifisere de pasientene som kan ha nytte av akutt behandling, og ikke kun måle suksess som andelen av henvendelser til LVS eller AMK som ikke ender opp med en respons fra LV- eller ambulansetjenesten.

Noen historier illustrer også ganske godt at det ikke hjelper med dyktige fagspesialister dersom riktig informasjon om symptom og problemstilling ikke blir formidlet eller blir formidlet på en mangelfull måte. Vår undersøkelse viser imidlertid at det først og fremst er kompetansen hos de som er i kontakt med pasientene, og kommunikasjon som er de største utfordringene.

Kommunikasjonsutfordringer ligger ikke i selve «språket» da det er kun et få tall av de involverte som ikke har etnisk norsk bakgrunn.

Kommunikasjonsmessige forhold

At kommunikasjon generelt sett kan være vanskelig er heller ikke nytt. Misforståelser mellom «sender» og «mottaker» skjer hele tiden. I dagliglivet ellers kan slike misforståelser skape irritasjon, i nødmeldetjenesten kan de ha betydning for liv og helse.

I enhver hendelse skal operatøren håndtere innringer, innhente informasjon, sjekke sine oppslagsverk, vurdere alvorlighetsgrad og agere med rett respons. Det er mange elementer som skal fungere samtidig. Ett viktig verktøy, kanskje det viktigste, er operatørens evne til å strukturere kommunikasjonen med innringer.

Strukturert kommunikasjon vil redusere fare for at:

- Operatør går glipp av viktig informasjon
- Operatør henger seg opp i en antatt vurdering av f.eks. hastegrad eller diagnose
- Misforståelser oppstår

For å få til rett vurdering av den aktuelle situasjonen er det derfor viktig at operatør sjekker ut at situasjonen er korrekt oppfattet, gjennom bruk av kontrollspørsmål, og for øvrig utelukker svikt i vitale funksjoner. For ledere av AMK og LVS er det av stor betydning at de evner å etablere en kultur med et klima for å involvere og om nødvendig overføre hendelser til kollega når kommunikasjonen blir dysfunksjonell. Ikke minst i forbindelse med seleksjon av nye medarbeidere må leder også ha fokus på kommunikasjonsferdigheter i tillegg til faglig kompetanse.

Kommunikasjonskompetanse må også kontinuerlig vedlikeholdes og det må finnes arenaer for å trene på vanskelig kommunikasjon, både mellom operatør og pasient/pårørende, mellom operatører, og mellom operatører og andre instanser. I forlengelsen av dette kan det og være hensiktsmessig å gjennomføre trening på å sjekke ut at alle involverte instanser har lik oppfattelse av hele situasjonen; f.eks. gjennom øvelser mellom AMK og LVS, og med andre operasjonsentraler. Et annet funn i undersøkelsen er at det kan virke som om jo tydeligere innringer er på at vedkommende henvender seg om en tilstand som krever akuttmedisinsk behandling, jo mindre er sannsynligheten for at man blir avvist, bedt om å avvente eller blir henvist til fastlege neste dag / senere tidspunkt. Det betyr også at plager og symptomer ikke må undervurderes eller «normaliseres» fordi pasient eksempelvis er eldre eller har andre sykdommer / tilstander.

Det kan også være på sin plass å minne om et av tiltakene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjer «I trygge hender» hvor pasienter og pårørende blir oppfordret til å «spørre og grave» helt til de er sikre på at de har forstått budskapet fra fagfolk (7).

Resultat, skadeomfang og konsekvens for pasient

Det som går igjen i saker som omhandler den akuttmedisinske kjeden, er alvorlighetsgraden av utfallet av svikten. Hele 60% (15 av 25 saker) av sakene som omtales i denne rapporten har endt opp med død. De resterende dreier seg også om saker med betydelige konsekvenser for de pasientene som har opplevd svikten. Hvis man ser gjennom NPE-tall for hele helsetjenesten, er det en svært lite andel av svikt som fører til død.

Sett på denne bakgrunn er det ikke underlig at det ofte først er etter at en hendelse har fått store eller alvorlige konsekvenser for en pasient, at man endrer rutiner eller plutselig skal fokusere på spesielle pasientgrupper eller situasjoner.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten internkontroll i helse og omsorgstjenesten pålegger alle deler av helsetjenesten et ansvar for å samle ulike data for å påse at tjenesten holder den nødvendige kvalitet (8).

Her er det fortsatt et stykke igjen før man er der man bør være i de akuttmedisinske tjenestene.

Svakheter og styrker ved metoden som er benyttet

En retrospektiv undersøkelse av denne type er beheftet med en del svakheter som f.eks. manglende opplysninger i foreliggende dokumentasjon. Dette kan medføre at viktige hendelser der svikt i nødmeldetjenesten var en medvirkende faktor, *ikke* blir fanget opp. En annen forutsetning for metoden er jo at hendelsen faktisk er meldt og registrert.

På den annen side har metoden vi valgte styrker ved at hver hendelse ble diskutert nøye av en forholdsvis stor prosjektgruppe med ulike perspektiv og faglig bakgrunn / kompetanser.

Vurderingen og erfaringene sett fra brukerperspektivet var også spesielt nyttig i denne sammenheng.

Avstand til Legevakt og/eller sykehus ble ikke t vurdert i dette prosjektet fordi denne informasjonen var mer omfattende å skaffe.

Kompetanse til personell i LVS/ AMK som har håndtert hendelsene har heller ikke vært vurdert.

Det er videre grunn til å anta at en del pårørende ikke kjenner til erstatningsordningen, og at noen (eldre, psykisk syke og ressursvake for øvrig) ofte ikke klager selv om man burde. Det er også belegg for å hevde at i det små kommuner, med gjennomsiktige forhold, kan oppleves som en påkjenning å klage.

Alt dette gjør at tallet på mulige saker med svikt trolig er høyere, og at de derfor ikke bør benyttes som grunnlag for estimat av forekomst.

Konklusjon og anbefalinger

1. Behov for bedre systemer for avviksmeldinger

Det synes å være behov for enklere men mer strukturerte avviksmeldinger, samt et system for oversikt over meldinger via kommune vs enkeltleger og fylkesmann/helsetilsyn. Det er også svært nyttig å involvere brukerrepresentant i håndtering av hendelser og avvik.

Felles vurdering av hendelser mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste ga nyttige perspektiver og bør vurderes innført. Det var også nyttig å inkludere NPE i dette arbeidet, selv om det er en ikke ubetydelig forsinkelse når det gjelder det tidspunkt en gitt hendelse blir meldt til NPE.

Målet må også være en åpen kultur for å diskutere hendelser (både innad og mellom sentraler) uten å være ute etter å utpeke hvem som har skyld for at noe hendte, men for å forstå hva som hendte og hvilke faktorer som kan ha medvirket til at det skjedde. På denne måten kan man også oppdage mulige måter å unngå lignende situasjoner skal kunne oppstå i fremtiden.

2. Rutinemessig innsamling av kvalitetsinformasjon

Det ville forenkle arbeidet med å overvåke kvaliteten i denne delen av helsetjenesten dersom man vurderte hvilke data som bør samles med det perspektiv at uønskede hendelser vil oppstå. Det er således nødvendig med fortløpende innsamling av utvalget data for kvalitetsforbedring, med fokus på de pasientgrupper som tilsynelatende er mer utsatt for svikt. Rask identifisering av avvik og kanskje også innsamling av ytterligere informasjon mens hendelsen er «fersk i minne» bør vurderes. Også i dette arbeidet er det viktig å involvere brukerrepresentanter.

3. Kompetanse

Å styrke kompetanse til den enkelte operatør slik at vedkommende blir dyktig på innhenting av relevant informasjon på en strukturert måte, vil også redusere risikoen for at en henvendelse blir liggende i systemet, samt unngå at en hendelse blir avsluttet uten at annen instans har overtatt ansvar for oppfølging. Det kan også være behov for mer opplæring i håndtering av spesielle pasientgrupper som gamle, pasienter med tidligere historie, psykiatriske pasienter, og ikke minst i evnen til å be om hjelp fra andre kolleger eller instanser.

4. Informasjon til pasienter og pårørende

Det er sannsynlig at en del pasienter og pårørende kan gå glipp av erstatning de har rett til fordi de ikke kjenner til NPE-ordningen eller at helsetjenesten ikke gjør dem oppmerksom på dette. Det er mye som tyder på at selv om en hendelse med pasientskade er identifisert så får ikke pasient og pårørende den nødvendige informasjon om sine rettigheter. Her kan også brukerorganisasjoner benyttes mer aktivt.

5. Holdninger / kultur

Kontinuerlig fokus på kultur i AMK og LVS, særlig i forhold til å håndtere pasienter med kjent rushistorie eller med psykiatriske problemstillinger for å unngå at operatør blir farget av den bakenforliggende historie, men klarer å se den aktuelle hendelsen og yte nødvendig helsehjelp.

Forslag til videre undersøkelser / prosjekt

Manglende felles situasjonsforståelse

Mangelfull felles situasjonsforståelse («Hva er det som holder på å skje?») synes å være et nøkkelord i forklaringen av mange av de uønskede hendelsene. Dette er ikke et ukjent fenomen, og det bør således undersøkes mer inngående i medisinsk nødmeldetjeneste, særlig fordi det her er snakk om personer som skal samhandle mens de befinner seg på geografisk ulike steder.

Det finnes en del forskning innen operativ psykologi der man har undersøkt de såkalt «5 store» (Big Five)(9). Disse henspiller på følgende:

- Teamledelse er evnen til å dirigere og koordinere aktivitetene i et team.
- Gjensidig monitorering er evnen til å utvikle en felles forståelse av omgivelsene og skape strategier for å aktivt følge med på hva andre gjør.
- Støtteadferd er evnen til forutsi andres behov (ut i fra deres ansvar) og støtte dem slik at arbeidsbelastningen blir fordelt.
- Tilpasning er evnen til å endre handlingsmønster som en respons på informasjon om endrede omgivelser (i teamet eller mot målet).
- Teamorientering er troen på betydningen av å sette team mål over individuelle medlemmers mål.

De tre koordinerende mekanismene Tillit, Sirkelkommunikasjon og Felles Mentale Modeller (FMM) sikrer at de fem teamarbeidsprosessene er oppdaterte og at riktig informasjon blir fordelt i hele teamet.

Forskning og kunnskapsoversikter har i stor grad bekreftet at effektivt teamarbeid er avhengig av en felles oppfatning av samhandling, ferdigheter og kunnskap. "Big Five" -modellen har således fått betydelig oppmerksomhet og det er utviklet flere verktøy for å diagnostisere «teamunderskudd» eller treningsbehov f.eks. TeamSTEPS (10). Imidlertid er det svært få som har gjennomført systematiske empiriske studier av "Big Five" modellen i en operativ opplærings situasjon.

En studie som har undersøkt dette indikerer at politioperatører er positive til «Big Five»-teorien og vurderer tilnærmingen som et effektivt hjelpemiddel mot økt operativitet (11). Imidlertid er det bare en internasjonal kvalitativ studie som har undersøker hele modellen og dens relasjon til team effektivitet (12).

Det er således behov for å analysere erfaringer fra reelle operasjonelle hendelser og sanntids-kommunikasjon med mål om empirisk kvantitativ testing av anvendeligheten til modellen. En slik vitenskapelig tilnærming til «menneskelige faktorer» er ny innenfor denne sektoren der en i stor grad baserer seleksjon og trening på tilgjengelig erfaringsbasert kunnskap.

Det bør derfor vurderes om et prosjekt som f.eks. «Hvordan kan man bidra til økt felles situasjonsforståelse i sann tid i den medisinske nødmeldetjeneste» skal iverksettes.

En metode for å nærme seg denne problemstillingen kan være å analysere sanntidskommunikasjon og erfaring fra reelle hendelser. Gjennom f.eks. analyse av lydlogger og intervjuer med erfarne operatører kan man da identifisere og beskrive psykologiske mekanismer som påvirker situasjonsforståelse, felles mentale modeller, kommunikasjon og operasjonelle beslutninger.

Tilsvarende undersøkelser basert på et større tallmateriale

Tallmaterialet i dette forprosjektet er begrenset. Det gjør at vi bare har hatt noen hendelser å vurdere, noe som reduserer generaliserbarheten. Likevel har vi identifisert noen forhold som oppfattes som viktige medvirkende faktorer når hendelser oppstår.

Derfor vil det kunne være interessant å foreta en større gjennomgang som involverer enten flere kommuner i AMK-Bergen sitt opptaksområde, alternativt annet AMK-område av tilsvarende størrelse med tilhørende kommuner.

Det kan være at tilsvarende undersøkelser i andre AMK-områder i andre deler av landet og som dekker større geografiske områder, vil avdekke andre faktorer som ikke gjør seg gjeldende i samme grad i det området som er undersøkt.

Ideelt burde en slik undersøkelse være prospektiv, slik at man fortløpende innhentet data fra hendelser, parallelt med at organisasjonen selv undersøkte hendelsen. Utfordringen er imidlertid at dette kan bli oppfattet som en ekstra undersøkelseskommisjon, i tillegg til fylkesmann og UKOM (Undersøkelseskommisjonen for helsetjenesten).

Alternativt kunne det vært satt ned utvalg i noen AMK-områder, som var satt sammen på samme måte som i vårt forprosjekt. Så kunne man jevnlig møtes for å utveksle informasjon og erfaringer, samt diskutere mulige endringer og tiltak.

Prosjektmedarbeidere

Navn	Tittel	Organisasjon
Guttorm Bratlebø	Leder KoKom, seksjonsoverlege i anesthesiologi, professor i traumatologi	KoKom, Helse Bergen HF, Universitetet i Bergen
Ida R. K. Bukholm	PhD, fagsjef for pasientsikkerhet, spesialist i kirurgi	Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
Amy Bruvik Næss	Fagsjef avdeling for samfunnsmedisin, sykepleier	Askøy kommune
Lars Myrmel	Rådgiver, sykepleier	Akuttmedisinsk avdeling (AMA), Helse Bergen HF
Atle Utkilen	Nestleder i NPP og brukerrepresentant faglig referansegruppe KoKom	Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP)
Kristine Dreyer	Seniorrådgiver, sykepleier	KoKom, Helse Bergen HF
Christine Bergesen	Rådgiver, siviløkonom og sekretær for prosjektet	KoKom, Helse Bergen HF

Beskrivelse av organisasjonene

Akuttmedisinsk avdeling (AMA), Haukeland Universitetssykehus

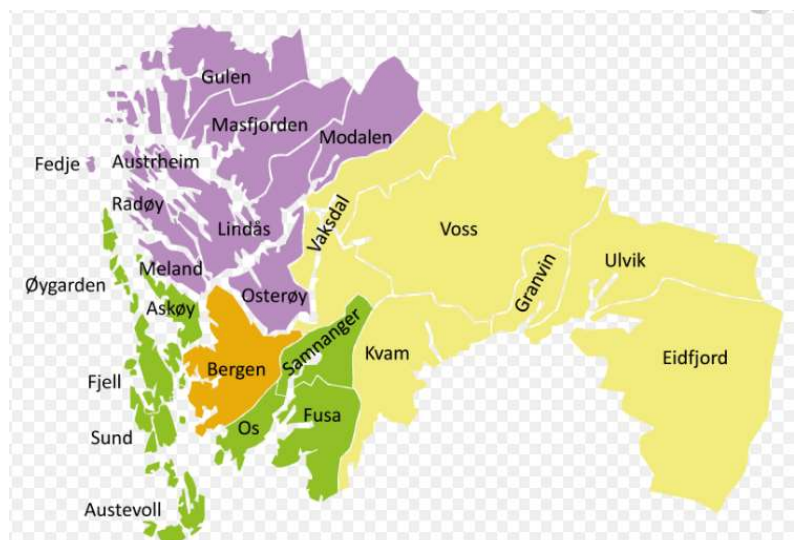
AMA er en egen avdeling i Haukeland Universitetssykehus med ansvar for ambulansetjenestene og akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-Bergen). Ambulansedriften omfatter bil-, båt-, og luftambulansetjenestene. AMA har ca. 250 ansatte og driver opplæring innen ambulansefaget både for akuttmedisin og kjøreopplæring.

Årlig er det ca. 50.000 ambulansoppdrag og 50.000 akutthenvendelser via 113 til AMK-Bergen.

I tillegg utfører AMK-sentralen diverse andre pasientrelaterte oppgaver for helseforetaket, f.eks. mottak av melding om øyeblikkelig hjelp innleggelse i sykehus. I sum mottar AMK-sentralen i Bergen mer enn 200.000 henvendelser hvert år.

AMK-Bergen ble som landets første satt i drift som et pilotprosjekt 10. mai 1984. Systemet med AMK- og legevaksentraler (medisinsk nødmeldetjeneste) ble tidlig på 90-tallet landsdekkende og det er nå 16 AMK-sentraler i Norge.

I årenes løp har det vist seg hensiktsmessig å rendyrke sentralenes oppgaver til mottak av nødmeldinger og koordinering av prehospitaler ressurser.



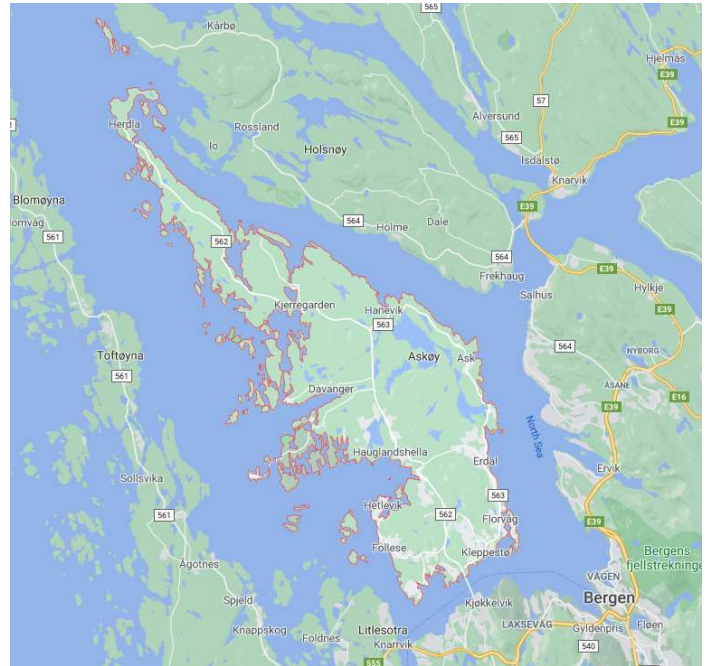
Askøy kommune

Askøy kommune ligger vest av Bergen (ca. 15 min. kjøretid). Kommunen har knapt 30.000 innbyggere, og 25 fastlegehjemler fordelt på 6 legesentre. Askøy er en pendlerkommune og ca. 2500 innbyggere velger fastlege i annen kommune. Alle legesentrene har utplassert nødnett og kan kontaktes og aktiveres ved behov. I tillegg er det to fastleger som ivaretar dagberedskap på ukedager, og som kan delta i utrykninger på akutte oppdrag. Alle fastleger skal ha tilrettelagt sin praksis for å kunne ta imot ØH-pasienter på dagtid.

Kommunen er ikke interkommunal og har ikke daglegevakt. Legevaktsentralen betjenes 24/7 av sykepleier og håndtere ca. 35 000 – 40 000 henvendelser årlig. Legevakten er bemannet med to sykepleiere og en tilstedeværende lege utenom kontortid. Denne bemanningen kan økes ved behov.

Askøy kommune har hele 36 nødnett-terminaler fordelt på legevakt, legesentre, åpen omsorg og beredskap. Askøy Brann- og redning og hjemmesykepleien har utplassert nødnett og hjertestartere, og er kommunens first-responder-tjeneste.

Jordmorttjenesten kan nåes på dagtid ved behov for assistanse, i tillegg har kommunens psykiske helsetjeneste vaktordning 24/7 for akutte hendelser og ulykker. Det er en ambulanse stasjonert i kommunen.



Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP)

LPP er en landsomfattende ideell interesse- og brukerorganisasjon for pårørende innen psykisk helse.

LPP arbeider for å vise at pårørende er en ressurs og en del av løsningen for den som er syk, og at deres erfaringer skal bli tatt på alvor av helsevesenet og kommunene.

LPP er en pådriver for å styrke tilbudet innen psykisk helsevern ved en bedret kommunikasjon mellom brukere, pårørende, behandlere og myndigheter. Organisasjonen er partipolitisk uavhengig, og er livssynsneutrale.

LPPs tre hovedpilarer:

1. Verdighet - Et samfunn kjennetegnes av hvordan de behandler sine svakeste.
2. Omsorg - Både for de psykisk syke og deres pårørende.
3. Løsninger - Lokalt og sentralt.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

NPE har tre forskriftsfestede oppgaver:

1. Avgjøre om erstatningssøkere har krav på erstatning og fastsette størrelsen på erstatningen
NPEs hovedoppgave er å behandle erstatningskrav og utbetale erstatning til erstatningssøkere (pasienter og pårørende) som rammes av en pasientskade. Med utgangspunkt i «Søknad om erstatning» avklarer vi om det foreligger svikt i behandlingen, som kan i grunnlag for en erstatningsutbetaling. I saker der det er behov for det innhentes det sakkyndig vurdering fra spesialist innenfor det aktuelle medisinske fagområdet. NPE foretar også beregningen av erstatningen. Erstatningssøkerne kan i visse tilfeller få dekket utgifter til advokatbistand. NPE behandler i tillegg erstatningskrav på vegne av Norsk Legemiddelforsikring. Det gjelder saker der erstatningssøker mener det foreligger bivirkning etter bruk av legemiddel.
2. Bidra med statistiske data til kvalitetsforbedring og skadeforebyggende arbeid i helsetjenesten
NPE har en statistikkdatabase med mer enn 60 000 erstatningssaker, og kan tilby tilrettelagt statistikk til helsepersonell, forskere, helsemyndigheter og andre som arbeider med forebygging av pasientskader.
3. Informere om pasientskadeordningen til pasienter, helsetjenesten og publikum
Informasjon om ordningen skjer via en informativ nettside, www.npe.no, via media og ulike sosiale medier, foredragsvirksomhet og utstrakt kontakt med helsevesenet.

Offentlig helsetjeneste:

Det er hovedsakelig de regionale helseforetakene som finansierer ordningen. I tillegg betaler det enkelte sykehus en egenandel i saker der vi gir medhold. Egenandelen er på 10 000 kroner, pluss 10% av det gjenstående beløpet – maksimalt 100 000 kroner.

Fylkene finansierer utbetalinger for den offentlige tannhelsetjenesten, og kommunene finansierer utbetalinger i forbindelse med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fylkene og kommunene betaler en andel ut fra innbyggertallet.

Privat helsetjeneste:

Alle virksomheter og autorisert helsepersonell som gir helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, skal betale tilskudd til NPE. Tilskuddsordningen sikrer at pasienter som har fått en skade etter feilbehandling i den private helsetjenesten, får den erstatningen de har krav på. Tilskuddene skal fullt ut dekke utgifter knyttet til erstatningskravene: Erstatningsutbetalinger, utgifter til advokathjelp og driftsutgifter for NPE og Pasientskadenemnda.

For 2018 var 17 822 årsverk tilmeldt i ordningen. Dette er en økning på 334 årsverk fra 2017. Årsverkene fordeler seg med 7 946 tilmeldt gjennom ulike kollektivavtaler med NPE, og 9 876 tilmeldt gjennom egen virksomhet. Årsverkene er fordelt på seks kollektivavtaler og nesten 7 800 virksomheter.

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)

KoKom ble etablert som et nasjonalt senter i 1997 i Bergen. Fra desember 2017 har KoKom vært en egen seksjon i Kirurgisk Serviceklinikk, Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF.

KoKoms mandat er å bidra til å utvikle og sikre høy kompetanse og likeverdig kvalitet i den medisinske nødmeldetjenesten i hele landet, uavhengig av geografi og rolle i helsetjenestene.

Målsettingene for KoKom er å:

- Iverksette tiltak for å sikre likeverdig tilgang til tjenesten
- Bidra til kompetansebygging og kompetanseformidling
- Initiere og delta i forskning og kvalitetsutviklingsprosjekt, samt etablere nettverk
- Bidra i relevant undervisning og kunnskapsformidling til alle relevante deler av helsetjenesten, samarbeidspartnere og brukerne
- Etablere og drifte hjemmeside for informasjon- og kompetanseformidling
- Bidra til implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis, samt identifisere og bidra til å utvikle slike

Referanser

1. Regjeringen. Hvis det haster.....— Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning; Oslo: 1998.
2. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. («Akuttmedisinforskriften»). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
3. Deakin CD. The chain of survival: Not all links are equal. Resuscitation 2018; 126: 80-82.
4. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN). 4. utg. Helsedirektoratet, Oslo; 2020.
5. Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS). <https://www.csamhealth.com/?s=AMIS>
6. Legevaktindeks: Beslutningsstøtte for legevakthenvendelse. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), 2020. <https://legevaktindeks.no/>
7. I trygge hender. <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
8. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten internkontroll i helse og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring>
9. Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a “big five” in teamwork? Small Group Research 2005; 36: 555-599.
10. Weld LR, Stringer MT, Ebertowski JS, et al. TeamSTEPPS improves operating room efficiency and patient safety. American Journal of Medical Quality 2016; 31: 408-414.
11. Johnsen BH, Espevik R, Saus ER, Sanden S, Olsen OK. Note on a training program for brief decision making for frontline police officers. Journal of Police and Criminal Psychology 2016; 31: 182-188.
12. Kalisch BJ, Weaver SJ, Salas E. What does nursing teamwork look like? A qualitative study. Journal of Nursing Care Quality 2009; 24: 298-307.

Vedlegg 1

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak Nasjonal veileder 2011

Kap. 6 -1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

[https://www.helsedirektoratet.no/tema/helse-og-omsorgstjenesteloven/samarbeidsavtaler-](https://www.helsedirektoratet.no/tema/helse-og-omsorgstjenesteloven/samarbeidsavtaler)
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke/id650125/mellom-kommuner-og-helseforetak>

Pasientskadeloven

Av 15. juni 2001, regulerer erstatning for pasientskader i offentlig og privat helsetjeneste. Den trådte i kraft 1. januar 2003 for den offentlige helsetjenesten og fra 1. januar 2009 også for private helsetjeneste. Loven omfatter skader som er voldt i sykehus, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre helseinstitusjoner, under ambulansetransport og i helsetjenesten utenfor institusjon. Skader regnes som pasientskader dersom de er voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev.

NPE behandler erstatningskrav etter pasientskadeloven. Vedtak fra NPE kan påklages til Pasientskadenemnda (PSN). Nemndsavgjørelsene kan bringes inn for domstolene.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten internkontroll i helse og omsorgstjenesten

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/evalueremsorgstjenesten>

§ 8a Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres

- Hyppighet og omfang av kontroll må tilpasses den enkelte virksomhet og tjenestene som ytes.
- Momenter ved vurderingen vil blant annet være om tjenestene som ytes er særlig risikofylte, om det har blitt innført en ny rutine, nye lovkrav eller lignende. Virkemidlene som benyttes kan for eksempel være:
 - målinger på prioriterte områder
 - intern rapportering
 - praksisbesøk
 - mer systematiske gjennomganger som for eksempel interne revisjoner

Eksempler på relevante interne dokumenter

- rutiner for regelmessig gjennomgang av virksomheten og dokumentasjon av resultatene
- meldinger om avvik i det interne avviks- og meldesystemet
- klageoversikter
- sjekklister for intern virksomhetsgjennomgang

- faglige prosedyrer
- administrative prosedyrer
- instruksjer
- møtereferater
- prosess- og resultatmålinger (produktivitet, ventetider, infeksjoner mv)
- nødprosedyrer ved uhell, svikt, feil, og lignende

§ 8 e Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene tas inn i relevante rutiner og prosedyrer. Bestemmelsen må sees i sammenheng med plikten til å ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser m.m. som fremgår av § 6 g.

Forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) FOR 2015-03-20-231

§ 3

d) Med *medisinsk nødmeldetjeneste* menes i denne forskriften et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten, der kommunenes legevaktnumre, nasjonalt legevaktnummer (116 117) og medisinsk nødtelefon (113) inngår.

§ 12

f) å ha kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr knyttet til et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen og

g) å samarbeide med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom legevaktsentralen, den kommunale legevaktordningen, AMK-sentralene og øvrige akuttmedisinske tjenester.

§ 14

d) å samarbeide med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med den kommunale legevaktordningen, legevaktsentralene, brannvesen, politi, hovedredningssentralene og andre samarbeidspartnere.

Samhandlingsreformen

Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles. Formålet med samarbeidsavtaler er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Den overordnede hensikten med avtaler er å bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp 4. utgave 2018

- Rollefordeling og anbefalt respons

	RØD RESPONS – akutt	GUL RESPONS – haster	GRØNN RESPONS – vanlig
AMK	<ol style="list-style-type: none"> 1. Varsle ambulans(e) og LV-lege / LVS. 2. Trippelvarsling hvis relevant. 3. Vurder også å varsle: <ul style="list-style-type: none"> • Akutthjelper • Luftambulans(e) / legespesialist • Andre nødteater • AMK-lege 4. Vurder pasienttransport i privatbil. 5. Vurder resterende kriterier. 6. Sjekk kjernejournal (KJ) dersom kritisk informasjon. 7. Gi relevante råd / instruksjoner. 8. Hold forbindelsen med innringer, ev. be innringer ta ny kontakt ved behov. 9. Overvåk aksjonen og oppdater alle involverte. 10. Oppdater involverte om ev. sikkerhetsrisiko. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Send ambulans(e) hvis klart behov og: <ul style="list-style-type: none"> • Still relevante tilleggsspørsmål • Gi relevante råd • Informer LVS / LV-lege • Be innringer ta ny kontakt ved forverring 2. Informer LVS / LV-lege, alt. opprett konferanse på forhåndsdefinert linje. 3. Oppdater involverte om ev. sikkerhetsrisiko. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gjør ett av følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Formidle henvendelsen til LVS / LV-lege, alt. opprett konferanse på forhåndsdefinert linje • Be innringer ta kontakt med LVS / fastlege 2. Send ambulans(e) hvis klart behov og: <ul style="list-style-type: none"> • Still relevante tilleggsspørsmål • Gi relevante råd • Informer LVS / LV-lege • Be innringer ta ny kontakt ved behov 3. Oppdater involverte om ev. sikkerhetsrisiko
LVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opprett konferanse med AMK, som overtar samtalen og iverksetter riktig respons. 2. Bistå AMK med lokalkunnskap. 3. Oppdater LV-legen. 4. Varsle etter kommunal beredskapsplan ved behov. 5. Oppdater involverte om ev. sikkerhetsrisiko. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vurder resterende kriterier og still relevante tilleggsspørsmål. 2. Gi relevante råd. 3. Kontakt AMK ved behov for ambulans(e). 4. Gjør ett av følgende tiltak iht. lokal instruks: <ul style="list-style-type: none"> • Konferer med lege, ev. opprett konferanse mellom pas. og LV-lege / fastlege • Be pas. komme til LV • Avtal annen transport 5. Be innringer ta ny kontakt ved behov. 6. Oppdater involverte om ev. sikkerhetsrisiko. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vurder resterende kriterier og still relevante tilleggsspørsmål. 2. Gi relevante råd. 3. Gjør tiltak iht. lokal instruks. 4. Kontakt AMK ved behov for ambulans(e). 5. Be innringer ta ny kontakt ved forverring. 6. Be innringer ta kontakt med fastlege hvis relevant. 7. Oppdater involverte om ev. sikkerhetsrisiko.
LV-lege	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bekreft meldingen. 2. Vær tilgjengelig i talegruppe. 3. Vurder nødvendigheten av å rykke ut selv. 4. Endre hastegrad ved oppdatert informasjon. 5. Vurder behov for spesialressurser. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vurder henvendelsen snarest. 2. Kontakt innringer hvis avtalt med LVS. 3. Endre hastegraden ved behov. 4. Kontakt AMK ved behov for ambulans(e). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vurder henvendelsen. 2. Kontakt innringer hvis avtalt med LVS. 3. Endre hastegraden ved behov. 4. Kontakt AMK ved behov for ambulans(e).
Amb.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bekreft meldingen. 2. Vær tilgjengelig i avtalt talegruppe. 3. Utrykningskjøring berettiget. 4. Utfør oppdraget iht. lokal instruks <ul style="list-style-type: none"> • Gi situasjonsrapport til AMK • Meld pas. til leveringssted 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bekreft meldingen. 2. Vær tilgjengelig i avtalt talegruppe. 3. Utrykningskjøring bare berettiget under spesielle forhold. 4. Utfør oppdraget i henhold til lokal instruks. <ul style="list-style-type: none"> • Meld pas. til leveringssted 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bekreft meldingen. 2. Utrykningskjøring ikke berettiget. 3. Utfør oppdraget iht. lokal instruks.

Kort 40 samarbeid og samvirke AMK – rolle ved alvorlige hendelser, ulykker og masseskadehendelser

AMK har ansvar for å styre og koordinere lokale ambulanseresurser (bil, båt og luftambulans(e)) på vegne av involverte helseforetak. AMK har videre ansvar for å mobilisere ressurser og iverksette nødvendig akuttmedisinsk respons. Ved hendelser på grensen mellom AMK områder må de involverte AMK-sentralene avklare hvilke sentral som skal håndtere hendelsen. Ansvarsdelingen mellom AMK sentralen og Innsatsleder Helse (ILH) se 40.8.1, er at AMK-sentralen koordinerer helseressurser på vei til og fra innsatsområdet, mens ILH disponerer og koordinerer ressursene i innsatsområdet (skadested). AMK er i løpende kontakt med ILH, og sørger for nødvendig informasjonsflyt mot aktuelle helseforetak i henhold til lokale rutiner og planer. Kontaktbehovet mot andre deler av helsetjenesten og andre samarbeidspartnere vil være betydelig. AMK-lege skal være tilgjengelig for konsultasjon og beslutningsstøtte ved behov, og AMK skal kunne bistå lederne i innsatsområdet med råd om evakuering og fordeling av pasienter.

LVS – rolle ved alvorlige hendelser, ulykker og masseskade

LVS har ansvar for å sette telefonsamtaler om alvorlige hendelser, ulykker og masseskader over til AMK. LVS varsler egne ressurser og skal ved behov varsle og mobilisere kommunens kriseledelse og kommunale ressurser knyttet til omsorg for pårørende og uskadde.

Legevaktindeks <https://legevaktindeks.no/>

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har det redaksjonelle og faglige ansvaret for Legevaktindeks. Nasjonal kompetansetjeneste for akuttmedisin (NAKOS) har det faglige ansvaret for NIMN. NKLM og NAKOS har et godt samarbeid, og en felles langsiktig strategi for integrert beslutningsstøtteverktøy for hele nødmeldetjenesten.

Legevaktindeks er en videreutvikling av beslutningsstøtteverktøyet Telefonråd, og er laget spesielt for håndtering av pasienthenvendelser ved legevakter og allmennlegekontor.

Legevaktindeks skal bidra til å sikre en best mulig faglig praksis og en ensartet vurdering og prioritering av pasienthenvendelser til legevakter eller legekontor. Verktøyet skal være et supplement til helsepersonellens selvstendige og faglige vurdering.

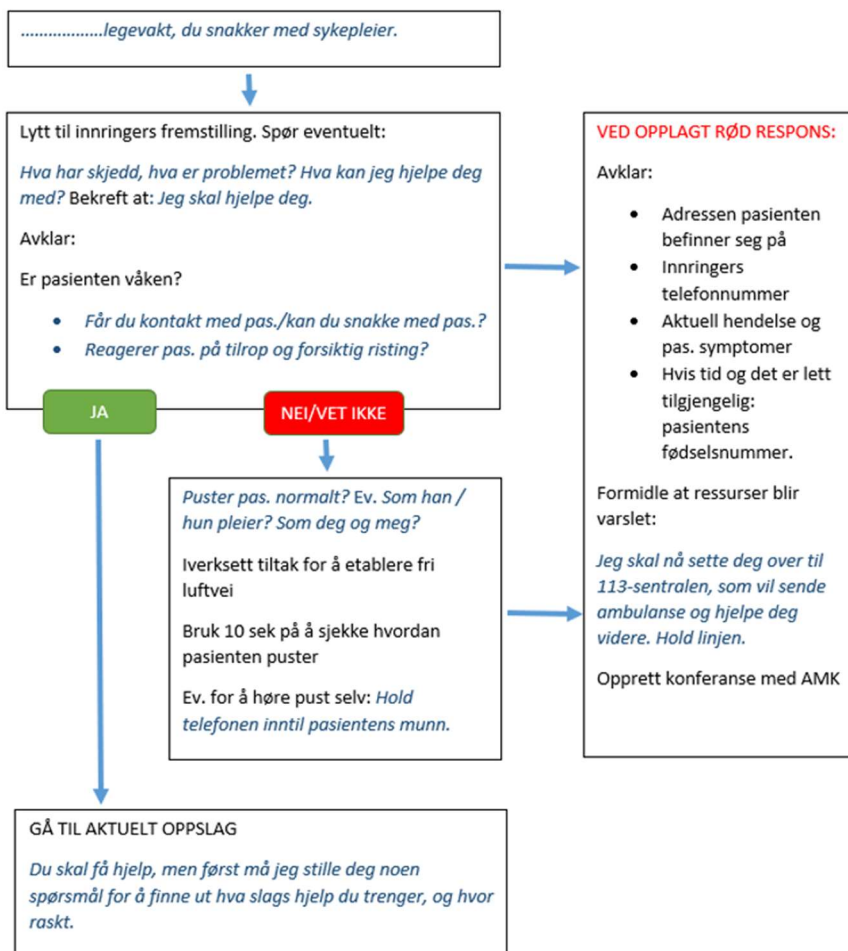
Bruken av Legevaktindeks fritar ikke brukeren for sitt selvstendige ansvar gjennom helsepersonelloven. Det er nødvendig at Legevaktindeks brukes med godt faglig skjønn.

Alt faginnhold har blitt gjennomgått og revidert i løpet av 2019 og 2020, og verktøyet har fått en helt ny oppbygging. Legevaktindeks er tett integrert med Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp (NIMN) og NIMN finnes også som eget oppslagsverk i Legevaktindeks. NIMN er oppdatert etter den nyeste versjonen 4.1.2.

Legevaktindeks er tilgjengelig og gratis for alle og ligger åpent på NKLM sine nettsider.

Nettkurs for hvordan Legevaktindeks brukes ligger på NKLM sine hjemmesider.

Det er utviklet et eget startkort for henvendelser til legevaktsentralen som vist under:



Nødnett Nivå 3 Lokale prosedyrer Helse Vest (2014)

AMK Norsk indeks for medisinsk nødhjelp bør benyttes for utspørring

- registrer hvor, hva og hvem
- sikre innringers telefon og hendelsesadresse
- dokumenterer relevant informasjon
- varsler rett enhet ved utalarmering /oppkall i nødnett. Meldingen skal inkludere hastegrad og hvilken kjøretretning
- vurderer behov for konferansesamtale med andre helseressurser for rådgivning
- ved behov for innsats fra flere nødetater bruk tverr- eller trippelvarsling

Nødanrop som gjelder annen 11x-sentral overføres til denne ved hjelp av konferansekopling
R- AMK varsles ved større hendelser.

Legevaktshenvendelser uten behov for innsats fra spesialisthelsetjenesten, settes over til aktuell legevaktsentral:

- kun hasteoppdrag settes over til prioritert linje
- andre henvendelser settes til vanlig LV-nummer

LV-sentral Norsk indeks for medisinsk nødhjelp bør benyttes for utspørring

- registrer hvor, hva og hvem
- mottar melding (hvor, hva og hvem)
- sikrer innringers telefon og hendelsesadresse
- avklare alvorlighetsgrad – ved rød respons settes henvendelsen over til AMK i konferanse på definert akuttlinje
- bidra med lokalkunnskap om nødvendig
- dokumentere relevant informasjon

Nødnett Nivå 3 prosedyrer Prosedyre A 04 LV-sentral som mottar telefon

Skal før overføring:

- håndtere meldingen i samsvar med Norsk indeks for medisinsk nødhjelp
- sikre viktig bakgrunnsinformasjon (telefonnummer, oppholdsadresse)
- avklare hastegrad
- dokumenter kortfattet henvendelsen og prioritering i journal

Sette over til riktig sentral

Operatør som mottar henvendelsen ved "feil" sentral, opplyser innringer om at denne blir sett over til riktig sentral etter at viktig informasjon er mottatt

• **Grønn respons:** Sette samtale til riktig legevaktsentral uten konferanse • **Gul respons:** Sette samtale til riktig legevaktsentral og evt. trekke seg ut av samtalen • **Rød respons:** Sette samtale over i **konferanse** med AMK Akutt Telefonen settes over til aktuell LV-sentral ved å bruke dedikert nummer til sentralen (egen kø - pr i dag: gul linje)

**KoKom skal bidra til
å utvikle og sikre høy kompetanse og likeverdig
kvalitet i den medisinske nødmeldetjenesten i hele landet,
uavhengig av geografi og rolle i helsetjenestene**