

Skandinavisk nettverksmøte for AMK-sentraler – Aalborg – 9.-10. mai 2023

Møtet samlet 47 deltagere fra de tre skandinaviske land.

Innlegg og debatter delte seg i tre bolker:

- Kommunikasjon, dokumentasjon
- Beslutningsstøtte
- Personell; opplæring og oppfølging

Nettverksbygging og besøk i AMK

I tillegg til spennende faglig innhold er nettverksbygging og gode samtaler mellom presentasjonene en viktig del av møtet. De som ønsket fikk besøke Aalborgs AMK sentral.

Neste samling vil bli holdt i Norge i Bergen i mai 2024.

Presentasjoner fra årets møte vil bli gjort tilgjengelig.

Fra KoKom deltok Lars Myrmel, Vibeke Kristensen Realfsen, Emil Iversen og Kristine Dreyer.

Ring rett nummer

v/Katrine Mørk Kommunikationskonsulent Region Nordjylland / Mennesker og Organisation

I forkant av nettverksmøtet fikk representantene fra Norge en presentasjon av en dansk kampanje som sikter mot å styre henvendelser ved mindre alvorlige hendelser bort fra nødnummer 112. Man benytter flere presentasjonsformer; video, flowcharts og bilder. Flowcharts er gjerne laget med en humoristisk vinkling. Initialt ble det publisert via offentlige medier, og etter hvert repeteres og oppdateres kampanjen via sosiale medier (facebook og instagram). Se til vedlegg for eksempler.

Velkommen

Lægefaglig Direktør Martin Rostgaard-Knudsen, Den Præhospitale Virksomhed, RN

AMK-sentralens silingsfunksjon ble poengtert. Etterspørsel etter helsetjenester øker, og kapasiteten reduseres. Om vi automatisk sender ambulanse ved alle henvendelser vil også handlingen i videre ledd automatiseres, og sykehuskapasitet sprennes. Befolkningen må vite at helseressurser er begrenset, og at de dårligste pasientene må prioriteres. Kapasitet og kunnskap om «hvite biler» må økes.

Beslutningsstøtte

Det er mange spirende prosjekter knyttet til bruk av kunstig intelligens. Så langt er det bred enighet om at dette er teknologi som skal tas i bruk, men man er usikker på hvordan det skal implementeres. Og det er skepsis til konsekvenser av AI. København har satt Corti sitt system for gjenkjenning av hjertestans på vent. Årsaken oppgis å være av teknisk art. Det er dog ikke tvil om at det har medført økt ressursbruk grunnet overtriage.

Sverige har med sitt «medisinsk beslutningsstöd» valgt å strukturere sitt datasystem slik at man genererer notat ved hjelp av koder. Det gir betydelige mengder virksomhetsdata, men om det gir bedre treffsikkerhet og helseeffekt er mer usikkert.

De fleste sentraler har tatt i bruk et eller annet system for videostøtte ved nødtelefoner. Det er gjort flere studier av bruk av video, bl.a. knyttet til årsak for henvendelse, samtaleid sammenlignet med tale alene, og omfang av bruk. I Danmark har man også gjort en randomisert studie hvor halvparten av operatørene skulle benytte video og den andre halvparten ikke. Deres konklusjon er at video bør være et «bortvalg», ikke et «tilvalg».

Kanskje må Norsk indeks for medisinsk nødhjelp revideres med tanke på bruk av video?

Samspill mellom kunstig intelligens og medisinsk intervju ved 112 henvendelser

*V/Kasper Elmholdt, lektor, Institutt for Politik og Samfund, Aalborg Universitet
og Ninna Meier, lektor, Institutt for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet*

Bakgrunn for innlegget var bruk av Corti sin AI for å detektere hjertestans, og hvordan innføring av kunstig intelligens påvirker arbeidet i sentralen. Innføring av AI påvirker måten å jobbe på, roller, relasjoner og organisasjon, og ikke alltid på en måte man hadde forutsett. Kravene til operatørens evne til å justere sin oppmerksomhet øker. Oppmerksomhetsjustering er en del av operatørens «faglige blikk».

Så kan man lure på om innføring av AI vil ha samme effekt som innføring av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp; at man øker sensitivitet, men ikke nødvendigvis spesifisitet, og at man ender med en enda større dreining mot høyere hastegrad.

De frivillige i Region Nordjylland – 112-akutthjelpere (SMS – Hjerteløpere)

v/Frivillig koordinator Anders Højen, Den Præhospitale Virksomhed, RN

Helsepersonell er begrensede ressurser, og faggruppene oppgaver er i endring. Bruk av frivillige øker, f.eks. akutthjelpere med varierende behandlingsmuligheter og «hjerteløpere». Det gir både nye utfordringer og nye muligheter. Opplæring og vedlikehold er en kontinuerlig prosess som krever jevnlig trening og feedback. Og støtteordninger som ivaretar personell ved hendelser som utløser (sterke) emosjoner.

For å ta hånd om det siste har Region Hovedstaden i Danmark innført en ordning med «mikro-defuse». AMK-operatør tar med seg en kollega og diskuterer hendelsen i 8-10 minutter, før de igjen går inn i operativt arbeid. Selv i en stor sentral er dette allikevel vanskelig å gjennomføre.

Basert på «medisinsk beslutningsstöd» genererer sentralene i Uppsala og Gøteborg månedlig feedback til hver ansatt i forhold til måloppnåelse på gitte kriterier: andel pri 1, andel pri 1 som tilses/behandles på stedet (eks de som forventes behandlet på stedet), andel hendelser med komplett utfylte data, antall/andel hastegradsendringer.

Regionen har to nivå frivillige; hjerteløperne som kun nyttes ved hjertestans, og akutthjelpere som kurses til å kunne bidra som akutthjelpere også ved andre tilstander. Den siste kategori har akuttsekk, oksygen og epipen tilgjengelig. Disse får en 26 dagers opplæring, fører journal, har taushetsplikt, og er ansvars- og ulykkesforsikret. Det er et opplegg for vedlikeholdstrening.

Man har positive erfaringer med bruk av akutthjelpere, men det er ikke gjort noen systematisk undersøkelse av effekten. Det avklares alltid med innringer om det er OK at man sender en akutthjelper i påvente av at ambulanse skal komme frem.

Innføringen av akutthjelpere var i utgangspunktet mer politisk enn medisinsk motivert.

Forskning om hvilke symptomer i Dansk Indeks det er farligst å ringe om

<https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-021-00874-6>

v/Stine Ibsen, region Nordjylland

Mortalitetsanalyse av 76.619 pasienter som hadde ringt 112. 6,8 % døde innen 30 dager, 3,9 % samme dag. Størst dødelighet var det ved «Bevisstløs voksen», etterfulgt av «Pustevansker», «uavklart problem», «mulig hjerneslag» og «brystsmerter».

Uavklart problem; <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-022-01052-y>

Av pasienter som i AMK defineres å ha «uavklart problem» skrives over 40 % ut med «ikke-spesifikk» diagnose. Av de resterende er det er bredt spekter av ulike diagnoser.

Effekter av månedlig feedback til sykepleiere på sjukvårdens larmcentral

Sjukvårdens larmsentral benytter et egenutviklet datasystem for medisinsk beslutningsstøtte. Det er i høy grad strukturerte data, og det benyttes veldig lite fritekst. Det gjør det relativt lett å lage individuelle rapporter til den enkelte operatør. Man genererer en feedback-rapport til hver enkelt hver måned. Der presenteres måloppnåelse på gitte parameter:

- Andel prioritert 1
- Andel prioritert 1 oppdrag som blir igjen på adresse (de som forventes behandlet på stedet ekskluderes)
- Andel komplett utfylte registreringer
- Antall/andel opp- og nedgraderinger sammenlignet med ambulansen triage

Videostreaming ved 112 samtaler – en pilotstudie på sjukvårdens larmcentral

v/ Douglas Spangler

Sentralen benytter videoløsning fra SNLA; samme som brukes i flere AMK- og LVS-sentraler i Norge.

Man måler en del faste parameter ved bruk av videostøtte:

- Årsak til henvendelse (med vurdert klinisk nytte)
- Samtaletid med og uten bruk av videostøtte
- Andel samtaler med video

Kartlegging og håndtering av høykonsumenter på Sjukvårdens larmcentral

v/Anna Ekbom

De fleste høykonsumenter av alarmsentralens tjenester har psykiske lidelser, ofte kombinert med rusproblematikk. De har sjelden behov for ambulanse. Behandlingstilbudet er ofte mangelfullt. Når operatørene møter en pasient med økende antall henvendelser «tagges» disse, og ledelsen vurderer om man skal følge opp med tanke på et individuelt behandlingsopplegg. Sammen med andre involverte instanser lages et opplegg for pasienten, og dette registreres i sentralens datasystem.

Sentralen kan ved nye henvendelser varsle pasientens faste behandlere elektronisk. Man har i øyeblikket 70 slike opplegg gående.

Erfaring med video i forbindelse med 112-henvendelser

v/Natascha H. Bohnstedt-Pedersen, Forskning og utvikling, Præhospitalet, RM

En studie om implementering av video-teknologi i AMK-sentralen. Man delte operatørene parvis. De skulle enten benytte video på alle samtaler eller ikke på noen. Man sammenlignet så gruppene med henblikk på hastegrad, fordeling i bruk av indekshort og til dels sykehuset diagnosekoder.

I videogruppen ble video (forsøkt) brukt ved 48,2 % av henvendelsene. Det ble ikke presentert resultater i særlig grad, men reflektert rundt konsekvenser av bruk.

- Er organisasjonen klar for den noe lengre samtaletid man får ved bruk av video?
- Bør indeks revideres og tilpasses videobruk?
- Vurdering om video skal benyttes eller ikke bør være et fravalg, ikke tilvalg; man må vurdere om det er grunner til at man ikke skal benytte video.

Profesjons Utviklende Supervisjon (PUS)

v/Psykolog Camilla Ludvigsen og sundhedsfaglig leder Mette Bøgeskov-Jensen

Via faste audits (2 i året pr operatør) oppdaget man at intervjuene ofte var ustrukturerte, og at viktig informasjon ble oversett. Informasjonen som ble sendt til ambulansene var uoversiktlige, og viktig informasjon druknet i dårlig meldingsstruktur. Man innførte da ABCDE-algoritme.

Mye av foredraget var knyttet til læringsprosessen. Det var initialt mye motstand mot omlegging. Dels fordi operatørene fant det unødvendig, og dels fordi det ble oppfattet som kompliserende i forhold til samtalen med innringer. Rigid samtalestruktur svekker gjerne kommunikasjon med innringer.

Det er en utfordrende prosess å ha en god dialog med innringer samtidig som man skal skrive et godt og strukturert notat. Det hjelpes noe av at det etableres maler i datasystemets fritekstfelt.

Indeks er revidert slik at det for hvert kriterium er definert om hvor i ABCDE-algoritmen kriteriet hører til.

Kollegastøtte og defusing – Prosjekt ved AMK sentralen Region Hovedstaden

v/Afdelingschef Rikke Petersen 1-1-2 Vagtcentralen, Region Hovedstaden

Som et supplement til vanlig debrief og defuse har man innført «Micro-defuse». Når det har vært spesielle hendelser kan operatør be en av sine kolleger om en micro-defuse. De forlater da sentralen i 8-10 minutter for en gjennomgang av hendelsen. Målet er at operatøren skal være klar for kunne gi den neste henvendelse sin fulle oppmerksomhet.

Man har innført begrepet «Rørt, Rammet og Rystet»; alle følelsesmessige reaksjoner er grunnlag for defuse.

Ordringen ble innført 9. januar, og til nå er det gjennomført 21 micro-defuse. Behovet er betydelig større, men man strever med at operatørene får dårlig samvittighet for den ekstra belastning man utsetter sine kolleger for når man forlater sentralen for å gjennomføre slik defuse.

”Helsehjelp via telefon – kunsten å kommunisere”

v/Vibeke Kristensen Realfsen – KoKom

KoKom har laget en lettlest og oversiktlig bok om kommunikasjon. I tradisjonell opplæring i nødmeldetjenesten har hovedfokus vært på tekniske løsninger, og lite på hvordan operatørene kommuniserer med innringer. I den grad det har vært det, har det vært på å strukturere samtalen og styre den inn i et mønster som støtter medisinsk avklaring og datasystemets struktur.

Man bør nå endre fokus fra samtaleteknikk til kommunikasjonsmuligheter.

”AISMEC – Artificial Intelligence Support in Medical Emergency Calls”

v/Emil Iversen – KoKom

Prosjektet med mål, delprosjekt og kompleksitet, både i prosjekt og pasientens vei fra symptom til endelig behandling ble beskrevet.

Status AMK-IKT

v/Christoffer Strøm, avdelingssjef AMK Sør-Trøndelag

AMK-sentralene i Norge innfører felles datasystem med felles drift. Prosjektets struktur, utfordringer, forventede gevinster, fremdrift og foreløpig status ble presentert.

Prehospitale vurderingsenheter – Effektmål og pasientsikkerhet

v/Helle Collatz Christensen, Region Sjælland

Bakgrunn: Akuttmottakene klager over at ambulansetjenesten kjører for mange pasienter til sykehus. For å bøte på dette har man gitt paramedisinere opplæring og myndighet til å vurdere om pasienter kan behandles hjemme eller henvises til andre behandlende enheter.

Uten at det er tallfestet synes det som at man har bra måloppnåelse (reduert antall innleggelses), og at pasienter er fornøyde med behandlingen de tilbys.

Man er i ferd med å utvide deres undersøkelses- og behandlingsmuligheter, bl.a. med ultralyd.

Likheter og forskjeller i pasientgrupper som ringer 112 og til legevakt/fastlege

v/Morten Søvsø, Spesiellæge i almen medicin, seniorforsker, ph.d. CPER, region Nordjylland

Hovedfunn er, ikke overraskende, at pasienter som henvender seg via 112 har mer uttalte symptomer enn de som kontakter lege ved tilsvarende tilstand. Tilsvarende er dødelighet lavere i gruppen som henvender seg til lege. Dette tolkes som at pasientenes selvtriagering er god.

Pasienter som legges inn direkte med ambulanse har gjennomgående kortere liggetid på sykehus. Kortest liggetid ser man ved skader og forgiftninger.