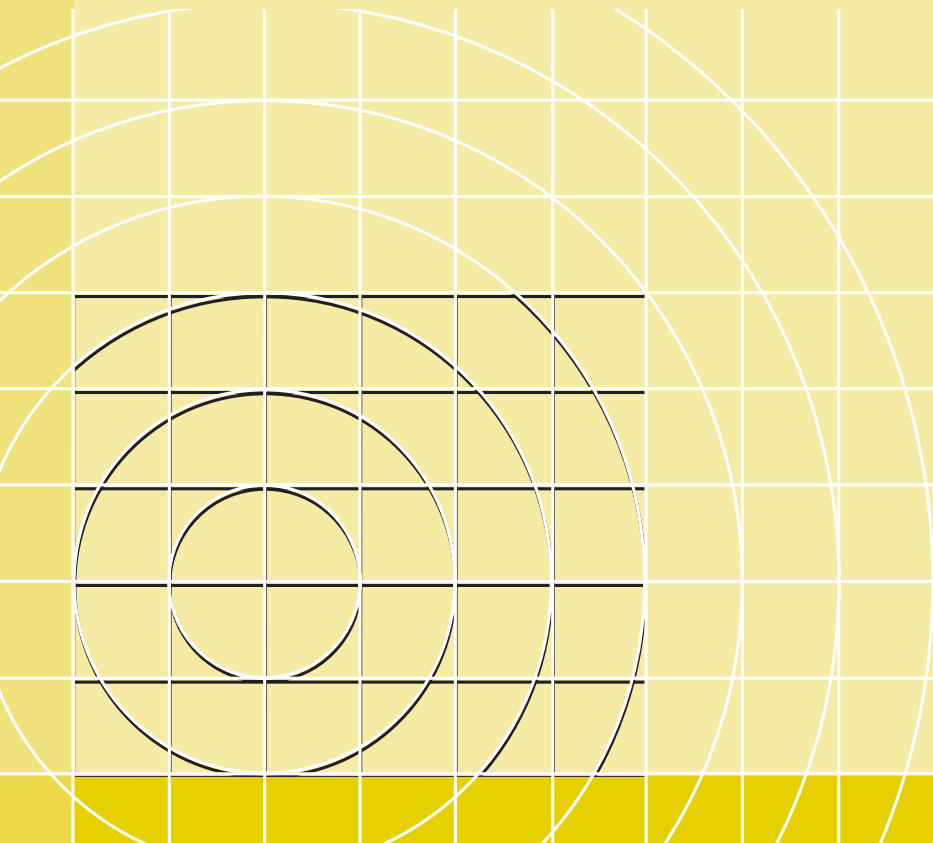


Når det haster...

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 7/2006

JUNI
2006

Rapport fra Helsetilsynet 7/2006
Når det haster...
Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?

Juni 2006

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

Del I – Helsetilsynets vurdering	5
Sammendrag	6
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn: Bekymringsmeldinger og mangelfull kunnskap og statistikk	8
1.2 Hensikten med undersøkelsen	8
1.3 Nærmere om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	9
2 Materiale og metode	11
2.1 Et tredelt datamateriale	11
2.2 Beskrivelse av materialet og metodiske vurderinger.....	11
2.2.1 Spørreundersøkelsen til ansatte ved AMK	11
2.2.2 Intervjuundersøkelsen med ledere ved et utvalg AMK-sentraler.....	12
2.2.3 Lydlogg- og ambulansjournalundersøkelsen fra et utvalg hendelser	12
2.2.4 Når settes kriterienummeret?.....	13
2.2.5 Kildetriangulering; et tredelt datamateriale.....	13
3 Helsetilsynets vurdering av resultatene	15
3.1 AMKs informasjonsinnhenting	15
3.1.1 Kartlegging av vitale funksjoner og omstendighetene rundt hendelsen.....	15
3.1.2 Diskusjon og vurdering	16
3.2 AMKs vurderinger før iverksettelse av respons	17
3.2.1 Sikkerhetsrisiko på hendelsesstedet og assistanse fra politiet	17
3.2.2 Diskusjon og vurdering	17
3.3 Iverksatt akuttmedisinsk respons og tiltak.....	17
3.3.1 AMKs veiledning i førstehjelp	18
3.3.2 Diskusjon og vurdering	18
3.4 Lærende virksomheter	18
3.4.1 Læringssystemer i AMK og ambulansetjeneste	18
3.4.2 Diskusjon og vurdering	19
4 Konklusjon – anbefalinger og oppfølging	20
Litteraturliste	22
Lover og forskrifter.....	22

Del II – NAKOS RAPPORT	23
1 Innledning	27
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen	27
1.2 Målsetting og problemstillinger	27
2 Metode	28
2.1 Gjennomføring av undersøkelsen	28
2.1.1 Spørreskjema til AMK-ansatte.....	28
2.1.2 Utvalg av AMK-sentraler.....	28
2.1.3 Intervju med ledere ved AMK	30
2.1.4 Lydlogg fra AMK og gjennomgang av ambulansejournaler	30
2.3 Begrensninger	30
3 Beskrivelse av mottatt materiale.....	32
4 Presentasjon og vurdering av funn.....	34
4.1 Hva gjør AMK når de mottar melding om funn av bevisstløs person?	35
4.2 Hva eller hvilke vurderinger gjør AMK for eventuelt å finne ut om bevisstløsheten kan skyldes rusmidler?	39
4.3 Hvilke handlinger eller tiltak iverksetter AMK dersom det antas at bevisstløsheten skyldes overdose/intoks av rusmidler, henholdsvis narkotika, legemidler/og eller alkohol?.....	41
4.4 Hvilke prehospitalt akuttmedisinske tjenester og tilbud gis pasienten, eller hva gjør uttrykkende tjeneste (som ambulanse eller lege i vakt) dersom bevisstløsheten antas å skyldes overdose/intoks av rusmidler?	45
5 Konklusjon	49
Vedlegg	51
Vedlegg 1: Spørsmålene inkludert i spørreundersøkelse til ansatte ved AMK	52
Vedlegg 2: Brev til aktuelle helseforetak.....	56
Vedlegg 3: Intervjuguide til intervju med ledere ved AMK.....	59
Vedlegg 4: Mal for gjennomgang av lydlogg og ambulansejournal.....	62
Vedlegg 5: Norsk medisinsk indeks: Startkortet, Oppslag bevisstløshet, rus.....	66
Vedlegg 6: Randomisert kvalitetskontroll	69
Vedlegg 7: Kopi av ambulansejournal-skjema	74
Čoahkkáigeassu.....	75
English summary.....	76

Del I

Helsetilsynets vurdering

Sammendrag

På oppdrag fra Statens helsetilsyn (Helse-tilsynet) har *Nasjonalt kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin* (NAKOS) gjennomført en undersøkelse av den akuttmedisinske kjeden fra henvendelse om funn av bevisstløs person er mottatt hos akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) til oppdraget er avsluttet av ambulansetjenesten. Hensikten med undersøkelsen har vært å få kunnskap om akuttmedisinske tjenester til rusmiddelmissbrukere, indikasjoner på områder hvor det kan være fare for svikt og å vurdere behov for ytterligere tilsynsmessig oppfølging. Vi ønsket kunnskap om rutiner, prosedyrer og vurderinger etter henvendelse om funn av bevisstløs person, og om hendelser som antas å skyldes rusmidler håndteres annerledes enn dersom bevisstløsheten antas å ha andre årsaker.

Undersøkelsen ble gjennomført i løpet av en tre måneders periode høsten 2005 og er basert på analyse av data fra følgende tre kilder:

- Spørsmål inkludert i en spørreundersøkelse til ansatte ved AMK
- Intervjuer med ledere ved et utvalg AMK-sentraler
- Lydlogger¹ med tilhørende AMIS-utskrifter² fra et utvalg hendelser fra AMK og ambulansedokumenter fra de samme hendelsene

Rapporten består av to deler: Helsetilsynets tilsynsmessige vurdering av resultatene fra undersøkelsen og NAKOS-rapporten, *“Kartlegging av helsetjenester til rusmiddelmissbrukere. Fra henvendelse om bevisstløs person er mottatt hos AMK til oppdraget er avsluttet av prehospitalet tjeneste”* (Wik, 2005).

Resultatene i NAKOS-rapporten viser at AMK har etablert gode rutiner og prosedyrer, blant annet basert på oppslagsverktøyet *“Norsk indeks for medisinsk nødhjelp”* (1999) (heretter Medisinsk indeks)³, som, i følge ansatte og ledere, skal brukes og blir fulgt ved håndtering av medisinske nødmeldinger. Likevel viser lydloggene og ambulansedokumentene at AMK ved mange av hendelsene ikke har gjort det de sier at de gjør.

Undersøkelsen tyder på at AMK ikke alltid har håndtert nødmeldingene i tråd med faglige retningslinjer, blant annet basert på Medisinsk indeks. Ved flere av hendelsene blir ikke vedkommendes vitale funksjoner som bevissthetsnivå og respirasjon avklart før det blir spurt om opplysninger om personalia. Ved mange av henvendelsene blir det ikke gitt veiledning i førstehjelp i påvente av at ambulans/lege ankommer hendelsesstedet. Det kan dessuten synes som om AMK bruker mer tid på å kartlegge omstendighetene rundt nødmeldingen dersom det antas at alkohol kan være involvert enn dersom det antas at hendelsen gjelder andre rusmidler. Resultatene fra NAKOS-undersøkelsen indikerer også at det kan være behov for å bedre samarbeidsrutinene mellom AMK og politiet ved henvendelse om medisinsk nødhjelp.

Videre tyder NAKOS-rapporten på at AMK ikke utnytter eksisterende læringsmuligheter i arbeidet. AMK synes ikke å ha lagt til rette for et system for læring i forhold til egne og andres erfaringer ved håndtering av medisinske nødmeldinger, eksempelvis ved lytting på lydlogger fra egne og andres nødmeldinger. Det synes dessuten å eksistere hindre i AMKs registreringsverktøy (AMIS) for å kunne korrigere eventuell

1) *Lydlogg* er båndopptak av all tale som formidles via telefon og radiokommunikasjonslinjer i AMK-sentralen, deriblant samtale mellom AMK-operatør og innringer til medisinsk nødtelefon (113).

2) Databasen *AMIS*, som er forkortelse for det akuttmedisinske informasjonssystem, er AMK-sentralenes arbeidsredskap for registrering av hendelser som ringes inn til medisinsk nødnummer 113.

3) *“Norsk indeks for medisinsk nødhjelp”* er et verktøy for at nødmeldetjenesten skal kunne ivareta sine oppgaver på en forsvarlig måte. Oppslagsverktøyet hjelper AMK-operatøren med valg av hastegrad for utsendelse av akuttmedisinsk respons på bakgrunn av et strukturert intervju med innringer.

feilinformasjon om pasientens symptomer og tilstand registrert ved den enkelte medisinske nødmelding, noe som gjør det mindre hensiktsmessig å utnytte dette journalføringssystemet i læringsøyemed.

I svar på spørreundersøkelsen til ansatte ved AMK og i intervjuer med ledere ved et utvalg AMK-sentraler svares det at bevisstløshet som følge av rusmidler ikke håndteres annerledes enn andre årsaker til bevisstløshet. Det er symptomer og ikke årsaker som er viktig ved den akuttmedisinske behandlingen av bevisstløse.

Vårt utvalg av lydlogger omfatter opptak av faktiske hendelser, og er trukket ut fra et register bestående av lydlogger, organisert etter kriterienummer. Kriterienummer er basert på symptomer og ligger til grunn for vurdering av hastegrad og angivelse av problem, eksempelvis rus-overdose. Selv om vårt utvalg av lydlogger er basert på kriterienummer som tilsier at hendelsen var rusrelatert, vet vi ikke om dette faktisk var tilfellet. Når eller på hvilket grunnlag operatøren ga hendelsen et kriterienummer knyttet til rus, vet vi ikke. Vi vet imidlertid at kriterienummer er vanskelig å endre. Det vi vet er at operatøren på et eller annet tidspunkt i løpet av samtalen eller etterpå antok at hendelsen var rusrelatert, men dersom vedkommende ombestemte seg er det lite trolig at dette ville medført korrigerende kriterienummer.

Vi har ikke innhentet og sammenliknet lydlogger/ambulansjournaler med hendelser hvor AMK har antatt at bevisstløsheten kan skyldes andre årsaker enn inntak av rusmidler. Vår undersøkelse kan derfor ikke gi svar på om rusrelaterte hendelser faktisk håndteres annerledes enn hendelser med antagelse om andre årsaker til bevisstløshet, men vi har heller ikke holdepunkter for å hevde at dette faktisk skjer, bortsett fra muligens ved henvendelser hvor alkohol er involvert. Her svares det i spørreskjemaundersøkelsen at man innhenter noe mer informasjon før respons iverksettes enn ved andre rusrelaterte henvendelser. Forskjellene er imidlertid svært små og må tolkes med varsomhet.

Resultatene i NAKOS-rapporten viser at AMK har forbedringspotensialer på flere områder. Det forutsettes at ansvarlige eiere og drivere etterser at rutiner og prosedyrer gjennomgås og eventuelt forbedres. Det bør også legges til rette for å utnytte eksisterende muligheter for læring og forbedring av tjenesten.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn: Bekymringsmeldinger og mangelfull kunnskap og statistikk

Som ledd i Helsetilsynets områdeovervåking ble det i 2004 gjennomført en kunnskapsoppsummering⁴ i forbindelse med rusmiddelmissbrukeres helseproblemer, helse-tjenestene de mottar og tilgjengeligheten av tjenestetilbudet. Resultatene er presentert i Rapport fra Helsetilsynet 2/2005 "*Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv*". I oppsummeringen er det beskrevet flere temaer Helsetilsynet som tilsynsmyndighet har behov for mer kunnskap om. Ett slikt tema gjelder helsetjenester som gis i forbindelse med overdose av rusmidler. Med *overdose* menes her intoks(ikasjon) eller forgiftninger forårsaket av rusmidler, herunder både narkotika, legemidler, alkohol eller blanding av rusmidler.

Rapport fra Helsetilsynet 2/2005 viste at kartleggingssystemer, registre og annen tilgjengelig statistikk er mangelfull for å kunne gjennomføre en løpende tilsynsmessig overvåking på rusfeltet. Eksempelvis samler Norsk Pasientregister (NPR) inn data over polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser, men ikke data om de tilfellene hvor de akuttmedisinske tjenestene ikke fører til sykehusinnleggelse.⁵ SSB fører løpende statistikk over ambulansetjenestens beredskapskapasitet og antall oppdrag, men ikke utrykningsårsaker.

Kunnskapsgrunnlaget kan sies å være mangelfullt, men det er Helsetilsynets vurdering at mange rusmiddelmissbrukere ikke får de tjenestene de har behov for.⁶ Særlig bekymringsfullt er de såkalte tunge rusmiddelmissbrukernes alvorlige og sammensatte helseproblemer, både somatiske og psykiske

lidelser, og den høye dødeligheten som preger denne gruppen.

Helsetilsynet har mottatt informasjon som kan tyde på at overdose av rusmidler er et område hvor det er behov for tilsynsmessig oppfølging. Det synes imidlertid å være lite systematisk kunnskap i Norge om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved livstruende situasjoner som kan skyldes overdose av rusmidler.

For tilsynsmyndigheten er det viktig å følge med på hvilke helseproblemer rusmiddelmissbrukere har og å peke på potensielt sårbare områder og områder med fare for svikt. Dette er en del av Helsetilsynets områdeovervåking. Områdeovervåking er tilsyn med et overordnet perspektiv og består i å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetjenesten i et tilsynsperspektiv. Kunnskapen danner grunnlag for tilsynsmyndighetens vurdering av sårbarhet eller fare for svikt og er sentral i prosessen som fører frem til Helsetilsynets vurderinger av tilstandene i sosial- og helsetjenestene samt beslutninger om prioritering av områder for tilsyn.

1.2 Hensikten med undersøkelsen

På oppdrag fra Helsetilsynet har *Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin* (NAKOS) gjennomført en undersøkelse av den akuttmedisinske kjeden fra henvendelse om funn av bevisstløs person er mottatt hos AMK til oppdraget er avsluttet av ambulansetjenesten. Oppdraget kan avsluttes ved at pasienten innlegges på sykehus, henvises til annen instans eller at pasientens tilstand bedres, slik at det ikke er behov for videre oppfølging eventuelt at

4) Med kunnskapsoppsummering menes her oppsummering av tilsynserfaringer, forskningserfaringer og statistikk, eksempelvis om rusmiddelmissbrukeres helseproblemer, helsetjenester de mottar og tilgjengeligheten av tjenestetilbudet, jf. Rapport fra helsetilsynet 2/2005.

5) Fra og med 2006 samler NPR inn data om aktiviteter ved godkjente opp-treningsinstitusjoner og ventelistedata fra institusjoner innen rusomsorgen. Fra 2007 planlegges også innrapportering av aktivitetsdata fra institusjoner innen rusomsorgen.

6) Rapport fra Helsetilsynet 2/2005.

pasienten ikke ønsker videre oppfølging.

Hensikten med undersøkelsen har vært å få kunnskap om akuttmedisinske tjenester til rusmiddelmissbrukere, indikasjoner på områder hvor det kan være fare for svikt og å vurdere behov for ytterligere tilsynsmessig oppfølging.⁷ Vi ønsket kunnskap om rutiner, prosedyrer og vurderinger etter henvendelse om funn av bevisstløs person, og om hendelser som antas å skyldes rusmidler håndteres annerledes enn dersom bevisstløsheten antas å ha andre årsaker. *Bevisstløshet*, slik begrepet her brukes, omfatter ulike grader av bevisst(løs)het fra somnolens, det vil si ekstrem søvnighet eller redusert bevissthetsnivå, til komatøse tilstander med dyp bevisstløshet.

1.3 Nærmere om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Den akuttmedisinske kjeden består både av helsetjenester i og utenfor sykehus. Den akuttmedisinske delen av kjeden utenfor sykehus, såkalte *prehospitale tjenester*, omfatter medisinsk nødmeldtjeneste (herunder både nødnummer 113, AMK og legevaktssentraler (LV)), kommunal legevaktssordning og ambulansetjeneste (herunder både bil-, båt- og luftambulansetjeneste).⁸ Med *akuttmedisin* menes kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått eller forverret sykdom/skade, herunder både somatiske sykdommer og akutte psykiske lidelser der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse.⁹ Den delen av prehospitaler tjenester som har vært gjenstand for NAKOS-undersøkelsen er AMK og ambulansetjeneste. Dette er spesialisthelsetjenester.

Innenfor den delen av akuttmedisinske tjenester som kalles *medisinsk nødmeldtjeneste*¹⁰ er det primært AMK, med denne tjenestens ansvarsområde, som er i fokus i vår undersøkelse. Formålet med denne tjenesten er å sikre direkte kontakt mellom befolkningen og helsepersonell, mellom helsepersonell i og utenfor sykehus og mellom sykehusene i nødsituasjoner, slik at det skjer en effektiv varsling av riktig ressurs og veiledning av pasient eller den som varsler inntil profesjonell hjelp ankommer hendelsesstedet.

I løpet av de siste årene har AMK gjennomgått til dels omfattende omorganiseringer. I februar 2000 var det 44 AMK-sentraler i

Norge, hvorav 38 med legevaktfunksjon.¹¹ Som det fremgår av NAKOS-rapporten var det høsten 2005 23 AMK-sentraler. AMK er normalt lokalisert i sykehus med akuttmedisinsk beredskap; vanligvis i nærheten av akuttmottaket. AMK betjenes normalt av sykepleiere. I NAKOS sin spørreundersøkelse til ansatte ved AMK oppgir 75 % av de som svarte at de har sykepleierutdanning.¹² Det vanlige er at sykepleierne veksler mellom å jobbe i AMK og akuttmottak etter egen vaktliste. Kun 25 % av de ansatte rapporterer at de jobber fulltid i AMK.

For publikum er AMK den medisinske nødtelefonen 113. AMK skal håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand, prioritere og iverksette oppdrag, gi medisinsk faglige råd og veiledning samt følge opp akuttmedisinske oppdrag; herunder også varsle og videreformidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningssentralene, samt varsle andre AMK-sentraler som er berørt. Videre er det AMK-sentralenes ansvar å styre og koordinere ambulansoppdrag.

Ambulansetjenesten inngår også i undersøkelsen NAKOS har gjort på oppdrag fra Helsetilsynet. Med *ambulansetjeneste* menes både bil-, båt- og luftambulansetjeneste som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus.¹³ Sammen med kommunal legevaktssordning utgjør bil- og båtambulansetjenesten den lokale akuttmedisinske beredskapen. Disse skal primært dekke behovet for diagnostikk, stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander samt bringe syke/skadede til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten ved behov for overvåking og/eller behandling.

Vi viser til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 18. mars 2005 nr. 252 for en mer utførlig beskrivelse av AMK-sentralenes ansvarsområde, jf. kapittel 2 § 9, og av ambulansetjenesten og dets ansvarsområde, jf. kapittel 4 i forskriften.

AMK er pålagt å ha utstyr for logging av viktig trafikk på alle telefonlinjer, jf. § 9 d) i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. *Logging* innebærer en systematisk og kronologisk registrering av virksomhetens aktiviteter. *Lydlogg* er båndopptak av all tale som formidles via telefon og radio-kommunikasjonslinjer i AMK-sentralen, deriblant samtale mellom AMK-operatør og innringer av medisinsk nødmelding. I følge forskriften skal lydlogg benyttes på alle

7) Den akuttmedisinske tjenesten består både av helsetjenester i og utenfor sykehus og omfatter medisinsk nødmeldtjeneste, kommunal legevaktssordning og ambulansetjeneste, jf. forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 18. mars 2005 nr. 252.

8) Forskrift 18. mars 2005 nr. 252; Sosial- og helsedirektoratet (2003); St.meld. nr. 43 (1999-2000).

9) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

10) Med medisinsk nødmeldtjeneste menes et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten.

11) Folketad m.fl. (2004); St.meld. nr. 43 (1999-2000), s 16.

12) NAKOS-rapporten s 34.

13) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

telefonlinjer og bør også benyttes på radiosamband og eventuelt andre kommunikasjonslinjer. Forskriften presiserer at lydlogg er et supplement og ikke et alternativ til skriftlig dokumentasjon i nødmeldetjenesten. Lydlogg er å anse som en del av pasientens journal inntil nødvendige pasientopplysninger er skriftlig dokumentert.

Medisinsk indeks¹⁴ er et verktøy for at nødmeldetjenesten skal kunne ivareta sine oppgaver på en forsvarlig måte. Medisinsk indeks hjelper AMK-operatøren med valg av hastegrad for utsendelse av respons på bakgrunn av et strukturert intervju med innringer. Hastegradene er akutt (A=rød), haster (H=gul) og vanlig (V=grønn) respons.¹⁵ Medisinsk indeks er et anerkjent verktøy i det akuttmedisinske fagmiljøet. Per i dag er Medisinsk indeks det skriftlige verktøyet som helt eller delvis benyttes som prosedyre for håndtering, prioritering og koordinering av samhandling i forbindelse med medisinske nødmeldinger i de fleste AMK- og LV-sentraler i Norge. Medisinsk indeks benyttes også av Helsetilsynet som norm for vurdering av forsvarlig virksomhet i tilsynssaker.

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige. Dette følger av *lov om spesialisthelsetjenesten m. m. 2. juli 1999 nr. 61* (spesialisthelsetjenesteloven). Hva som er forsvarlig må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Forsvarlighetsbegrepet må som rettslig standard tolkes ut fra lov og forskrifter og er mangfoldig. Det er også slik at mange lov- og forskriftbestemmelser er operasjonaliserte krav som springer ut av kravet til forsvarlig tjenesteutførelse. Virksomheter som tilbyr/ytter akuttmedisinske tjenester har et ansvar for at lovkravet om forsvarlighet oppfylles, men også helsepersonell som yter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus har et ansvar. I det følgende redegjør vi for de viktigste lovgrunnlagene for krav til forsvarlighet og ansvar knyttet til kravet.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus skal bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved at det stilles krav til det faglige innholdet i de akuttmedisinske tjenestene, krav til samarbeid med mer, jf. forskriftens § 1. Det stilles blant annet krav til hva tjenesten skal inneholde og hvilke oppgaver som skal løses og på hvilken måte oppgavene skal løses. Videre stilles det kompetansekrav til personellet som skal utføre de pålagte opp-

gavene. Forskriftsbestemmelsene er således med på å gi forsvarlighetsbegrepet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 innhold når det gjelder akuttmedisinske tjenester.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten 20. desember 2002 nr. 1731 (internkontrollforskriften) er også med på å gi innhold til hva som ligger i forsvarlighetsbegrepet der virksomhetsansvaret er i fokus. Formålet med internkontrollforskriften er blant annet å bidra til faglig forsvarlige helsetjenester og at helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene, jf. internkontrollforskriften § 1.

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 kvalifikasjoner for øvrig. Dette følger av *lov om helsepersonell m. v. 2. juli 1999 nr. 64* (helsepersonelloven) § 4. Formålet med helsepersonelloven er også å bidra til at det ytes forsvarlige helsetjenester. I formålsbestemmelsen i helsepersonelloven brukes riktignok ikke begrepet forsvarlighet. Bestemmelsen lyder: "Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste."

14) "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp" (1999).

15) NAKOS-rapporten s 47.

2 Materiale og metode

2.1 Et tredelt datamateriale

I løpet av en tre måneders periode høsten 2005 gjennomførte *Nasjonalt kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin* (NAKOS), på oppdrag fra Helsetilsynet, en undersøkelse av hva som skjer fra AMK har mottatt melding om bevisstløs person, som man antar kan skyldes overdose av rusmidler, til oppdraget er avsluttet av ambulansetjenesten. Rapporten er basert på analyse av data fra følgende tre kilder:

- *Spørsmål inkludert i en spørreundersøkelse* til alle som jobber i AMK-sentraler i Norge (ca 500 personer).¹⁶ Forut for oppdraget fra Helsetilsynet hadde NAKOS utarbeidet en spørreundersøkelse til ansatte ved AMK med spørsmål om deres kompetanse og hvordan sentralene kvalitetssikrer så vel egen virksomhet som de ansattes kompetanse. For å besvare oppdraget fra Helsetilsynet ble noen spørsmål inkludert i spørreundersøkelsen, som var planlagt gjennomført høsten 2005. Svarprosenten på spørreundersøkelsen var 63 % (n=313).¹⁷ Heretter omtales denne delen av NAKOS sin undersøkelse som spørreundersøkelsen.
- *Intervju med ledere ved et utvalg AMK-sentraler* (n=8), hvorav fem var kombinert AMK- og LV-sentral.¹⁸ Både medisinsk systemansvarlig leder og driftsansvarlig leder ble intervjuet. Heretter omtales denne delen av undersøkelsen som intervjuene eller *intervjuundersøkelsen*.
- *Lydlogger* (n=84) med tilhørende *AMIS-utskriften fra et utvalg hendelser fra AMK og ambulansjournaler* (n=60) fra de samme hendelsene. Databasen *AMIS*,

som er forkortelse for det akuttmedisinske informasjonssystem, er AMK-sentralenes arbeidsredskap for registrering av hendelser som ringes inn til medisinsk nødnummer 113.¹⁹ Heretter omtales denne delen av undersøkelsen som henholdsvis lydloggene eller *lydloggundersøkelsen* og ambulansjournalene eller *ambulansjournalundersøkelsen*.

I forkant av undersøkelsen sendte Helsetilsynet brev til aktuelle helseforetak med informasjon om undersøkelsen. Kopi av brevet ble sendt til ledere ved de aktuelle AMK-sentralene.²⁰ I informasjonsbrevet fremkom det at vi ønsket å innhente lydlogger fra et "utvalg av hendelser om bevisstløs person som kan skyldes overdose/intoks av narkotika, legemidler og/eller alkohol."²¹

2.2 Beskrivelse av materialet og metodiske vurderinger

2.2.1 Spørreundersøkelsen til ansatte ved AMK

Samtlige ansatt ved AMK fikk tilsendt spørreundersøkelsen fra NAKOS, og svarprosenten var 63 % (n=313). Spørsmålene som ble inkludert i spørreundersøkelsen omhandlet de ansattes informasjonsinnhentning, vurderinger og iverksetting av så vel akuttmedisinsk respons som råd-/veiledningstiltak fra AMK i forbindelse med henvendelse om person det er vanskelig eller umulig å få kontakt med og hvor bevisstløsheten antas å kunne skyldes henholdsvis narkotika, alkohol, legemidler eller blanding av rusmidler.²² Materialet gir et bilde av hendelsesforløpet, tjenesten og den akuttmedisinske kjeden fra de ansattes perspektiv; slik de opplever at de utfører arbeidet

16) NAKOS-rapporten s 28, 32 og 35.

17) Kun den delen av spørreundersøkelsen som ble inkludert for å besvare oppdraget fra Helsetilsynet ble avsluttet høsten 2005. NAKOS sin analyse av spørreundersøkelsen pågår også våren 2006.

18) NAKOS-rapporten s 30 og 32.

19) I august 2005 var dette registreringsverktøyet tatt i bruk ved AMK-sentraler som dekker 98 % av Norges befolkning, men ikke alle sentralene i de ulike helse-regionene har innført dette IT-systemet (<http://www.helsekomponenter.no/produkter/amis>).

20) NAKOS-rapporten s 29.

21) NAKOS-rapporten vedlegg 2.

22) NAKOS-rapporten vedlegg 1.

i det daglige ved mottak og håndtering av medisinske nødmeldinger generelt og hendelser som man antar kan skyldes overdose av rusmidler.

De aktuelle spørsmålene som var inkludert fra Helsetilsynet har nokså entydige svar, eksempelvis svarer 99 % at de bruker Medisinsk indeks. Med en svarprosent på 63 %, legger vi til grunn at svarene på spørreskjemaundersøkelsen er representative for ansatte ved AMK.

2.2.2 Intervjuundersøkelsen med ledere ved et utvalg AMK-sentraler

I forbindelse med intervjuundersøkelsen valgte NAKOS ut åtte AMK-sentraler som skulle kunne representere bredden av de 23 sentralene som Norge hadde høsten 2005.²³ Følgende tre kriterier ligger til grunn for utvalget:

- Sentraler med by- og landdistriktsansvar
- Sentraler hvorav noen er kombinert AMK og LV-sentral
- Geografisk spredning av AMK-sentraler

Med unntak av de to nordligste fylkene er alle landsdelene representert i denne delen av undersøkelsen.

I intervjuundersøkelsen ble lederne blant annet spurt om skriftlige prosedyrer for håndtering av medisinske nødmeldinger og rutiner for håndtering av bevisstløshet som antas å kunne være rusrelatert.²⁴ De ble spurt om krav til de ansatte, om kompetanse, opplæring og etterutdanning av de ansatte og om treningsøvelser i håndtering av medisinske nødmeldinger generelt og spesielt i forhold til rusrelaterte hendelser. Materialet fra intervjuundersøkelsen gir et bilde av hendelsesforløpet, tjenesten og den akuttmedisinske kjeden slik ledere ved utvalgte AMK-sentraler ser det; AMK-sentraler som vi har grunn til å anta representerer bredden av sentraler i Norge i dag.

AMK-lederne fikk tilsendt intervjuguide i forkant av intervjuet og ble bedt om å forberede svarene sine skriftlig. NAKOS la til grunn at det var viktig at lederne skulle få mulighet til å tenke igjennom spørsmålene på forhånd og å innhente informasjon før intervjuet. Intervjuene ble gjennomført av daglig leder ved NAKOS. Det er rimelig å anta at han kjente de aktuelle lederne som skulle intervjues. Det at informantene kjente

intervjueren og visste spørsmålene i forkant av intervjuet kan være en styrke i forhold til at intervjuet er godt forberedt; man snakker "samme språk", og den virkeligheten det snakkes om er felles for begge parter. Samtidig kan det være en fare for at man framstiller rutiner, bruk av retningslinjer og lignende mer entydig og i tråd med anbefalte faglige normer enn det den faktiske praksisen ved aktuelle AMK-sentraler gir rom for.

2.2.3 Lydlogg- og ambulansejournalundersøkelsen fra et utvalg hendelser

NAKOS sendte e-post til ledere ved utvalgte AMK-sentraler hvor de ble bedt om å kopiere lydlogger med tilhørende AMIS-utskrift samt ambulansejournaler i de tilfeller hvor de utvalgte hendelsene hadde resultert i ambulanseoppdrag:

*"I forbindelse med møtet NAKOS har med dere har dere laget lyd kopi av følgende hendelser fra lydlogg med utskrift av hendelsesbildet i AMIS samt kopi av ambulansejournal for hver enkel hendelse. Dere finner de 5(3)²⁵ siste hendelser med alkohol, 5 med medikamenter, 5 med narkotika, og 5(3) med blanding der pasienten var "bevisstløs". Disse lagres på CD og kobles logisk til papirkopiene av AMIS hendelsesbilde og Ambulansejournal."*²⁶

Vi vet ikke hvordan lederne har tolket bestillingen om innhenting av de siste fem eller tre hendelsene med henholdsvis alkohol, medikamenter, narkotika og blanding der pasienten er "bevisstløs"; hvordan begrepet bevisstløs i gåseøyne har blitt forstått. I e-posten fra NAKOS blir ikke begrepet overdose/intoks nevnt, noe det derimot blir i brevet fra Helsetilsynet. Det er imidlertid rimelig å anta at lederne valgte ut lydlogger som hadde kriterienummer knyttet til rus. Om hendelser som er gitt et kriterienummer knyttet til rus faktisk handler om rus, vet vi ikke, men vi vet at operatøren under eller etter samtalen ga hendelsen et slikt kriterienummer. Vi vet også at det er vanskelig å endre kriterienummer i etterkant. Det betyr at om operatøren skiftet mening i løpet av samtalen eller etterpå, er det lite trolig at kriterienummeret ble endret, jf. kapittel 2.2.4.

NAKOS mottok 84 lydlogger inkludert AMIS-utskrift fra syv av åtte AMK-sentraler.²⁷ Lydlogger fra hendelser hvor pasienten var våken eller selv ringte inn ble

23) NAKOS-rapporten s 29.

24) NAKOS-rapporten vedlegg 3.

25) Fire av åtte AMK-sentraler skulle kun finne tre hendelser knyttet til henholdsvis alkohol og blanding av rusmidler. Dette var sentraler som dekker områder hvor en stor andel av befolkningen bor i by eller tettbebygde strøk.

26) NAKOS-rapporten s 30.

27) NAKOS-rapporten s 32.

ekskludert i NAKOS sin analyse av resultatene. Lydloggene er fra hendelser med pasienter fra 11-71 år og gjelder omtrent like mange kvinner som menn.²⁸ 79 av de 84 hendelsene endte med ambulansoppdrag. NAKOS mottok 60 ambulansjournaler fra det samme utvalget av lydlogg-hendelser. En av sentralene leverte kun tre ambulansjournaler.²⁹ Det fremgår ikke i rapporten hvordan materialet fra ambulansjournalene fordeler seg i forhold til alder, kjønn og typen rusrelaterte hendelser.

84 lydlogger og 60 ambulansjournaler er et lite utvalg og gir ikke generaliserbare resultater. Vi har dessuten ikke innhentet lydlogger fra hendelser hvor AMK har antatt at bevisstløsheten kan skyldes andre årsaker enn rusmidler. Som NAKOS poengterer i rapporten må vi følgelig være varsomme med å tolke materialet fra lydloggene og ambulansjournalene.³⁰ Likevel er lydlogg-materialet av et slikt omfang at det kan gi indikasjoner på mønstre og variasjoner, blant annet i AMKs informasjonsinnhentning, vurderinger og iverksettelse av respons. Lydloggene er opptak av hva som faktisk finner sted under samtalen med innringer og AMK-operatør og blir således en verifikasjon av om de gjør det de sier at de gjør i intervju- og spørreundersøkelsen. Ambulansjournalene gir ytterligere informasjon som belyser og utdyper aktuelle hendelser. De kan også inneholde informasjon som forsterker eller korrigerer AMK-operatørens informasjonsinnhentning.

2.2.4 Når settes kriterienummeret?

AMK har ikke et diagnosebasert system. Den medisinske nødmeldetjenestens vurderinger, prioriteringer og iverksettelse av respons baseres på symptomer. I NAKOS-rapporten fremgår det at både oppslagsverktøyet Medisinsk indeks og AMIS, det akuttmedisinske informasjonssystemet for registrering av medisinsk nødmeldinger, er organisert i forhold til kriterienummer.³¹ *Kriterienummer* er et system for registrering av pasientens symptomer og tilstand og danner grunnlag for valg av hastegrad ved utsendelse av akuttmedisinsk respons. Kriterienummeret består av en bokstav (A, H, V) som angir hastegrad og et tall som antyder problemet. Følgende eksempel er fra NAKOS-rapporten: A 30.01 = akutt respons, ambulans skal kjøre utrykning. Aktuelt: rus-overdose som ikke reagerer på tilrop og risting.

Det kan i følge annen informasjon fra

NAKOS variere når i telefonsamtalen kriterienummer blir satt av AMK. Når AMK har valgt et kriterienummer ved en medisinsk nødmelding, blir ikke dette endret senere ved tilbakemeldingen man får fra ambulansen om pasientens tilstand og symptomer. Endring av kriterienummeret er per i dag ikke mulig eller svært vanskelig å gjøre. Det fremgår av NAKOS-rapporten at dette er noe det arbeides med slik at det skal være mulig å gjøre endringer i fremtidig registreringssystem.³² Det er imidlertid mulig å skrive inn korreksjoner i fritekst i AMIS dersom man i ettertid finner ut at registrerte opplysninger om pasientens symptomer og tilstand var feil.

Vi vet ikke når kriterienummeret ble satt eller hva som ligger til grunn for at det aktuelle kriterienummeret ble valgt i lydloggene som inngår i NAKOS-rapporten. Vi vet ikke når i disse telefonsamtalene AMK bestemte seg for at hendelsen kunne handle om rusproblematikk. Noen ganger kan det være sterke indikasjoner på at hendelsen kunne være rusrelaterte. Andre ganger ikke. Vi vet at kriterienummeret ikke kan eller svært vanskelig kan endres når det først er satt. Vi vet imidlertid ikke i hvilken grad eventuelle feil i kriterienummer systematisk blir korrigert i ettertid i form av innskrivninger i fritekst-feltet i AMIS.

Rusrelaterte hendelser kan følgelig skjule seg bak mange forskjellige kriterier i det akuttmedisinske registreringssystemet AMIS.³³ At NAKOS også mottok lydlogger hvor pasienten var våken, kan være uttrykk for vanskeligheter med søkemulighetene i AMIS.

Selv om AMK-sentralene ble bedt om å finne fram lydlogger som er gitt kriterienummer om bevisstløs person hvor AMK har antatt at hendelsen kan skyldes rusmidler, har vi trolig fått datamateriale fra akuttmedisinske helsetjenester til noe ulike pasientgrupper. Hensikten med undersøkelsen har imidlertid vært å finne ut hva AMK gjør når de antar at hendelsen kan være rusrelatert og ikke hvorvidt hendelsen faktisk var rusrelatert.

2.2.5 Kildetriangulering; et tredelt datamateriale

Å se en sak fra flere sider kan bidra til å nyansere bildet eller funnene og fungere som et korrektiv som tilfører kunnskapen flere dimensjoner (Malterud, 2003). Et slikt tredelt materiale i form av *kildetriangulering*

28) NAKOS-rapporten s 35.

29) NAKOS-rapporten s 32.

30) NAKOS-rapporten s 34.

31) NAKOS-rapporten s 30, 36, 37 og 47.

32) NAKOS-rapporten s 36.

33) NAKOS-rapporten s 30-31.

på datanivå kan bidra til å styrke validiteten eller gyldigheten av resultatene (Patton, 1990; Malterud, 2003).

NAKOS har brukt en tredelt metode som kombinerer spørreskjemaundersøkelse til ansatte ved AMK, intervjuer med ledere ved AMK-sentraler og journalmateriale i form av lydlogger med AMIS-utskrift fra AMK samt ambulansjournaler fra det samme utvalget av hendelser. Dette innebærer tre kilder med kunnskap om hva AMK gjør når de mottar henvendelse om bevisstløs pasient, som man antar kan skyldes overdose av rusmidler. Via spørreskjema svarer de ansatte ved AMK hva de gjør ved slike henvendelser. Lederne ved AMK gir i intervjuene svar på rutiner, retningslinjer og praksis ved sine respektive AMK-sentraler. Lydloggene er opptak av hva som faktisk skjer i et visst antall hendelser. Vi legger til grunn at vi gjennom denne tredelte undersøkelsen har fått et rimelig pålitelig bilde av hva AMK-personalet gjør når de mottar melding om bevisstløs person, som man antar kan skyldes overdose av rusmidler.

3 Helsetilsynets vurdering av resultatene

I det følgende oppsummeres og diskuteres de resultatene som vi anser som de viktigste fra undersøkelsen NAKOS har gjort på oppdrag fra Helsetilsynet. På denne bakgrunn gir vi en tilsynsmessig vurdering av resultatene. For at de tilsynsmessige vurderingstemaene skal komme tydelig frem har vi her valgt å strukturere funnene tematisk. Vi viser til NAKOS-rapporten, del II av denne rapporten, for en fullstendig presentasjon av resultatene.

Som tilsynsmyndighet er det vår oppgave å finne frem til og peke ut områder i sosial- og helsetjenesten der det er fare for svikt. Tilsynsaktivitetene styres blant annet mot områder hvor konsekvensene av svikt er alvorlige for pasientene/brukerne og der hvor pasientene/brukerne i mindre grad selv kan forventes å ivareta sine interesser. Valg av tema for denne rapporten er begrunnet ut fra en slik tilnærming. Livstruende situasjoner og øyeblikkelig hjelp tilstander skal ha høyeste prioritet i helsetjenesten.

Hensikten med undersøkelsen har vært å få kunnskap om akuttmedisinske tjenester til rusmiddelmissbrukere, indikasjoner på områder hvor det kan være fare for svikt og å vurdere behov for ytterligere tilsynsmessig oppfølging.

Et gjennomgående funn i NAKOS-rapporten er at til tross for at AMK har rutiner og prosedyrer for håndtering av medisinske nødmeldinger, blant annet basert på Medisinsk indeks, viser lydloggene (n=84) og ambulansejournalene (n=60) at ved mange av hendelsene har ikke AMK gjort det de sier at de gjør: Rutiner og prosedyrer som skal brukes og som blir fulgt, i følge de ansattes svar på spørreundersøkelsen og det lederne sier i intervjuene, blir ikke alltid

benyttet i vårt utvalg av lydlogger. Retningslinjer i Medisinsk indeks blir med andre ord ikke fulgt. Dette gjelder både i forhold til at personens vitale funksjoner som bevissthetsgrad, respirasjon og sirkulasjon normalt skal avklares før det innhentes opplysninger om personalia (navn og fødselsdato) og at veiledning i førstehjelp skal iverksettes dersom vitale funksjoner antas å være svekket. Det gjelder også der hvor Medisinsk indeks er pålagt brukt, jamfør interne rutiner ved den enkelte AMK-sentral. Etter Helsetilsynets vurdering har AMK et viktig forbedringspotensiale her: Ansvarlige eiere og drivere bør etterse at rutiner og prosedyrer gjennomgås og eventuelt forbedres. Det bør også legges til rette for å utnytte eksisterende muligheter for læring og forbedring av tjenesten. Vi skal gå nærmere inn på dette i påfølgende kapitler.

3.1 AMKs informasjonsinnhenting

3.1.1 Kartlegging av vitale funksjoner og omstendighetene rundt hendelsen

Totalt 63 % av de ansatte ved AMK besvarte NAKOS sin spørreundersøkelse.³⁴ Av disse rapporterer svært mange at de bruker oppslagsverktøyet Medisinsk indeks (99 %) og det såkalte startkortet³⁵ (81 %) i Medisinsk indeks i sine vurderinger og prioriteringer av nødmeldinger.³⁶ I intervjuet med leder ved et utvalg AMK-sentraler fremgår det at syv av åtte sentraler har pålegg om å bruke Medisinsk indeks.³⁷ En av sentralene har dette nedfelt i stillingsinstruksjonen til personalet. Likevel viser de 84 lydloggene NAKOS har gjennomgått at Medisinsk indeks kun blir brukt eller fulgt i 27 av hendelsene, hvorav det er usikkert i noen (dvs åtte) av lydloggene om Medisinsk

34) NAKOS-rapporten s 35.

35) NAKOS-rapporten vedlegg 5.

36) NAKOS-rapporten s 35, 39 og 41.

37) NAKOS-rapporten s 39 og 41.

indeks blir brukt eller fulgt.³⁸ I 25 av de 84 lydloggene, det vil si i nesten 1/3 av hendelsene, blir det spurt om personalia før pasientens vitale funksjoner blir kartlagt.³⁹ I ca 1/3 av lydloggene som NAKOS undersøkte blir verken pasientens bevissthetsgrad eller respirasjonsstatus avklart.⁴⁰ I over halvparten av hendelsene blir tilleggsjekken som Medisinsk indeks legger opp til for å avklare våkenhet, hvorvidt pasienten reagerer på tilrop og forsiktig risting, ikke utført.

Det fremgår av lydloggundersøkelsen at i fem av seks henvendelser som kom fra politiet var det ikke mulig for AMK å innhente informasjon om vitale funksjoner og heller ikke mulig å komme i kontakt med noen som var i nærheten av vedkommende det ble bedt om øyeblikkelig hjelp til.⁴¹ Som vi vil se i kapittel 3.3, har AMK i mange av disse hendelsene heller ikke hatt muligheter til å gi veiledning i førstehjelp.

Ambulansejournalene kan også tyde på at AMKs informasjonsinnhenting i flere tilfeller var mangelfull vedrørende pasientens vitale funksjoner. I 10 av de 60 ambulansejournalene NAKOS har gjennomgått var pasienten fortsatt bevisstløs når ambulansetjenesten ankom hendelsesstedet.⁴² I disse hendelsene var pasientenes bevissthetsgrad ikke kartlagt av AMK.

Resultatene fra spørreundersøkelsen tyder på at det kan være forskjeller knyttet til hvilke rusmidler som er antatt brukt med hensyn til hvor mye AMK-operatøren kartlegger rundt hendelsen før iverksettelse av respons.⁴³ Alkohol skiller seg noe ut i forhold til de andre rusmidlene. På spørsmål i spørreundersøkelsen om hva AMK-ansatte gjør "ved henvendelse om en person det er vanskelig/umulig å få kontakt med", svarer 21 % at de ikke sender ut noen ressurs før de har kartlagt alt rundt henvendelsen dersom de "antar at bevisstløsheten kan skyldes alkohol".⁴⁴ Hva som kan ligge i dette svaret, fremkommer ikke i NAKOS-rapporten. Tilsvarende tall for narkotika er 4 %, for legemidler 7 % og for blanding av rusmidler 10 %.

3.1.2 Diskusjon og vurdering

Adekvat og tilstrekkelig informasjonsinnhenting vedrørende pasientens vitale funksjoner er avgjørende for AMKs beslutningsgrunnlag for vurdering og prioritering av respons. Både ledere og ansatte ved AMK svarer at vitale funksjoner som hovedregel

skal kartlegges før personalia. Likevel reflekteres en annen praksis i lydloggene som NAKOS har undersøkt. Lydloggundersøkelsen viser dessuten at Medisinsk indeks ikke er benyttet ved flere av hendelsene.

Medisinsk indeks er et anerkjent verktøy i det akuttmedisinske fagmiljøet og benyttes også av Helsetilsynet som norm for vurdering av forsvarlig virksomhet i tilsynssaker mot helsepersonell i AMK- og LV-sentraler. Dette oppslagsverktøyet legger opp til at pasientens vitale funksjoner som hovedregel avklares før personalia med mindre det er åpenbart at det er tid til og relevant å innhente opplysninger om personalia. I situasjoner der Medisinsk indeks ikke benyttes, påhviler det AMK like fullt et ansvar for å forsikre seg om at nødvendig og tilstrekkelig informasjon blir innhentet og at det iverksettes adekvat respons.

Med *akuttmedisinsk respons* menes her både utkalling av ambulanse og/eller lege og AMKs helsefaglige rådgivning/veiledning til innringer i påvente av at ambulanse og/eller lege ankommer hendelsesstedet.

Etter Helsetilsynets vurdering er det bekymringsfullt dersom AMK ikke aktivt og systematisk innhenter nødvendig og tilstrekkelig informasjon om pasientens vitale funksjoner. Faren for feilvurderinger i forhold til iverksettelse av respons øker dersom AMK ikke har tilegnet seg et godt nok beslutningsgrunnlag. Mangelfull informasjonsinnhenting om og avklaring av pasientens vitale funksjoner kan dessuten medføre at AMK ikke iverksetter nødvendige og/eller relevante skadeforebyggende og livreddende tiltak i påvente av at utrykkende tjeneste ankommer hendelsesstedet. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 3.3 om AMKs veiledning i førstehjelp.

Undersøkelsen gir likevel ikke holdepunkter for at AMK-operatørene har unnlatt å kalle ut ambulanse eller lege til de aktuelle pasientene. Det er imidlertid bekymringsfullt dersom AMK bruker unødige mye tid på å kartlegge omstendighetene rundt en medisinsk nødmelding i tilfeller hvor pasientens vitale funksjoner er truet, slik spørreundersøkelsen kan antyde når det gjelder henvendelser hvor det antas at alkohol kan være involvert.

38) NAKOS-rapporten s 35, 39, 40 og 41.

39) NAKOS-rapporten s 34, 35, 39 og 49.

40) NAKOS-rapporten s 35, 36, 39 og 49: I 59 av 84 lydlogger blir pasientens respirasjonsstatus spurt om/avklart, og i 54 av 84 lydlogger blir det spurt om pasienten er våken.

41) NAKOS-rapporten s 36 og 39.

42) NAKOS-rapporten s 46-47 og 48.

43) NAKOS-rapporten s 41-42 og 45.

44) NAKOS-rapporten s 41 og vedlegg 1.

3.2 AMKs vurderinger før iverksettelse av respons

3.2.1 Sikkerhetsrisiko på hendelsesstedet og assistanse fra politiet

I spørreundersøkelsen rapporterer ansatte ved AMK at andre instanser oftere varsles, eksempelvis politiet, i tillegg til ambulanse og/eller lege når det antas at bevisstløsheten kan skyldes inntak av narkotika enn når det antas at andre rusmidler er involvert.⁴⁵

I intervjuundersøkelsen fremgår det at sikkerheten på hendelsesstedet blir vurdert når rusmidler kan være involvert. Dette fremgår også av lydloggundersøkelsen.⁴⁶ Sikkerhetsrisiko vurderes på bakgrunn av innringers toneleie, bakgrunnsstøy og hvorvidt det ringes fra kjent navn eller adresse. I AMIS, det databaserte systemet for registrering av medisinske nødmeldinger, er det, i følge NAKOS-rapporten, mulig å legge inn en varseltekst med informasjon om medisinske data og/eller mistanke om sikkerhetsrusler ved navn og/eller adresse.⁴⁷

Resultatene fra intervjuundersøkelsen tyder på at ved denne typen hendelser blir politiet brukt regelmessig ved alle de åtte utvalgte AMK-sentralene, og en sentral sendte alltid politiet først.⁴⁸ Ledere ved syv av AMK-sentralene oppgir at de opplever bruken av politiet også som et problem da det kan ta lang tid før politiet er på hendelsesstedet, hvilket betyr forsinket hjelp til pasienten.

3.2.2 Diskusjon og vurdering

Personellets sikkerhet er viktig og følgelig også vurdering av sikkerhetsrisiko på hendelsesstedet. Av hensyn til personellets sikkerhet kan det ved enkelte øyeblikkelige hjelp hendelser være nødvendig med assistanse fra politiet.

Vurdering av sikkerhetsrisiko er imidlertid ikke alltid en lett oppgave med enkle løsninger og svar. Helsetilsynet er bekymret for at beslutningsgrunnlaget for sikkerhetsvurderinger ved medisinske nødmeldinger kan bli mangelfullt dersom AMK ikke har et system som sikrer at eventuelle feilantagelser om trusselsituasjon ved navn og/eller adresse blir korrigert i AMIS. Vurdering av sikkerhetsrisiko og behov for assistanse fra politiet kan medføre forsinkelse av iverksettelse av respons og følgelig også forsinkelse av hjelp til pasienten. Dette kan sette pasientens liv i fare ved hendelser hvor pasientens vitale funksjoner er truet. Det er derfor helt av-

gjørende at AMK oppdaterer informasjon om sikkerhetsrisiko på visse adresser. Det er viktig at politiet ikke brukes unødige ut fra hensiktsmessig bruk av politiets ressurser. Bruk av politiet kan bidra til forsinket hjelp til pasienten og må derfor begrenses til de situasjoner hvor dette anses helt nødvendig.

3.3 Iverksatt akuttmedisinsk respons og tiltak

I NAKOS-rapporten får vi svært begrenset informasjon om hvilke akuttmedisinske (behandlings)tiltak som ble gitt eller tilbudt pasientene av ambulansepersonell ved de 60 hendelsene som ble undersøkt.⁴⁹ Undersøkelsen gir lite grunnlag for å vurdere ambulansetjenestenes iverksatte tiltak. Det fremgår ikke av rapporten hvordan fordelingene mellom de ulike rusmidlene er i forhold til årsaken til bevisstløshet, men antallet opiatoverdoser i ambulansejournalundersøkelsen kan være færre enn 20 hendelser.⁵⁰ Med disse forbeholdene merker vi oss at, i følge NAKOS-rapporten, kan det se ut som om opiatoverdosene hovedsakelig ble behandlet på hendelsesstedet og at disse pasientene ikke ønsket videre oppfølging etter oppvåkningen.⁵¹ Dette stemmer overens med resultater i noen tidligere undersøkelser om opiatoverdoser⁵² og informasjon fra fagmiljøet, jf. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005. Tilgrunnliggende og potensiell sykdom og skader, herunder også psykiske lidelser og selvmordsproblematikk, kan være viktige vurderingstemaer for å kunne ta stilling til behandling og videre oppfølging ved livstruende tilstander som kan skyldes overdose av rusmidler.⁵³ Helsetilsynet vil påpeke at også ambulansepersonell har en viktig informasjons- og videreformidlingsoppgave for å sikre at pasienter gis andre nødvendige helsetjenester. Data-materialet og analysen i NAKOS-undersøkelsen gir imidlertid ikke grunnlag for å gå nærmere inn på tematikken.

Som tidligere nevnt innebefatter *iverksatt akuttmedisinsk respons* både utkalling av ambulanse og/eller lege og AMKs helsefaglige veiledningstiltak til innringer i påvente av at ambulanse/lege ankommer hendelsesstedet. Resultatene gir lite grunnlag for å vurdere eventuelle variasjoner i utkalling av ambulanse og/eller lege ved hendelsene som er undersøkt. I det følgende ser vi på funn i NAKOS-rapporten vedrørende AMKs veiledning i førstehjelp til innringer.

45) NAKOS-rapporten s 43, 44 og 45.

46) NAKOS-rapporten s 37-38, 39-40, 44, 45 og 49-50.

47) NAKOS-rapporten s 38.

48) NAKOS-rapporten s 37, 44 og 45.

49) NAKOS-rapporten s 48 og 50.

50) NAKOS-rapporten s 32-33.

51) NAKOS-rapporten s 47-48 og 50.

52) Stokland m.fl. (1998); Skulberg m.fl. (1993).

53) Rapport fra Helsetilsynet 2/2005, s 66.

3.3.1 AMKs veiledning i førstehjelp

Det er ikke overensstemmende resultater fra de ulike kildene i NAKOS-undersøkelsen. I spørreundersøkelsen (n=313 personer) rapporterer de ansatte ved AMK at de gir tilbud om veiledning i førstehjelp ved henvendelser om bevisstløs person som man antar kan skyldes rusmidler.⁵⁴ I intervjuundersøkelsen sier lederne at veiledning i førstehjelpstiltak skal iverksettes dersom det er behov for det.⁵⁵

Lydloggundersøkelsen (n=84) viser derimot en annen praksis: Ved flere av hendelsene gir ikke AMK innringer veiledning i førstehjelp. Til tross for at hendelsene omhandlet bevisstløse personer hvor luftveiene var truet, viser resultatene at det i mer enn 2/3 av de 84 lydloggene ikke blir veiledet i frie luftveier.⁵⁶ Ved mer enn halvparten av hendelsene blir det ikke veiledet i stabilt sideleie. I noen av disse hendelsene ble veiledning utelatt fordi innringer oppgav at pasienten allerede lå på siden. Det fremgår ikke av NAKOS-rapporten hvor mange dette gjaldt.

Som tidligere nevnt viser lydloggundersøkelsen at i fem henvendelser fra politiet var det ikke mulig for AMK å innhente informasjon om vitale funksjoner og heller ikke mulig å komme i kontakt med noen som var i nærheten av vedkommende det ble bedt om øyeblikkelig hjelp til.⁵⁷ Politiet hadde ikke disse opplysningene og hadde ikke notert telefonnummer til innringer. Følgelig var det i disse tilfellene heller ikke mulig for AMK å iverksette veiledning i førstehjelp.

Videre viser ambulansjournalene (n=60) at i 10 av hendelsene hvor pasienten fortsatt var bevisstløs da ambulans ankom hendelsesstedet, har AMK ikke gitt innringer veiledning i førstehjelp.⁵⁸ Ved disse og flere av hendelsene var AMKs informasjonsinnhenting mangelfull vedrørende pasientens bevissthetsgrad.

3.3.2 Diskusjon og vurdering

Mangelfull informasjonsinnhenting vedrørende pasientens vitale funksjoner kan medføre mangelfull ivaretagelse av AMKs veilednings- og rådgivningsfunksjon overfor innringer eller andre tilstedeværende. Ved livstruende tilstander vil AMKs råd og veiledning rette seg mot iverksettelse av livreddende, skadebegrensende og skadeforebyggende tiltak, for eksempel veiledning for å sikre frie luftveier.

Antall medisinske nødmeldinger som ble viderefremmet fra politiet er lite i lydloggundersøkelsen (6 av 84 hendelser), og informasjonen om disse må tolkes med forsiktighet. NAKOS-rapporten antyder at politiets system for mottak og viderefremming av henvendelser ikke synes å sikre nødvendig informasjon om pasientens vitale funksjoner. Fra annet tilsyn har vi erfart at når flere tjenester skal samhandle kan det oppstå fare for svikt. Det er derfor viktig å ha oppmerksomhet på tverretattlig samarbeid. Ved henvendelse fra politiet eller andre kan det være vanskelig for AMK å kartlegge nøkkelinformasjon ved medisinske nødmeldinger. Dette kan få konsekvenser for AMKs muligheter for å tilegne seg et godt beslutningsgrunnlag for vurdering, prioritering og iverksettelse av respons. Følgelig øker faren for feilvurderinger i forhold til iverksettelse av akuttmedisinsk respons, herunder også relevant og nødvendig veiledning i førstehjelp i tråd med pasientens behov.

Det er etter Helsetilsynets vurdering bekymringsfullt at til tross for at ledere og ansatte ved AMK oppgir at veiledning i førstehjelp skal gis og blir gitt dersom det er behov for det i påvente av ambulans/lege, viser lydlogg- og ambulansjournalundersøkelsen likevel en annen praksis: Ved flere av hendelsene som er gjennomgått har AMK ikke gitt veiledning i førstehjelp til tross for at pasientens vitale funksjoner var truet.

3.4 Lærende virksomheter

3.4.1 Læringssystemer i AMK og ambulansetjeneste

Av intervjuundersøkelsen fremkommer det at ambulansetjenestenes behandlingstiltak og utførte oppdrag blir registrert i AMIS.⁵⁹ Lederne kan ut fra AMIS se om pasienten er lagt inn på sykehus eller ikke. I følge lederne har de muligheter for å lese ambulansjournalen til pasienter som legges inn på det sykehuset som AMK er lokalisert under. Ingen av lederne kjenner til hva som skjer med pasienter som blir innlagt på andre sykehus. Det fremgår av NAKOS-rapporten at det ikke finnes et system som bidrar til at AMK eller ambulansetjeneste får informasjon om behandlingsutfall og hvordan det går med pasienter som bringes til sykehus.

NAKOS konkluderer med at kun en av åtte AMK-sentraler synes å ha organisert et godt system for blant annet læring i form av gjennomgang av lydlogger.⁶⁰ I spørreunder-

54) NAKOS-rapporten s 35, 39, 42-43 og 45.

55) NAKOS-rapporten s 44.

56) NAKOS-rapporten s 37 og 39: Det blir veiledet i frie luftveier i 25 av lydloggene og i stabilt sideleie i 38 av lydloggene.

57) NAKOS-rapporten s 36-37 og 39.

58) NAKOS-rapporten s 47 og 49.

59) NAKOS-rapporten s 46.

60) NAKOS-rapporten s 37 og vedlegg 6.

søkelsen etterlyser mange av de ansatte ved AMK organisert repetisjonstrening og feedback fra reelle hendelser.⁶¹ I intervjuundersøkelsen fremkommer det at en sentral ønsker å innføre en egen rusmodul i AMIS for å øke kunnskapen rundt dette temaet.⁶² Som tidligere nevnt synes det som at kriterienummeret⁶³ som blir satt i AMIS ikke blir eller vanskelig kan endres senere ved den tilbakemelding AMK får fra ambulansetjeneste om pasientens symptomer og tilstand.⁶⁴ Resultater i NAKOS-rapporten tyder dessuten på at ikke alle AMK-sentraler og ambulansetjenester i denne undersøkelsen benytter seg av mulighetene som allerede finnes i systemet for læring av iverksatt respons og tiltak for således å bidra til forbedringer av virksomheten.

3.4.2 Diskusjon og vurdering

Den enkelte virksomhet har ansvar for å etablere systemer som i størst mulig grad sikrer at menneskelig svikt ikke skjer samt å fange opp svikt både for å begrense skadevirkninger og å unngå at tilsvarende feil skjer igjen (internkontroll). Det forventes at virksomheten skal lære av så vel egne som andres erfaringer og på denne bakgrunn blant annet sørge for kompetansehevende tiltak. Virksomheter som yter helsetjenester skal også sørge for at helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne yte forsvarlig helsehjelp.

Resultatene fra NAKOS-rapporten gir grunn til å spørre i hvilken grad AMK gjør bruk av allerede eksisterende muligheter, noe som kan bidra til virksomhetens kontinuerlige forbedringsarbeid og kompetansehevende tiltak. Av denne grunn kan det også stilles spørsmål ved i hvilken grad eventuelle feilvurderinger i forhold til iverksatt akuttmedisinsk respons blir registrert i AMIS, som er AMKs verktøy for registrering av medisinske nødmeldinger.

Etter Helsetilsynets vurdering er det grunn til bekymring dersom AMK og ambulansetjeneste ikke, eller i liten grad, utnytter eksisterende muligheter til å gjøre bruk av så vel egne som andres erfaringer i læringsøyemed. I et læringsperspektiv er det også urovekkende at det synes å eksistere hindre for korrigering av (feil)informasjon om hendelsen i ettertid; i forhold til sikkerhetsrisiko eller pasientens symptomer og tilstand.

61) NAKOS-rapporten s 37.

62) NAKOS-rapporten s 35.

63) Kriterienummer er et system for registrering av pasientens symptomer og tilstand og danner grunnlag for valg av hastegrad, jf. s 13 i del I av rapporten.

64) NAKOS-rapporten s 30 og 36.

4 Konklusjon – anbefalinger og oppfølging

NAKOS-rapporten har gitt Helsetilsynet et bedre kunnskapsgrunnlag når det gjelder helsetjenester som er av betydning for rusmiddelmissbrukere. Utifra en helhetlig og overordnet vurdering av resultatene fra den tredelte undersøkelsen, finner Helsetilsynet det bekymringsfullt at samtidig som ledere og ansatte ved AMK oppgir at etablerte rutiner og prosedyrer skal brukes og blir fulgt ved håndtering av medisinske nødmeldinger, viser gjennomgang av et utvalg lydlogger og ambulansejournaler at gjeldende retningslinjer ikke alltid blir benyttet. På dette området har AMK et viktig forbedringspotensiale. Det forutsettes at ansvarlige eiere og drivere etterser at rutiner gjennomgås og eventuelt forbedres. Ansvarlige for AMK har etter vår vurdering også et viktig forbedringsområde når det gjelder å utnytte muligheter de har for læring og forbedring av tjenesten. AMK synes ikke å ha lagt til rette for et system for læring i forhold til egne og andres erfaringer samt eventuelle feil i vurderinger, prioriteringer og iverksettelse av respons, herunder også veiledningstiltak til innringer ved henvendelse om øyeblikkelig hjelp. Det synes dessuten å eksistere hindre i AMKs registreringsverktøy, AMIS. Det er vanskelig å korrigere eventuell feilinformasjon om pasientens symptomer og tilstand registrert ved den enkelte medisinske nødmelding.

Lydloggene og ambulansejournalene viser at AMK ved mange av hendelsene ikke har gjort det de sier at de gjør: Rutiner og prosedyrer som skal brukes og som blir fulgt, i følge de ansattes svar på spørreundersøkelsen og det lederne sier i intervjuene, blir ikke alltid benyttet i vårt utvalg av lydlogger; med andre ord håndteres ikke hendelsene alltid i tråd med retningslinjer blant annet basert på Medisinsk indeks.

Resultater fra lydloggundersøkelsen og utvalgte resultater fra spørreundersøkelsen gjør oss bekymret for at AMK ikke alltid innhenter tilstrekkelig informasjon om pasientens vitale funksjoner til å kunne ha et godt nok beslutningsgrunnlag for å vurdere og å iverksette relevant akuttmedisinsk respons ved henvendelse om øyeblikkelig hjelp. Hovedårsaken til dette synes å ligge i at retningslinjer i Medisinsk indeks ikke har blitt benyttet ved flere av nødmeldingene:

- Ved flere av hendelsene blir det bedt om opplysninger om personalia før vitale funksjoner er avklart.
- Ved mange av de utvalgte nødmeldingene blir ikke relevant veiledning i førstehjelp gitt innringer i påvente av at ambulanse/lege ankommer hendelsesstedet.
- Spørreundersøkelsen antyder dessuten at det kan synes som om AMK bruker unødig mye tid på å kartlegge omstendighetene rundt nødmeldingen ved henvendelser hvor det antas at alkohol kan være involvert.
- NAKOS-undersøkelsen gir imidlertid ikke holdepunkter for at AMK har unnlatt å kalle ut ambulanse/lege til de aktuelle pasientene.

Etter vår vurdering bør disse funnene føre til at ansvarlige for AMK gjennomgår sine rutiner med sikte på å undersøke om informasjonsinnhentingen er forsvarlig og eventuelt iverksette forbedrende tiltak.

NAKOS-rapporten tyder også på at det kan være behov for at de ansvarlige for AMK tar initiativ til å gjennomgå samarbeidsrutiner mellom AMK og politiet ved

medisinsk nødhjelp med sikte på å etablere ordninger som ikke medfører unødige forsinkelser.

I svar på spørreundersøkelsen til ansatte ved AMK og i intervjuer med ledere ved et utvalg AMK-sentraler svares det at bevisstløshet som følge av rusmidler ikke håndteres annerledes enn andre årsaker til bevisstløshet. Det er symptomer og ikke årsaker som er viktig ved den akuttmedisinske behandling av bevisstløse.

Vårt utvalg av lydlogger omfatter opptak av faktiske hendelser, og er trukket ut fra et register bestående av lydlogger, organisert etter kriterienummer. Kriterienummer er basert på symptomer og ligger til grunn for vurdering av hastegrad og angivelse av problem, eksempelvis rus-overdose. Selv om vårt utvalg av lydlogger er basert på kriterienummer som tilsier at hendelsen var rusrelatert, vet vi ikke om dette faktisk var tilfellet. Når eller på hvilket grunnlag operatøren ga hendelsen et kriterienummer knyttet til rus, vet vi heller ikke. Vi vet imidlertid at kriterienummer er vanskelig å endre. Det vi vet er at operatøren på et eller annet tidspunkt i løpet av samtalen eller etterpå antok at hendelsen var rusrelatert, men dersom vedkommende ombestemte seg er det lite trolig at dette ville medført korrigerende kriterienummer.

Vi har ikke innhentet og sammenliknet lydlogger/ambulansjournaler med hendelser der kriterienummer angir at bevisstløsheten skyldes andre årsaker enn rusmidler. Vår undersøkelse kan følgelig ikke gi svar på om hendelser som antas å være rusrelatert, håndteres annerledes enn hendelser der antagelsen er andre årsaker til bevisstløshet. Vi har imidlertid heller ikke funnet indikasjoner som tyder på at dette skjer, bortsett fra muligens ved henvendelser hvor alkohol er involvert. Her svares det at man innhenter noe mer informasjon før respons iverksettes enn ved andre rusrelaterte henvendelser. Forskjellene er imidlertid svært små og må tolkes med varsomhet.

Med denne undersøkelsen tok vi ikke sikte på å avklare om rusmiddelmissbrukere får forsvarlig hjelp og oppfølging utover det akuttmedisinske. Vi har imidlertid identifisert to områder vi anser som sårbare og hvor vi som tilsynsmyndighet har behov for ytterligere kunnskap på området tjenester til rusmiddelmissbrukere.

Før vi gjennomførte denne undersøkelsen hadde vi mottatt informasjon som gav grunnlag for bekymring for den medisinske og psykososiale oppfølgingen av pasienter etter en opiatoverdose. NAKOS-undersøkelsen gir ikke holdepunkt for å si noe om eventuell svikt på dette området. Vi har imidlertid merket oss at det i ambulansjournalene fremkommer et lite antall opiatoverdose-pasienter som ikke ønsket oppfølging på legevakt eller sykehus etter akuttmedisinsk hjelp på hendelsesstedet. Tilgrunnliggende og potensiell sykdom og skader, herunder også psykiske lidelser og selvmordsproblematikk, er viktige vurderingstemaer for å kunne ta stilling til umiddelbar behandling og videre oppfølging av alvorlige, livstruende tilstander som kan skyldes overdose av rusmidler.⁶⁵ Helsetilsynet vil fortsette å følge med på dette området og kontinuerlig vurdere om det er behov for en ytterligere tilsynsmessig oppmerksomhet mot de medisinske og psykososiale oppfølgingstjenester opiatmisbrukere mottar etter overdoser.

NAKOS-rapporten kan tyde på at det brukes mer tid på å kartlegge omstendighetene i en øyeblikkelig hjelp situasjon dersom det antas at alkohol er involvert enn dersom det antas at hendelsen gjelder andre rusmidler. Helsetilsynet har fra andre kilder indikasjoner på en bekymringsfull økning i antall sykehusinnleggelses som skyldes alkoholforgiftninger, ikke minst fordi det rapporteres om et økende antall unge i denne situasjonen; spesielt unge kvinner og menn, men også menn over 35 år.⁶⁶ Det finnes lite systematisk kunnskap om hvilke oppfølgings tiltak disse mottar. Dette medfører at vi som tilsynsmyndighet ser behov for å innhente mer kunnskap om tjenestetilbudet til personer med en alkoholforgiftning. Vi vil rette fokuset mot tjenester som tilbys og/eller mottas etter oppvåkning av en alkoholforgiftning.

65) Rapport fra Helsetilsynet 2/2005.

66) Pedersen (2004).

Litteraturliste

- AMIS. Akuttmedisinsk informasjonssystem <http://www.helsekomponenter.no/produkter/amis> (18.4.2006).
- Folkestad, EH, Gilbert, M, Steen-Hansen, JE. Når det haster – prehospitalt responstider i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124(3): 324-328. http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=965863 (18.4.2006).
- Malterud, K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. 2. utgave. Stavanger: Den norske lægeforening/ The Laerdal Foundation for Acute Medicine, 1999.
- NOU 1998: 9. Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.
- Patton, MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park/London: Sage Publication, 1990.
- Pedersen, M. Alkoholrelaterte diagnoser og kostnader i spesialisthelsetjenesten. Oslo: SINTEF Helse, 2004.
- Skulberg, A, Boye-Hansen, T, Cron, RD, Sundelius, J. Overdoseproblematikk med heroin. Tidsskr Norsk Lægeforen 1993; 113: 1363-1365.
- Statens helsetilsyn. Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005. Oslo: Statens helse-tilsyn, 2005.
- http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2005/helsetilsynetrapport2_2005.pdf (18.4.2006).
- St.meld. nr. 43 (1999-2000). Om akuttmedisinsk beredskap.
- Stokland, O, Boye-Hansen, T, Nilsen, JE. Prehospital behandling av heroinforgiftning i Oslo i 1996, Tidsskr Norsk Lægeforen 1998; 118: 3144-3146.
- Wik, L. Kartlegging av helsetjenester til rusmiddelmissbrukere. Fra henvendelse om bevisstløs person er mottatt hos AMK til oppdraget er avsluttet av prehospital tjeneste. Rapport fra NAKOS: Del II av denne rapporten. Oslo: NAKOS, 2005.

Love og forskrifter

- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten 20. desember 2002 nr. 1731 (internkontrollforskriften). <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html> (18.4.2006).
- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 18. mars 2005 nr. 252. Med merknader. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050318-0252.html> (18.4.2006).
- Lov om helsepersonell m.v. 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven). <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (18.4.2006).
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven). <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html> (18.4.2006).

Del II

NAKOS RAPPORT

NAKOS Rapport 2005

KARTLEGGING AV HELSETJENESTER TIL RUSMIDDELMISBRUKERE

**Fra henvendelse om bevisstløs person er mottatt hos AMK
til oppdraget er avsluttet av prehospital tjeneste.**

Utarbeidet på oppdrag fra Statens helsetilsyn, høsten 2005



Innholdsfortegnelse

1 Innledning	27
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen	27
1.2 Målsetting og problemstillinger	27
2 Metode	28
2.1 Gjennomføring av undersøkelsen	28
2.1.1 Spørreskjema til AMK-ansatte.....	28
2.1.2 Utvalg av AMK-sentraler.....	28
2.1.3 Intervju med ledere ved AMK	30
2.1.4 Lydlogg fra AMK og gjennomgang av ambulansejournaler	30
2.3 Begrensninger	30
3 Beskrivelse av mottatt materiale	32
4 Presentasjon og vurdering av funn	34
4.1 Hva gjør AMK når de mottar melding om funn av bevisstløs person?	35
4.2 Hva eller hvilke vurderinger gjør AMK for eventuelt å finne ut om bevisstløsheten kan skyldes rusmidler?	39
4.3 Hvilke handlinger eller tiltak iverksetter AMK dersom det antas at bevisstløsheten skyldes overdose/intoks av rusmidler, henholdsvis narkotika, legemidler/og eller alkohol?.....	41
4.4 Hvilke prehospitale akuttmedisinske tjenester og tilbud gis pasienten, eller hva gjør uttrykkende tjeneste (som ambulanse eller lege i vakt) dersom bevisstløsheten antas å skyldes overdose/intoks av rusmidler?	45
5 Konklusjon	49
Vedlegg	51
Vedlegg 1: Spørsmålene inkludert i spørreundersøkelse til ansatte ved AMK	52
Vedlegg 2: Brev til aktuelle helseforetak.....	56
Vedlegg 3: Intervjuguide til intervju med ledere ved AMK.....	59
Vedlegg 4: Mal for gjennomgang av lydlogg og ambulansejournal.....	62
Vedlegg 5: Norsk medisinsk indeks: Startkortet, Oppslag bevisstløshet, rus.....	66
Vedlegg 6: Randomisert kvalitetskontroll	69
Vedlegg 7: Kopi av ambulansejournal-skjema	74

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Som et ledd i Statens helsetilsyns område-
overvåking ble det i 2004 gjennomført en
kunnskapsoppsummering når det gjelder
helsetjenester til rusmiddelmisbrukere.
Oppsummeringen beskrev flere tema der
Statens helsetilsyn som tilsynsmyndighet
har behov for ytterligere kunnskap. Ett slikt
tema gjelder de helsetjenester som gis i for-
bindelse med overdose/intoks av narkotika,
legemidler, alkohol eller blanding av rus-
midler.

Tilsynsmyndigheten har fra enkelte hold
mottatt meldinger som kan tyde på at det på
dette området er behov for en tilsynsmessig
oppfølging. Som et ledd i dette ba Statens
helsetilsyn Nasjonalt kompetansesenter for
prehospital akuttmedisin (NAKOS) om å
gjennomføre en kartlegging av akuttmedi-
sinske tjenester (AMK og ambulansetjenes-
ten¹) ved bevisstløshet som kan skyldes
overdose/intoks av narkotika, legemidler,
alkohol eller blanding av rusmidler. Med
bevisstløs menes her ikke nødvendigvis total
bevisstløshet, men inkluderer ulike grader
av bevisst(løs)het fra de somnolente, som er
ekstremt søvnige eller har redusert bevisst-
hetsnivå, til de komatøse pasientene som er
dypt bevisstløse.

1.2 Målsetting og problemstillinger

Statens helsetilsyn ønsket å undersøke
akuttmedisinske helsetjenester til rusmid-
delmisbrukere i forbindelse med overdose/
intoks av narkotika, legemidler, alkohol
eller blanding av rusmidler. Målsettingen
var å få en oversikt over hvilke rutiner og
prosedyrer den akuttmedisinske tjenesten
har og om de følges når det gjelder bevisst-

løshet som kan skyldes overdose/intoks av
rusmidler, og hvordan disse hendelsene
håndteres.

Som et ledd i dette har NAKOS, på oppdrag
fra Statens helsetilsyn, gjennomført en kart-
legging av hva som skjer fra henvendelse
om funn av bevisstløs person er mottatt hos
akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
(AMK) til oppdraget er avsluttet av pre-
hospital tjeneste. Med prehospital tjeneste
menes i denne undersøkelsen helsetjenester
utenfor sykehus representert ved AMK og
ambulansetjenesten. Avslutningen kan skje
ved at pasienten innlegges i sykehus, ved at
pasientens situasjon bedres og vedkom-
mende ikke ønsker videre oppfølging, ved
henvisning til annen instans eller lignende.

På vegne av Statens helsetilsyn skulle
NAKOS kartlegge:

1. Hva gjør AMK når de mottar melding om
funn av bevisstløs person?
2. Hva eller hvilke vurderinger gjør AMK
for eventuelt å finne ut om bevisstløs-
heten kan skyldes rusmidler?
3. Hvilke handlinger eller tiltak iverksetter
AMK dersom det antas at bevisstløsheten
skyldes overdose/intoks av rusmidler,
henholdsvis narkotika, legemidler, alko-
hol eller blanding av rusmidler?
4. Hvilke prehospital akuttmedisinske
tjenester og tilbud gis pasienten, eller hva
gjør utrykkende tjeneste (som ambulans
eller lege i vakt) dersom bevisstløsheten
antas å skyldes overdose/intoks av rus-
midler?

1) Ambulansetjenesten er i hovedsak
ambulansetjeneste med minst to ambulans-
arbeidere. I noen tilfeller følger det med
spesialtrønet personell (anestesilege og/
eller anestesisykepleier) i ambulansen
eller i egen utrykningsenhet.

2 Metode

2.1 Gjennomføring av undersøkelsen

I en tre måneders periode fra 21. september til 15. desember 2005 har NAKOS kartlagt akuttmedisinske helsetjenester i forbindelse med overdose/intoks av narkotika, legemidler, alkohol eller blanding av rusmidler. Kartleggingen ble gjennomført som en tredelt undersøkelse bestående av følgende datakilder:

1. Et spørreskjema til alle som arbeider i AMK.
2. Intervju med både medisinsk- og driftsansvarlig leder ved et utvalg AMK-sentraler.
3. Lytting og beskrivelse av et utvalg hendelser basert på lydlogg² og ambulansjournal.

Det var viktig for NAKOS å utføre undersøkelsen med en slik tredelt modell fordi vi da ville få kartlagt hvordan man mente håndteringen skulle utføres og hva som ble gjort i en faktisk situasjon. Vi hadde en for mening basert på egen erfaring fra arbeid ved AMK at under en reell situasjon kan mange forutsetninger forandre seg. Mange ganger er man ikke klar over dette og vil derfor i rolige situasjoner ikke tenke på hva en hektisk situasjon kan gjøre med det mønster man har blitt lært opp til å følge. Det var også viktig for NAKOS å få belyst problemstillingen både fra lederne og fra de som arbeider ved AMK-sentralene.

Alle tre undersøkelsene eller datainnsamlingene ble utført samtidig. Av tidsmessige grunner var det vanskelig å gjøre disse etter hverandre. Analysen ble utført når datamaterialet fra alle de tre undersøkelsene forelå.

2.1.1 Spørreskjema til AMK-ansatte

NAKOS planla i 2005 en spørreundersøkelse for å kartlegge kompetanse (utdanning, videreutdanning, arbeidserfaring), fagutvikling, kontrollsystemer, kvalitet, handlingsmønster, og medisinsk operative systemer blant AMK-personell og AMK-sentraler. Gjennomføringen av AMK-spørreundersøkelsen var bestemt gjennomført før oppdraget fra Statens helsetilsyn ble aktuelt. I den forbindelse hadde NAKOS utarbeidet et spørreskjema til alle ansatte (ca 500) ved samtlige 23 AMK-sentraler i Norge, hvorav noen også er legevaktsentraler (LV). Under forberedelsen til NAKOS-undersøkelsen, ble AMK-sentralene invitert til å bidra med spørsmål de ønsket svar på, samt at de kunne kommentere de spørsmålene som allerede var utarbeidet. Spørreundersøkelsen ble gjennomført via et internettbasert system for å kunne besvare spørsmålene digitalt. Det var derfor enkelt å inkludere noen spørsmål angående bevisstløshet som man antok skyldes overdose/intoks av rusmidler og hvordan AMK-ansatte ville håndtere disse hendelsene. For å besvare oppdraget fra Statens helsetilsyn, ble det utarbeidet noen tilleggsspørsmål (se vedlegg 1). Dette ble det opplyst om i følgebrevet NAKOS sendte ut i forbindelse med spørreundersøkelsen. Disse tilleggsspørsmålene utgjorde en liten del av NAKOS-undersøkelsen.

2.1.2 Utvalg av AMK-sentraler

I Norge er det i dag 23 AMK-sentraler. På grunn av de tidsmessige og økonomiske rammene for oppdraget var det ikke mulig å inkludere alle sentralene i undersøkelsen. Det ble derfor bestemt å velge ut noen AMK-sentraler basert på en forundersøkelse av sentralene. I denne forundersøkelsen ble alle 23 sentraler kontaktet via elektronisk

2) Lydlogg er båndopptak av all tale som formidles via telefon og radiokommunikasjonslinjer i AMK sentralen, deriblant samtale mellom AMK-operatør og innringer til medisinsk nødtelefon (113).

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

post, og det ble ringt til medisinsk systemansvarlig og daglig leder (avdelingsleder). I dette kartleggingsarbeidet ønsket vi å vite hvor mange innbyggere sentralen dekket, hvor mange (ca) av disse som bodde i by/tettsted, om det var kombinert AMK og LV-sentral, antall henvendelser pr år, antall 113 henvendelser pr år, og hvor mange henvendelser som var knyttet til ulike typer rusmidler. Dersom vi hadde fått svar fra alle sentralene, ville disse opplysningene gitt oss et godt grunnlag for å velge ut AMK-sentraler som kunne representere bredden av AMK-sentraler i Norge med hensyn til innbyggertall, prosentandelen som bor i by/tettsted, geografisk spredning av AMK-sentralene, har LV-sentral funksjon, sentraler med mange henvendelser og sentraler med få henvendelser, sentraler med mange 113-telefoner og sentraler med få 113-telefoner, og sentraler med mange rusrelaterte hendelser, og sentraler med få rusrelaterte hendelser.

Etter flere purrerunder fikk vi svar fra 10 av 23 sentraler. Av de som svarte, var det få som kunne rapportere kvalitetssikrede tall

knyttet til spørsmålene om rusmiddelmissbruk. Vi ønsket å velge ut AMK-sentraler som kunne representere bredden av sentraler i Norge. På grunn av lav respons fra AMK-sentralene var vi derfor avhengige av å selv finne noen geografiske og demografiske data fra de sentralene som ikke hadde svart på forundersøkelsen. Datamaterialet fra forundersøkelsen og det vi selv innhentet for å beskrive AMK-sentralene ble lagt til grunn for å velge ut 8 sentraler etter følgende tre kriterier:

1. Sentraler med *by- og landdistriktsansvar*.
2. Sentraler hvorav noen også er *kombinerte AMK/LV-sentraler*.
3. *Geografisk spredning for landet* slik at alle landsdelene er representert utenom Tromsø og Finnmark. Dette fordi de i høst er opptatt med evaluering av Barents Rescue.

Disse sentralene ble deretter benevnt med bokstavene A-H (tabell 1).

Tabell 1
Oversikt over de 8 utvalgte AMK-sentralene.

<i>AMK-sentral</i>	<i>Type sentral</i>	<i>Andel av befolkningen som bor i by/tettsted*</i>
A	Kombinert AMK/LV	54 %
B	Ren AMK	99 %
C	Kombinert AMK/LV	40 %
D	Kombinert AMK/LV	72 %
E	Ren AMK	82 %
F	Ren AMK	72 %
G	Kombinert AMK/LV	50 %
H	Kombinert AMK/LV	55 %

*Beskriver andelen i prosent som bor i by/tettsted for det ansvarsområde AMK-sentralen har.

I begynnelsen av oktober 2005 sendte Helsetilsynet et brev til de aktuelle AMK-sentralene og ambulansetjenestenes helseforetak med overskriften "Kartlegging av helsetjenester til rusmiddelmissbrukere. Fra henvendelse om bevisstløs person er mottatt hos AMK til oppdraget er avsluttet av prehospital tjeneste" (se vedlegg 2). I dette brevet ble det beskrevet hvorfor undersøkelsen skulle gjøres, hvem som skulle utføre undersøkelsen, hvordan den skulle

gjennomføres, og hvilke data vi ønsket å innhente. Det dreide seg om lydlogger og ambulansjournaler fra hendelser med bevisstløse personer der bevisstløsheten kunne skyldes overdose/intoks av narkotika, legemidler, alkohol eller blanding av rusmidler. I tillegg til dette sendte NAKOS ut en e-post til de 8 sentralene der det ble beskrevet hva medisinsk systemansvarlig og daglig leder ved den enkelte AMK skulle gjøre i forkant av intervjuet. E-posten til

lederne lød som følger:

“I forbindelse med møtet NAKOS har med dere har dere laget lyd kopi av følgende hendelser fra lydlogg med utskrift av hendelsesbilde i AMIS samt kopi av ambulansejournal for hver enkel hendelse. Dere finner de 5(3)³ siste hendelser med alkohol, 5 med medikamenter, 5 med narkotika, og 5(3)² med blanding der pasienten var “bevisstløs”. Disse lagres på CD og kobles logisk til papirkopiene av AMIS hendelsesbilde og Ambulansejournal.”

Det var AMK-lederne selv som valgte de hendelsene vi ba om og lydloggen som tilhørte. De innhentet også ambulansejournalene fra ambulansetjenesten knyttet til disse hendelsene dersom hendelsen hadde medført et ambulanseoppdrag. I tillegg til dette ble det utarbeidet intervjuguide for lederne ved AMK-sentralene, og en spørreundersøkelse som er beskrevet i 2.1.1.

2.1.3 Intervju med ledere ved AMK

For å få informasjon om organisering, prosedyrer og håndtering av hendelsene, intervjuet NAKOS AMK-ledere i de 8 utvalgte AMK-sentralene. Intervjuene med lederne skulle belyse hvilke rutiner den enkelte sentral hadde for håndtering av disse hendelsene og hvordan de ble fulgt opp. AMK-lederne fikk intervjuguiden (se vedlegg 3) tilsendt i god tid før intervjutidspunktet. De ble bedt om å forberede svarene til de ulike spørsmålene skriftlig. Under selve intervjuet dannet dette grunnlaget for samtalen. NAKOS anså det som viktig at lederne ved AMK skulle få muligheten til å tenke igjennom spørsmålene på forhånd og å innhente informasjon før intervjuet.

2.1.4 Lydlogg fra AMK og gjennomgang av ambulansejournaler

Lydlogger fra et utvalg av de siste hendelsene om bevisstløs person ble gjennomgått retrospektivt for å kartlegge hvordan AMK-personellet håndterte autentiske hendelser. For å få ytterligere informasjon om de aktuelle hendelsene, gjennomgikk NAKOS ambulansejournaler fra de hendelsene vi hadde fått lydloggen til. Ambulansejournalene inneholdt informasjon om tilstanden til pasienten når ambulansen kom fram, tiltak som ble iverksatt samt eventuelle tilbud om videre oppfølging eller overføring til annet helsetjenestetilbud som pasienten fikk før oppdraget ble avsluttet av

prehospital tjeneste. Gjennomgang og evaluering av både lydlogg og ambulansejournal ble utført i henhold til en egen mal utviklet for dette prosjektet (se vedlegg 4).

2.3 Begrensninger

En mulig begrensning ved undersøkelsen kan være tidrammen og omfanget. NAKOS har gjennomført spørreundersøkelsen, intervjuer og gjennomgang av lydlogger innenfor de rammene som forelå. Andre tidsrammer hadde gitt mulighet for å bruke mer tid på de ulike elementene kartleggingen besto av. Det er mulig at dette hadde styrket kartleggingen, men det er usikkert om det hadde påvirket resultatet vesentlig.

Det var mange spørsmål og oppgaver de 8 AMK-sentralene skulle utføre på om lag en måned. Det er mulig at årsaken til at noen AMK-sentraler ikke hadde fremskaffet det datamaterialet vi hadde bedt om, kan forklares ved at de måtte prioritere daglig drift, etablering av ny sentral med større ansvarsområde, lite erfaring med nye tekniske løsninger og underbemanning i forhold til å kunne prioritere eksterne oppgaver.

Det var beklagelig at to kombinerte AMK-/LV-sentraler, som begge hadde ansvar for store landdistriktsområder, ikke leverte lydlogger og ambulansejournaler som vi ba om. Kartleggingen mangler derfor erfaring fra disse sentralene. Fra en sentral fikk vi kun lydlogg fra en dag og fra en operatør.

Det akuttmedisinske registreringssystemet AMIS⁴, som er AMK-sentralenes arbeidsverktøy eller operativsystem for å registrere hendelser, har noen begrensninger med hensyn til å få ut aktivitetsrapporter på en enkel måte. Ved registrering av hendelser lages det en database som beskriver aktiviteten ved AMK-sentralen. Databasen er organisert i henhold til kriterienummer. Kriterienummer er et system for registrering av symptomer og som danner grunnlag for valg av hastegrad for å sende ut akuttmedisinsk respons (ambulanse, lege, helikopter). Databasen er bygget opp etter beskrivelse av tilstand og symptomer, og det er mange ulike symptomer som kan gi en diagnose. Det betyr at man må søke gjennom mange symptomer for å finne den diagnosen man ønsker. I vår undersøkelse ba vi om bevisstløshet som kan skyldes overdose av narkotika, legemidler, alkohol eller blanding av rusmidler. Men rus kan “gjemme” seg

3) Noen AMK sentraler (B, D, E, F) skulle bare finne tre.

4) AMIS er et IT-støttet akuttmedisinsk informasjonssystem for registrering av hendelser som ringes inn til medisinsk nødnummer 113.

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

under mange ulike kriterier i AMIS. Det kan tenkes at dette har påvirket det materialet vi fikk.

Det er en mulighet for at AMK-sentralene silte ut de lydloggene vi fikk og at vi derfor ikke har fått et godt bilde av bredden av hendelser som kan skyldes overdose/intoks av rusmidler. NAKOS tror ikke det er tilfellet da det er et stort arbeid å finne de hendelsene vi ønsket, og en siling ville økt arbeidet ytterligere. Det er derimot uheldig at vi har fått lydlogger knyttet til hendelser der pasienten ikke var bevisstløs. Disse lydloggene har ikke blitt inkludert i vår vurdering av hvordan AMK har håndtert hendelser med bevisstløshet. Dette kan også skyldes søkemulighetene i AMIS.

Bevisstløshet er et nøkkelord i undersøkelsen. Erfaring og systematisk gjennomgang av lydlogger fra en av AMK-sentralene i utvalget viser at innringer ikke bruker dette ordet. Undersøkelsen til denne AMK-sentralen viste at innringer brukte begrep som “detti om”, “datt om”, “falt om”, “ligger rett ut”, “svima av”, “besvimt” eller “fått illebefinnende”. Ingen av disse ordene er søkeord i AMIS og forskjellen i bruk og betydningen av ord som innringer bruker og operatør hører, eller ønsker å høre, kan spille en rolle.

Oppsummerende konklusjon angående metodiske valg

I denne kartleggingen valgte vi en metode som baserte seg på å hente data fra tre ulike datakilder (spørreundersøkelse, intervju, lydlogg og ambulansjournal). Det er en styrke ved kartleggingen. Samtidig kan det være en svakhet dersom datakildene ikke var representative for de problemstillingene vi ønsket å få svar på. En ytterligere svekkelse av metoden kan være at vi kun valgte 8 AMK-sentraler, og at ikke alle leverte de lydlogger og ambulansjournaler vi bad om. Det er mulig at metoden ville blitt styrket dersom det hadde vært mulig å kvalitetssikre de lydloggene (hendelsene) vi fikk i forhold til det vi bad om. Det hadde forsinket gjennomgangen og analysen av data. En annen styrking av metoden hadde vært å inkludere flere AMK-sentraler, men da også med forsinkelse.

I ettertid kunne sikkert noen av spørsmålene i spørreundersøkelsen vært formulert annerledes. I tillegg kunne man ha stilt noen supplerende spørsmål når man ser svarene på spørsmålene. Det var det ikke mulig å gjøre denne gangen. Derimot var det mulig i

forbindelse med intervjuene, da lederne på forhånd hadde svart på spørsmålene.

De metodene vi valgte i denne kartleggingen er til å stole på. Men resultatene og funnene vi fikk ved denne tredelte teknikken kan ha sine svakheter i forhold til generalisering. Det beste ville vært å kartlegge alle AMK-sentralene og ambulansetjenestene. Men med de tidsrammer som forelå tror vi at vi brukte en metode som gav oss svar på de fire hovedspørsmålene Statens helsetilsyn ønsket å belyse. Om metoden vi brukte var robust nok til å svare på disse spørsmålene for alle AMK-sentraler og ambulansetjenester kan diskuteres.

3 Beskrivelse av mottatt materiale

Materialet består av: 1. Spørreskjemabesvarelse fra AMK-personell (n=313). 2. Intervju med ledere ved AMK (n=8). 3. Lydlogger (n=84) med tilhørende AMIS-utskrifter og ambulansejournaler (n=60) fordelt på hendelser med bevisstløshet som kan skyldes inntak av narkotika, legemidler, alkohol eller blanding av rusmidler. Ved denne tredelte metoden ønsket vi å beskrive hvordan AMK-personellet mente de ville løse hendelsene, hvordan de egentlig gjorde det,

hvordan lederne mente man skulle gjøre det og hvilke systemer for kvalitets- og internkontroll som var implementert.

Vi bad om å få lydlogger fra alle de åtte AMK-sentralene og fikk fra syv av sentralene. En av disse syv sentralene leverte bare tre av de 20 lydloggene vi ba om. Tabell 2 gir en oversikt over hva vi fikk av lydlogger sammenlignet med det vi ba om.

Tabell 2

Beskrivelse av lydlogg materialet vi ba om og hva vi fikk fra de ulike AMK-sentralene i forhold til type overdose/intoks hos bevisstløse pasienter.

Sentral	Alkohol		Piller		Narkotika		Blanding	
	Ba om	Fikk	Ba om	Fikk	Ba om	Fikk	Ba om	Fikk
A	5	5	5	5 ⁵	5	5 ⁶	5	4 ⁷
B	3	5 ⁸	5	7 ⁹	5	5 ¹⁰	3	1
C	5	5	5	4	5	5	5	5
D	3	3	5	5 ¹¹	5	3 ¹²	3	3
E	3	5	5	6 ¹³	5	6	3	4 ¹⁴
F	3	4	5	3	5	4 ¹⁵	3	0
G	5	0	5	0	5	0	5	3
H	5	0	5	0	5	0	5	0

5) 1 pas. ringer selv

6) 1 pas. ringer selv

7) 2 våkne

8) 1 våken

9) 4 pas. ringer selv

10) 1 pas. ringer selv

11) 2 ambulansebestillinger fra psykiatrisk avdeling

12) 2 pas. ringer selv, 1 institusjon trenger råd

13) 1 ambulansebestilling

14) 2 logger stemmer ikke med journal

15) 1 våken

Sentral A leverte en oversiktlig mappe med journaler og tilhørende lydlogger. Fire av lydloggene var fra våkne pasienter. Dessverre fikk vi bare tre ambulansejournaler. Fra sentral B fikk vi 18 lydlogger til tross for at vi hadde bedt om 16. Seks var fra våkne pasienter eller at pasienten ringte selv. Sentralen hadde lagret alle filene etter hendelsesnummer, men utskriften fra AMIS var ikke i samme rekkefølge. Noen av sam-

talene var levert som enkeltstående hendelser, men viste seg å være fra en og samme hendelse. Sentral C hadde lagret alle lydloggene fortløpende uten noen god merking av de ulike hendelsene. Vi fikk 19 av de 20 lydloggene vi hadde bedt om. Sentral D var den eneste sentralen som sendte med alle samtaler og oppkall som angikk hver hendelse. De var sortert i mapper merket med AMIS-nummeret. Materialet fra denne

DEL II

Kartlegging av helse-tjenester til rusmiddel-misbrukere.
Rapport utarbeidet av NAKOS på oppdrag fra Helsetilsynet.

sentralen var oversiktlig og fullstendig. Vi hadde bedt om 16 og fikk 14, hvorav tre var fra våkne pasienter. Sentral E gav oss 21 lydlogger til tross for at vi hadde bedt om 16. Av disse var en ambulansebestilling og to av lydloggene stemte ikke med journalen. Vi ba om 16 fra Sentral F og fikk 11, hvorav en var våken og ingen var blanding av rusmidler. Sentral G sendte kun tre lydlogger

og sentral H sendte ingen.

Når det gjelder ambulansejournaler og hva vi har fått fordeler det seg slik det er vist i tabell 3. Sentralene C (kombinert AMK/LV der 40 % bor i by) og E (ren AMK der 82 % bor i by) var de to sentralene som kom best ut med å levere ambulansejournal knyttet til hendelsen.

Tabell 3

Oversikt over om det ble levert ambulansejournal knyttet til lydlogg fra de ulike AMK-sentralene.

	AMK-sentral							Total
	A	B	C	D	E	F	G	
Mottatt ambulansejournal	3	8	15	7	15	10	2	60
Ikke mottatt ambulansejournal	12	2	1	0	3	0	1	19
Ikke aktuelt ¹⁶	0	5	0	0	0	0	0	5
Total	15	15	16	7	18	10	3	84

Hvis vi ser det innleverte lydlogg materialet fordelt på dager (Tabell 4), finner vi at noen sentraler manglet hendelser fra helg og 45 av hendelsene foregikk i tidsrommet 05.01-21.00. Erfaringsmessig kan det være i helgene etter klokken 21.00 at det kan være vanskelig å skille rusproblematikk fra annen sykdom. For å kunne svare mer fullstendig på hvilke andre ressurser AMK benytter ved rusrelaterte henvendelser, burde helgen vært mer representert i materialet. Årsaken til at vi hevder det er at vår erfaring fra AMK er

at det er mye rusrelaterte hendelser fredag kveld/natt til lørdag og lørdag kveld/natt til søndag. Et annet viktig moment i dette er at man i helgene ikke har like mange ressurser å bruke som i ukedagene. Dette kan tenkes å påvirke hvordan AMK løser disse helgehenvendelsene. I vår undersøkelse der 32 hendelser var i ukedagene og 42 i helgen har det ikke blitt utført en slik sammenligning. Det skyldes at denne type sammenligninger bør utføres på et større datamateriale.

Tabell 4

Innleverte lydlogger fordelt på ukedag og AMK-sentral.

AMK-sentral	Ukedag							Total
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	
A	1	0	2	1	3	7	1	15
B	0	2	1	6	4	0	0	13
C	0	1	3	4	0	6	1	15
D	2	1	0	0	0	3	1	7
E	1	0	4	2	3	3	4	17
F	0	3	2	0	1	0	4	10
G	0	1	0	0	0	1	1	3
Total	4	8	12	13	11	20	12	80 ¹⁷

16) Logg som ikke endte i ambulansejournal

17) Årsaken til at totalen ikke blir 84 skyldes at ukedag ikke er notert ved fire hendelser.

4 Presentasjon og vurdering av funn

I det følgende presenterer vi de funn vi har dokumentert ved gjennomgåelsen av spørreundersøkelsen som ble sendt til AMK-personellet, svarene vi fikk under intervjuet med AMK-lederne ved åtte utvalgte sentraler, og resultatet fra systematisk lytting på lydlogg fra autentiske hendelser ved disse sentralene. Vi vil også vurdere disse funnene opp mot hverandre og kommentere viktige relasjoner eller sammenhenger. Denne gjennomgangen vil bli presentert i tilknytning til de fire hovedspørsmålene som Statens helsetilsyn ønsket å få besvart. Undersøkelsen ble ikke gjennomført for å vurdere om den endelige behandlingen rusmiddelmissbrukeren fikk, var riktig i forhold til den situasjonen vedkommende var i, men å beskrive hvilke tiltak som ble iverksatt.

Undersøkelsen viser i hovedtrekk at det er forskjell mellom hvordan ledere ved et utvalg AMK-sentraler forteller hvordan deres sentral håndterer hendelser relatert til bevisstløshet som kan skyldes overdose/intoks av rusmidler, og hva vi finner ved gjennomgang av lydlogg fra autentiske hendelser. AMK-ledernes redegjørelse er i all hovedsak samsvarende med hva AMK-personellet svarer på spørsmålene angående rus fra NAKOS landsomfattende spørreundersøkelse om AMK-personellets kompetanse og aktivitet på AMK-sentralen. Det er overraskende at så få av hendelsene basert på lytting på et utvalg lydlogger blir håndtert på den måten Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp (Indeks)¹⁸ legger opp til. Særlig gjelder det den mangelfulle utspørringen av innringer vedrørende bevissthet, respirasjon og sirkulasjon på bekostning av det fokus AMK har på personalia i disse lydloggene. Spørreundersøkelsen gir oss også indikasjon på at særlig overdose/intoks som skyldes

alkohol håndteres annerledes enn de andre rusmidlene. Men om dette også gjelder for autentiske hendelser, kan vi ikke sikkert si noe om i dette begrensede lydloggmaterialet.

Ved utvelgelsen av AMK-sentralene var det et mål å få undersøkt sentraler med ren AMK-funksjon og sentraler som også hadde LV-funksjon. Sentralene B, E og F hadde rene AMK-funksjoner og vil bli skrevet med tykke bokstaver senere i gjennomgangen. Sentralene A, C, G og H er alle sentraler med kombinert AMK og LV-funksjon der 40 % til 55 % av befolkningen bor i by, sammenlignet med sentralen D der 72 % bor i by. De resterende sentralene, **B**, **E**, og **F**, var rene AMK-sentraler hvor 72 % til 99 % bor i by. Sentralene ble også valgt for best mulig å få en geografisk spredning. NAKOS har ikke funnet noen mønster ved de ulike sentralene med hensyn til om de er kombinert AMK/LV sentral og/eller om de hovedsakelig har ansvar for byområder. Vi vil også poengtere at man bør være varsom med å fortolke sammenhenger i et relativt lite materiale som det utvalg vi har av lydlogger og ambulansjournaler. Disse sentralene kan snarere sees på som at de kan representere bredden av sentraler i Norge.

I henhold til spørreundersøkelsen blant AMK-personellet var 58 % kvinner og 42 % menn. Aldersfordelingen var som følger: <30 år 7 %, 30-40 år 36 %, 40-50 år 38 %, 50-60 år 18 %, og >60 år 1 %. Det var overraskende at kun 25 % arbeidet i 100 % stilling. Mange av de som arbeidet ved AMK sentralen hadde arbeidet der i mange år: <4 år 31 %, 4-10 år 36 %, >10 år 33 %. Hele 75 % hadde sykepleieutdanning og 18 % hadde annen utdanning der spesialsykepleie dominerte med 99 %.

18) Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. 2. utgave. Stavanger: Den norske lægeforening/The Laerdal Foundation for Acute Medicine, 1999.

DEL II

Kartlegging av helse-tjenester til rusmiddel-misbrukere.
Rapport utarbeidet av NAKOS på oppdrag fra Helsetilsynet.

Lederne ved alle AMK-sentralene svarte at de ikke hadde rusproblematikk som et prioritert undervisningstema i grunnutdanningen av AMK-personellet, men at det ble berørt fra tid til annen ved temadager.

Det var utviklet et eget retreningsprogram for hjemmebruk (Quiz applikasjon med Multiple Choice). En sentral hadde egen AMK-simulator og en annen hadde tilgang til KOKOM's simulator. Ingen av sentralene hadde egne strategiplaner for håndtering av overdose-/intoksproblematikk som skyldes rus. En sentral hadde et ønske om å innføre en egen rusmodul i AMIS for å øke kunnskapen rundt dette tema.

Etter intervju med AMK-lederne fikk vi inntrykk av at alle sentralene hadde mange henvendelser knyttet til rusmidler som alkohol, legemidler og blanding av rusmidler. Flere av de "små" sentralene hadde lite henvendelser knyttet til narkotika. En leder hadde ikke sett en overdose narkotika på 20 år. De gangene de hadde narkotikaoverdoser var de knyttet til tilfældigheter eller at det var i små kjente miljøer. I byene og de større sentralene var det en del narkotika.

Hendelsene fra lydloggene NAKOS har lyttet til er fordelt på omtrent likt antall kvinner og menn. Pasientenes alder er spredt fra 11 til 71 år.

4.1 Hva gjør AMK når de mottar melding om funn av bevisstløs person?

Bruk av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

AMK-sentralen skal i størst mulig grad kartlegge symptomene til pasienten ved en hendelse. Dette skal gjøres for å skaffe seg et beslutningsgrunnlag for deretter å iverksette umiddelbare livreddende tiltak, samtidig som man skal sende ut den mest hensiktsmessige responsen. Indeks er et verktøy for å skaffe seg den nødvendige informasjon, og for å gi systematisk veiledning og råd til innringer.

I spørreundersøkelsen som ble sendt ut til ca 500 personer som arbeider ved de 23 AMK-sentralene i Norge fikk vi svar fra 313 personer (63 %). Det var 99 % av disse som svarte bekreftende på at de brukte Indeks som skriftlig prosedyre for prioritering, og 89 % opplevde Indeks som et nyttig hjelpemiddel. Det betyr at AMK personellet ønsket å bruke Indeks som sitt arbeidsverktøy for å håndtere henvendelser vedrørende

bevisstløshet. Indeks ble laget for at AMK-operatøren systematisk skulle kartlegge pasientens våkenhetsgrad og om vedkommende pustet normalt. Det var svarene på disse spørsmålene som skulle avgjøre den telefonveiledning i førstehjelp AMK-operatøren skulle gi innringer. Spørreundersøkelsen viste at AMK-personellet oppgav at de i 97 % av tilfellene gav rutinemessig tilbud om veiledning i førstehjelp, de instruerte i stabilt sideleie i 95 %, hjerte-lunge-redning i 57 %, kun brystkompresjon i 45 % og frie luftveier og munn-til-munn i 56 % av tilfellene. Det var 4 % som svarte at de ikke hadde veiledet i frie luftveier det siste året. De fleste (67 %) oppgav at de hadde veiledet opp til 30 ganger i året.

Intervjuet av lederne dokumenterte de samme prinsippene som AMK-personellet oppgav i spørreundersøkelsen om bruk av Indeks og hvilke spørsmål som ble stilt og rekkefølgen de ble stilt til innringer. I de fleste sentralene var det instruks om å bruke Indeks.

Kartlegging av vitalia (våkenhetsgrad, respirasjon og sirkulasjon) og veiledning i førstehjelp

Disse opplysningene står i sterk kontrast til hva lydloggene viste om hva AMK-personellet spurte om og hvordan de prioriterte spørsmålene under virkelige hendelser. I 54 av 84 lydloggtilfeller ble det spurt om pasienten var våken. NAKOS hadde forventet et høyere tall fordi spørsmålet om våkenhet er et av nøkkelspørsmålene i Indeks Start kort (se vedlegg 5) og 99 % av AMK-personellet hadde i spørreundersøkelsen oppgitt at de brukte Indeks. Det er en mulighet at svaret på spørsmålet om våkenhet ble indirekte belyst i samtalen mellom innringer og AMK-operatøren, men vi kan ikke dokumentere det ved vår lytting av lydlogg. NAKOS vurderer det slik at det er en risiko for mangelfull innhenting av nøkkelinformasjon dersom man ikke spør om bevissthet. Det er dette symptomet eller tegnet som avgjør de tiltak og de råd som skal gis til innringer. Man kan komme galt av sted ved mangelfull kunnskap om bevissthet både når det gjelder veiledning og hvilken ressurs man sender til pasienten.

Spørsmålet om pasienten reagerte på tilrop og risting, som er en ekstra sikkerhetssjekk for vurdering av bevissthetsgrad, ble utført i bare 36 av lydloggene NAKOS har gjennomgått. Dette kan medføre at man iverksetter respons/handling uten å ha undersøkt et livsnødvendig symptom som skal danne

grunnlag for hvilken respons man iverksetter. Inntrykket, etter å ha lyttet på loggene, er at dette spørsmålet ofte blir utelatt, selv om spørsmålet synes relevant i sammenhengen.

I henhold til spørreundersøkelsen og intervjuene med lederne skal AMK-operatøren skaffe seg opplysninger om vitale funksjoner (våkenhetsgrad, respirasjon og sirkulasjon) før man stiller spørsmål om personalia (navn og fødselsdato). Dette var i tråd med Indeks. Ved å lytte til lydloggene, dokumenterte vi en annen praksis. I 25 av hendelsene ble det i lydloggene spurt om personalia før vitale funksjoner. Dette gjaldt for alle aldersgrupper og for kvinner (43 %) oftere enn menn (18 %). NAKOS har ikke funnet noen årsak til dette, men basert på våre erfaringer vil tidlig kartlegging av personalia gjøre det mulig å søke på pasientens tidligere hendelser via AMIS. Kartleggingen av tidligere hendelser kan ha vært en viktig faktor for noen av operatørene. En fare ved dette er at man kan bli forutinntatt i forhold til hva man iverksetter av respons basert på pasientens tidligere hendelser. Det må også bemerkes at dersom man har valgt et kriterie-nummer blir ikke det endret senere ved den tilbakemelding man får fra ambulansen om pasientens tilstand. Det betyr at et kriterie-nummer vil ligge knyttet til pasientens navn inntil noen korrigerer den. En slik korreksjon er det ikke mulig å gjøre nå, men det arbeides med å kunne gjøre det i fremtiden.

Lydloggene NAKOS har gjennomgått viser at i de tilfeller hvor politiets alarmsentral ringer på vegne av en pasient og ber om

livsnødvendig assistanse, er det ikke mulig for AMK å innhente informasjon om vitale funksjoner, det vil si våkenhetsgrad, respirasjon og sirkulasjon. Vi har ikke informasjon om hvorfor det er slik, men kan spekulere på at meldingen går via flere ledd og at politiet ikke har rutiner for å rapportere denne type informasjon. AMK kommer da i en situasjon der man ikke har nødvendige opplysninger til å gradere en respons og man får heller ikke gitt veiledning i førstehjelp over telefon. Politiet har heller ikke notert telefonnummeret til innringer og derved kan ikke AMK nå innringer via telefonen. Resultatet blir at man ikke kan gi råd og veiledning inntil hjelp er fremme og man må sende ut ambulanse i "blinde".

Eksempel: Politi: send en ambulanse til... Det er en ung jente som har fått i seg for mye der. AMK: Vet du noe om tilstanden? Politi: Nei. Vi har en patrulje der som ber om assistanse. Bare send det du har. AMK: Kan jeg få kontakt med dem som er på stedet. Jeg må vite litt mer for å vite om jeg også skal sende lege. Politi: bare send det du har. (avslutter)

I 59 av hendelsene blir respirasjonsstatus spurt om og avklart. Det betyr at AMK-operatør ikke avklarer respirasjonsstatus i 25 av tilfellene. Dette er et overraskende høyt tall og står i skarp kontrast til hvilke prinsipper både ledere sier og AMK-personellet svarer at man skal følge. Telefon fra politi står for fem av tilfellene der man ikke avklarer respirasjonsstatus og telefon fra helsepersonell for to. De resterende er fra publikum og pårørende (se tabell 5).

Tabell 5
Avklaring av respirasjon i forhold til hvem som kontakter AMK.

	Innringer					Total
	Publikum	Helsepersonell	Politi	Pårørende	Andre	
Avklart respirasjon	23	3	1	29	2	58
Ikke avklart respirasjon	6	2	5	12	0	25
Usikkert	0	0	0	1	0	1
Total	29	5	6	42	2	84

Vi må kunne forvente av AMK-operatørene at de avklarer respirasjonsstatus i henhold til Indeks. Lydloggene NAKOS har lyttet til dokumenterte at dette ikke var tilfellet i alle situasjoner. Politiet ber om ambulanse uten å vite mer om pasientens tilstand. AMK får

heller ikke mulighet til å få kontakt med noen nærmere pasienten i de lydloggene som foreligger, jamfør tidligere eksempel. Inntrykket, etter å ha lyttet til lydloggene, er at det å avklare respirasjon i mange tilfeller blir utelatt eller glemt selv om det i forhold

til de opplysninger operatøren sitter med ikke er naturlig å utelukke respirasjonsproblematikk.

Eksempel: Innringer: Han ligger som et slakt på sofaen. Kan dere hjelpe meg? AMK: Har han vært slik lenge? Innringer: jeg vet ikke, fant ham slik nå. AMK: Hva heter han? Når er han født? Innringer: Han heter.... Hva skal jeg gjøre med ham? AMK: Har han drukket mye?

Samtalen fortsatte slik. Det ble ikke avklart om pasienten var våken, reagerte på risting eller om han pustet der han lå på sofaen. Det betyr at ingen av hovedelementene i Indeks ble brukt for å vurdere tilstanden til pasienten og heller ikke hva man deretter skulle gjøre.

I henhold til lydloggen ble det veiledet i frie luftveier i 25 av hendelsene og stabilt sideleie i 38 av hendelsene. I noen tilfeller ble veiledning utelatt fordi innringer oppgav at pasienten allerede lå på siden. Lydloggene NAKOS har gjennomgått tyder på at veiledningen utelates eller glemmes i de fleste tilfellene. I spørreundersøkelsen oppgav AMK-personellet at de instruerte i stabilt sideleie i 95 % av tilfellene. Hensikten med å bruke Indeks er nettopp at du vet hva du skal spørre innringer om og gjøre og ikke bli revet med av stressmomenter i situasjonen.

Eksempel: Innringer: Vi har en overdose her. Han puster så vidt, men er helt blå. AMK: Hvor er dere? Innringer: Vi er.... AMK: Det er greit, vi skal komme med en gang. Samtalen avsluttes

I dette tilfellet burde en veiledet i frie luftveier og stabilt sideleie. Konsekvensen av denne type handling kan bli meget alvorlig og er ikke i tråd med det AMK har ansvar for. For det første kan det i noen tilfeller være vanskelig for ambulansen å finne frem, og det kan tenkes at den ikke kommer fram pga ting som skjer på veien. Dersom ressursen man initialt har sendt ut ikke kommer frem og man ikke har veiledet over telefon i livreddende førstehjelp i "ventetiden" kan det tenkes at hendelsen får en fatal utgang. Ved korrekt handling i henhold til Indeks, vil dette kunne unngås.

Veiledning i hjerte-lunge-redning (HLR) var kun aktuelt i tre hendelser vi hadde fått lydlogger fra. I alle disse hendelsene ble innringer veiledet i HLR med det resultat

vedkommende pasient hadde fått førstehjelp inntil ambulansen kom fram.

Internkontroll

I spørreundersøkelsen etterlyste mange AMK-personell organisert repetisjons-
trening og feedback fra reelle hendelser. Dette kan med fordel knyttes opp mot organisert gjennomgang av lydlogg. Det var kun en sentral som hadde organisert god internkontroll og kvalitetssikring av AMK-arbeidet og bruk av Indeks. Denne sentralen hadde systematisert retrospektiv gjennomgang av lydlogg ved hjelp av et eget system de kalte "Randomisert kvalitetskontroll" (se vedlegg 6). I dette systemet fikk AMK-operatøren poeng i henhold til hva de stilte spørsmål om og rekkefølgen de stilte spørsmålene i. Den tid de brukte på ulike elementer i kartleggingen av hendelsen ble også scoret. AMK-operatøren fikk deretter se resultatet sammen med sin leder, og de diskuterte hvordan man kunne bli bedre og hva vedkommende gjorde bra. Systemet ble også brukt som en database for å vise hvilke typer hendelser og hvilken type veiledning den enkelte operatør hadde gjennomført den siste tiden. Dette gav lederen mulighet til, i treningsøyemed, å fokusere på hendelser vedkommende sjeldent hadde vært med på samt å trene på hendelser vedkommende ikke hadde gjort så bra. Det var også denne sentralen som systematisk kartla bevissthetsgrad, respirasjon og sirkulasjon før personalia (det vil si navn og fødselsdato).

Fleire sentraler brukte kriterienummer¹⁹ og tilfeldige lydlogger som verktøy for internkontroll og kvalitetssikring. Over halvparten av sentralene hadde ikke systematisert dette. En mangel ved dette systemet kan være at man ikke undersøker systematisk om det er satt korrekt kriterienummer, men at det bare er fylt inn.

Personellets sikkerhet

Flåtestyrer eller koordinator har ansvar for å vurdere sikkerheten til de mannskapene som blir sendt til hendelsen. I henhold til intervjuene med lederne ble det opplyst at det ble gjort en vurdering av sikkerhet på basis av toneleie til den som ringer, bakgrunnsstøy og kjent adresse eller navn. Det kan medføre at politi må inn før ambulanspersonell får gå inn. Alle sentralene brukte politiet regelmessig når det var nødvendig i form av trusselsituasjoner. Noen sentraler så på denne bruken av politi som et problem fordi det ofte tok lang tid før politiet var på stedet på grunn av store vakt-distrikt. Denne forsinkelsen kunne gå ut over pasienten. Til

19) Kriteriene er nøkkelen for å komme fram til rett hastegrad. Indeks er et kriteriebasert system som tar utgangspunkt i kliniske tegn, symptomer eller hendelser som innringer forteller om eller som AMK-operatøren spør seg fram til.

DEL II

Kartlegging av helse-tjenester til rusmiddel-misbrukere.
Rapport utarbeidet av NAKOS på oppdrag fra Helsetilsynet.

tross for det går sikkerheten til mannskapene foran plikten til å hjelpe, fremgikk det av intervjuene. En sentral brukte politiet i stedet for ambulanser ved henvendelser fra kjente miljøer. På spørsmål om lederen ved denne ene sentralen hadde noen motforestillinger til denne praksis i forhold til taushetsplikten ble det svart nei.

I AMIS kan medisinsk ansvarlig lege legge inn en varseltrekant med relevant informasjon om medisinske data og/eller sikkerhetstrussel i forhold til en adresse og/eller til en person. NAKOS kjenner ikke til om eller hvordan dette er kvalitetskontrollert. NAKOS må også bemerke at et slikt system legger opp til en forutinntatthet hos AMK- og ambulansepersonellet. I dette kan det ligge en risiko for at man ikke vurderer hver henvendelse som ny og derved ikke utfører de samme orienterende spørsmålene knyttet til bevissthetsgrad, respirasjon og sirkulasjon. På den annen side er det viktig at AMK-personellet kjenner til sikkerhetstrusler før de sender mannskapene til hendelsesstedet.

Bruk av andre ressurser enn ambulanser/lege

Dersom man brukte andre ressurser enn ambulanser/lege var det ingen av sentralene som hadde en oppfølgingsrutine for å undersøke om vedkommende hadde fått hjelp. Det virker som om man regner med at innringer tar ny kontakt med AMK dersom hjelpen ikke kommer. Burde man ha rutiner for å undersøke om eller at alternativ ressurs melder tilbake når pasienten har fått hjelp?

Avbrytelser og parkering av samtalen²⁰

I 21 hendelser av de 84 lydloggsamtalene NAKOS har lyttet til gikk operatør inn og avbrøt innringer. Ofte ble dette gjort fordi innringer var beruset eller oppkavet. Operatøren hadde behov for å styre samtalen for raskere å komme frem til kjernen av problemet og hendelsesstedet. Derfor behøvde ikke en slik avbrytelse å være av negativ karakter.

Eksempel: Innringer: send en bil da, han er dårlig! Kom igjen send en ambulanse... (Støy fra fest i bakgrunnen) Operatør avbryter: Hør på meg, det sendes ambulanse, men hvor er dere?

I 25 av samtaler ble innringer avbrutt av andre. Dette dreide seg ofte om at andre tilskuere også ønsket å formidle hendelsen. Noen av samtaler endte i "krangel" mellom innringer og operatør.

Eksempel: Innringer: Dere må komme. Han har tatt heroinoverdose. AMK: Hvor er du? Innringer: ...kommune på en benk utenfor kiosken. AMK: Puster han? Innringer: Tja... har prøvd å få liv i ham lenge.. dusjet ham med kaldt vann.. gått med ham ut... dere må gi ham narkanti... AMK (avbryter): Vet du hva han har tatt? Vet du hva han heter? Innringer: Ja, det vet jeg. Han heter..... Han har heroinoverdose. Kan du sende en ambulanse!! AMK(avbryter): Jeg sender en ambulanse når jeg har de opplysningene jeg trenger. OK? Innringer: Da er han dau! AMK: Har du ventet i 2 timer, kan du vente i 2 minutter på meg. Innringer: jeg har ikke ventet i 2 timer!! 30 minutter kanskje. Har prøvd å helle kaldt vann over ham. AMK: Du sier han var inne og nå er han ute? Har du dradd ham ut da? Innringer: Ja, vil ikke ha alle inn i leiligheten min. AMK: Hva heter du? Innringer: Det er ikke så nøye. AMK: Vil du ikke si hva du heter? Innringer: Nei. Samtalen avbrytes av en forbipasserende: Dette er Jeg jobber i ambulansen. Dette haster!!! Bare kom nå! AMK: Ja, skal sende nå.

I 23 av samtaler brøt eller parkerte operatøren samtalen. Ved noen av sentralene er det lokal arbeidsprosedyre, for å sette samtalen i konferanse med lege eller Giftinformasjonssentralen. Dette gjelder spesielt sentral C som ofte konfererte med lokal lege, mens sentral B var den eneste sentralen som satte innringer i konferanse med Giftinformasjonssentralen. En slik parkering av samtalen foregikk etter en avklaring om våkenhet og respirasjon. Når operatør ønsket å sette samtalen i konferanse, fikk innringer beskjed om å vente på linjen. Operatør ble også på linjen i medlytt under hele forløpet. Med medlytt menes at AMK-operatøren skrur av sin egen mikrofon for kun å lytte til samtalen mellom innringer og aktuell instans (for eksempel Giftinformasjonssentralen) som er koblet inn. Ved de tilfeller lokal lege eller Giftinformasjonssentralen mente det var berettiget med ambulanser, overtok AMK igjen samtalen og sørget for det videre forløpet. De hendelsene som forelå hvor Giftinformasjonen ble satt i konferanse, ble utført av forskjellige operatører i sentral B. De opplyste om at de ble i medlytt.

Tabell 6 viser hendelser der innringer ble avbrutt av operatør ved de ulike AMK-sentralene. Fet skrift indikerer at sentralen er ren AMK-sentral uten LV-funksjon. Tall i parentes viser prosentandelen som bor i by i denne sentralens ansvarsområde.

20) Med parkering av samtalen menes at samtalen settes på hold eller vent. Dette kan gjøres slik at AMK-operatøren fortsatt kan høre innringer, men innringer kan ikke høre AMK-operatøren. Man kan ta frem den man har satt på hold når man ønsker det.

Tabell 6

Oversikt over hvor mange ganger innringer avbrytes av operatør i forhold til AMK-sentral.

Innringer avbrytes av operatør	AMK sentral							Total
	A (54 %)	B (99 %)	C (40 %)	D (72 %)	E (82 %)	F (72 %)	G (50 %)	
Ja	1	4	9	1	7	1	0	23
Nei	14	11	6	6	11	9	3	60
Total	15	15	15	7	18	10	3	83

Oppsummerende konklusjon fra spørsmål 1
Lydloggene vi hadde bedt om knyttet bevisstløshet til ulike rusmidler, og gav derfor ikke et direkte svar på dette spørsmålet. Men når AMK mottar melding om funn av bevisstløs person svarer både lederne (100 %) under intervjuet og AMK-personellet (99 %) i spørreundersøkelsen at de brukte Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Man kartla først våkenhetsgrad, reaksjon på tilrop og risting, og respirasjon. AMK-personellet oppgav at de i 97 % av bevisstløshetstilfellene gav tilbud om veiledning i førstehjelp. Lydloggene viste at det ble spurt om pasienten var våken i 54 tilfeller, reaksjon på tilrop og risting i 36 tilfeller, respirasjonsstatus ble spurt om i 59 tilfeller av de av 84 hendelsene vi har analysert. Dette er et lavt tall og viser at AMK-personellet i disse hendelsene ikke fulgte Indeks og at denne mangelfulle kartleggingen av vitale funksjoner (våkenhetsgrad, respirasjon og sirkulasjon) kan medføre valg av feil respons.

Både lederne under intervjuet og AMK-personellet i spørreundersøkelsen understreket at de vitale funksjoner skal kartlegges før man får navn og fødselsdato (personalia) på pasienten. I lydloggene ble det i 25 av 84 hendelser spurt om personalia før vitalia. Dette kan tenkes å forsinke den respons AMK skal sende ut samtidig som det forsinkes iverksettelse av førstehjelpsveiledning. I henhold til lydloggene ble det veiledet i frie luftveier i 25 og stabilt sideleie i 38 av hendelsene til tross for at lydloggene omhandlet bevisstløse personer der luftveiene er truet. I spørreundersøkelsen oppgav personellet at de instruerte i stabilt sideleie i 95 % av tilfellene. I de tilfellene der henvendelsen kom fra politiet var det ikke mulig å kartlegge noe rundt vitale funksjoner for politiet hadde ikke disse opplysningene.

4.2 Hva eller hvilke vurderinger gjør AMK for eventuelt å finne ut om bevisstløsheten kan skyldes rusmidler?

Svarene på spørreundersøkelsen viste at vurderingene som ble gjort av AMK-operatørene i stor grad baserte seg på Indeks da 81 % av AMK-personellet oppgav at de brukte Startkortet i Indeks ved 113 henvendelser (vedlegg 5). I intervjuet med lederne ved AMK var det 7 av 8 sentraler som svarte at de håndterte bevisstløshet som kan skyldes rus i henhold til Indeks. Alle understreket at det ikke var viktig initialt om bevisstløsheten skyldes rus eller andre årsaker. Heller ikke personalia var viktig i starten, sa lederne. Man handlet etter symptomer (våkenhetsgrad og om pasienten pustet normalt) og ikke etter årsaker eller diagnoser. Lederne understreket at medarbeiderne skulle bruke Indeks til en systematisk utspørring. Tilstedeværelse av rus kan kamuflere somatiske symptombilder, og i en del situasjoner kan innringers evne til å redegjøre for hendelsen bli redusert og innringers troverdighet kan bli mindre. Under utspørring må en få frem hva som har hendt nå og tidligere sykdommer. Det ble også sagt at selve samtalens innhold og eksterne faktorer som bakgrunnsstøy kunne bidra til å konkludere med rus. Dersom denne konklusjonen medfører at man handler på en bestemt måte, er dette en faktor som kan gi bekymring. I lydloggene NAKOS har lyttet til har vi dokumentert at AMK ikke alltid kartla bevissthet og respirasjon og at det ved minst et tilfelle ikke ble sendt ambulanse. Dette var et tilfelle det var kjent at rus ofte var involvert og man sendte kun en annen ressurs som ikke har den samme kompetanse som ambulansetjenesten.

Alle lederne svarte at de ikke gjorde noen spesielle vurderinger selv om bevisstløsheten skyldes rus. Men både på basis av lydlogg og kontrollspørsmål til AMK-lederne senere i intervjuet viste det seg at de

automatisk vurderte sikkerhetsstatus for sine mannskaper ved denne type henvendelser. Under intervjuet med lederne var det en av sentralene som ikke hadde pålegg om bruk av Indeks og personellet kunne bruke ervervet kunnskap (kunnskap og erfaring de har tilegnet seg i løpet av livet) for å håndtere hendelsene. NAKOS er av den oppfatning at et slikt system som i hovedsak bygger på erfaring kan medføre vurderinger som kan være preget av fordommer.

Ingen av sentralene hadde spesielle prosedyrer for rus, men en sentral hadde et rundskriv i forhold til dokumenteringen for å kunne spore hendelser. En annen sentral kunne bruke et eget team som var spesialopplært til å ta seg av rus (oppsøkende helse team, en spesialenhet som har spisskompetanse på omsorg og oppfølging av rusmiddelmissbrukere). I tillegg ble AMIS benyttet og eventuelt historikk som var nedskrevet i denne. En sentral understreket viktigheten av å raskt få kontakt med legevakt eller legekantor på dagtid.

Videre ble rus mistenkt dersom det ble ringt inn fra kjente adresser eller at henvendelsen vedrørte en pasient med mye rushistorie. Direkte spørsmål om rusmidler ble også nevnt. I Indeks er det oppslag 30 som omhandler Rus-overdose. Her er det listet kriterier, respons, tilleggsspørsmål, råd til innringer, tips til helsepersonell og en beskrivelse av de vanligste rusmidlene. Dette er nyttig informasjon for operatøren ved AMK-sentralen.

I henhold til intervju med leder var det en sentral som sendte ambulanse ved mistanke om narkotikaoverdose selv om pasienten ikke var bevisstløs, men sløvet. I tillegg også ofte oppsøkende rusteam. Ved rus av annen årsak (alkohol, legemidler) ble responsen vurdert mer individuelt. Vurderingen var avhengig av om hendelsen var ute eller inne, nærhet og tilgang på ressurser, kombinasjonen med skader og rus. Alternativ respons (politi, rusteam, ambulanse, følge til legevakten) ble hele tiden vurdert i forhold til pasientens tilstand. Under intervjuet var lederne klar over at det var individuelle forskjeller mellom operatørene, på tross av gjeldende Indekskriterier og lokale prosedyrer. Dette belyser at ved henvendelser om mistanke om narkotikaoverdoser iverksetter AMK respons umiddelbart. Ved de andre rusmidlene, ønsker AMK å skaffe seg tilleggsinformasjon. Denne tilleggsinformasjonen betyr ikke at pasienten ikke får hjelp, men AMK-operatøren ønsket å

belyse situasjonen bedre for å sende ut den mest relevante ressursen i tillegg til ambulanse. Dette er i tråd med den tendensen som er dokumentert i spørreundersøkelsen.

Det var ingen av sentralene som hadde instruks om å ringe Giftinformasjonssentralen ved spørsmål om rusmidler, men det ble ofte gjort. Det var den enkelte operatør som selv bestemte om det skulle gjøres. En sentral i henhold til intervjuet med lederne og ved lytting til lydloggen fra den sentralen gjorde det ofte i forbindelse med at lege var sendt til pasienten slik at man kunne hjelpe legen i forhold til å vurdere alvorlighetsgraden av det pasienten hadde fått i seg.

Ved en sentral hadde de sett på antall henvendelser relatert til rus med Indekskriterium fra kort 30 i Indeks (vedlegg 5) i perioden 1. januar til 27. april 2005. I denne perioden ble det registrert 514 henvendelser til AMK som tilfredsstilte dette kravet. Av disse kom 466 (91 %) via 113, 38 (7 %) via ambulansebestilling, 5 (1 %) via intern linje, 1 (0 %) via legevakt, og 4 (1 %) via politi. Det ble sendt ambulanse til 269 (52 %) henvendelser og hastegrad var akutt/rød respons i 116 (23 %), haster/gul i 175 (34 %), og vanlig/grønn i 223 (43 %) av tilfellene. Disse tallene viser at den vanligste responsen til henvendelser angående rus i en by AMK er ambulanse som ikke responderer med blålys og sirene.

I henhold til lydloggene kan det virke som om Indeks kun ble brukt i 27 tilfeller av de 84 hendelsene NAKOS har lyttet på, mens det er usikkert i ca åtte. Til sammenlikning rapporterte 81 % i spørreundersøkelsen at de brukte Indeks. Dette resultatet bør sees i sammenheng med at det var vanskelig å vurdere bruken av Indeks ved avlytting. Registreringen kan nok være noe subjektiv, men tallet er ikke i nærheten av det tallet vi hadde forventet etter å ha lest resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene.

Ved de lydlogghendelsene der Indeks var registrert brukt, fremkommer intervju av innringer som meget systematisk og logisk gjennomført. I de andre hendelsene var intervjuet enten rotete utført eller at pasientens luftveier-pusting-sirkulasjon ikke ble avklart. Indeks ble ikke brukt i noen av tilfellene hvor politi eller helsepersonell var innringer selv om pasientens luftveier-pusting-sirkulasjon ikke ble kartlagt i samtalen. Dette kan delvis forklares ved at politi og helsepersonell ikke var villig til å la seg intervju nærmere om pasientens tilstand

DEL II

Kartlegging av helse-tjenester til rusmiddel-misbrukere.

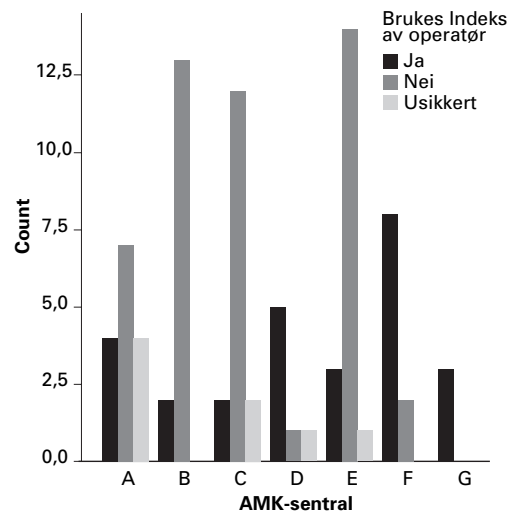
Rapport utarbeidet av NAKOS på oppdrag fra Helsetilsynet.

utover hvor pasienten befant seg.

Figur 1 beskriver om operatøren ved de ulike AMK-sentralene brukte Indeks i de lydloggene vi har gjennomgått. I figuren skal hver sentral i utgangspunktet ha max tre stolper og minimum en stolpe. Sentralene A, B, C og E skilte seg ut ved at operatørene ved disse sentralene ikke brukte Indeks under samtale med innringer. Operatørene ved Sentralene D og F brukte Indeks. Fra sentral G fikk vi bare 3 lydlogger til tross for at vi hadde bedt om 20, og i de vi fikk ble Indeks brukt av operatøren.

Det er overraskende at det i dette materialet er forskjeller mellom sentralene i forhold til Indeksbruk.

Figur 1
Bruk av Indeks – fordelt på sentraler.



Ved lytting på lydlogger, synes det å fremkomme om operatør fikk en klar forståelse av hva som var problemet. Dette fordelte seg slik: Ja 63, nei 16, usikkert i 5 av de 84 lydloggene som utgjør NAKOS materiale. I de tilfellene Indeks ble brukt fikk AMK-operatøren en klar forståelse av hva som hadde skjedd i 26 av de 27 tilfellene. Til sammenligning fikk operatøren en klar forståelse av hva som hadde skjedd i 29 (n=49) av tilfellene når Indeks ikke var brukt. Operatøren fikk ikke en klar sammenheng om hva som hadde skjedd i 15 (n=49) av tilfellene der Indeks ikke var brukt. I de fleste tilfeller ble det avklart hva som hadde skjedd de første 30 sekundene, mens i noen samtaler gikk det 2-3 minutter før hovedproblemet ble oppfattet. Hensikten med å bruke Indeks er at den vil lede deg gjennom spørsmålsstillingene for å danne et objektivt

bilde av hendelsen. Deretter kan operatøren handle på basis av innhentede symptom-beskrivelser og sende ut den mest relevante ressursen samtidig som vedkommende kan veilede i førstehjelp til iverksatt respons ankommer.

Oppsummerende konklusjon fra spørsmål 2
Vurderingene som ble gjort av AMK-operatøren for å finne ut om bevisstløsheten skyldes rusmidler baserte seg på Indeks i 81 % av tilfellene i henhold til spørreundersøkelsen. I henhold til intervjuet med lederne var det 7 av 8 sentraler som brukte Indeks. En av sentralene hadde ikke pålegg om å bruke Indeks og personellet kunne bruke ervervet kunnskap. Ingen av sentralene hadde egne prosedyrer for rus. Lydloggene viste at Indeks kun ble brukt fullt ut i 27 og usikkert i 8 av 84 hendelser, og at når den ble brukt ble intervjuet av innringer systematisk og logisk gjennomført. Det var også en forskjell mellom sentralene i henhold til Indeksbruk og det er overraskende. I de tilfellene Indeks ble brukt fikk operatøren en klar forståelse av hva som hadde skjedd i 26 av 27 tilfeller sammenlignet med 29 av 49 tilfeller der Indeks ikke var brukt. Det er viktig for AMK å få en forståelse av hva som har skjedd for å sende ut riktig respons tidligst mulig samt å veilede korrekt førstehjelp.

4.3 Hvilke handlinger eller tiltak iverksettes AMK dersom det antas at bevisstløsheten skyldes overdose/intoks av rusmidler, henholdsvis narkotika, legemidler/og eller alkohol?

I forbindelse med spørreundersøkelsen laget vi en rekke spørsmål til AMK-personellet som skulle gi oss svar på om de iverksatte ulike handlinger eller tiltak avhengig av, og hvilke rusmidler vedkommende hadde tatt. Det var mulig å velge mellom fire alternativer og det var mulig å svare på mer enn ett alternativ. I tabell 7 ser vi hvordan disse svarene fordeler seg. Det er vært å legge merke til at det ikke er noen forskjell mellom rusmidlene med hensyn til om de sender ambulanse eller lege i vakt når de har fått adresse og navn. Det er derimot et rusmiddel (alkohol) som skilte seg ut når det gjaldt hvor mye AMK-ansatte svarte de ville kartlegge før de sendte ut respons. De sendte ikke ut både lege og ambulanse til denne rusmiddelgruppen så ofte som de gjorde til de andre rusmiddelbrukerne. Alkohol var også den rusgruppen de i færrest tilfelle ville opprettholde kontakt med innringer

inntil ambulanse eller lege var fremme. I 21 % av alkoholtilfellene ønsket de å kartlegge alt rundt hendelsen før de sendte ut respons til tross for at vedkommende var bevisstløst. Tilsvarende tall for narkotika var 4 %, blanding av rusmidler 10 % og legemidler 7 %. Hvorfor de kartla oftere hos gruppen alkohol er ukjent og ble ikke spurt om i undersøkelsen.

Tabell 7

Hvilke tiltak iverksetter AMK-operatøren ved bevisstløshet som skyldes ulike rusmidler?

	<i>Narkotika</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Blanding</i>	<i>Medikamenter</i>
Sender ambulanse når jeg har fått adresse og navn	174 (55 %)	157 (50 %)	166 (53 %)	165 (53 %)
Sender lege i vakt når jeg har fått adresse og navn	7 (2 %)	4 (1 %)	5 (1 %)	6 (2 %)
Sender lege + ambulanse når jeg har fått adresse og navn	137 (44 %)	87 (27 %)	128 (41 %)	121 (39 %)
Sender ikke ut noen før jeg har kartlagt alt rundt henvendelsen	14 (4 %)	66 (21 %)	30 (10 %)	22 (7 %)

Under spørsmålet om hva de gjorde etter at de sendte ut ressurser, fordelte svarene seg slik det fremgår av tabell 8 med hensyn til narkotika, legemidler, alkohol eller blanding av rusmidler. Det er ingen store forskjeller mellom gruppene når de har bestemt seg for å sende ut ressurser. Det var mulig å svare bekreftende på flere enn ett alternativ.

Tabell 8

Hva gjør AMK etter at de har sendt ut ressurser ved bevisstløshet som skyldes ulike rusmidler?

	<i>Narkotika</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Blanding</i>	<i>Medikamenter</i>
Innhenter tilleggsinformasjon	243 (77 %)	205 (65 %)	242 (77 %)	255 (81 %)
Avslutter samtalen	13 (4 %)	7 (2 %)	6 (2 %)	7 (2 %)
Opprettholder kontakt med ambulanse/lege i vakt ankommer pasienten	237 (75 %)	187 (60 %)	223 (71 %)	223 (71 %)
Annet	34 (11 %)	21 (7 %)	18 (6 %)	13 (4 %)

På spørsmål om de gir rutinemessig tilbud om veiledning i førstehjelp ved henvendelse om bevisstløshet som kan skyldes narkotika, legemidler, alkohol eller blanding av rusmidler var det ingen forskjeller mellom gruppene (Tabell 9). Det var ingen forskjell mellom typen rusmidler, men det var overraskende at de ikke gav tilbud om veiledning til alle. Vi hadde ikke noen spørsmål som kunne forklare hvorfor vi ikke fikk 100 % som svar.

Tabell 9

Gir du rutinemessig tilbud om veiledning i førstehjelp til innringer ved henvendelse om bevisstløshet som skyldes ulike rusmidler?

	<i>Narkotika</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Blanding</i>	<i>Medikamenter</i>
Ja	299 (95 %)	300 (96 %)	302 (96 %)	305 (97 %)
Nei	15 (5 %)	14 (4 %)	12 (4 %)	9 (3 %)

Hvilke førstehjelpstiltak som det ble veiledet i er presentert i tabell 10. Det var også her mulig å svare på flere enn ett alternativ.

Det ser ikke ut til at det var noen systematisk forskjell som skiller ut ett eller flere rusmidler.

Tabell 10

Hvilke førstehjelpstiltak veileder du innringer i ved ulike rusmidler?

	<i>Narkotika</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Blanding</i>	<i>Medikamenter</i>
Instruerer å legge pasienten i stabilt sideleie	274 (87 %)	294 (94 %)	295 (94 %)	301 (96 %)
Instruerer i HLR	135 (43 %)	96 (31 %)	114 (36 %)	101 (35 %)
Instruerer i brystkompresjon	95 (30 %)	69 (22 %)	75 (24 %)	76 (24 %)
Instruerer i frie luftveier og MTM	183 (58 %)	136 (43 %)	153 (49 %)	159 (51 %)

På spørsmål om det var andre instanser som rutinemessig ble kontaktet ved din AMK-sentral hvis bevisstløsheten skyldes narkotika, legemidler, alkohol eller blanding av rusmidler ser vi av tabell 11 at det ofte ble gjort ved narkotikaoverdose. Ved bevisstløshet som skyldes alkohol, medikamenter eller blanding ble andre instanser sjeldnere kontaktet. Det virker derfor som om ambu-

lansetjenesten, som ved alle tilfellene blir sendt ut, håndterer disse rusmiddelintoksikasjonene uten at andre instanser blir involvert. Årsakene til denne forskjellen kan finnes i tabell 12 der politi og sosiale vakt-tjenester oftere blir kontaktet ved narkotikaoverdoser sammenlignet med alkohol, medikamenter og blanding.

Tabell 11

Er det andre instanser som rutinemessig ble kontaktet hvis bevisstløsheten skyldes ulike rusmidler?

	<i>Narkotika</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Blanding</i>	<i>Medikamenter</i>
Ja	100 (32 %)	36 (11 %)	63 (20 %)	35 (11 %)
Nei	214 (68 %)	278 (89 %)	251 (80 %)	279 (89 %)

Prosent er regnet ut i forhold til totalen for hvert alternativ.

Tabell 12

Hvilke instanser ble kontaktet ved de ulike rusmidlene?

	<i>Narkotika</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Blanding</i>	<i>Medikamenter</i>	<i>Totalt</i>
Politi	44 (45 %)	22 (23 %)	24 (25 %)	7 (7 %)	97
Sosial vaktjeneste	19 (42 %)	9 (20)	12 (27 %)	5 (11 %)	45
Kirkens Bymisjon	0	1	0	1	2
Frelesarmeen	1	1	0	0	2
Blå Kors	0	2	0	0	2
Hjemmesykepleien	3	4	3	2	12
Andre	53 (40 %)	18 (13 %)	35 (26 %)	28 (21 %)	134

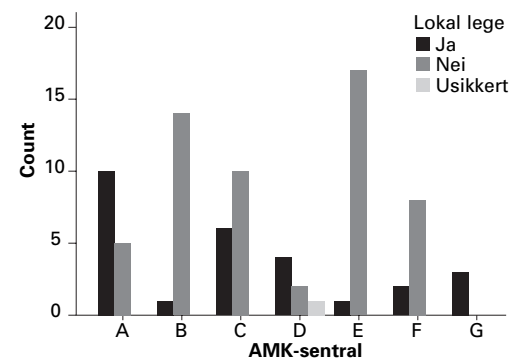
Av tabell 12 ser vi at politi, sosial vaktjeneste og andre hyppigst ble kontaktet ved bevisstløshet som skyldes narkotika. I gruppen andre inngår ulike oppsøkende virksomheter (oppsøkende tjeneste, feltpleien, psykiatrisk beredskapsteam og legevakt).

Alle AMK-sentralenes ledere viste til Indeks og at handlingene og tiltak vedrørende bevisstløshet som skyldes overdose/intoks av rusmidler, henholdsvis narkotika, legemidler og/eller alkohol ikke skilte seg fra andre bevisstløshetstilstander. I praksis betyr det at ambulans med eller uten lege skulle sendes til hendelsen umiddelbart. Var det behov for veiledning i førstehjelp over telefon skulle det iverksettes. Det eneste momentet som i tillegg ble vurdert var sikkerheten til personellet som ble sendt ut. Var man i tvil ble politi sendt samtidig. Dette er i samsvar med hva spørreundersøkelsen viste (Tabell 12). En sentral brukte ofte politi for å sjekke opp forholdene på hendelsesstedet før de sendte ambulans. Det var ingen diskusjon vedrørende taushetsplikten i disse tilfellene. Behovet for ambulans, drosje eller politi ble i en sentral vurdert i forhold til hvor hjelpeløs pasienten var. Dersom det ble oppfattet at det var et ordensproblem ble politiet sendt.

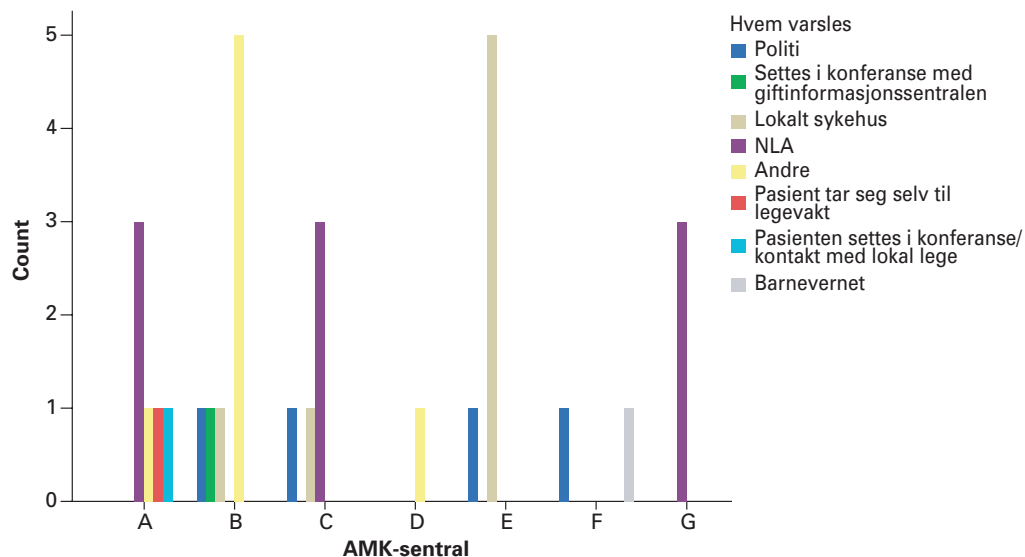
Ved gjennomgang av lydloggene som NAKOS har innhentet, ble samtaler som var uklare i forhold til pasientens bevissthet, respirasjon eller inntak av rusmidler, gradert til akutt og ambulans ble sendt i alle tilfeller. Noen sentraler hadde som lokal prosedyre å også varsle lokal lege og Norsk Luftambulans (NLA) ved akutt respons. I noen tilfeller rykket NLA ut med legeambulans til nærområdet og i andre tilfeller med helikopter. Det ble sendt ambulans i 67 av de 84 hendelsene NAKOS har gjennomgått lydloggen til og lege i 25 av tilfellene. Dette

bør sees i sammenheng med lokale prosedyrer, da sentralene opptrer meget forskjellig. Varsling av andre instanser varierte mellom de forskjellige sentralene. I AMK-sentralenes varslingsrutiner var det lagt inn mulighet for spesialtilpassede lokale responser. De baserer seg på den infrastrukturen som finnes i AMK-sentralens ansvarsområde. Eksempelvis kan det være at lege i vakt er nærmeste respons fordi det ikke finnes noen lokal ambulans eller omvendt. I figuren under ser vi hvordan de ulike sentralene i henhold til lydlogg har varslet lokal lege. Sentralene B, C, E og F varsler sjelden lokal lege. Det ser ut som sentral G bare varslet lokal lege, men det skyldes at vi kun fikk tre lydlogger fra den sentralen.

Figur 2

Varsling av lokal lege fordelt på AMK-sentraler.

Figur 3
Varsling av andre ressurser enn ambulanse og/eller lokal lege.



Figur 3 viser hvem som varsles i tillegg til ambulanse av AMK i henhold til lydloggene. Figuren skal leses slik at det for hver AMK er mulig med totalt 8 stolper. Dersom det ikke er registrert en eller flere av de 8 alternativene ved AMK-sentralen vil de presenteres som et åpent felt. Figuren gir en god visuell beskrivelse av hvem de ulike sentralene varsler i tillegg til ambulanse og kan derfor gi grunnlag for visuell sammenligning. Gruppen “andre” inneholder ulike typer oppsøkende tjenester og ny ambulanse sendes på grunn av uhell. I sentral F var det et tilfelle hvor små barn var pårørende, og da ble barnevernet varslet. En sentral sendte Oppsøkende tjeneste, rusteamet, i tillegg til ambulanse ved melding om narkotikaoverdose. I henhold til lydlogg ble oppsøkende tjeneste registrert sendt som eneste ressurs ved mistanke om ruset person uten behov for medisinsk assistanse ved 2 av de 84 lydloggene.

Oppsummerende konklusjon fra spørsmål 3
Spørreundersøkelsen kartla hvilke handlinger eller tiltak AMK iverksatte dersom man antok at bevisstløsheten skyldes overdose/intoks av rusmidler. Det var ingen forskjell mellom rusmidlene (narkotika, alkohol, blanding og medikamenter) med hensyn til om AMK sendte ambulanse eller lege i vakt. Ved alkohol som årsak til bevisstløshet synes det som om AMK ønsket å få kartlagt alt rundt hendelsen før de sendte ut noen ressurser. Når AMK hadde bestemt seg for å sende ressurser, var det ikke forskjell mellom rusmidlene i forhold til hva de gjorde deretter. De gav like ofte veiledning i førstehjelp til alle gruppene, men det er

overraskende at de ikke gav det til 100 % av tilfellene. Spørreundersøkelsen viste også at de oftere rutinemessig kontaktet andre instanser (politi, sosial vaktjeneste, oppsøkende tjeneste, feltpleie, psykiatrisk beredskapsteam og legevakt) ved narkotika overdoser enn ved alkohol, blanding og medikamenter.

AMK sentralenes ledere viste til at de brukte Indeks og at handlingene og tiltakene som ble iverksatt ved bevisstløse rusmiddel-misbrukere ikke skilte seg fra andre bevisstløshetstilstander. Dog ble sikkerheten til mannskapene vurdert særskilt, og ved tvil ble politiet sendt ut. En sentral brukte politiet som eneste ressurs for å undersøke forholdene.

I henhold til lydloggene ble det sendt ambulanse til 67 og lege til 25 av 84 hendelsene. Dette kan skyldes lokale prosedyrer. I tillegg til ambulanse ble det sendt politi, NLA, oppsøkende helseteam og barnevernet. Oppsøkende helseteam ble sendt som eneste ressurs ved to tilfeller til tross for at det handlet om bevisstløs person.

4.4 Hvilke prehospitalt akuttmedisinske tjenester og tilbud gis pasienten, eller hva gjør utrykkende tjeneste (som ambulanse eller lege i vakt) dersom bevisstløsheten antas å skyldes overdose/intoks av rusmidler?

Spørreundersøkelsen hadde ikke dette spørsmålet inkludert da det ikke var en del av spørsmålene til AMK-personellet.

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

I intervjuet med lederne fremkom det at det ble registrert i AMIS hva som skjedde med pasienten etter at ambulansetjenesten hadde tilsett pasienten. Lederen kunne ut fra AMIS se om pasienten var innlagt på sykehus eller ikke. Det var også mulig å lese ambulansjournalen (se vedlegg 7) til de pasientene som ble innlagt i det sykehuset AMK-sentralen lå. Ingen av sentralene kjente til hva som skjedde med de som ble brakt til andre sykehus. Men de var informert om at pasienter med opiatoverdose fikk motgift og at de fleste våknet opp. De som ikke våknet opp ble tatt med til legevakt eller sykehus. Ved en sentral kunne man overlate pasienten til et eget team som tok seg av rusmiddel-misbrukere dersom vedkommende våknet. Andre steder ble pasientene tatt med til sykehus, men ofte ønsket ikke pasienten det selv. Alle sentralenes ambulansetjenester tok med bevisstløse som skyldes alkohol, legemidler og blanding av rusmidler til sykehus. Ved legemiddelintoks ble pasientene transportert til sykehus for å ventrikelskylles. Det ble fremprovosert brekning dersom det var lang vei til sykehus og de var våkne. Den samme prosedyren gjelder for alkoholintoks og blandingsintoks. Dette var opplysninger som kom frem under intervjuet med lederne.

Det var kun i sentral **B** man registrerte i ambulansjournal om pasienten ble tatt hånd om av noen andre når de forlot narkotikaoverdoser som hadde våknet på stedet. Det var også bare ved sentral **B** man iverksatte en annen tilleggsrespons ved hendelser der det dreide seg om narkotikaoverdose sammenlignet med andre rusmidler. Oppsøkende tjeneste ble rutinemessig varslet samtidig med ambulansen. I sentral **F** ble ingen av narkotikaoverdosene med ambulansen til et annet tilbud. Sentralene A og C konfererte med lokal vakthavende lege ved usikkerhet om alvorlighetsgrad av inntak.

I henhold til ambulansjournalene var flere av pasientene våkne ved ankomst av ambulans. Om en ser funnene i sammenheng med om AMK stilte spørsmål om våkenhet og reaksjon til innringer, kan en se at i fire tilfeller hvor pasienten viste seg å være våken, ble ikke spørsmålet stillet. 42 av pasientene fra de 84 lydloggene som NAKOS har gjennomgått var bevisstløse eller hadde nedsatt bevissthet når ambulansen ankom.

Ser vi på de pasientene som AMK har spurt om/ikke spurt om de reagerer på risting og om de er ved bevissthet og om de er våkne når ambulansen kommer frem, får vi tabell 13.

Tabell 13.

Spørsmål utført av AMK om pasienten reagerer på risting fordelt på pasientens bevissthet registrert i ambulansjournal.

<i>Reagerer pasienten på risting?</i>	<i>Hvordan er pasientens bevissthet?</i>	<i>Er pasienten våken når ambulansen kommer fram</i>		<i>Total</i>
		<i>Ja</i>	<i>Nei</i>	
Ja	Våken	5	2	7
	Delvis våken	6	1	7
	Nedsatt bevissthet	4	1	5
	Bevisstløs	9	1	10
	Ikke registrert	1	0	1
	TOTAL	25	5	30
	Nei	Våken	4	4
Delvis våken		2	2*	4
Nedsatt bevissthet		0	2*	2
Bevisstløs		9	6*	14
Ikke registrert		0	1	1
TOTAL		15	15	30

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

De pasientene som er merket med * var de 10 pasientene som viste seg å ikke være våkne når ambulansen kom fram og der AMK ikke hadde kartlagt bevissthetsgrad ved utspørring av innringer. Disse 10 pasientene kom fra ulike sentraler. Dette er etter NAKOS mening et betydelig antall da dette er pasienter som AMK skulle ha instruert innringer i førstehjelpstiltak.

Når det gjelder respirasjon (Tabell 14), kan en se at det ikke avklares respirasjon i 12 tilfeller hvor respirasjonen viser seg å være normal og i et tilfelle hvor respirasjonen er påvirket. Etter avlyttingen å dømme, burde AMK ha spurt om respirasjon i flere tilfeller enn dette. Selv om dette kun er et tilfelle blant mange hendelser bør man legge merke til det som et symptom på noe som kunne vært håndtert bedre.

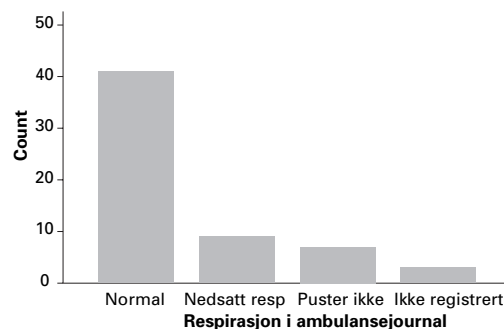
Tabell 14

Spørsmål om bevissthet og respirasjon utført av AMK fordelt på respirasjonsstatus registrert i ambulansejournal.

AMK avklarer respirasjon	AMK spør om pasienten er våken	Vurdering av respirasjon dokumentert i ambulansejournal utført av ambulansepersonell*				Total
		Normal	Nedsatt respirasjon	Puster ikke	Ikke registrert	
Ja	Ja	21	7	4	2	34
	Nei	8	1	2	0	11
	Total	29	8	6	2	45
Nei	Ja	6	1		0	7
	Nei	6	0		1	7
	Total	12	1		1	14
Usikkert	Nei			1		1
	Total			1		1
	Sum	41	9	6	3	60

Figur 4 viser en grafisk fremstilling av tallene som er summen av ambulansepersonellens vurdering av respirasjonen når ambulansen kom fram til pasienten og som er dokumentert i ambulansejournalene (Tabell 14).

Figur 4
Respirasjonsstatus registrert i ambulansejournal.



Av de 38 pasientene som ble tatt med fra hendelsesstedet, var det 26 pasienter som

ble tatt med til sykehus, og 12 ble fraktet til legevakt. Det var i hovedsak narkotikaoverdosene som våknet som det ble registrert ikke ønsket å bli med ambulansen til legevakt.

AMK sender ut ambulanse etter en vurdering av hastegrad. Denne hastegraden følger Indeks og lokale prosedyrer for sentralen. Hastegraden inneholder et nummer, kriterienummer, som opplyser noe om pasientens tilstand. Kriterienummeret består av en bokstav(A, H, V) som angir hastegrad og et tall som anslår problem. (Eksempel: A 30.01 = Akutt respons, ambulanse skal kjøre uttrykning. Aktuelt: rus-overdose som ikke reagerer på tilrop og risting). Det var samsvar mellom ambulansejournal og kriterienummer i 32 tilfeller og usikkert i 5 av totalt 60 tilfeller. Disse tallene er basert på at pasienten har tilsvarende problem ved ambulansens ankomst som kriterienummer og beskrivelse i AMIS. For eksempel kan en ambulanse sendes ut med kriterie "bevisstløs pasient med normal respirasjon".

DEL II

Kartlegging av helse-tjenester til rusmiddel-misbrukere.
Rapport utarbeidet av NAKOS på oppdrag fra Helsetilsynet.

Når de ankommer hendelsesstedet finner de en oppegående, våken pasient. Dette er da ikke i samsvar med kriterienummer. I 11 av ambulanseoppdragene (n=60), ble ambulanse sendt til bevisstløs pasient som viste seg å være våken når de ankom.

tilfeller, anexate i ett tilfelle og assistert ventilasjon i åtte tilfeller.

Behandling og tiltak utført av ambulansetjenesten

I de 60 ambulansejournalene var det dokumentert at narcanti²¹ ble gitt i 11 tilfeller. Anexate²² ble gitt i ett tilfelle. I åtte tilfeller fikk pasienten assistert ventilasjon via maske/bag og tre pasienter fikk oksygen via nesekateter. I to journaler var det registrert at ambulansespersonellet konfererte med lokal lege eller Giftinfomasjonssentralen. En ambulanse varslet barnevernet pga at det var barn tilstede i leiligheten. Ved et tilfelle måtte ambulansespersonellet ha assistanse av politi for å transportere en pasient til sykehus. Dette var fordi pasienten ble utagerende og voldelig under transport. I et tilfelle ble det igangsatt Avansert Hjerne-Lunge-Redning (A-HLR), men denne ble avsluttet på stedet uten effekt.

Oppsummerende konklusjon fra spørsmål 4

I henhold til opplysninger gitt under intervjuet med AMK-lederne finnes det ikke et system som bidrar til at de, AMK-operatøren eller ambulansespersonellet, får vite hvordan det gikk med pasienter de bringer til sykehus. Derved finnes det ikke et system der disse gruppene kan lære av de handlingene de har iverksatt. De fleste ambulansetjenestene behandlet overdoser med narkotika på stedet, og disse pasientene ønsket ikke å bli med når de våknet. Det var kun en tjeneste som dokumenterte i ambulansejournalen om pasienten var sammen med noen som kunne passe på vedkommende når han/hun våknet. Ambulansesjournalens initiale dokumentasjon vedrørende vitale funksjoner når de kommer fram til pasienten bør reflektere de funn AMK-operatøren har dokumentert i sitt intervju av innringer. I vår undersøkelse viste det seg at 10 pasienter ikke var våkne når ambulansen kom frem og AMK-operatøren hadde ikke kartlagt bevissthetsgraden på forhånd. Ved 12 tilfeller var respirasjonen normal og ved et tilfelle var respirasjonen påvirket der AMK-operatøren ikke hadde avklart respirasjonen.

Det var 38 pasienter som ble tatt med fra hendelsesstedet, og 26 (de fleste medikamentintokser) ble tatt med til sykehus og 12 til legevakt. I de 60 ambulansejournalene vi har gjennomgått ble narcanti gitt i 11

21) Narcanti er et medikament man behandler overdoser med heroin og andre morfinlignende stoffer med.

22) Anexate er et medikament man behandler overdoser med beroliggende medikamenter med.

5 Konklusjon

Kartleggingen har gitt en oversikt over rutiner og prosedyrer den akuttmedisinske tjeneste, representert ved AMK og ambulanse, følger ved bevisstløshet som kan skyldes overdose/intoks av narkotika, alkohol, legemidler eller av en blanding av de ulike rusmidlene. Oversikten viser at AMK ved de lydloggene som har dannet grunnlaget for denne kartleggingen ikke alltid følger det verktøyet (Indeks) de i henhold til lederne for AMK i intervju sier at de skal følge. Resultatet av dette er at viktige spørsmål vedrørende våkenhetsgrad, respirasjon og sirkulasjon ofte blir utelatt. Vi har også vist at AMK ofte er mer interessert i å få opplysninger om navn og fødselsdato før spørsmål vedrørende vitale funksjoner stilles til innringer. Alle disse faktorene kan tenkes å påvirke hvordan AMK håndterer en henvendelse vedrørende bevisstløs person, og hvordan de fremskaffer informasjon i forhold til eventuelle rusmidler.

I det materialet vi har analysert er det en risiko for mangelfull helsetjenestetilbud ved både bevisstløshet generelt og bevisstløshet som skyldes rusmidler. Kartleggingen har vist hva AMK gjør når de mottar melding om funn av bevisstløs person, og hvilke vurderinger de gjør for eventuelt å finne ut om bevisstløsheten skyldes rusmidler. AMK-personellet er i for stor grad opptatt av personalia før avklaring av bevissthetsgrad, respirasjon og sirkulasjon. I om lag 1/3 av dette materialets lydlogger ble det ikke spurt om pasienten var våken eller om hvordan pasienten pustet. Tilleggsundersøkelse der man ser om pasienten reagerte på rop og risting ble avklart i under halvparten av lydloggene. Resultatet av dette kan bli at man ikke gir nødvendig veiledning i førstehjelp, ikke sender ut relevant hjelp og/eller at hjelp sendes ut

forsinket. I dette ligger det en fare for ikke å sende den riktige respons fra AMK-sentralen. NAKOS mener at det nødvendigvis ikke er en risiko for mangelfullt tilbud om helsetjenester til rusmiddelmisbrukere dersom man ikke prøver å finne ut om bevisstløsheten skyldes rusmidler gitt at man som første tiltak får belyst bevissthetsgrad, respirasjon og sirkulasjon. Deretter må man handle i henhold til Indeks.

AMK-sentralen sendte i hovedsak ut ambulanse dersom det ble antatt at bevisstløsheten skyldes overdose/intoks av rusmidler som narkotika, legemidler og/eller alkohol. Ved noen sentraler ble også legevakslege eller anestesilege tilknyttet NLA eller sykehuset sendt ut. Det er viktig ved noen typer overdoser/intokser å avklare hva pasienten har tatt for å kunne sende ut spesialtrenet personell. Undersøkelsen har vist at flere AMK-sentraler brukte Giftinformasjons-sentralen for bedre å kartlegge effekten av de rusmidlene vedkommende hadde tatt. I henhold til spørreundersøkelsen var det sjeldent behov for spesialtrenet personell for å ta seg av pasienter som var blitt bevisstløse etter inntak av alkohol. Det virket som om denne gruppen risikerte å få hjelp senere enn bevisstløshet som skyldes de andre rusmidlene, dersom spørreundersøkelsen viser hvordan AMK-personellet handler. Det er vanskelig på basis av det datamaterialet vi har i denne undersøkelsen å hevde at enkelte rusmiddelmisbrukergrupper får et dårligere tilbud enn andre. For å få svar på det må vi sammenligne og undersøke flere hendelser enn det datamaterialet vi har i denne undersøkelsen.

Politiet er en viktig ressurs for både AMK og ambulansetjenesten i mange sammenhenger. NAKOS kan ikke se at politiet skal

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

sendes i stedet for ambulanse i noen tilfeller. Politiets oppgave sammen med ambulanse må være å sikre ambulansespersonellet slik at de får utført sitt arbeid dersom det er en sikkerhetsrisiko for mannskapene der pasienten befinner seg. Det er viktig for både AMK og ambulansen at taushetsplikten følges.

I henhold til undersøkelsen får pasientene adekvate tilbud om akuttmedisinsk behandling i form av antidot²³, og i noen tilfeller skylling av magesekken for å fjerne tabletter (krever spesialtrenet personell). Det er få pasienter med overdose av narkotika som blir brakt til sykehus. Om flere av disse bør bli brakt til sykehus har denne undersøkelsen ikke forsøkt å kartlegge. Ofte ønsker ikke disse pasientene å bli med. Det kan derimot diskuteres om det å forlate denne pasientgruppen etter at man har vekket de etter en overdose med narkotika, er god helsetjeneste. Det er derimot mye som tyder på at flere ambulansetjenester bør dokumentere bedre hva som skjer med pasienten etter at de forlater vedkommende. Mange av pasientene med bevisstløshet som skyldes andre rusmidler ble brakt til legevakt eller sykehus.

Kartleggingen har også vist at AMK sender ut ressurser som ikke er ambulanse uten å undersøke i ettertid om pasienten fikk hjelp. Det virker som om man regner med at pasienten vil ringe tilbake dersom ikke hjelpen kommer. NAKOS mener at dette er et usikkert system og vil anbefale at man aktivt undersøker og får bekreftet at pasienten fikk hjelp.

23) Antidot er et stoff som opphever de negative effektene av flere rusmidler.

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg

Vedlegg 1

Spørsmålene inkludert i spørreundersøkelse til ansatte ved AMK**Spørsmål 44. Du får en henvendelse om en person det er vanskelig/umulig å få kontakt med.****a. Hva gjør du dersom du antar at bevisstløsheten kan skyldes narkotika?**

- Sender ambulanse med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender lege i vakt med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender ambulanse og lege i vakt med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender ikke ut noen ressurser før jeg har kartlagt alt rundt henvendelsen

b. Hvis du sender ut ressurser: Hva gjør du så?Vennligst marker **alle** alternativer som passer:

- Innhenter tilleggsinformasjon
- Avslutter samtalen
 - Opprettholder kontakten til ambulansen/lege i vakt ankommer pas.
 - Annet

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Hvis tilleggsinformasjon innhentes: Hvilke?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

c. Hvis nei: Gjør du noe annet?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Spørsmål 45. Gir du rutinemessig tilbud om veiledning i førstehjelp til innringer ved henvendelse om bevisstløshet som kan skyldes narkotika?Vennligst velg **bare ett** av svaralternativene:

- Ja
- Nei

a. Hvis ja, hvilke førstehjelpstiltak?Vennligst marker **alle** alternativer som passer:

- Instruerer i å legge pas. i stabilt sideleie
- Instruerer i HLR
- Instruerer i brystkompresjon
- Instruerer i frie luftveier og munn til munn

b. Hvis nei, gjør du noe annet?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Spørsmål 46. Er det andre instanser som rutinemessig kontaktes ved din AMK-sentral hvis bevisstløsheten kan skyldes narkotika?Vennligst velg **bare ett** av svaralternativene:

- Ja
- Nei

a. Hvis ja, hvilke:Vennligst marker **alle** alternativene som passer:

- Politiet
- Sosial vakttjeneste
- Kirkens Bymisjon
- Frelsesarmeen
- Blå Kors
- Hjemmesykepleien
- Andre

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 1

Spørsmålene inkludert i
spørreundersøkelse til
ansatte ved AMK (forts.)

Spørsmål 47. Du får en henvendelse om en person det er vanskelig/umulig å få kontakt med.

a Hva gjør du dersom du antar at bevisstløsheten kan skyldes alkohol?

- Sender ambulanse med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender lege i vakt med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender ambulanse og lege i vakt med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender ikke ut noen ressurser før jeg har kartlagt alt rundt henvendelsen

b. Hvis du sender ut ressurser: Hva gjør du så?

Vennligst marker **alle** alternativer som passer:

- Innhenter tilleggsinformasjon
- Avslutter samtalen
 - Opprettholder kontakten til ambulansen/lege i vakt ankommer pas.
 - Annet

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Hvis tilleggsinformasjon innhentes: Hvilke?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

c. Hvis nei: Gjør du noe annet?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Spørsmål 48. Gir du rutinemessig tilbud om veiledning i førstehjelp til innringer ved henvendelse om bevisstløshet som kan skyldes alkohol?

Vennligst velg **bare ett** av svaralternativene:

- Ja
- Nei

a. Hvis ja, hvilke førstehjelpstiltak?

Vennligst marker **alle** alternativer som passer:

- Instruerer i å legge pas. i stabilt sideleie
- Instruerer i HLR
- Instruerer i brystkompresjon
- Instruerer i frie luftveier og munn til munn

b. Hvis nei, gjør du noe annet?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Spørsmål 49. Er det andre instanser som rutinemessig kontaktes ved din AMK-sentral dersom bevisstløsheten kan skyldes alkohol?

Vennligst velg **bare ett** av svaralternativene:

- Ja
- Nei

a. Hvis ja, hvilke:

Vennligst marker **alle** alternativene som passer:

- Politiet
- Sosial vakttjeneste
- Kirkens Bymisjon
- Frelsesarmeen
- Blå Kors
- Hjemmesykepleien
- Andre

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 1

Spørsmålene inkludert i
spørreundersøkelse til
ansatte ved AMK (forts.)

Spørsmål 50. Du får en henvendelse om en person det er vanskelig/umulig å få kontakt med.

a. Hva gjør du dersom du antar at bevisstløsheten kan skyldes blanding av rusmidler?

- Sender ambulanse med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender lege i vakt med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender ambulanse og lege i vakt med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender ikke ut noen ressurser før jeg har kartlagt alt rundt henvendelsen

b. Hvis du sender ut ressurser: Hva gjør du så?

Vennligst marker **alle** alternativer som passer:

- Innhenter tilleggsinformasjon
- Avslutter samtalen
 - Opprettholder kontakten til ambulansen/lege i vakt ankommer pas.
 - Annet

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Hvis tilleggsinformasjon innhentes: Hvilke?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

c. Hvis nei: Gjør du noe annet?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Spørsmål 51. Gir du rutinemessig tilbud om veiledning i førstehjelp til innringer ved henvendelse om bevisstløshet som kan skyldes blanding av rusmidler?

Vennligst velg **bare ett** av svaralternativene:

- Ja
- Nei

a. Hvis ja, hvilke førstehjelpstiltak?

Vennligst marker **alle** alternativer som passer:

- Instruerer i å legge pas. i stabilt sideleie
- Instruerer i HLR
- Instruerer i brystkompresjon
- Instruerer i frie luftveier og munn til munn

b. Hvis nei, gjør du noe annet?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Spørsmål 52. Er det andre instanser som rutinemessig kontaktes ved din AMK-sentral hvis bevisstløsheten kan skyldes blanding av rusmidler?

Vennligst velg **bare ett** av svaralternativene:

- Ja
- Nei

a. Hvis ja, hvilke:

Vennligst marker **alle** alternativene som passer:

- Politiet
- Sosial vakttjeneste
- Kirkens Bymisjon
- Frelsesarmeen
- Blå Kors
- Hjemmesykepleien
- Andre

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 1

Spørsmålene inkludert i
spørreundersøkelse til
ansatte ved AMK (forts.)

Spørsmål 53. Du får en henvendelse om en person det er vanskelig/umulig å få kontakt med.

a. Hva gjør du dersom du antar at bevisstløsheten kan skyldes medikamenter?

- Sender ambulanse med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender lege i vakt med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender ambulanse og lege i vakt med en gang når du har fått adresse og navn
- Sender ikke ut noen ressurser før jeg har kartlagt alt rundt henvendelsen

b. Hvis du sender ut ressurser: Hva gjør du så?

Vennligst marker **alle** alternativer som passer:

- Innhenter tilleggsinformasjon
- Avslutter samtalen
 - Opprettholder kontakten til ambulansen/lege i vakt ankommer pas.
 - Annet

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Hvis tilleggsinformasjon innhentes: Hvilke?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

c. Hvis nei: Gjør du noe annet?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Spørsmål 54. Gir du rutinemessig tilbud om veiledning i førstehjelp til innringer ved henvendelse om bevisstløshet som kan skyldes medikamenter?

Vennligst velg bare ett av svaralternativene:

- Ja
- Nei

a. Hvis ja, hvilke førstehjelpstiltak?

Vennligst marker **alle** alternativer som passer:

- Instruerer i å legge pas. i stabilt sideleie
- Instruerer i HLR
- Instruerer i brystkompresjon
- Instruerer i frie luftveier og munn til munn

b. Hvis nei, gjør du noe annet?

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

Spørsmål 55. Er det andre instanser som rutinemessig kontaktes ved din AMK-sentral hvis bevisstløsheten kan skyldes medikamenter?

Vennligst velg **bare ett** av svaralternativene:

- Ja
- Nei

a. Hvis ja, hvilke:

Vennligst marker **alle** alternativene som passer:

- Politiet
- Sosial vakttjeneste
- Kirkens Bymisjon
- Frelsesarmeen
- Blå Kors
- Hjemmesykepleien
- Andre

Vennligst skriv inn svaret ditt her:

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 2

Brev til aktuelle helseforetak

Vedlegg 2

Brev til aktuelle helseforetak



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Utvalgte helseforetak

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:
2004/395 II AWE/-

DATO: / DATE:
3. oktober 2005

KARTLEGGING AV HELSETJENESTER TIL RUSMIDDELMISBRUKERE **Fra henvendelse om bevisstløs person er mottatt hos AMK til oppdraget er avsluttet av prehospital tjeneste**

Det følger av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 1 at Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Som et ledd i vår områdeovervåking ble det i 2004 gjennomført en kunnskapsoppsummering i forbindelse med helsetjenester til rusmiddelmisbrukere. Rapporten beskriver flere tema der Statens helsetilsyn som tilsynsmyndighet har behov for ytterligere kunnskap. Ett slikt tema er de helsetjenester som gis i forbindelse med overdoser/intoks av narkotika, legemidler og/eller alkohol.

Vi har behov for mer kunnskap om hvilke rutiner og prosedyrer den akuttmedisinske tjenesten følger i forbindelse med bevisstløshet som skyldes overdose/intoks av narkotika, legemidler og/eller alkohol, og hvordan disse hendelsene håndteres. Som et ledd i dette har Statens helsetilsyn gitt *Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin* (NAKOS), ved dr. med. Lars Wik, i oppdrag å gjennomføre en nasjonal kartlegging av hva som skjer fra henvendelse om funn av bevisstløs person er mottatt hos Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) til oppdraget er avsluttet av prehospital tjeneste.

Kartleggingen skal gjennomføres i høst som en tredelt undersøkelse bestående av:

- Spørsmål inkludert i en spørreundersøkelse
- Intervjuer med ledere ved AMK
- **Innhenting av lydlogger fra AMK og ambulansedokumenter fra aktuelle ambulansetjenester**

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of
Health

Pb 8128 Dep,
NO-0032 OSLO
Norway

Tlf.: (+47) 21 52 99 00
Faks: (+47) 21 52 99 99
E-post/e-mail:
postmottak@helsetilsynet.no
Internett: www.helsetilsynet.no

Besøksadresse/Street add
Calmeyers gate 1
Org. nr.: 974 761 394

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 2

Brev til aktuelle helseforetak
(forts.)

2

En del av informasjonen er underlagt lovbestemmelser om taushetsplikt. Lov om spesialisthelsetjenesten § 6-2, lov om helsetjenesten i kommunene § 6-3 annet ledd og lov om helsepersonell m.v. § 30 gjør unntak for taushetsplikten vedrørende opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendig for å kunne utføre sine oppgaver.

NAKOS gjennomfører i år en kartlegging av AMK-ansattes kompetanse og hvordan sentralene kvalitetssikrer både egen virksomhet og de ansattes kompetanse. I den forbindelse har NAKOS utarbeidet et spørreskjema til alle ansatte på samtlige AMK-sentraler. Spørreundersøkelsen inneholder også noen spørsmål som er tatt inn for å besvare oppdraget fra Statens helsetilsyn.

For å få ytterligere informasjon om rutiner og prosedyrer for håndtering av henvendelser om bevisstløs person som kan skyldes overdose/intoks av rusmidler, skal NAKOS, ved Lars Wik, også intervjuere ledere ved AMK. Vi ber om at medisinsk systemansvarlig og daglig leder/avdelingssykepleier ved AMK kontakter Lars Wik via e-post lars.wik@medisin.uio.no for å avtale intervjuetidspunkt.

På oppdrag fra Statens helsetilsyn skal NAKOS også lytte på lydlogger og gjennomgå ambulansejournaler fra et utvalg av hendelser om bevisstløs person som kan skyldes overdose/intoks av narkotika, legemidler og/eller alkohol. Vi ber om at AMK tar kontakt med Lars Wik via e-post lars.wik@medisin.uio.no der det opplyses om hvem som er kontaktperson samt telefonnummer og e-post adresse.

Vi vil samtidig minne om at opplysninger fra lydloggene og ambulansejournalene som er av personsensitiv art vil være unntatt fra offentlighet, jf. offentlighetsloven § 5a.

For å innhente de dataene vi trenger, er vi avhengige av at AMK og ambulansetjenesten følger opp innen de frister som blir avtalt. Statens helsetilsyn ber om at helseforetakene legger forholdene til rette for et godt samarbeid med de aktuelle instansene slik at vi kan gjennomføre undersøkelsen på best mulig måte.

Vi imøteser med stor spenning resultatene fra kartleggingen. Med bidrag fra AMK og ambulansetjenesten, tror vi undersøkelsen vil frembringe kunnskap som har nytte for den videre utviklingen av helsetjenester til rusmiddelmisbrukere.

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 2

Brev til aktuelle helseforetak
(forts.)

3

Spørsmål knyttet til kartleggingen kan rettes til:

- Fagsjef Jo Kittelsen, tlf. 21 52 99 58, jo.kittelsen@helsetilsynet.no
- Rådgiver Anne Werner, tlf. 21 52 99 87, anne.werner@helsetilsynet.no,
- Daglig leder ved NAKOS, dr.med. Lars Wik, tlf. 91 72 89 66, lars.wik@medisin.uio.no

Med hilsen


Lars E. Hanssen


Anne Werner
rådgiver

Saksbehandler: Anne Werner, tlf.: 21 52 99 87

Vedlegg: 1. Liste over mottakere
 2. Liste over AMK-sentralene

Kopi til: • AMK og ambulansetjenesten
 • Helsetilsynet i fylkene
 • NAKOS
 • KoKom

Vedlegg 3**Intervjuguide til intervju med ledere ved AMK**

Svarene skrives inn etter hvert spørsmål. Velg gjerne en annen farge eller skrift som skiller seg fra spørsmålene. Dere kan også svare på et nytt ark der dere viser til de ulike spørsmålene.

1. Hvordan håndteres henvendelser generelt relatert til rusmiddelmisbrukere ved din/deres AMK-sentral?

- a. Kjenner du/dere til om det er forskjeller eller likheter mellom hvordan dere håndterer hendelsene og hvordan det gjøres ved andre sentraler i Norge?
- b. Eksempel på konkrete hendelser – for eksempel hva gjorde dere sist/hvordan var dette sist....?

2. Hvis vi tenker oss at AMK får henvendelse om en bevisstløs person/person med nedsatt bevissthet, av ukjent årsak:

- a. Hvordan går dere frem for å finne ut om mulige årsaker – og skille hjerteinfarkt fra rusmidler?
- b. Og hvis man så kommer frem til at dette trolig skyldes intoks av rusmidler:
- c. *Hva gjør dere videre da? Beskriv*
 - i. Når gjør dere slik
 - ii. Og når gjør dere sånn?
 - iii. Og hvorfor?

3. Hva er vanlig praksis, rutiner og beslutningshierarki – eller kanaliseringer av hjelp ved ulike hendelser ved din/deres AMK-sentral?**4. Er indeks innført som prosedyre i sentralen?**

I så fall: foreligger det internkontroll og kvalitetssikring for bruk av denne. Beskriv.

Er indeks justert i forhold til lokale tilpassninger. Hvor ofte blir i så fall disse evaluert/justert?

5. Bruker alle de ambulansetjenestene dere har ”kommando” over Medisinsk Operativ Manual (MOM)?

Ligger det eksemplar(er) av denne på AMK?

6. Hvordan er håndtering av hendelser (evnt. rusrelaterte) organisert internt på AMK?**7. Har AMK-sentralene egne prosedyrer for håndtering av (rusrelaterte) hendelser? I så fall hvilke prosedyrer er gjeldende på din sentral.****8. Hvilke rutiner har din/deres AMK-sentral for håndtering av disse hendelsene?****9. Hvordan følges rutinene opp?**

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 3

Intervjuguide til intervju
med ledere ved AMK (forts.)

10. Kompetanse og erfaring hos AMK-ansatte ved din/deres sentral?

- a. Forsker Ingeborg Rossow har tidligere skrevet om den manglende kunnskapen psykologer og andre har om rusproblematikk – at dette ikke er et undervisningstema på psykologi eller medisinstudiet. Hvordan er dette på AMK?
- b. Har AMK-sentralen strategiplaner for håndtering av overdoseproblematikk som skyldes rusmidler?
- c. Annet?

11. Har AMK-ansatte ved din/deres sentral opplæring i hvordan håndtere denne typen hendelser?

- a. Hvordan læres de opp? Hva læres de opp i? Eventuell etteropplæring?
- b. Hvordan sikrer du/dere opplæring av de ansatte?

12. Har dere etterutdanning/videreopplæring av de ansatte? Hvor ofte?

13. Læres og trenes koordinator og operatør likt?

14. Trener dere caser? Hvordan gjøres dette?

15. Brukes lydlogg aktivt i arbeidet med hvordan håndtere disse hendelsene?

16. Styringsløyfen ved din/deres AMK-sentral?

17. Hvis det skjer noe – en feilvurdering av pasientens tilstand f. eks. Hvilke rutiner har sentralen for å håndtere dette?

18. Hva skjer hvis folk ringer en lokal legevakt i stedet for AMK-sentralen - og melder fra om mulig overdose/intoks av medikamenter eller rusmidler?

19. Har dere instruks om at personellet skal ringe Giftinformasjonssentralen ved inntak av medikamenter?

20. Om det ikke foreligger noen instruks om å ringe, gjøres det allikevel? I så fall, i hvilke tilfeller gjelder dette?

21. I *Medisinsk og operativ manual (MOM) for ambulansetjenesten fra 2004*, står overdoser som skyldes narkotika eller medikamenter, beruselse samt selvmordsforsøk oppført som utrykningsoppdrag med økt risiko....

- a. Hvilke utfordringer opplever dere ved denne typen henvendelser?
- b. Hvordan sikrer dere at pasienten likevel får den hjelp han/hun trenger....?

22. Kjenner du/dere til hva som skjer etterpå - av videre oppfølging av (overdose/intoks) pasienten – etter at prehospital tjeneste har avsluttet sitt arbeid i ditt/deres distrikt?

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 3

Intervjuguide til intervju
med ledere ved AMK (forts.)

23. **Hva er vanlig praksis og rutiner ved intoks(ikasjon) - av førstehjelp, akuttmedisinsk hjelp og videre oppfølging?**
 - a. Hvis dette er en opiatoverdose...?
 - b. Legemiddelintoks?
 - c. Alkoholintoks?
 - d. Blandingsintoks?
24. **Hva har din/deres AMK-sentral av statistikk over prehospitalt helsetjenester – hendelsesårsaker, typen hendelser, antall utrykninger etc...?**
25. **Hva registrerer AMK-sentralen av hendelser og utrykninger som skyldes forgiftninger av narkotika, legemidler og alkohol?**
26. **Hva vet AMK-sentralen om hva ambulansetjenestene eller personell i utrykning registrerer av hendelser og pasientopplysninger, utrykningsårsaker, diagnostisering, akuttmedisinsk hjelp og oppfølgingstilbud?**
27. **I hvilken grad rapporterer personell i utrykning tilbake til AMK om diagnose, pasientopplysninger, hvilken akuttmedisinsk hjelp som ble gitt og oppfølgingstilbud?**
28. **Blir denne type rapport lagret skriftlig ved AMK?**
29. **Hva vet AMK om hvem som kontakter AMK sentralen ved mistanke om bevisstløs person som kan skyldes overdoser/intoks av rusmidler?**
 - a. Hvem ringer – ved narkotikaoverdose, legemidler, alkohol eller blandingsmisbruk?
 - i. Tilfeldig forbigående? Pårørende? Politiet? Legen? Andre?
30. **Har dere en oppfølgingsrutine for å kvalitetssikre at innringer har fått hjelp i de tilfellene dere ikke sender ut ambulanse til pasienten i forbindelse med rus men iverksetter annen respons?**
31. **Hva sier denne rutinen?**
32. **Dersom dere ikke har noen rutine, hva gjør dere da?**
33. **Avsluttende i intervjuet:**
 - a. Er det noe jeg ikke har spurt deg om som du tenker er viktig informasjon i forhold til dette temaet?

Er det noe du gjerne vil tilføye før vi avslutter intervjuet?

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 4

Mal for gjennomgang av
lydlogg og ambulanse-
journal

Vedlegg 4**Mal for gjennomgang av lydlogg og ambulanse-
journal****Bruk av indeks****Hendelsessted**

Privat bolig	Offentlig sted	Annet/ Usikkert
--------------	----------------	-----------------

Pasientdata

Kjønn:	Alder:
--------	--------

Aktuelle spørsmål

Blir sp.m utført?	Ja	Nei	Usikkert	Antall
Er pasient våken?				
Reagerer pasient på tilrop og risting?				
Aktuelt oppslag i Indeks slås opp: Hvilke(t)				

Bevisstløs pasient

	Ja	Nei	Usikkert	Antall
Opplyse om iverksatt respons				
Avklare respirasjon				
Veilede fri Luftveg				
Veilede stabilt sideleie				
Veilede HLR				

Annet aktuelt oppslag

	Ja – hvilke(t)	Nei	Usikkert	Antall
Tilleggs spørsmål fra annet oppslag				

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 4

Mal for gjennomgang av
lydlogg og ambulanse-
journal (forts.)

Kommunikasjon

Innringer beskriver problemet (1,2)	Ja	Nei	Usikkert	Antall
1) Spontant				
2) På forespørsel fra operatør				
Innringer avbrytes av operator				
Innringer avbrytes av andre				
Operatør avbrytes av innringer				
Operatør avbrytes av andre, ev parkerer samtalen				

Brukes Indeks av AMK-operatør i intervju av innringer?

JA	NEI	USIKKERT
Ev. beskriv		

Hvilke/hvilket spørsmål virker som avgjørende for oppfattelse av problem?

Beskriv:

Kommer operatør frem til en klar forståelse av hva som er problemet og eventuelt når i samtalen får operatør en slik forståelse?

JA	NEI	USIKKERT	TID
Beskriv (inkludert symptomer):			

Samarbeid om hendelse internt på AMK

I liten grad	Midt-i-mellom	I stor grad	Usikkert

Oppfattes innringer som truende

I liten grad	Midt-i-mellom	I stor grad	Usikkert

Oppfattes hendelsessted som truende

I liten grad	Midt-i-mellom	I stor grad	Usikkert

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 4

Mal for gjennomgang av
lydlogg og ambulanse-
journal (forts.)

Blir sikkerhet for personell på hendelsessted vurdert?

JA	NEI	USIKKERT
----	-----	----------

Virker det som om operatør endrer handlingsmønster når det er snakk om trussel?

JA	NEI	USIKKERT
Beskriv eventuell endring:		

Iverksettelse av respons:

	Ja	Nei	Usikkert	Tidspunkt
Ambulanse AMIS				
Ambulanse varsles				
Lokal lege AMIS				
Lokal lege varsles				
Andre - Beskriv (eks rusteam, politi, lokale sykehus osv) AMIS				
Andre varsles – hvem og hvorfor. Beskriv				

Kriterienummer

--

Andre aktuelle variabler

Ukedag:

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
--------	---------	--------	---------	--------	--------	--------

Tidspunkt:

5.01 – 11.00	11.01 – 17.00	17.01 – 21.00	21.01 – 01.00	01.01 – 05.00
--------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Innringer:

Publikum	Helsepersonell	Politi	Pårørende	Andre – spesifiser
----------	----------------	--------	-----------	--------------------

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 4

Mal for gjennomgang av
lydlogg og ambulanse-
journal (forts.)

Ambulansejournal

Pas. Bevissthet Skala: 1Våken - 4 Bevisstløs

1	2	3	4	Ikke registrert
---	---	---	---	-----------------

Respirasjon

Skala: -1 Hyperventilering, 0 Normal, 2 Puster ikke

-1	0	1	2	Ikke registrert
----	---	---	---	-----------------

Andre aktuelle funn/ diagnose:

Behandling/ Tiltak

Leveringssted

Fremmøte uten oppfølging	Fremmøte-taets hånd om av annet personell (politi, oppsøkende osv)	Fremmøte – Død ved ankomst	Legevakt	Sykehus	Annet – beskriv

Samsvar mellom kriterienummer/melding fra AMK og aktuelle funn?

Ja	Nei	Usikkert
Beskriv eventuelle forskjeller:		

Kommentar til felter i tabell:

1. Ja/Nei fylles ut ved positiv/negativ bekreftelse på gjennomført.
2. Usikkert fylles ut om en ikke direkte kan si ja/nei.
3. Antall sier noe om hvor mange ganger operatør spør samme eller liknende spørsmål under intervju, eller antall ganger innringer gjentar

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

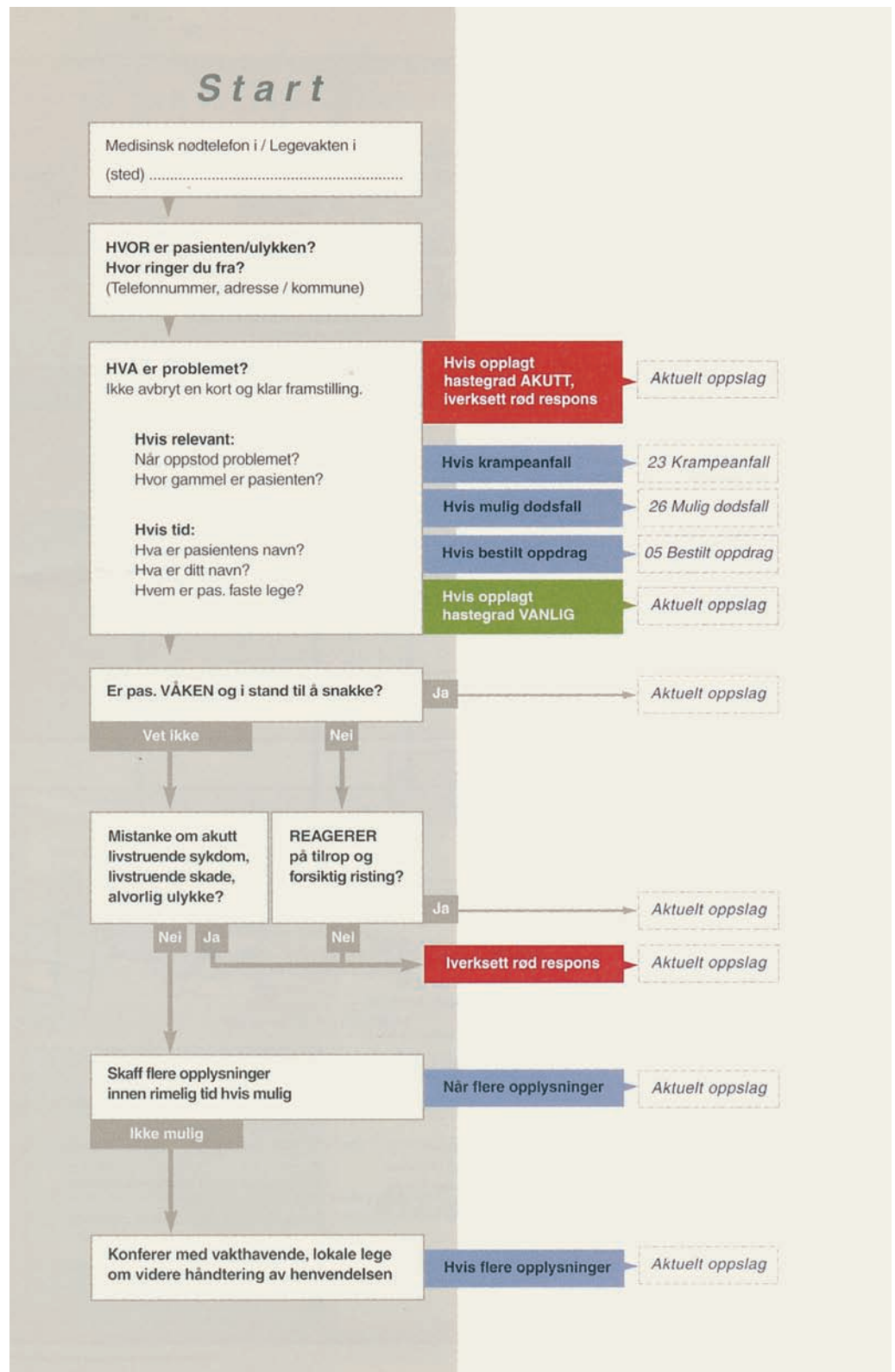
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 5

Norsk medisinsk indeks:
Startkortet, Oppslag
bevisstløshet, rus.¹

Vedlegg 5

Norsk medisinsk indeks: Startkortet, Oppslag bevisstløshet, rus.



1) Kopi fra "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp" (1999) trykket med tillatelse fra The Laerdal Foundation for Acute Medicine.

01 Bevisstløs over 8 år

Ambulansen er på vei, ikke legg på!
Jeg skal fortelle deg hvordan du kan gi førstehjelp. Greet?
Flytt telefonen nærmere pasienten.

Finn ut om han/hun puster normalt.
Gjør det nå, og kom straks tilbake til telefonen!

Puster ikke normalt

Fri luftvei og ny kontroll av pusten

Nei vet. Da må du skape fri luftvei.
Legg han/henne på ryggen hvis du kan.
Bøy hodet godt bakover med den ene hånden din.
Løft halsen opp med den andre hånden din,
men vær forsiktig hvis han/hun kan ha vært utsatt for en utflyk.
 Finn ut om han/hun begynner å puste normalt når du har gjort dette, og kom straks tilbake til telefonen.

Hvis innringer ikke får det til
Legg deg på kne ved siden av han/henne.
Legg en hånd på pannen hans/hennes og bøy hodet godt bakover.
Løft så haken godt opp med den andre hånden din.
Legg øret ditt mot munnen og nesen hans/hennes. Lytt og føl etter pust.
Se om brystkassen hever seg.



Puster normalt

Krit. nr. A01.03

Puster fortsatt ikke normalt

Krit. nr. A01.01

Vet du om det er en hjertestarter i nærheten?
(Spør om dette bare hvis det kan finnes hjertestarter i nærheten.)

Hvis hjertestarter i nærheten

Hvis ikke hjertestarter i nærheten

Gå til opplegg 01.1
HLR med hjertestarter i umiddelbar nærhet, dette og førstnevnt instruksjon, slik i dette opplegget.

Førstnevnt instruksjon i umiddelbar nærhet, dette og førstnevnt instruksjon, slik i dette opplegget.

Puster normalt nå

Krit. nr. A01.02

Stabilit sideleie

Bral! Gå og legg han/henne i stabil sideleie. Ta tak i skuldre og hofte og rull han/henne over på siden.
Gjør det nå, og kom tilbake i telefonen.

Nå må du bøy hodet bakover så han/hun fortsatt kan puste godt.
Legg en av hendene hans/hennes under kinnene, så hodet ikke vipper fram igjen. Gjør det nå, og kom tilbake til telefonen.

Trekk det øverste kneet framover slik at han/hun ikke ruller om på ryggen eller magen igjen. Gjør det nå, og kom tilbake.

Se etter om han/hun fortsetter å puste normalt. Si fra straks hvis det er noen forandring.



Hvis pas. slutter å puste:
Gi instruksjon i munn-til-munn innblåsning. Legg pas. på ryggen igjen.
Førstevnt for øvrigt i dette opplegget.

Hvis også annet medisinsk problem:
Gå til aktuelt opplegg.

Hvis pas. skulle våkne:
Bli hos pas. Si fra straks hvis forverring. *Vander larene hastig.*

01

Førstevnt for øvrigt i dette opplegget.

Innblåsning

Nå skal du blåse munn-til-munn.
Legg den ene hånden din på pannen hans/hennes og bøy hodet godt bakover.
Klem neseborene sammen med to fingrer. Løft haken godt opp med den andre hånden. Ta ut synlige fremmedlegemer eller løst gress.

Trekk puslen dykt og legg leppene dine rundt hele munnen hans/hennes.
Blås inn til brystkassen hever seg. Ta bort munnen din så luften stopper ut igjen. Så blåser du én gang til.

Gjør det nå. Kom så tilbake og si om brystkassen hever seg når du blåser inn.



Brystkassen hever seg

Brystkassen hever seg ikke

Forsøk å bøy hodet lengre bakover og blås igjen.
Hvis brystkassen ikke hever seg, må du prøve om igjen fem ganger.
Gjør det nå og kom straks tilbake og si om brystkassen hever seg.

Brystkassen hever seg

Brystkassen hever seg fortsatt ikke

Da kan han/hun ha satt noe i halsen.
Jeg skal si hvordan du kan hjelpe.
(Gå til 03 "Fremmedlegemer i luftveier" og førstnevnt instruksjon for "Over 8 år - Hvis pas. ikke kommer ut")

Krit. nr. A03.01

Brystkompresjon

Bral! Nå må du gi brystkompresjoner.
Legg deg på kne helt inn til armen hans/hennes.
Legg hendene dine oppå hverandre på brystkassen, midt mellom brystvortene.
Det blir lettere hvis du kan ta i klærne bort fra brystet.
Trykk rett ned og nok så hardt, og slipp så opp igjen.
Trykk 15 ganger i rask rekkefølge, ca. 10 ganger per sekund i denne taktten: én-to-tre-fire, osv. Tell høyt! Kom så tilbake til telefonen.

Hjerter-lungeredning (HLR)

Bral! Nå må du kombinere to innblåsninger med 15 brystkompresjoner.
Fortsett til ambulansen kommer og tell høyt.
Kom tilbake til telefonen hvis du ikke får det til. Jeg hører eller hele tiden.

Jeg skjønner at du blir sliten, men prøv å fortsette til ambulansen kommer.
Den er på vei!

Fortsett med to innblåsninger og 15 trykk på brystkassen til du ikke orker mer.
Tell høyt når du trykker på brystkassen, så kan jeg følge med på taktten din.
To munn-til-munn, 15 brysttrykk eller hverandre.

Du gjør en god jobb! Kom tilbake til telefonen når du blir sliten.
Ambulansen er på vei. Jeg hører eller hele tiden.



2:15

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 6

Randomisert kvalitets-
kontroll

Vedlegg 6

Randomisert kvalitetskontroll

AMIS # _____ Dato _____ Klokken _____ Sykepleier _____

Hovedproblem: _____

Kommunenr: _____ Gateadresse: _____ Gnr/bnr: _____ Kun forklaring: _____

Innringer: Pasient Person hos pasient 3-hånds opplysninger Samarbeider: Ja Nei

DEL 1: ADRESSE/MELDER

Spørsmål/registreringer	Ja	Åpenb./ Unødv.	Nei	Score	Tid til adr. fullført	Ja	Score
Data fra oppr.mark?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		< 0,5 min	<input type="checkbox"/>	
Riktig adresse registrert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0,5-1,0 min	<input type="checkbox"/>	
Adresse verifisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1,0-1,5 min	<input type="checkbox"/>	
Forklaring tilstrekkelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1,5-2,0 min	<input type="checkbox"/>	
Posisjon i kart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2,0-2,5 min	<input type="checkbox"/>	
Navn på melder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2,5-3,0 min	<input type="checkbox"/>	
Nr. for tilbakering reg.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		> 3,0 min	<input type="checkbox"/>	
Nummer verifisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tid:	<input type="checkbox"/>	

DEL 2: "INNGANGSSPØRSMÅL"

Spørsmål/registreringer	Ja	Åpenb./ Unødv.	Nei	Tid	Score	Pasient- opplysninger	Ja
Puster pasienten normalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Full ID	<input type="checkbox"/>
Er pasienten våken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Fødselsdato	<input type="checkbox"/>
Antall pasienter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Navn	<input type="checkbox"/>
Spurt om alder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Alder	<input type="checkbox"/>
Spurt om kjønn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Kjønn	<input type="checkbox"/>

DEL 3: TILSTAND/HASTEGRAD ("INDEKS")

Kriterie	Ja	Åpenb./ Unødv.	Nei	Kriterie	Ja	Åpenb./ Unødv.	Nei	Kriterie	Ja	Åpenb./ Unødv.	Nei
A.XX.01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.XX.14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.XX.14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V.XX.14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satt hastegrad: _____ Vurdert hastegrad: _____ Valgt kriterie: _____ Vurdert kriterie: _____

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 6
Randomisert kvalitets-
kontroll (forts.)

DEL 4: RESPONS/OPPFØLGING

<i>Spørsmål/registreringer</i>	<i>Ja</i>	<i>Åpenbart /Unødv.</i>	<i>Nei</i>	<i>Score</i>	<i>Kommentar</i>			
<i>Tiltak ihht prosedyre/hast?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>"For mange" tiltak</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>"For få" tiltak</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>Tilbakemelding registrert?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>Første ress. varsl.</i>	<i>Tid</i>	<i>Score</i>	<i>Første ress. varsl.</i>	<i>Tid</i>	<i>Score</i>	<i>Første ress. varsl.</i>	<i>Tid</i>	<i>Score</i>
<i>< 0,5 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>3,5-4,0 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>7,0-7,5 min</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>0,5-1,0 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>4,0-4,5 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>7,5-8,0 min</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>1,0-1,5 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>4,5-5,0 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>8,0-8,5 min</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>1,5-2,0 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>5,0-5,5 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>8,5-9,0 min</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>2,0-2,5 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>5,5-6,0 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>9,0-9,5 min</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>2,5-3,0 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>6,0-6,5 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>9,5-10,0 min</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>3,0-3,5 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>6,5-7,0 min</i>	<input type="checkbox"/>		<i>>10,0 min</i>	<input type="checkbox"/>	
							<i>Tid:</i>	

DEL 5: RÅD/VEILEDNING/INSTRUKSJON

<i>Spørsmål/registreringer</i>	<i>Ja</i>	<i>Åpenbart / Unødv.</i>	<i>Nei</i>	<i>Score</i>	<i>Kommentarer</i>
<i>Riktig å tilby R/V/I?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>Mulig å gi R/V/I?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>R/V/I tilbudt?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>Instruksjon akseptert?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>R/V/I korrekt?</i>	<i>Korrekt, Mangler (Store/små), Feil</i>				
<i>Tid til instruksjon start</i>	<i>minutter</i>				
<i>Tid til korrekt utført</i>	<i>minutter</i>				

Kommentarer: _____

Vurdert av: _____ Dato: _____

SCORE

Del 1: _____ Del 2: _____ Del 3: _____ Del 4: _____ Del 5: _____

Total Score: _____

Score siste år: _____ Antall gjennomgått: _____ Sentralens score: _____

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 6

Randomisert kvalitets-
kontroll (forts.)

Brukerveiledning

Randomisert kontroll av 113-henvendelser

Basert på lydlogg, sykepleiers registreringer i AMIS og oppslag i kartsystem vil et tilfeldig utvalg 113-hendelser bli gjennomgått i henhold til eget kontrollskjema (skjema 17.1.1). Hensikten er først og fremst å gi individuell veiledning til sykepleierne, men også fortløpende monitorering av sentralens kvalitet.

Dersom det oppstår spesielle hendelser som operatør eller avdelingsledelse ønsker evaluert kan dette gjøres etter samme mal. Dersom det gjøres vil hendelsen inngå i det totale materialet.

INNHold

Rapportskjema er delt inn i fem deler. Hver del scores separat. Total score er gjennomsnitt av de fem delene. I tillegg inneholder skjemaet en innledning og et kommentarfelt.

Innledning

Første del inneholder opplysninger som identifiserer saken, og som ikke inngår i scoringen. I tillegg finnes opplysninger om innringer. Dersom innringer ikke samarbeider vil hendelsen bli evaluert, men den vil ikke bli scoret.

Kommentarer

Her føres generelle kommentarer og om aktuelt kommentarer til sykepleiers ”serviceinnstilling” (hvordan intervju gjennomføres), innringers sinnstilstand, spesielle forhold som påvirker samtale eller beslutninger etc.

Feltet inneholder også informasjon om hvem som har foretatt evalueringen, og når dette er gjort.

EKSklusjonskriterier

Pasienter som er ”faste kunder”, gjerne med et islett av misbruk av nødnummer skal ikke tas med i vurderingen.

Scoring

Mottak av nødmelding scores på:

- Del 1: Adresse / melder
- Del 2: ”Inngangsspørsmål”
- Del 3: Tilstand / hastegrad
- Del 4: Respons / oppfølging
- Del 5: Råd / veiledning / instruksjon

Dersom score blir negativ settes score til null.

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 6
Randomisert kvalitets-
kontroll (forts.)

Del 1: Adresse/melder

Maksimum poengscore er 100. Ved mangler i registrering/utspørring (nei) trekkes poeng:

Data fra oppr.mark?	-5
Riktig adresse registrert?	- 25
Adresse verifisert?	- 25
Forklaring tilstrekkelig?	- 10
Posisjon i kart?	- 10
Nr. for tilbakering reg.?	- 15
Nummer verifisert?	- 10

Det trekkes dessuten 10 poeng dersom adresse ikke fullført innen 2 minutter (uten åpenbart god grunn).

Etter det trekkes 10 poeng pr. 0,5 minutter.

Del 2: "Inngangsspørsmål"

Maksimum poengscore er 100. Ved mangler i registrering/utspørring (nei) trekkes poeng:

	1,0-2,0 min	2,0-3,0	>3,0 min	Ikke spurt
Puster pasienten normalt?	- 10	- 20	- 30	- 50
Er pasienten våken?	- 10	- 20	- 30	- 50
Antall pasienter?				- 15
Spurt om alder?				- 10
Spurt om kjønn?				- 10

Del 3: Tilstand / hastegrad ("indeks")

Maksimum poengscore er 100. Ved mangler i registrering/utspørring (nei) trekkes poeng:

Det trekkes 20 poeng fra hvert akuttkriterie som ikke er avklart
Det trekkes 10 poeng fra hvert hastekriterie som ikke er avklart
Det trekkes 5 poeng fra hvert vanlig kriterie som ikke er avklart

For lav hastegrad gir null poeng
Settes hastegrad for høyt tekkes 25 poeng
Ved feil bruk av hovedkort tekkes 25 poeng

Del 4: Respons / oppfølging

Maksimum poengscore er 100. Ved mangler i registrering/utspørring (nei) trekkes poeng:

Ved for mange tiltak trekkes 5 poeng pr. tiltak

Ved for få tiltak trekkes 25 poeng pr. tiltak

Ved sen varsling (uten åpenbar grunn) trekkes for akutthendelser 10 poeng pr 0,5 minutter etter 3 minutter.

Ved sen varsling (uten åpenbar grunn) trekkes for hastehendelser 10 poeng pr 0,5 minutter etter 10 minutter.

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.
Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 6

Randomisert kvalitets-
kontroll (forts.)

Del 5: Råd / Veiledning / Instruksjon

Maksimum poengscore er 100. Ved mangler i registrering/utspørring (nei) trekkes poeng:

Dersom instruksjon (HLR/Fremmedlegeme) ikke tilbys når det er riktig settes score lik null.

Dersom råd/veiledning/instruksjon er feil settes score lik null.

Ved større mangler i R/V/I trekkes 50 poeng

Ved mindre mangler i R/V/I trekkes 25 poeng

REVURDERING

Sykepleier kan be om at hendelsen vurderes på nytt. Dersom sykepleier ønsker det kan til-
litsvalgt eller annen arbeidstakerstakerepresentant være tilstede ved revurdering.

Revurdering skal ikke gjøres av samme person som gjorde den initiale vurdering, og den
som utfører revurdering skal fortrinnsvis ikke kjenne detaljer i primærvurderingen.

KONSEKVENSER VED FEIL

Feil og avvik som avdekkes behandles på samme måte som forhold som avdekkes på
annen måte.

DEL II

Kartlegging av helse-
tjenester til rusmiddel-
misbrukere.

Rapport utarbeidet av
NAKOS på oppdrag fra
Helsetilsynet.

Vedlegg 7

Kopi av ambulansejournal-
skjema

Vedlegg 7

Kopi av ambulansejournal-skjema

Ullevål Sykehus
Klinikk for akuttmedisin
AMBULANSETJENESTEN

AMBULANSEJOURNAL

Dato: _____

Nr.: _____

Tlf.: _____

Rekvirent: Navn: _____ Adr.: _____

Hovedsymptom: _____ Kjørekode: _____ Sykdomskode: _____

Navn: _____ Født: _____ Kjønn: M K

Adresse: _____ Trygdekontor: _____

Hentested: _____ Tlf.: _____ Innlagt: _____ Avd.: _____

AMK kl.: _____ Bil kl.: _____ Ank. hentes: _____ Avr. hentes: _____ Ank. sykeh.: _____

Varsling: Til hentes: _____ Til sykeh.: _____ Innlagt av: Ambulanse: _____ Lege: _____

Tjeneste nr.: _____ Bil nr.: _____ Plass nr.: _____ Km fra bygrensen: _____ Kr: _____

SYMPTOM	SYKDOM	PÅVIRKET	J	N
Akutt pleie <input type="checkbox"/>	Astma <input type="checkbox"/>	Alkohol <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvimelse <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Medikament <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyanose <input type="checkbox"/>	Epilepsi <input type="checkbox"/>	Narkotika <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delir <input type="checkbox"/>	Fødsel/abort <input type="checkbox"/>	Annet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feber <input type="checkbox"/>	Hjertesykdom <input type="checkbox"/>	RESUSCITERING		
Kramper <input type="checkbox"/>	Hjertestans <input type="checkbox"/>	Påbegynt av: <input type="checkbox"/>		
Oppkast <input type="checkbox"/>	Hjerneblødning <input type="checkbox"/>	Legfolk <input type="checkbox"/>		
Sirk.svikt <input type="checkbox"/>	Lungesykdom <input type="checkbox"/>	Helsepers. <input type="checkbox"/>		
Kvelning <input type="checkbox"/>	Magesykdom <input type="checkbox"/>	Ambulanse <input type="checkbox"/>		
Annet <input type="checkbox"/>	Psykisk sykdom <input type="checkbox"/>	Anoxitid min. <input type="checkbox"/>		
Mors <input type="checkbox"/>	Meningitt <input type="checkbox"/>	Effektiv J/N <input type="checkbox"/>		
	Intox <input type="checkbox"/>			
	Annet <input type="checkbox"/>			
SKADE	REGION	ULYKKE		
Blødning <input type="checkbox"/>	Bryst <input type="checkbox"/>	Arbeidsulykke <input type="checkbox"/>		
Brann <input type="checkbox"/>	Buk <input type="checkbox"/>	Hjemmeulykke <input type="checkbox"/>		
Brudd <input type="checkbox"/>	Arm <input type="checkbox"/>	Hobbyulykke <input type="checkbox"/>		
Drukning <input type="checkbox"/>	Ben <input type="checkbox"/>	Trafikkulykke <input type="checkbox"/>		
Hodeskade <input type="checkbox"/>	Rygg <input type="checkbox"/>	Idrettskade <input type="checkbox"/>		
Knusning <input type="checkbox"/>	Nakke <input type="checkbox"/>	Voldsoffer <input type="checkbox"/>		
Sår <input type="checkbox"/>	Hode <input type="checkbox"/>	Dykkerulykke <input type="checkbox"/>		
Annet <input type="checkbox"/>	Ansikt <input type="checkbox"/>	Suicid <input type="checkbox"/>		
		Annet <input type="checkbox"/>		
BEVISSTHET	Ank. hentested	Avr. hentested	Ank. sykehus	BEHANDLING
Åken klar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veneflon <input type="checkbox"/>
Våken uklar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oksygen <input type="checkbox"/>
Somnolent <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vent.maske <input type="checkbox"/>
Comatos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intubasjon <input type="checkbox"/>
RESPIRASJON				Suging <input type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brystkompr. <input type="checkbox"/>
Hypervent. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defibrillator <input type="checkbox"/>
Insuff. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bandasje <input type="checkbox"/>
Stans <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sjokkleie <input type="checkbox"/>
SIRKULASJON				Stabilt sidel. <input type="checkbox"/>
Regelm. puls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nakkekrage <input type="checkbox"/>
Uregelm. puls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ryggbåre <input type="checkbox"/>
Ufølbare puls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forstøver <input type="checkbox"/>
Frekvens				INFUSJON pose à ml
Blodtrykk				<input type="checkbox"/> Ringer ml
O ² metning				<input type="checkbox"/> Buffer ml
CARDIOSCOP				<input type="checkbox"/> Annet ml
Kompl. m. puls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ml
Kompl. u. puls <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MEDIKAMENT
Ventr. flimm. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mg gitt
Asystole <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUPILLER			
Små <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Store <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lysstive <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gitt kl.
Anisocori <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ord. av dr.

Kodeassistanse sykehus nr. Utrykn. fra stasjon
Beregnet ank. sykehus kl. Oppkall:

Sektorsykehus:

ANDRE RESURSER

Politi. Varslet av:

Brannv. Varslet av:

Andre: Varslet av:

Mors henting. Rekv. av:

Pårørende varslet av:

ANDRE OPPLYSNINGER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Go lea hoahppu.....

Fáhkkaveahkki jámálgan olbmuide – earaládje gárrenolbmuide?

Dearvvašvuodageahču raportta 7/2006 čoahkkáigeassu

Stáhta dearvvašvuodageahču ovddas lea *prehospitála fáhkamedisiinna Natiovmalaš gelbbolašvuodaguovddás* (NAKOS) iskkan dan movt fáhkamedisiinnalaš doaibma čadahuvvo dan rájes go diedihuvvo fáhkamedisiinnalaš gulahallanguovddázii (AMK) ahte jámálgan olmmoš lea gávdnon, dassáži go ambulánsabálvalus lea loahpahan barggus.

duvvojit jus lea dárbu ja ahte lágiduvvo nu ahte lea vejolaš ávkástallat oahppanvejolašvuodaid mat gávdnojit.

Raporta lea guovtti oasis: Dearvvašvuodageahču árvvoštallá iskadeami bohtosiid ja NAKOS raporta.

NAKOS-raportta bohtosat čájehit ahte AMK lea ásahan buriid vuogádagaid ja njuolggadusaid mat galget čuvvojuvvot ja maid bargit ja jodiheaddjit oaivvildit čuvvojuvvojit go fáhkkaveahkki dárbbášuvvo. Liikká oaidná gehččojuvvon journálain ahte AMK mángga dáhpáhusas ii leat dahkan dan maid lohket iežaset dahkat. Mángga oktavuodas go fáhkkaveahkki lea bivdojuvvon, de ii leat AMK oččodan doarvái dieđuid buohcci deatalaš heaggadoaimmaid birra dasa ahte livččii doarvái bures diehtán makkár veahkki livččii dohkálaš. Bohtosat dovddahit maddái ahte soaitá leat dárbbášlaš ahte AMK ja polesat ásaht buoret ovttasbargovuogádagaid dasa go medisiinnalaš fáhkkaveahkki bivdojuvvo.

Iskkadeapmi ii mital maide das giedahallojuvvojit go dáhpáhusat gárrenolbmuid guovdu earaládje go jámálgeapmi eará sivaidd geažil, muhto eai mis leat dakkár dieđut ge mat attáše ákka čuoččuhit ahte nu geavvá.

Eaktuduvvo ahte ovddasvástideaddji eaiggádat ja čadaheaddjit fuolahit ahte vuogádagat ja rutiinnat guorahallojuvvojit ja buori-

In cases of Emergency...

Emergency events involving unconscious patients. Are they dealt with differently when they may be associated with use of alcohol, or illicit or prescribed drugs?

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health 7/2006

NAKOS (Norwegian Competence Centre for Emergency Medicine) carried out a study, on behalf of the Norwegian Board of Health, of the chain of events from when emergency service headquarters (AMK) are informed that an unconscious person has been found until the ambulance service has completed dealing with the event.

The aim of the study was to obtain information about routines, procedures and assessments made after emergency service headquarters have been informed about an event involving an unconscious person and to establish whether events involving alcohol or drugs are dealt with differently from other emergency events.

The study was carried out over a three-month period during the autumn of 2005, and was based on an analysis of data from three sources:

- A questionnaire to staff in emergency service headquarters
- Interviews of leaders in a sample of emergency service headquarters
- Log recordings¹ and associated print-outs from AMIS² for a sample of events dealt with by the emergency services, and ambulance records for the same events.

The report is in two parts:

- I. Assessment by the Norwegian Board of Health of the results of the study, and the implications for supervision
- II. The NAKOS report "Survey of Health Services for Substance Abusers. The chain of events from when the emergency

service headquarters (AMK) is informed that an unconscious person has been found until the pre-hospital service has completed dealing with the event" (Wik, 2005). (This report is only available in Norwegian).

The results of the NAKOS report indicate that emergency service headquarters have established good routines and procedures. When asked in the questionnaire and interviews, both staff and managers replied that they put these into practice when an emergency event is reported. However, a sample of the records shows that emergency service headquarters did not always do as they said. For several emergency events, emergency service headquarters did not collect adequate information about the patient's vital functions (level of consciousness, respiration and circulation) before making a decision about the appropriate response. The results also indicate that better routines for cooperation between emergency service headquarters and the police are needed in cases of emergency.

The NAKOS report also indicates that emergency service headquarters do not always use their experience to improve services. The findings show that the system for registering emergency calls and response is not designed in a way which facilitates correcting incorrect information. Consequently the system is not adequate as an instrument for learning and continuous improvement.

The study does not provide a conclusive answer to the question about whether or not events involving alcohol and drugs are dealt with differently from other events.

1) Log recordings are recordings of all telephone calls and radio communication lines at the emergency service headquarters, including conversations between the emergency service operator and telephone calls to the emergency telephone number (113).

2) The database AMIS, which is an abbreviation for Acute Medicine Information System, is the emergency service headquarters' system for registering events that the emergency services are informed about through telephone calls to the emergency telephone number (113).

According to the assessment made by the Norwegian Board of Health, there is considerable potential for improving emergency services and learning from experience. Those responsible for running emergency service headquarters should examine current routines and practices and improve them as necessary.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2005

- 1/2005** Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004
- 2/2005** Rapport om rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder
- 3/2005** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente
- 4/2005** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere
- 5/2005** Meldesentralen - årsrapport 2003
- 6/2005** Praksis knyttet til tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning etter sosialtjenesteloven kapittel 4A og kommunenes generelle ivaretagelse av hjelpetiltak etter § 4-2, a-e. Tilsynserfaringer 2003-2004
- 7/2005** Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004
- 8/2005** Ulike fylke, ulike tannhelsetenestetilbud? Tilbudet fra Den offentlige tannhelsetenesta til dei prioriterte gruppene, oversyn over bemanningssituasjonen og oppsummering av rapporteringa frå Helsetilsynet i fylka

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

Utgivelser 2006

- 1/2006** Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienter i helseforetak som gir kirurgisk behandling til pasienter med akutte sykdommer og kreftsykdommer i mage-tarmkanalen i 2005
- 2/2006** Rettssikkerhet for utviklingshemmede. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2005 med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning
- 3/2006** Et stykkeveis og delt tjenestetilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester.
- 4/2006** Bruk av tvang i psykisk helsevern
- 5/2006** Meldesentralen – årsrapport 2004
- 6/2006** Kartlegging av bruk av lindrende sedering til døende. Skriftlig spørreundersøkelse gjennomført av Statens helsetilsyn høsten 2004
- 7/2006** Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?

Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale temaer fra tilsynssakene (enkeltsaker). Serien ble etablert i 2005 og finnes på www.helsetilsynet.no. Der kan det også tegnes abonnement. Temaer i hittil utkomne numre:

- 1/2005 Behandling med vanedannende legemidler
2/2005 Feilbehandling o.a.
3/2005 Taushetsplikt
4/2005 Helsetilsynets reaksjoner i tilsynssaker mot helsepersonell
1/2006 Pasientdokumentasjon, journalføringsplikten

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles resultater fra tilsyn med sosial- og helse-tjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 7/2006

Når det haster...

Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?

På oppdrag fra Statens helsetilsyn har *Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin* (NAKOS) gjennomført en undersøkelse av den akuttmedisinske kjeden fra henvendelse om funn av bevisstløs person er mottatt hos akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) til oppdraget er avsluttet av ambulansetjenesten.

Rapporten består av to deler: Helsetilsynets tilsynsmessige vurdering av resultatene fra undersøkelsen og rapport fra NAKOS.

Resultater i NAKOS-rapporten viser at AMK har etablert gode rutiner og prosedyrer som skal brukes og som ansatte og ledere opplever at blir brukt ved melding om behov for øyeblikkelig hjelp. Likevel viser et utvalg journaler at AMK ved mange av hendelsene ikke har gjort det de sier at de gjør. Ved flere av henvendelsene om behov for øyeblikkelig hjelp har ikke AMK innhentet tilstrekkelig informasjon om pasientens vitale funksjoner til å ha et godt nok beslutningsgrunnlag for å vurdere forsvarlig respons. Resultatene indikerer også at det kan være behov for å bedre samarbeidsrutinene mellom AMK og politiet ved henvendelse om medisinsk nødhjelp.

Vår undersøkelse kan ikke gi svar på om rusrelaterte hendelser håndteres annerledes enn ved antagelse om andre årsaker til bevisstløshet, men vi har heller ikke holdepunkter for å hevde at dette faktisk skjer.

Det forutsettes at ansvarlige eiere og drivere etterser at rutiner gjennomgås og eventuelt forbedres og at det legges til rette for å utnytte eksisterende læringsmuligheter.