

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse
Forsinket oppfølging av pasient med hyperventilasjon
Sak XXXX

XXXX
Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Unntatt fra offentlighet i henhold til offl.
§ 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

XXXX
XXXX

XXXX

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

XXXX

DATO: / DATE:

XXXX

Rapport i tilsynssak etter varsel om alvorlig hendelse – forsinket oppfølging av pasient med hyperventilasjon

Sammendrag	4
1 Innledning	5
2 Gjennomføringen	5
3 Opplysningene i saken - Saksforholdet	5
3.1 Pasientbehandlingen og den alvorlige hendelsen	5
3.1.1 Beskrivelse av pasientens kontakter med AMK	5
3.1.2 Arbeidsforhold på den aktuelle vekten	7
3.1.3 Etter hendelsen	7
3.1.4 Foreløpig obduksjonsrapport	7
3.2 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis	7
3.2.1 Organisering av avdelingen	7
3.2.2 Bemanning i AMK	8
3.2.3 Oppgave- og ansvarsfordeling	8
3.2.4 Opplæring og kompetanse	9
3.2.5 Hjelpemidler/beslutningsstøtteverktøy	10
3.2.6 Beslutningsstøtte ved gjentatte henvendelser og bruk av historikk	11
3.2.7 Arbeidsforhold/arbeidsmiljø	11
3.2.8 Avdelingens interne gjennomgang av hendelsen	12
4 Rettslig grunnlag	12
4.1 Om forsvarlighetskravet	12
4.2 Internkontroll	13
5 Statens helsetilsyns vurderinger	13

<u>5.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?</u>	14
<u>5.1.1 AMK-personnellets håndtering av henvendelsene fra pasienten</u>	14
<u>5.2 Om virksomheten sikrer en forsvarlig håndtering av pasienter som ringer nødnummeret 113</u>	17
<u>5.2.1 Om virksomheten sikrer forsvarlig mottak av medisinske nødtelefoner</u>	17
<u>5.2.2 Om virksomheten har et system for opplæring, vedlikehold og videreutvikling av kompetanse hos ansatte i AMK, og som setter de medisinske operatørene i stand til å håndtere nødmeldinger på en forsvarlig måte</u>	18
<u>5.2.3 Øvrige bemerkninger</u>	19
<u>6 Statens helsetilsyns konklusjon og oppfølging</u>	19
<u>6.1 Statens helsetilsyn konklusjon</u>	19
<u>6.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding</u>	20

Sammendrag

En XXXX år gammel XXXX ringte medisinsk nødtelefon klokken XXXX på grunn av tungpustenhet. XXXX hyperventilerte og snakket utydelig. I løpet av samtalen som varte i åtte minutter, gjentok XXXX elleve ganger at XXXX hadde pustevansker. XXXX trodde selv XXXX hadde hjertesvikt. Medisinsk operatør som kunne se av journalen at pasienten tidligere hadde vært innlagt på grunn av psykiske problemer, oppfattet derimot tilstanden som hyperventilasjon på grunn av angst. Omkring klokken XXXX besluttet operatøren å sende ambulanse med hastegrad 2 til adressen. Dette innebærer at det er et hasteoppdrag, men ikke blålys og sirener.

Ambulansen rykket ut klokken XXXX. Samtidig ringte pasienten 113 på nytt. En annen medisinsk operatør besvarte henvendelsen, men oppnådde aldri verbal kontakt med pasienten. XXXX hørte XXXX hyperventilere, og da lyden forsvant oppfattet XXXX det som om XXXX beveget seg vekk fra telefonen. XXXX så at en ambulanse var på vei til adressen, og avsluttet samtalen uten å ha fått kontakt med innringer og uten å iverksette ytterligere tiltak.

Av ambulansejournalen framgår det at ambulansen var framme klokken XXXX. Da de kom fram til leiligheten i XXXX etasje, var døren låst, og de fikk ikke kontakt med pasienten. AMK ble varslet om dette. Den samme operatøren som hadde tatt imot den første samtalen, tok imot beskjeden, og varslet umiddelbart politi og brannvesen for at de skulle åpne døren.

Ambulansepersonellet kom seg inn til pasienten ca klokken XXXX. Pasienten var da død. Gjenoppliving ble ikke iverksatt, da ambulansepersonellet anså at det var for sent.

Statens helsetilsyn har kommet fram til at XXXX ikke har oppfylt kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om å yte forsvarlige helsetjenester. Etter vår vurdering er AMK sin praksis ved håndtering av nødtelefoner ikke i overensstemmelse med vedtatte rutiner som tilsier at *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* og interne retningslinjer skal følges og at ved tvil om hastegrad, skal transporten oppgraderes.

Statens helsetilsyn mener at XXXX ikke har lagt godt nok til rette for at helsepersonellet yter forsvarlig helsehjelp, da ledelsen ikke i tilstrekkelig grad følger med på at rutiner og retningslinjer faktisk følges i praksis. Vi konkluderer med at denne svikten er brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. internkontrollplikten.

Statens helsetilsyn har videre konkludert med at en av de medisinske operatørene handlet uforsvarlig og at denne svikten er brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4, da XXXX ikke sørget for umiddelbar respons da pasienten ringte nødnummeret. Operatøren har fått en advarsel.

1 Innledning

XXXX, XXXX, Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) varslet den XXXX om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen XXXX (heretter pasienten), født XXXX – død XXXX, fikk da XXXX ringte medisinsk nødtelefon XXXX.

Undersøkelsesenheten ved Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i XXXX å gjennomføre stedlig tilsyn ved AMK XXXX fordi saken var alvorlig og omhandlet rutiner for utsendelse av ambulanse når pasienter ringer medisinsk nødtelefon/AMK. I tillegg la Statens helsetilsyn vekt på at hendelsen involverte flere helsepersonell, og at hendelsen etter innledende informasjonsinnhenting syntes å være kompleks. Vi hadde ca. en uke tidligere også mottatt et varsel om en lignende hendelse, som også medførte stedlig tilsyn ved AMK XXXX (vår ref XXXX). Vi har sett på forhold ved de to hendelsene i sammenheng.

Hensikten med det stedlige tilsynet var å kartlegge de faktiske forholdene rundt hendelsen ved samtaler med involvert helsepersonell og deres ledere, samt å skaffe oversikt over relevante organisatoriske forhold og rutiner.

2 Gjennomføringen

Nedenfor gjør vi kort rede for saksgangen, informasjonsinnhenting og gjennomføringen av tilsynet

- Statens helsetilsyn mottok XXXX et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra XXXX, XXXX, XXXX, AMK.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved AMK XXXX XXXX. (se vedlegg 1 og 2 for oversikt over styrende dokumenter og oversikt over hvilke ansatte som ble intervjuet).
- På bakgrunn av informasjonen fra helseforetaket og det stedlige tilsynet utarbeidet Statens helsetilsyn en foreløpig tilsynsrapport.
- Statens helsetilsyn sendte den foreløpige tilsynsrapporten til helseforetaket og pårørende XXXX.
- Vi mottok kommentarer til den foreløpige tilsynsrapporten fra helseforetaket XXXX. Vi har ikke mottatt tilbakemelding fra pårørende på den foreløpige rapporten.
- Statens helsetilsyn har innarbeidet kommentarene fra helseforetaket i den endelige tilsynsrapporten.

3 Opplysningene i saken - Saksforholdet

Statens helsetilsyn har vurdert denne saken med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått gjennom dokumenter, lydlogger, intervjuer og kommentarer. Her gjør vi rede for de forholdene som har hatt betydning for vår vurdering. Først tar vi for oss den alvorlige hendelsen og den behandlingen pasienten fikk, deretter går vi gjennom rutiner, praksis og andre forhold ved virksomheten som er relevante for å kunne forstå hvorfor den alvorlige hendelsen skjedde.

3.1 Pasientbehandlingen og den alvorlige hendelsen

3.1.1 Beskrivelse av pasientens kontakter med AMK

Den første samtalen

Den XXXX klokken XXXX ringte pasienten medisinsk nødtelefon på grunn av tungpusthet. Medisinsk operatør 1 (heretter kalt MO1) besvarte pasientens henvendelse. Pasienten var våken og klar, men hyperventilerte og snakket utydelig (taledyspne). XXXX brukte korte setninger og svarte helst med enkeltord. XXXX ga klart uttrykk for at XXXX var svært tungpusten, og gjentok dette hele elleve ganger i løpet av samtalen som varte i ca. åtte minutter. XXXX trodde selv XXXX hadde hjertesvikt, og ønsket lege for å få vandrivende medisiner. Respirasjonen var imidlertid, så vidt man kunne høre over telefonen, ikke surklete.

Det framkom opplysninger om at pasienten selv var XXXX og at XXXX hadde vært sengeliggende noen uker. I AMIS-historikken fantes opplysninger om at XXXX tidligere hadde hatt psykiske problemer, og at XXXX i XXXX hadde vært innlagt på grunn av psykose. MO1 oppfattet tilstanden som hyperventilasjon på grunn av angst. XXXX forsøkte gjentatte ganger å få pasienten til å gå med på at pustevanskene skyldtes angst, men pasienten benektet dette hver gang. XXXX vedgikk at XXXX var redd, men at hovedproblemet nå var tungpusthet. Av lydloggen framkommer det at pasienten ga klart uttrykk for at dette ikke hadde psykiske årsaker.

Omkring klokken XXXX besluttet MO1 å sende ambulanse med hastegrad 2 ("gul respons") til pasienten. Dette innebærer at det er et hasteoppdrag, men ikke akutt, det vil si ikke blålys og sirener. Tiltaket "ambulanse" var ferdig satt klokken XXXX, og ambulansen rykket ut klokken XXXX. MO1 brukte i forkant ett til to minutter på å få pasienten til å svare på om XXXX klarte å åpne døren selv, eller om XXXX skulle varsle brann/politi for å få hjelp til å komme inn i leiligheten. Pasienten svarte etter gjentatte spørsmål da XXXX kun stønnet til svar at XXXX kunne åpne døren selv. Det fremgår av lydloggen at MO1 deretter kuttet forbindelsen med pasienten.

Den andre samtalen

Klokken XXXX ringte pasienten 113 på nytt. Samtalen varte ca. to minutter. Medisinsk operatør 2 (heretter kalt MO2) besvarte henvendelsen, men oppnådde aldri verbal kontakt med pasienten. XXXX hørte at pasienten hyperventilerte i bakgrunnen, men lyden forsvant etter en stund. XXXX oppfattet det som om pasienten beveget seg vekk fra telefonen. XXXX leste AMIS-registreringen fra første henvendelse, det vil si XXXX så at MO1 hadde skrevet "*Tungpusten. Angst? Uavklart*". MO2 så også at ambulanse var på vei til adressen, og at den ville være framme i løpet av få minutter. XXXX avsluttet deretter samtalen uten å ha fått kontakt med pasienten. MO2 noterte "*rekontakt*" i AMIS-journalen, men oppgraderte ikke tiltaket til akutt, det vil si "rød respons". Informasjonen ble oversendt elektronisk til ambulansen. Det ble på dette tidspunktet ikke gjort ytterligere tiltak fra AMK sin side.

Av ambulansejournalen framgår det at ambulansen var framme klokken XXXX. Leiligheten lå i XXXX etasje, så ambulanspersonellet brukte noe tid på å komme opp til leiligheten. Døren var låst og ambulanspersonellet oppnådde ikke kontakt med pasienten. De varslet da AMK om dette. MO1 besvarte samtalen og i samråd med operasjonsleder ble politi og brannvesen varslet klokken XXXX for å åpne døren slik at ambulanspersonellet kunne ta seg inn til pasienten. Politiet rykket ikke ut, men ga klarsignal til at ambulanspersonellet ved brannvesenets hjelp kunne ta seg inn i leiligheten. Brannvesenet rykket ut umiddelbart og var fremme ved pasientens bolig etter ca. fire-fem minutter. Deretter brukte de litt tid på å ta seg inn i leiligheten, slik at ambulanspersonellet kom seg inn til pasienten ca. klokken XXXX. De fant da

pasienten død. EKG viste ingen hjerteaktivitet. Gjenoppliving ble ikke iverksatt, da ambulansepersonellet anså at det var for sent. Klokkeren XXXX meldte ambulansepersonalet tilbake til AMK at de var hos pasienten, og at XXXX var død. AMK varslet politiet om dødsfallet. I tillegg ble legevakten varslet om at det var behov for lege for å utstede dødsattest.

3.1.2 Arbeidsforhold på den aktuelle vekten

Operatørene hadde ulik oppfatning av hvor anstrengende/hektisk den aktuelle vekten var.

3.1.3 Etter hendelsen

Politiet varslet pasientens XXXX om dødsfallet. Pasientens XXXX er oppgitt som XXXXs nærmeste pårørende.

Statens helsetilsyn har vært i telefonisk kontakt med pasientens XXXX. XXXX ønsket å bli orientert om saken ved å få tilsendt kopi av henholdsvis foreløpig og endelig rapport i saken.

Politiet ba i brev av XXXX om en tilbakemelding om hvorvidt Statens helsetilsyn tilrå at etterforskning iverksettes. I brev av XXXX viste Statens helsetilsyn til at det ikke var rimelig grunn til å tro at avviket fra forsvarlighetskravet var av en slik karakter og så markant at det i henhold til Riksadvokatens rundskriv 5/2001 var grunnlag for å tilrå etterforskning.

3.1.4 Foreløpig obduksjonsrapport

Politiet begjærte rettslig obduksjon. Obduksjonen viste multiple blodpropper i pulsårene til begge lungene, utvidet høyre hjertehalvdel og rester av blodpropper i dype vener i venstre beins dype samleåre. Det ble ikke funnet andre sykkelige organforandringer av betydning. Det ble konkludert med at sannsynlig dødsårsak var blodpropper i lungepulsårene med derav følgende høyresidig hjertesvikt.

Vi har ikke mottatt den endelige obduksjonsrapporten.

3.2 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis

3.2.1 Organisering av avdelingen

Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende system som sikrer at publikum får umiddelbar kontakt med helsetjenesten i medisinske nødsituasjoner. Helsepersonell som tar imot nødmeldingene, vurderer symptomenes alvorlighetsgrad og iverksetter nødvendig respons ut fra kriteriene i ”Norsk indeks for medisinsk nødhjelp” (heretter kalt indeks). De skal også gi råd og veiledning i akuttmedisinske situasjoner. Målet er å unngå unødig tidstap når det haster, og sikre optimal bruk av ressurser og nødvendig dokumentasjon.

AMK XXXX tar imot medisinske nødmeldinger (113) fra hele XXXX. De formidler også ambulanseoppdrag i samme område via en egen telefonlinje for ambulansebestilling.

AMK er en av fire avdelinger i XXXX, XXXX, XXXX. Avdelingsleder for AMK rapporterer til XXXX. XXXX rapporterer igjen til direktør i XXXX. De tre andre

avdelingene i XXXX er luftambulanseavdelingen, ambulanseavdelingen og pasientreiseavdelingen

3.2.2 Bemanning i AMK

Medisinske operatører (MO): Dette er sykepleiere, mange av dem har spesialutdanning. På dagtid er det vanligvis fire medisinske operatører på vakt samtidig, om natten tre (eventuelt ekstrabemanning ved forventet stor pågang).

Ressurskoordinatorer: Dette er erfarne ambulansesarbeidere, de fleste av dem har paramedic-utdanning. På dagtid er det vanligvis tre til fire ressurskoordinatorer på vakt samtidig, på natten er det to, og eventuelt ekstrabemanning ved forventet stor pågang.

Operasjonsleder: Vedkommende er leder av vaktteamene. Operasjonsleder er enten sykepleier eller erfaren ambulansesarbeider. Det er alltid en operasjonsleder på vakt i AMK.

Avdelingsoverlege/medisinsk ansvarlig: Stillingen er bemannet av en anestesilege i 50 % stilling. Vedkommende er også tilknyttet luftambulansen i 50 % stilling.

AMK-lege/medisinsk faglige rådgiver: Dette var nyopprettete stillinger på hendelsestidspunktet. To allmennleger med erfaring fra legevakt deler en 100 % stilling som AMK-lege. Begge jobber i tillegg 50 % i kommunehelsetjenesten. AMK-legen skal være tilstede/tilgjengelig for konsultasjoner med operatørene på dagtid, drive undervisning (AMK-kurs, fagdager, medlytt i sentralen), oppdatere rutiner/retningslinjer osv.

På kveld/natt og søn-/helligdager kan vakthavende lege(r) på legeambulansen eller luftambulansen konsulteres pr telefon. I følge ledelsen ved AMK, konsulteres AMK-lege/luftambulansen i tilstrekkelig grad av AMK og ambulansetjenesten.

I tillegg har AMK fire fagutviklere i fulle stillinger, to sykepleiere (erfarne medisinske operatører) og to paramedics (erfarne ressurskoordinatorer). Deres oppgaver er kort- og langsiktig fagutvikling, opplæring og resertifisering, samt at de har ansvar for fagdager.

3.2.3 Oppgave- og ansvarsfordeling

Medisinske operatører besvarer nødtelefoner til 113. De skal raskest mulig få oversikt over hvor pasienten er, og hva henvendelsen gjelder. Ut fra symptomenes alvorlighet bestemmes oppdragets hastegrad, og hva slags respons som skal iverksettes. Medisinsk operatør registrerer nødvendige opplysninger om pasienten, hastegrad og valgt respons elektronisk. Hvis medisinsk operatør velger ambulanse, legebil eller luftambulanse som tiltak, kommer oppdraget opp på dataskjermen til ressurskoordinator.

Ressurskoordinator har oversikt over hvor de ulike ressursene til enhver tid er, og hvilke som er ledige. Ressurskoordinator mottar beskjeden om oppdraget (hva det gjelder, hvor pasienten er, hastegrad og type ressurs som skal aktiveres) fra medisinsk operatør, og formidler dette elektronisk til den ressurs det er mest hensiktsmessig å aktivere (for eksempel nærmeste ambulanse). Deretter står ressurskoordinator i

kontinuerlig kontakt med ambulanspersonellet, elektronisk eller over radio, til oppdraget er utført. Ressurskoordinator kan formidle kontakt mellom ambulanspersonell og for eksempel lege eller sykehus. Det er også ressurskoordinator som varsler politi og brannvesen når dette er nødvendig.

Etter særskilt opplæring og godkjenning kan ressurskoordinatorene også besvare 113-telefoner. Det tilstrebes at alle ressurskoordinatorene skal ha kompetanse til å besvare 113-telefoner, og i hvert fall kunne avgjøre om det dreier seg om en situasjon som krever akutt respons.

Operasjonsleder har det overordnede, operasjonelle ansvaret på vakt. Operasjonsleder skal holde overordnet oppsyn med ressurs situasjonen, ta seg av spesielle oppdrag og hendelser, og ta avgjørelser ved dissenser. Vedkommende står hele tiden i nær kontakt med operatører og koordinatører, og kan når som helst gå inn i medlytt på samtalene.

3.2.4 Opplæring og kompetanse

Opplæring av medisinske operatører på AMK

Opplæringen går over tre måneder og består av tre hoveddeler.

1. Kurs og forelesninger som omhandler:

- medisinsk faglige temaer
- holdninger og etikk (en dag)
- opplæring i bruk av indeks
- opplæring i bruk av dataregistreringsverktøy for AMK

2. Praktisk trening i å ta imot telefonhenvendelser/snakke med innringer samtidig som en registrerer i AMIS. Treningen foregår ved at den som er under opplæring, først tar imot ambulansbestillinger, det vil si ikke nødtelefoner, under oppsyn av en veileder.

3. Mottak av nødtelefoner: ”Eleven” sitter først i medlytt med en erfaren medisinsk operatør. Etter hvert bytter de rolle, slik at ”eleven” tar imot henvendelsene mens den erfarne operatøren sitter i medlytt og kan hjelpe til.

Når den erfarne operatøren mener ”eleven” er klar for det, foretas utsjekk. Dette foregår ved at ”eleven” tar imot og håndterer 113-henvendelser selvstendig mens en fagutvikler/sensor sitter i medlytt. ”Eleven” må ha ti godkjente samtaler før han/hun er ferdig utsjekket/sertifisert og kan arbeide selvstendig som medisinsk operatør.

I opplæringsperioden har fagutviklingssykepleierne og ”fadderne” fokus på faglig og menneskelig egnethet. Opplæringen innbefatter imidlertid i liten grad stressmestring, og bare i begrenset grad trening i kommunikasjon.

Vedlikehold og videreutvikling av kompetanse

Resertifisering foregår kontinuerlig ved at fagutviklere eller medisinsk ansvarlig lege går gjennom lydloggen fra tilfeldige samtaler med medisinsk operatør. Målsetningen er å gå gjennom ti samtaler pr. år med hver operatør, men ved behov tas det hyppigere kontroll. Nye operatører gjennomgår resertifisering to til tre måneder etter at de er utsjekket første gang. Dersom en operatør ikke består resertifiseringen, blir nye ti samtaler gjennomgått og det legges eventuelt en plan for videre oppfølging av operatøren.

Vurderingskriterier ved resertifiseringen er tidsbruk, bruk av indeks og kommunikasjon. Ledelsen har erkjent at tidsbruk i for stor grad har vært avgjørende for resultatet av vurderingen, og er nå i ferd med å endre fokus ved resertifisering slik at kommunikasjon blir tillagt større vekt. Ledelsen har utarbeidet et eget dataverktøy for registrering av sertifisering/resertifisering med oversikt over resultater for den enkelte medarbeider.

Internundervisning/fagdager: Personellet i AMK er inndelt i tre team som hver har to fagdager i løpet av en ni ukers turnus. Fagdage brukes til å drive medisinsk og operativ videreopplæring. Både uønskede hendelser/avvik og resultater fra gjennomgang av lydlogg brukes aktivt i opplæringen.

Lydlogg-grupper: Dette er "likemannsgrupper" der de medisinske operatørene går gjennom utvalgte lydlogger sammen og diskuterer hvordan oppdraget ble løst, forbedringsområder etc. Det er varierende hvor godt disse gruppene har fungert.

Det ble opplyst at det lages *læringsnotater* i etterkant av situasjoner hvor operatør vurderer at håndteringen kan ha læringseffekt for de andre operatørene.

Opplæring/trening i hjerte-/lungeredning: Dette foregår regelmessig.

3.2.5 Hjelpemidler/beslutningsstøtteverktøy

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (indeks) er utarbeidet i samarbeid mellom Lærdal AS, Legeforeningen og representanter for de største AMK-sentralene i landet. Indeksen finnes kun som papirversjon (ikke elektronisk).

Indeksen er et kriteriebasert beslutningsstøtteverktøy der hastegrad og respons bestemmes på grunnlag av symptomer og alvorlighetsgrad. Den består av en rekke "oppslag" der man starter på side 1 ("startkortet") når telefonen kommer inn. Første spørsmål skal alltid være hvor pasienten er, og hva henvendelsen gjelder. Deretter ledes en videre ved hjelp av ulike flytskjemaer fram til en hastegrad, forslag til respons og råd til innringer. Alvorlighetsgraden er inndelt i rød (akutt), gul (haster) og grønn (vanlig). AMK XXXX opererer med to typer grønn respons (lys og mørk grønn) for å skille planlagte transportoppdrag fra respons på nødmeldinger.

Medisinske nødmeldinger som mottas ved AMK XXXX, skal håndteres i henhold til indeksen. Dette blir innskjerpet overfor de ansatte både gjennom kurs/initial opplæring, fagdager og egen prosedyre i virksomhetens elektroniske håndbok (E-håndbok for XXXX, prosedyre "Mottak av nødmelding – bruk av indeks" dokument-ID 14351).

"E-håndbok for XXXX" inneholder lokale tilpasninger til indeks, samt gir retningslinjer for forhold som ikke dekkes av indeksen. Operatørene blir gjort kjent med disse retningslinjene gjennom AMK's intranett eller egne fagdager.

AMIS (Akuttmedisinsk informasjonssystem) er et dataregistreringsverktøy som er utarbeidet for og brukes i AMK over hele landet. Her registreres opplysninger om pasienten og hva henvendelsen gjelder, samt hastegrad og iverksatt respons. Informasjon blir sendt elektronisk fra AMK til ambulansene.

3.2.6 Beslutningsstøtte ved gjentatte henvendelser og bruk av historikk

Medisinske operatører skal alltid, ved alle henvendelser, bruke ”start-kortet” i indeksen. Indeksen har spesielle kriterier for hastegrad og respons ved gjentatte henvendelser. Gjentatte henvendelser og mistanke om akutt/alvorlig sykdom, skal utløse rød respons, det vil si akutt utsendelse av ambulanse (*”Uavklarte lidelser”* A.06.10). Dette fremgår også av prosedyren *”Håndtering av pasienter med gjentatte henvendelser til 113”* (Dokument ID 14291) i E-håndboka.

Historikken skal sjekkes i AMIS. Samtidig er det en klar oppfatning både blant AMK-personellet og ledelsen, at enhver henvendelse skal ses på som en ny hendelse, ut fra tanken at selv ”gjengangere” med mindre alvorlige lidelser kan bli akutt alvorlig syke. Rutinen i slike situasjoner er å lytte til innringer i den aktuelle situasjonen, og handle ut fra de opplysningene man får der og da.

3.2.7 Arbeidsforhold/arbeidsmiljø

Medisinske operatører og ressurskoordinatorer arbeider skift der dag- og kveldsvakter er på syv timer og nattevakter er på ni timer. AMK XXXX tar imot ca. XXXX medisinske nødtelefoner og ca. XXXX ambulansebestillinger pr år. Arbeidsbelastningen varierer, på de mest travle vaktene er det opp mot XXXX nødmeldinger i løpet av en vakt (XXXX pr. operatør). Noen ganger er det ikke mulig å forlate plassen i løpet av vekten, mens andre ganger kan det være roligere.

Operatørene sitter samlet i samme rom som ressurskoordinatorene, uten mulighet for skjerming. Kommunikasjonen med innringer foregår via hodetelefoner og mikrofon. Hodetelefonene er ikke av en slik kvalitet at de filtrerer ut andre lyder som kan virke forstyrrende i sentralen.

Det stilles store krav til operatørenes simultankapasitet. Samtidig som innringer spørres ut i henhold til indeks, skal personalia og de viktigste symptomene registreres i AMIS. Hastegrad og tiltak skal bestemmes, og etter det overføres tiltaket til ressurskoordinator for effektivering. I tillegg skal operatøren, når det er aktuelt, gi råd og veiledning i henhold til indeksen i påvente av at ambulansen kommer fram. Alt dette skal gjennomføres så raskt som mulig, slik at pasienten kan få nødvendig helsehjelp uten opphold.

Både de medisinske operatørene og ressurskoordinatorene kan se på skjermen at det står 113-telefoner i kø og hvor lenge de har ventet. Noen operatører vedgår at det kan stresse dem å vite at det er kø (og at responstiden dermed blir for lang) når de sitter i samtale med en annen innringer, mens andre operatører poengterer at de ikke bryr seg om det. De konsentrerer seg utelukkende om den samtalen de er involvert i.

AMK har flere ubesatte stillinger. Det ble opplyst at de for tiden mangler ca. ti sykepleiere. Nye sykepleiere læres opp kontinuerlig, men frafallet er stort i opplæringsfasen (ca. 25 %). Mange faller fra på grunn av at de ikke er personlig egnet for jobben. Ledelsen oppga at om en person er egnet kan være vanskelig å finne ut, før de nye er kommet så langt i opplæringen at de tar imot nødmeldinger med veileder i medlytt. Opplæringen medfører også en tilleggsbelastning for de erfarne sykepleierne på AMK. Sykefraværet ligger på 16-28 %, og har stort sett somatiske årsaker. I følge ledelsen jobbes det nå med å undersøke hvorvidt arbeidsforholdene kan være en av

årsakene til sykefraværet. Det opplyses at det for tiden pågår et prosjekt hvor en ser på bemanning, rekruttering og arbeidsforhold i sentralen.

AMK-personellet angir at arbeidsmiljøet er godt. Det er lett å spørre hverandre, og det er lett å ta kontakt og diskutere med operasjonsleder. Det er også enkel tilgang til medisinsk kompetanse; AMK-legene på dagtid og legeambulans- eller luftambulanslegen på vakttid. Den generelle innstillingen blant personellet er at dersom man er i tvil om man skal aktivere en ressurs, så gjøres det. Ved tvil om hastegraden er rød eller gul, velges en rød respons.

3.2.8 Avdelingens interne gjennomgang av hendelsen

Vi har fått opplyst at avdelingsledelsen har gjennomgått hendelsen i etterkant og hørt på de aktuelle lydloggene. Ledelsen har også hatt en gjennomgang av hendelsen sammen med de to aktuelle AMK-operatørene. Vi har ikke fått opplysninger om hva ledelsen for øvrig har gjort av tiltak, og vi henviser til punkt 6 som omhandler vår konklusjon og oppfølging der dette etterspørres spesielt.

4 Rettslig grunnlag

- lov om statlig tilsyn med helsetjenesten
- lov om spesialisthelsetjenesten §§ 2-2 og 3-3a
- lov om helsepersonell §§ 4 og 16
- forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Kravet stilles både til helsepersonells utøvelse av helsehjelp og til virksomhetens organisering av helsehjelp, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 lyder:

"Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud"

Helsepersonelloven § 4 første ledd lyder:

"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig."

Helsepersonelloven § 16 første ledd lyder:

"Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter."

4.1 Om forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes med utgangspunkt i normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 4, som stiller krav til helsepersonell om å utøve sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte. Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven har imidlertid et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven.

4.2 Internkontroll

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. Helsetjenesten er pålagt å etablere internkontroll for å sikre forsvarlige tjenester jf. *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* (internkontrollforskriften). Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som gir god kvalitet i tjenestene og reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrenser skadevirkningene. Kravene i forskriften skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. Dette for å sikre robuste tjenester som har god kvalitet også i de tilfellene rammebetingelsene ikke er optimale, for eksempel ved fravær av personell, i kritiske situasjoner, ved stor pågang av pasienter eller i vaktskifter.

Ledelsen skal sørge for at virksomheten identifiserer områder hvor det er fare for svikt eller mangler som kan føre til uønskede hendelser i pasientbehandlingen, og at det utarbeides gode rutiner på områder med særlig fare for svikt, jf. *Rundskriv I-2/2013* om lederansvar i sykehus. Ledere på alle organisatoriske nivåer i helseforetaket må legge til rette for og følge opp at deres helsetjenester er i tråd med gjeldende regelverk. Den øverste lederen i sykehus vil ha det overordnede administrative og faglige ansvaret for sykehusets virksomhet.

5 Statens helsetilsyns vurderinger

Et viktig element i arbeidet med pasientsikkerhet i helsetjenesten er å identifisere sårbare områder og redusere risiko for hendelser og uønskede utfall. Statens helsetilsyn har vurdert om det var forhold som tilsa at AMK skulle sendt ambulanse til pasienten på et tidligere tidspunkt. Vi drøfter både individuelle og organisatoriske/ledelsesmessige faktorer som kan ha bidratt til at denne saken fikk et så alvorlig utfall.

Vi har i denne saken funnet grunnlag for å opprette tilsynssak mot en av de medisinske operatørene. Denne medisinske operatøren har i vedtak av dags dato fått en advarsel for brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4. Vurderinger av helsepersonellens handlinger for øvrig, inngår i den samlede vurderingen av den oppfølgingen pasienten fikk.

Statens helsetilsyn har imidlertid også funnet grunnlag for å vurdere virksomhetens ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp. Vi vurderer om helseforetaket har rutiner som sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner, og hvordan ledelsen har tilrettelagt for nødvendig opplæring og kompetanse hos personellet. AMK varslet Helsetilsynet om denne alvorlige hendelsen kun kort tid etter en tilsvarende sak. Helsetilsynet har derfor i denne saken også spesielt sett på om det er forhold ved organiseringen som inngår i begge hendelsene.

Vi har vurdert følgende:

- **AMK-personnellets håndtering av henvendelsene fra pasienten**
Som en del av denne vurderingen inngår følgende vurderingstemaer:
 - Om det ble tatt tilstrekkelig hensyn til de opplysningene pasienten kom med
 - Om alvorlighetsgraden burde vært oppfattet tidligere
 - Om opplysningene burde ledet til at ambulanseskulle vært sendt tidligere

- **Om virksomheten sikrer en forsvarlig håndtering av henvendelser til nødnummeret 113**
Som en del av denne vurderingen har vi sett nærmere på disse vurderingstemaene:
 - Om virksomheten sikrer forsvarlig mottak av medisinske nødtelefoner
 - Om virksomheten har et system for opplæring, vedlikehold og videreutvikling av kompetanse hos ansatte i AMK, og som setter de medisinske operatørene i stand til å håndtere nødmeldinger på en forsvarlig måte

5.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at XXXX AMK ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på plikten til å yte forsvarlig helsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken og viser hvorfor vi vurderer at håndteringen av henvendelsen til AMK ikke var forsvarlig.

5.1.1 AMK-personnellets håndtering av henvendelsene fra pasienten

Nedenfor gjennomgår vi de to telefonhenvendelsene fra pasienten til AMK. Vi redegjør først for gjeldende retningslinjer og normeringer. Vi redegjør deretter for om helseforetaket ga pasienten forsvarlig utredning og behandling da XXXX kontaktet AMK.

Ledelsen ved AMK har bestemt at henvendelser til medisinsk nødtelefon skal håndteres i henhold til indeksen. Opplæring og trening i bruk av indeks er en viktig del av AMK-kurset som alle medisinske operatører gjennomgår før de begynner å arbeide selvstendig i AMK. Bruk av indeks skal også være en viktig del av resertifiseringen som de medisinske operatørene går gjennom.

Enhver henvendelse til AMK skal ses på som ny, og startkortet skal brukes ved alle henvendelser. Her fremgår det tydelig at hvis det er mistanke om akutt livstruende sykdom, skal rød respons iverksettes umiddelbart. Etter at rød respons er iverksatt, går en til aktuelt oppslag for å få hjelp til å innhente viktig tilleggsinformasjon, finne rett kriterium og få bekreftet valg av hastegrad. I følge indeks og den lokale retningslinjen, skal medisinsk operatør holde kontakt med innringer til ambulansen er fremme når pasienten har alvorlige pustevansker.

Ved tvil om pasientens tilstand og behov, skal respons velges ut fra den potensielt mest alvorlige tilstanden for å sikre at alvorlig syke pasienter får nødvendig helsehjelp i tide.

Vurdering av pasientens første kontakt med AMK

Pasienten ringte til medisinsk nødtelefon første gang klokken XXXX, og sa XXXX var tungpusten. Pasienten var våken og klar, men hyperventilerte, og MO1 bemerket at XXXX snakket utydelig (taledyspne). XXXX var veldig tydelig på at XXXX var

svært tungpusten, og gjentok dette under hele samtalen. Pasienten trodde selv XXXX hadde hjertesvikt, og ønsket lege for å få vanndrivende medisiner. Respirasjonen var imidlertid, så vidt MO1 kunne høre over telefonen, ikke surklete. Pasienten opplyste at XXXX var XXXX, og at XXXX hadde vært sengeliggende noen uker.

I AMIS-historikken fantes opplysninger om psykiske problemer, og XXXX hadde i XXXX vært innlagt på grunn av psykose. På bakgrunn av tidligere sykehistorie oppfattet MO1 tilstanden som hyperventilasjon pga. angst, og forsøkte gjentatte ganger å få pasienten til å gå med på at pustevanskene skyldtes angst, noe XXXX hele tiden benektet. Pasienten var helt klar på at dette ikke hadde psykiske årsaker. Samtalen varte i ca. åtte minutter.

Pasientens tidligere sykehistorie med psykisk sykdom fikk hovedfokus under samtalen. Alvorlighetsgraden ble ikke oppfattet til tross for at pasienten fortalte flere ganger under samtalen at tungpustenheden ikke skyldtes angst. MO1 innså ikke at dette kunne skyldes alvorlig bakenforliggende sykdom.

Bruk av historikk kan være tveegget fordi AMK har en del innringere som er ”gjengangere”, og som kan ringe nødtelefonene opptil et tosifret antall ganger pr. vakt uten at det foreligger akutt sykdom. Selv disse pasientene kan imidlertid bli akutt alvorlig syke. Det er derfor en klar oppfatning blant AMK-personellet, understøttet av ledelsen, at enhver henvendelse skal ses på som en ny hendelse, og at historikk skal brukes med stor grad av forsiktighet. Dette ble ikke gjort i den aktuelle hendelsen, og pasientens tidligere psykiatriske sykehistorie ble brukt for å finne forklaring på pasientens symptomer.

Statens helsetilsyn deler AMK sin oppfatning om at historikk skal brukes med forsiktighet. Det er viktig å lytte til innringer i den aktuelle situasjonen, og handle ut fra de opplysningene en får der og da.

Indeks ble ikke fulgt ved den første kontakten med AMK. Indeksen har aktuelle kriterier som ville utløst rød respons (akutt utsendelse av ambulanse). AMK XXXX har også en lokal prosedyre som gjelder pasienter med hyperventilasjon (*CX.XX Hyperventilasjon – Lokaltilpasning av indeks*). Her fremgår helt klart at pasienter som hyperventilerer skal få ambulanse og undersøkes uten opphold, fordi hyperventilasjon kan være et symptom på en alvorlig bakenforliggende tilstand. Psykogen årsak til hyperventilasjon skal være en utelukkelsesdiagnose som ikke skal stilles pr. telefon.

Statens helsetilsyn vil for øvrig bemerke at MO1 kuttet forbindelsen med pasienten da XXXX varslet ambulansen. I følge indeks og AMK XXXX' lokale retningslinje, skal medisinsk operatør holde kontakt med innringer til ambulansen er framme når pasienten har alvorlige pustevansker. De gjeldende retningslinjene ble ikke fulgt i den aktuelle situasjonen da MO1 kuttet forbindelsen.

Etter Statens helsetilsyns vurdering synes det som om MO1 ikke forsto betydningen av de opplysninger XXXX fikk fra pasienten. Det ble ikke fanget opp at innholdet i telefonhenvendelsen var uttrykk for alvorlig sykdom hos pasienten. Det ble ikke handlet i tråd med indeks eller øvrige gjeldende retningslinjer, noe som førte til at ambulanse først ble sendt til pasienten etter at MO1 hadde hatt en lang samtale med pasienten, og da sendt som gul respons.

Bruk av indeks og interne retningslinjer ved håndtering av nødtelefoner er ment å sikre at henvendelsene blir behandlet i tråd med det som er definert som god praksis på området. Etter Statens helsetilsyns vurdering ville det ført til en tidligere utsendelse av ambulansen dersom indeks og retningslinjer var blitt fulgt i denne saken. Forsinkelsen som oppstod er etter vår vurdering et resultat av at disse ikke ble fulgt.

Statens helsetilsyn mener at helsehjelpen pasienten fikk ikke var i tråd med god praksis. Vi finner videre at måten MO1 håndterte henvendelsen fra pasienten, er et så stort avvik fra god praksis at det er uforsvarlig, jf helsepersonelloven § 4. Vi viser i denne sammenheng også til eget brev til MO1, hvor det på bakgrunn av håndteringen av henvendelsen gis en advarsel.

Vurdering av pasientens andre kontakt med AMK

Pasienten tok ny kontakt med AMK kort tid etter første samtale. Denne henvendelsen ble besvart av MO2 og varte i to minutter. XXXX hørte pasienten puste, men midt i samtalen ble pustelyden borte. XXXX oppfattet det som at pasienten beveget seg vekk fra telefonen, og avsluttet derfor samtalen. Ambulansen, som var nær bestemmelsesstedet, ble varslet elektronisk om at det hadde vært rekontakt, men ikke hva denne bestod i. Hastegraden ble ikke endret, og ytterligere tiltak ble ikke iverksatt.

Indeksen har spesielle kriterier for hastegrad og respons ved gjentatte henvendelser. Gjentatte henvendelser og mistanke om akutt/alvorlig sykdom, utløser rød respons, det vil si akutt utsendelse av ambulanse (kriterium ”Uavklarte lidelser”, A.06.10).

Det finnes også en lokal prosedyre i E-håndboka for håndtering av gjentatte henvendelser, ”Håndtering av pasienter med gjentatte henvendelser til 113” (dokument-ID 14291). Denne prosedyren tilsier lav terskel for iverksettelse og/eller oppgradering av respons ved rekontakter, og gjentar uttrykkelig at indeksen skal følges. Håndtering i henhold til indeksen ville i dette tilfellet utløst en rød respons (se over). Retningslinjene ble ikke fulgt da pasienten ringte AMK på nytt, og MO2 ikke oppnådde verbal kontakt med pasienten. Til dette er å si at ambulansen da var like ved bestemmelsesstedet.

Etter Statens helsetilsyns vurdering synes det som om MO2 ikke fanget opp at både gjentatte telefonhenvendelser og innholdet i telefonhenvendelsen, var uttrykk for alvorlig sykdom hos pasienten. Det ble ikke handlet i tråd med indeks eller øvrige gjeldende retningslinjer, og responsen ble ikke oppgradert. Statens helsetilsyn mener at denne telefonhenvendelsen ikke ble håndtert i henhold til det som er god praksis på området, men ikke uforsvarlig.

Konklusjon

Etter Statens helsetilsyns vurdering fikk ikke pasienten forsvarlig helsehjelp da XXXX henvendte seg til AMK. Statens helsetilsyn mener at AMK sin håndtering av telefonhenvendelsene fra pasienten er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4.

5.2 Om virksomheten sikrer en forsvarlig håndtering av pasienter som ringer nødnummeret 113

Statens helsetilsyn har kommet til at AMK XXXX ikke sikrer forsvarlig håndtering av telefonhenvendelser fra pasienter med somatiske symptomer, og hvor det fremkommer i AMIS at pasienten tidligere har hatt psykiske plager. Statens helsetilsyn har vurdert at denne svikten er så alvorlig at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. internkontrollforskriften. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

5.2.1 Om virksomheten sikrer forsvarlig mottak av medisinske nødtelefoner

Statens helsetilsyn har vurdert om AMK sikrer at pasienter med somatiske symptomer og tidligere psykiatrisk sykehistorie, får forsvarlig helsehjelp. Vi har også vurdert hvorvidt avdelingens opplæring og vedlikehold av kompetanse sikrer at nødtelefoner håndteres forsvarlig.

Beslutningsprosesser ved mottak av medisinske nødtelefoner

I den videre fremstillingen vil vi se på hvordan virksomheten har tilrettelagt for en forsvarlig håndtering av henvendelser til AMK. Vi vil i de følgende punktene gjennomgå de beslutningsstøtteverktøy vi oppfatter er av avgjørende betydning for driften ved AMK. Vi vil deretter se på opplæring og vedlikehold/videreutvikling av kompetanse.

Bruk av indeks

Indeks er i bruk som beslutningsstøtteverktøy i alle AMK i Norge. Den finnes kun i A3 papirformat og ikke i elektronisk versjon. Det ble opplyst at det ikke alltid er lett å slå opp i indeks, samtidig som man snakker med innringer på telefon, ”prosesserer” de opplysningene man får og registrerer all informasjon i AMIS.

Statens helsetilsyn legger til grunn, slik også ledelsen gjør, at indeks er det beslutningsstøtteverktøyet som er tilgjengelig for håndtering av henvendelser til AMK, og at den skal følges.

E-håndboka

E-håndboka fremstår for mange av de ansatte som relativt lite egnet til støtte under pågående oppdrag. For å slå opp i E-håndboka må operatørene først logge seg inn via XXXX’ intranett, en prosedyre som er tidkrevende og lite egnet i akutte situasjoner.

Ledelsens ansvar for implementering av rutiner

Ledelsen må sørge for at rutiner og retningslinjer er godt kjent, forstått og etterleves i praksis. For å sikre at rutinene følges, må ledelsen også kontrollere at helsepersonellet faktisk følger de etablerte rutinene. Det er ikke tilstrekkelig å legge til grunn at rutinene etterleves selv om de er kjent av personalet. Gjennom for eksempel stikkprøver eller systematisk gjennomgang av dokumentasjon eller lydlogger, kan praksis etterspørres og kontrolleres ved AMK. Dersom det ved en slik gjennomgang påvises at rutinene ikke følges, har ledelsen et ansvar for å justere allerede etablerte tiltak, for eksempel ved å forbedre opplæringen eller iverksette andre kompetansehevingstiltak der målet er at rutinene etterleves av alle. Ledelsen kan også benytte meldinger om avvik som en del av denne kvalitetsforbedringsløyfen.

Vurdering

Bruk av indeks er godt implementert i avdelingen, og ledelsen har en tydelig forventning om at denne alltid skal følges. Dette er også godt kjent blant de ansatte ved AMK. Vi ser at det er noen utfordringer ved å kombinere bruk av en papirbasert indeks, sammen med elektroniske verktøy som AMIS og E-håndbok. Operatørene i AMK skal forholde seg til mange oppgaver samtidig og under stort tidspress. Dette fordrer at alle verktøy og prosedyrer er lett tilgjengelig i samme format hvis de skal kunne utnyttes optimalt i en hektisk hverdag.

Vi forutsetter, i likhet med ledelsen, at alle ansatte forholder seg til de eksisterende beslutningsstøtteverktøyene og anvender disse ved alle henvendelser. Statens helsetilsyn vil påpeke at eksisterende beslutningsstøtteverktøy ikke ble fulgt ved flere av kontaktpunktene mellom innringere og AMK. Det er ledelsens ansvar å sørge for robuste verktøy som fungerer i en travel og også noen ganger stressende situasjon. Det er også ledelsens ansvar å sikre at gjeldende rutiner er kjent, og at rutinene følges av de ansatte.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har merket seg at ledelsen ved AMK XXXX har iverksatt en rekke tiltak for å implementere rutiner for mottak av telefoner til AMK, inkludert bruk av eksisterende beslutningsverktøy.

Ledelsen har imidlertid også ansvar for å følge med på at rutinene faktisk følges i praksis. Etter Statens helsetilsyns vurdering har ikke ledelsen i tilstrekkelig grad sikret at rutinene faktisk følges, og at indeks alltid anvendes. Vi har funnet at dette er utenfor god praksis, og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskriften.

5.2.2 Om virksomheten har et system for opplæring, vedlikehold og videreutvikling av kompetanse hos ansatte i AMK, og som setter de medisinske operatørene i stand til å håndtere nødmeldinger på en forsvarlig måte

Statens helsetilsyn har vurdert rutiner og praksis for opplæring og vedlikehold av kompetansen ved AMK.

AMK XXXX har et godt system for opplæring, men kommunikasjon og etiske aspekter ved tjenesten vektlegges i liten grad. Resertifiseringen legger i stor grad vekt på tidsbruk ved henvendelser. Det vil si at en operatør som raskt kommer fram til avslutning av samtalen med eller uten iverksettelse av adekvat respons, vil score høyt på graderingssystemet. Det legges mindre vekt på ”myke” verdier som omsorgsfull, ivaretagende og respektfull behandling av innringer, og evne til å kommunisere.

En stor del av opplæringen av nye operatører foregår ved at de arbeider under veiledning av de erfarne operatørene. AMK har for tiden XXXX ubesatte sykepleierstillinger, og dette, sammen med stort frafall under opplæringen, medfører at opplæring av nye medarbeidere blir en kontinuerlig belastning på de mer erfarne operatørene. Alle gjennomgår resertifisering minst én gang i året. I tillegg gjennomgår det lydlogger når operatører har spørsmål i spesielle saker, når legene har kapasitet til å høre på tilfeldige logger, og ved avvik/klager.

Vurdering

AMK har gode rutiner for opplæring og vedlikehold av kompetanse, men har i praksis ikke klart å følge egne oppsatte mål for opplæring og resertifisering. Statens helsetilsyn har merket seg at ledelsen har tatt tak i utfordringene og arbeider planmessig og langsiktig, blant annet er krav til resertifiseringen nå under revisjon slik at ”myke” verdier i større grad skal vektlegges. Vi vil videre påpeke at opplæring og kompetansehevende tiltak også krever at ledelsen sjekker at nødvendig kompetanse er sikret, og at kompetansen kontinuerlig vedlikeholdes.

Konklusjon

Statens helsetilsyn vil påpeke at det er viktig å identifisere områder der det er fare for at pasientsikkerheten er truet, og igangsette nødvendige tiltak. Vi finner at det foreligger brudd på god praksis når det gjelder å følge opp egne mål for opplæring og resertifisering. Statens helsetilsyn har imidlertid vurdert at avviket ikke er så stort at det er uforsvarlig.

5.2.3 Øvrige bemerkninger

Statens helsetilsyn har også sett om det er andre forhold ved organiseringen som kan ha betydning for håndtering av nødtelefoner til AMK. I dette punktet kommenteres de fysiske og arbeidsmessige forholdene spesielt.

God håndtering av henvendelser til AMK fordrer at sentralen også rent fysisk og arbeidsmessig er utformet for å kunne ivareta dette. Vi har ved gjennomgang av saken sett at AMK har noen utfordringer som kan gjøre det daglige arbeidet noe krevende.

Dette gjelder særlig følgende forhold:

- Sentralen er utformet med åpne løsninger som stiller store krav til simultankapasitet og evne til å ”stenge” andre samtaler utenfor
- Kvaliteten på head-set

Statens helsetilsyn har sett at dette er forhold som også er kjent for ledelsen ved AMK, og at det arbeides med utfordringene. I vår vurdering vil vi kun påpeke at det er viktig at også dette blir tatt hensyn til i den fremtidige organiseringen, inkludert når sentralen nå er utvidet til også å skulle håndtere et stort antall henvendelser fra XXXX.

6 Statens helsetilsyns konklusjon og oppfølging

6.1 Statens helsetilsyn konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet fram til at XXXX ikke har oppfylt kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om å yte forsvarlige helsetjenester. Etter vår vurdering er praksis ikke i overensstemmelse med vedtatte rutiner som tilsier at indeks og interne retningslinjer skal følges, og at ved tvil om hastegrad, skal transporten oppgraderes.

Statens helsetilsyn mener at helseforetaket ikke har lagt godt nok til rette for at helsepersonellet yter forsvarlig helsehjelp da ledelsen ikke i tilstrekkelig grad følger med på at rutiner og retningslinjer faktisk følges i praksis. Etter vår vurdering er denne svikten et brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Statens helsetilsyn har videre konkludert med at en av de medisinske operatørene handlet uforsvarlig da XXXX ikke sørget for umiddelbar respons da pasienten ringte nødnummeret. Etter vår vurdering er denne svikten brudd på forsvarlighetskravet i

helsepersonelloven § 4. Vi viser til eget brev av dags dato der operatøren informeres om at XXXX har fått en advarsel.

6.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding

Vi ber helseforetaket merke seg de punktene i tilsynssaken der Statens helsetilsyn har kommet til at det foreligger svikt eller et forbedringspotensial, og bruke dette i det interne kvalitetsarbeidet.

Statens helsetilsyn forutsetter

- at dette brevet blir gjort kjent for alle de involverte
- at de ansvarlige for virksomheten går gjennom saken for å se på hvordan de kan forebygge at lignende hendelser skjer igjen
- at ledelsen følger med på at operatørene alltid anvender hensiktsmessig beslutningsverktøy
- at ledelsen vurderer økt vektlegging av kommunikasjon og etikk ved utdanning og resertifisering av medisinske operatører

Vi ber en tilbakemelding innen XXXX på hvordan hendelsen er fulgt opp, og hvilke tiltak som er planlagt og iverksatt på de nevnte områdene. Vi ber om at denne tilbakemeldingen sendes i kopi til Fylkesmannen i XXXX

Med hilsen

XXXX
assisterende direktør

XXXX
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg:

Vedlegg 1 - Styrende dokumenter

Vedlegg 2 - Oversikt over hvilke ansatte som ble intervjuet

Kopi til:

Fylkesmannen i XXXX

Pårørende

AMK XXXX v/leder

Juridisk saksbehandler: XXXX
Medisinskfaglig saksbehandler: XXXX