Funn: Beslutningsgrunnlaget var begrenset



Ukom



GJENTATTE HENVENDELSER TIL LEGEVAKT

Funn: Beslutningsgrunnlaget var begrenset

Publisert 20. februar 2024

ISBN 978-82-8465-034-0

I denne hendelsen var informasjonen helsepersonellet hadde for å vurdere Idas helsetilstand begrenset. Vi vil trekke fram tre forhold som bidro til dette:

- I systemene til legevaktsentralen var det ikke tydelig oversikt over nylige kontakter Ida hadde hatt med hele den akuttmedisinske kjeden.
- Spørsmål som ble stilt til Ida i telefonsamtalene bidro ikke til at alvorligheten i situasjonen ble oppfattet.
- Videokonsultasjon var tilgjengelig, men ble ikke brukt.

Helsepersonell må til enhver tid gjøre en helhetlig vurdering av situasjonen, og om tilstrekkelig informasjon er innhentet. Det vil alltid være risiko for at helsepersonell kan gå glipp av relevant informasjon om pasientens tilstand. Denne faren er større når det ikke gjennomføres et fysisk møte eller når helsepersonellet ikke kan se pasienten.

Ida hadde flere kontaktpunkt med den akuttmedisinske kjeden. Helsepersonellet som snakket med henne, hadde ikke en komplett oversikt over tidligere kontakter. Helsepersonell har kun tilgang til journalopplysninger som er registrert i den virksomheten de jobber i. Generelt antar pasienter at den akuttmedisinske kjeden har kjennskap til deres tidligere kontakter, og at ulike aktører har tilgang til hverandres journalnotater. I dialog med fagmiljø har det kommet fram at en samlet oversikt over nylige kontakter om øyeblikkelig hjelp med den akuttmedisinske kjeden kunne vært nyttig. Dette for å fange opp at det dreier seg om rekontakt. Kontaktoversikt vil gi informasjon som kan bidra til helhetlig vurdering. Dette er informasjon som er viktig for hastegradsvurderingen.



Illustrasjon: iStock

Det er anbefalt at alle legevakter i Norge har et system for prioritering og triagering av pasienter. I samtalene med Ida benyttet telefonoperatørene beslutningsstøtteverktøyet Legevaktindeks som er tett integrert med Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN) (35). Slike verktøy forutsetter grundig opplæring og god medisinsk kunnskap hos brukerne, men også utstrakt bruk av klinisk skjønn fra helsepersonellet (kyndighetsprinsippet) (32).

Beslutningsstøtteverktøy kan best beskrives som retningslinjer med spørsmål som operatøren kan velge å benytte seg av for råd om videre tiltak. Det er store forskjeller mellom telefonoperatørene når det gjelder kunnskap, erfaring og beslutningskompetanse. Beslutningsstøtteverktøy kan brukes til å kompensere noe for dette, og bidra til at operatørene innhenter relevant informasjon fra innringeren (15).

I Legevaktindeks og NIMN er det under de ulike områdene beskrevet spørsmål som kan være til hjelp for telefonoperatører (35, 27). Et eksempel på et slikt spørsmål er: «Hva gjør du akkurat nå?». Ved å stille dette spørsmålet kan man få bedre oversikt over situasjonen. For eksempel om pasienten må gjøre noen spesielle tiltak for å gjennomføre en telefonsamtale eller håndtere symptomer.

Triagering av pasienter

Ifølge Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral, bør legevakter ha et system for prioritering og triagering av pasienter. Formålet er å skille mellom pasienter som trenger rask hjelp og de det ikke haster med. Det finnes ulike systemer for triagering og vurdering av pasienter. Noen er utviklet spesielt for telefonvurdering, mens andre er utviklet for å bruke når pasienten er fysisk til stede. NIMN og Legevaktindeks er norskutviklede verktøy til bruk ved prioritering og hastegradsvurdering av telefonhenvendelser. NIMN brukes til å fastsette hastegrad og beslutte tiltak ved de mest tidskritiske henvendelsene og er i bruk ved alle AMK-sentralene i Norge. NIMN er ikke tilpasset helseproblemstillinger ved legevakten, men er likevel det mest brukte beslutningsstøtteverktøyet ved legevaktene. Legevaktindeks er utviklet spesielt for bruk i legevaktsentralen (7). Det finnes også andre triageringsverktøy og beslutningsstøttesystemer som blir brukt i legevakter i dag, for eksempel Manchester Triage System (MTS) (36).

I vår undersøkelse så vi ikke om selve beslutningsstøtteverktøyet, eller bruken av det, hadde betydning for hvilken hjelp Ida fikk. I samtaler med relevante fagmiljøer kommer det likevel fram at beslutningsstøtteverktøy og bruken har betydning for pasientsikkerheten. Vi har fått innspill på at spørsmål om pasienten har vært i kontakt med helsetjenesten tidligere for det aktuelle kan være nyttig. Det er behov for mer kunnskap om hvordan verktøyene påvirker pasientflyten, og i hvor stor grad de bidrar til under- og overtriagering (15) .

I en del situasjoner er det å kunne se pasienten til god hjelp for å vurdere helsetilstanden. Videoverktøy ble introdusert våren 2020. I mars 2023 hadde over 80 prosent av landets legevaktsentraler tatt videoløsninger i bruk (37). Den aktuelle legevakten hadde tilgang til videoløsning. Det er telefonoperatøren som svarer på telefonhenvendelsen som skal vurdere om video bør brukes. Det er ikke tydelig definert når videoløsning bør benyttes. Nytteverdien av å bruke video må vurderes individuelt. Det ble ikke brukt video i samtalene med Ida, og dermed hadde helsepersonellet reduserte muligheter til å identifisere objektive funn. For eksempel så ikke helsepersonell at Ida satt framoverlent og støttet magen mellom beina for å snakke uanstrengt. Beslutningsgrunnlaget ble begrenset fordi telefonoperatørene og legene kun snakket med Ida på telefon.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) fikk etter pandemien i oppdrag fra Helsedirektoratet å legge til rette for og støtte opp under bruk av video i legevaktsentral. I rapporten fra dette oppdraget ble video vurdert til å være særlig nyttig for å vurdere allmenntilstand og respirasjon. NKLM peker på behovet for å få mer kunnskap om konsekvenser og effekter av videobruk, både for legevakt og pasientene (37, 38).

De fleste legevaktsentraler har tilgang til å bruke video. Vår undersøkelse viser at bruken er begrenset og tilfeldig. Det er grunn til å anta at fordelene med video kan komme flere pasienter til nytte. Videokontakt er et hjelpemiddel for telefonoperatør ved triagering og et supplement til legenes telefonkonsultasjoner. Videkontakt er ikke en erstatning for en fysisk konsultasjon.

Beslutningsstøtteverktøy

Et beslutningsstøtteverktøy setter sammen flere typer informasjon og fungerer som en støtte ved beslutningstaking. I en medisinsk kontekst utgjør triagesystemer bare en del av beslutningsstøtteverktøyet "som statisk kunnskapsstøtte, konkret informasjon om situasjon og/eller pasient og andre forhold relevante for situasjonen" (39).

Hva betyr å triagere?

Triage (fransk) betyr å sortere: Prosess for å bestemme prioritering i behandling av pasienter basert på hvor alvorlig deres medisinske tilstand er, så tidlig som mulig. Dødelighet og sykelighet kan reduseres gjennom rask og adekvat medisinsk behandling av de som trenger det mest.

Legevaktindeks

Legevaktindeks er en videreutvikling av oppslagsverket Telefonråd, og består av standardiserte og kvalitetssikrede spørsmål, vurderinger og råd ved generelle allmennmedisinske problemstillinger. Legevaktindeks er integrert med Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN) til bruk ved tidskritiske hendelser . Responsene er delt inn i tre hastegrader: Rød (akutt), gul (haster), grønn (vanlig), og aktuelle tiltak er å gi råd, pasienten skal til lege på legevakt eller fastlege, eller å sette over til AMK (27,35).

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

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