Våre funn: Prehospitale tjenester kommer til kort



Ukom



SOMATISK HELSE HOS PASIENTER MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE

Våre funn: Prehospitale tjenester kommer til kort

Publisert 23. august 2023

ISBN 978-82-8465-033-3

Henvendelsen fra datteren til AMK med bekymring for at Inger var akutt hjertesyk, førte til mange telefonsamtaler mellom prehospitale tjenester, pasient, pårørende og sykehuset. Det gikk nesten fire timer fra datteren ba om hjelp til de prehospitale tjenestene avsluttet saken uten at de sett Inger. Vi har allerede pekt på hvordan den psykiske sykdommen overskygget den somatiske tilstanden, og hvordan lovforståelsen skapte utfordringer for helsepersonellet. Vi vil i de neste kapitlene se på andre faktorer som kan ha medvirket til at Inger ikke fikk hjelp fra de prehospitale tjenestene.

Kompetanse i medisinsk nødmeldetjeneste

En pasient som Inger setter store krav til kompetanse hos AMK-personalet. Inger var lite samarbeidsvillig, hadde ingen forståelse for at hun var syk, og var fastlåst i vrangforestillinger.

I dialogmøter med fagmiljøene blir det pekt på at AMK-operatører har en av helsetjenestens vanskeligste jobber. De får fortløpende henvendelser om ulykker og sykdom, og på svært kort tid og med begrenset informasjon, må de avgjøre hvordan de skal håndtere henvendelsene. De må vurdere alvorlighetsgrad for hver enkelt henvendelse, og prioritere bruk av ressurser.

Vår undersøkelse viser at somatisk oversykelighet hos pasienter med psykiske lidelser stort sett er kjent blant helsepersonell i den prehospitale tjenesten. For nødmeldetjenesten burde denne kunnskapen gi grunn til særlig oppmerksomhet ved henvendelse om akutt somatisk sykdom hos en alvorlig psykisk syk pasient. Det er vanskelig å se hvordan denne kunnskapen fikk betydning for den konkrete helsehjelpen som ble gitt til Inger.

Spørsmålet er hvilken opplæring telefonoperatører får til å håndtere de krav som arbeidet stiller. I Norge er det ingen nasjonal standardisert opplæring for operatører i AMK eller legevakt. Det er da heller ingen sikring av kompetanse om ulike tilstander og samsykelighet. Det er opp til virksomhetene å gi opplæring og sørge for at operatørene har nødvendig kompetanse. Mens AMK-operatører har mottak av akuttmedisinske telefoner som hovedoppgave, har sykepleiere i legevakt slike telefoner som en av flere arbeidsoppgaver.

Oslo Met har et videreutdanningsprogram for helsepersonell i medisinsk nødmeldetjeneste med 34 studieplasser. Dette antallet vil ikke dekke et nasjonalt behov.

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjons-beredskap (KoKom) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet «Kompetanseplan for enhetlig grunnopplæring av operatører i medisinsk nødmeldetjeneste» (36). Den gir overordnede føringer og rammer for rekruttering, opplæring, oppfølging og kvalitetssikring av personell ved AMK og legevakt.

En utredning om AMK-sentralene fra 2016 (37) konstaterer at AMK-operatører gjennom utdanning og opplæring har begrenset kunnskap om psykisk sykdom og rusmiddelmisbruk. Videre peker utredningen på at det er behov for kompetanseheving og utvikling av bedre beslutningsstøtteverktøy.

Vår undersøkelse bekrefter funnene i utredningen fra 2016. Vi finner at mangel på standardisert opplæring bidrar til at pasienter med psykiske lidelser og samsykelighet ikke alltid sikres nødvendig oppfølging i møte med nødmeldetjenestene.

Beslutningsstøtteverktøy i nødmeldetjenesten

Datteren til Inger ringte 113 med en klar forventing om at moren raskt skulle få hjelp. Det er uforståelig for henne at Inger hverken ble fysisk undersøkt eller innlagt.



Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Da AMK mottok henvendelsen fra Ingers datter, brukte AMK-operatøren beslutningsstøtteverktøyet Norsk Indeks for Medisinsk nødhjelp (NIMN) for å vurdere oppfølgingen. Dette beslutningsstøtteverktøyet brukes både i norske AMK-sentraler og i mange legevaktssentraler, som da kombinerer NIMN med Legevaktindeks (38). Verktøyet er basert på at en operatør bruker sin kliniske erfaring i vurdering av respons og tiltak (kyndighetsprinsippet) (36).

Da Ingers situasjon ble meldt til AMK, måtte telefonoperatøren velge ett av indekskortene for samtalen. Det finnes et eget kort for «Brystsmerter/hjertesykdom» og et annet for «Psykisk lidelse

/selvmordsforsøk». Oppdraget blir ut fra kriteriene i indekskortet kodet til en hastegrad. Hastegradene er «Rød» (akutt), «Gul» (haster) og «Grønn» (vanlig). Når pasienter har sammensatte problemer kan det være utfordrende at verktøyet legger opp til å måtte velge ett indekskort.

AMK-operatøren valgte kortet for psykisk lidelse og ikke brystsmerter. Hastegraden ble satt til «Gul».

«Det er vanskelig å spørre ut ifra et brystsmerte-kort i indeksen når du ikke har noen person å forholde deg til som kjenner det på kroppen»

SYKEPLEIER

At Inger anga forbannelser som årsak til ubehaget, bidro til at mye av oppmerksomheten blir rettet mot psykisk lidelse og ikke somatisk sykdom. Dette til tross for at det var hjertet datteren til Inger var bekymret for.

Utredningen fra 2016 om AMK-sentraler (37) bemerker at beslutningsstøtteverktøyet NIMN vurderes som dårlig utviklet når det gjelder håndtering av pasienter med psykisk sykdom. Oppdatering av NIMN pågår.

Ukom mener at det forsterker tendensen til overskygging at NIMN er lagt opp til å måtte velge ett tiltakskort. Oppmerksomheten dras da bort fra samsykelighet og inn mot én av tilstandene. Ett kort alene vil ikke gi et fullstendig bilde av pasientens situasjon. Det å måtte velge ett kort kan også skape utfordringer i informasjonsoverføring. Uavhengig av valg av kort i beslutningsstøtteverktøyet må kyndighetsprinsippet være avgjørende - helsepersonell må gjøre en helhetlig vurdering av situasjonen de står ovenfor.

Opplysninger fra pårørende i akuttsituasjoner

AMK fikk kjennskap til Ingers situasjon gjennom datteren. For å få et best mulig inntrykk av Ingers tilstand, ønsket AMK å snakke med henne selv. Siden annenhåndsopplysninger kan være mangelfulle, er det rutine for AMK å snakke direkte med pasienten.

Når en pasient ikke kan gjøre rede for sine symptomer på en meningsfull måte, oppstår en utfordrende situasjon. Da må telefonoperatører stole på informasjon fra andre. Pårørende kjenner en pasient bedre enn helsepersonellet og kan ha lettere for å få frem nyttig informasjon. De vet hva som er vanlig og uvanlig for pasienten. Pårørende er viktige når pasienter ikke klarer å uttrykke sine symptomer på en meningsfull måte.

AMK-operatøren fikk motstridende opplysninger fra datteren og Inger selv. For AMK-operatøren som måtte handle raskt ble dette utfordrende.

Forutsetningen for å gjøre en god vurdering via telefon er at pasienten samarbeider om å gi opplysninger og ønsker hjelp. Når dette ikke er tilfelle, er det særlig viktig å vektlegge opplysninger fra andre. Ut fra den samlede informasjonen må AMK-operatøren ta stilling til hva som fremstår mest sannsynlig. Hovedspørsmålet AMK-operatøren må besvare, er om dette er en pasient som trenger akutt helsehjelp eller ikke.

Ukom mener at når en person ikke er samtykkekompetent og ikke synes å forstå sitt eget beste, må AMK legge vekt på informasjon mottatt fra andre, særlig fra pårørende. Pårørendeinvolvering følger allerede av pasient- og brukerrettighetsloven, men må systematiseres i beslutningsstøtteverktøy og forankres i tjenestene.

Samhandling i en todelt akuttjeneste

I akuttjenesten er det et skille mellom AMK i spesialisthelsetjenesten og legevakt i kommunehelsetjenesten. Dette skaper utfordringer for ansvarsplassering, kommunikasjon og samhandling. Det blir en gråsone mellom legevakt og AMK.

Den todelte akuttjenesten gjorde at det ble nødvendig med mange telefonsamtaler mellom AMK og legevakt hvor oppfølgingen av Inger ble diskutert. For å hindre at pasienten blir en kasteball er tydelig ansvars- og grenseavklaring viktig (38).

Da AMK overførte oppdraget om Inger til legevakt ble det muntlig gjengitt mye informasjon mellom operatørene. Vi ser at viktig informasjon og nyanser gikk tapt.

AMK og legevakt bruker i noen tilfeller ulike beslutningsstøtteverktøy. Det kan utfordre samhandlingen når det er forskjell i responskategoriene. Manchester Triage er et beslutningsstøtteverktøy som brukes på noen legevakter i Norge. Verktøyet har flere kategorier og litt andre kriterier enn NIMN. Det er i noen tilfeller slik at rød kategori i Manchester Triage ikke har likt innhold som samme kategori i NIMN.

Å ha to forskjellige beslutningsstøtteverktøy kan ha både fordeler og ulemper. Ulike verktøy kan bidra til å forstå pasienten fra et annet perspektiv og at det gjøres en selvstendig vurdering. Samtidig vil bruk av like verktøy i høyere grad sikre at det ikke blir misforståelser.

Selv når legevakten og AMK bruker samme system kan kommunikasjon være utfordrende fordi det legges forskjellige mening i begrep. For AMK innebærer gul respons å sende ut ambulanse så snart som mulig. Ved gul hastegrad i legevakt er det anbefalt at pasienten skal tilsees innen to timer ved behov for besøk i hjemmet (39).

Et annet eksempel på utfordringer med kommunikasjon er fra KoKoms bok *«Helsehjelp via telefon - Kunsten å kommunisere»* (40). Her vises det til bruken av ordet «haster». Hvis legevakt ønsker ambulanse når det haster, vil legevakten tro at ambulansen skal komme raskt, og kanskje forvente rød respons. For AMK vil benevnelsen «haster» bety gul respons og at oppdraget utføres når ambulanse blir ledig.

I Ingers tilfelle var alle involverte oppmerksomme på mistanken om hjertesykdom. Likevel fremstår det som at en todelt tjeneste med ulik begrepsforståelse og ansvarsfordeling utfordret tjenestene og førte til betydelig tap av tid.

Ukom finner at en todelt akuttjeneste kan medføre utfordringer for pasientsikkerheten hvis det ikke er satt inn tiltak for å motvirke dette.

Kjeden som redder liv

For å kunne redde liv i en situasjon som Ingers, er det mange ledd som må fungere sammen. I akuttmedisin er «Kjeden som redder liv» godt etablert. Modellen beskriver ledd for å optimalisere overlevelse ved livstruende tilstander som hjertestans. Den finnes i ulike varianter. En versjon er utarbeidet for pasienter med psykisk sykdom i møte med akuttjenestene (8). Denne har syv kritiske ledd for overlevelse og godt utfall. Psykisk lidelse kan påvirke alle disse leddene. Ingers historie viser relevansen av flere ledd i modellen, samt viktigheten av forebyggende arbeid.



Illustrasjon: Kjeden som redder liv. Oversatt og basert på modell fra Julie Mackenhauer (8). Last ned illustrasjon: Kjeden som redder liv (PDF)

	Ingers historie
Gjenkjenne symptomer	Inger innser ikke at hun er syk, selv om hun har brystsmerter.
Aktivere helsetjenesten	Først 4,5 time etter symptomene startet ble helsetjenesten kontaktet.
Utløse respons	Det tok lang tid før Inger fikk helsehjelp.
Tidlig behandling	Forsinket diagnostisering gjorde at Inger ikke kunne få anbefalt behandling for hjertesykdom.

Forskning har sett på hvordan leddene i akuttkjeden fungerer for pasienter med psykiske lidelser (8). Funnene viser at pasienter med psykiske lidelser ofte ikke får den hjelpen de trenger. I Norge finnes det ulike helseregistre som kan belyse hvordan det går med pasienter i akuttkjeden. Disse er imidlertid ikke koblet sammen. Kobling mellom registre kunne gitt informasjon og bidratt til læring og forbedring i helsevirksomhetene. Dette ville også bedre forutsetningene for å evaluere beslutningsstøtteverktøyene.

I sykehusets hendelsesanalyse etter Ingers dødsfall deltok ikke alle parter som var involverte i pasientforløpet. Dette innebar at helsepersonell og virksomheter mistet en anledning til å kunne lære av hendelsen på tvers av organisering.

«Jeg tror vi ville hatt nytte av en felles gjennomgang av hendelsen. Men det er vanskelig når det ikke er forankret i toppen av organisasjonen og delt mellom to forvaltninger.»

KOMMUNEOVERLEGE

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924