

Undersøgelse af Den Præhospitale Enhed i Vest



Dato 26.06.2012

Sagsbehandler: Heidi Aagaard

Tel. +45 7841 2334

heidi.aagaard@stab.rm.dk

Sagsnr. : 1-30-72-124-12

Side 1/29

1. Indledning

Den præhospitale indsats udgør en meget vigtig del af vores samlede sundhedsvæsen. Lukning af små perifere sygehuse til fordel for store akuthospitaler med større afstande har gjort, at der er brug for at hospitalet hurtigt kan rykke ud til borgeren, hvis borgeren ikke selv kan komme til hospitalet.

Det er afgørende, at den præhospitale indsats er velfungerende og effektiv, hvis den skal yde den optimale hjælp til borgerne. Den skal sikre, at også de, der bor langt væk fra hospitalerne, får så god service som muligt.

Den præhospitale indsats i den vestlige del af Region Midtjylland udgør en særlig udfordring, da området er tyndere befolket, og afstandene er relativt store.

Der har gennem nogen tid været sået tvivl ved, hvor vidt den præhospitale ordning i den vestlige del af regionen kan leve op til den præhospitale indsats, der leveres i resten af regionen. Debatten har været livlig med læserbreve i dagspressen, breve til politikere mm., og mange personer og faggrupper har bidraget til debatten.

På baggrund af debatten besluttede Direktionen i Region Midtjylland at gennemføre en nærmere undersøgelse af Den præhospitale enhed i Vest, i daglige tale kaldet DPE-ordningen.

2. Baggrund

I foråret 2012 har der været talrige læserbreve i dagspressen. Politikere, læger, sygeplejersker og reddere har bidraget til debatten. Direktionen har af forskellig vej modtaget henvendelser omkring DPE-ordningen.

Personalet i DPE-ordningen har henvendt sig og beskrevet situationer, hvor DPE-personalet har følt sig chikaneret af AMK-Vagtcentralen, og det fremgår tydeligt at samarbejdet mellem DPE og AMK-Vagtcentralen er konfliktfyldt.

Direktionen har ligeledes modtaget en del henvendelser fra anæstesi-læger, der har udtrykket deres bekymring omkring forhold i DPE-ordningen. De har beskrevet eksempler, hvor ordningen ikke har levet op til almindelig god klinisk standard. Flere af de beskrevne eksempler har fundet sted før maj 2011. De pågældende læger er alle kendt af Direktionen, der er således ikke tale om anonyme henvendelser. Eksemplerne beskriver oplevelser, som de pågældende læger har haft, når de har modtaget patienter på hospitalet.

Eksemplerne beskriver tilfælde af utilstrækkelig præhospitals indsats. Fra narkoselægerens side opleves det, at sygeplejerskerne ikke føler sig kompetente til at intubere på skadestedet, men også at akutlæger har undladt intubation, hvor det er påkrævet. Der er desuden flere eksempler på sygeplejersker, der ikke har fået den fornødne støtte af akutlægen, men er blevet bedt om at køre til hospital alene med en kritisk syg patient, hvor der burde have været læge med.

I debatten har således verseret rygter om, at:

- lægerne ikke kører ud, når DPE-sygeplejersken har brug for det, eller AMK-Vagtcentralen har skønnet det nødvendigt.
- lægerne ikke vil køre ud til hjertestop, og at lægerne ikke vil køre til mulige døde patienter.
- der er flere utilsigtede hændelser indberettet fra DPE end fra regionens øvrige præhospitale ordninger.
- der er mange uregelmæssigheder i driften i DPE.
- lægerne er dårligere akutuddannede end i den øvrige del af regionen.
- DPE ikke ønsker hjælp fra andre lægebiler, og i visse tilfælde har forsøgt at afmelde disse.
- Sygeplejerskerne på akutbilen udfører behandling, som de ikke er autoriserede til.
- Sygeplejerskerne alene af sted på transporter med dårlige patienter.
- lægerne kører forsinket frem til skadested, fordi de ikke ønsker at stå alene med svært tilskadekommande inden de øvrige biler når frem.
- lægerne ikke trykker afgang i bilerne, eller trykker uden at køre.
- der er forvirring omkring hvem der har ansvaret, når både akutlæge og helikopterlæge er på skadested.
- lægerne til tider ikke kan finde vej.
- der spildes unødvendig tid på mobilkommunikation.
- man kan ikke altid få fat i lægen.

- at der efter indførelse af Dansk Index er et betydeligt ressourcspild, med unødvendig korttegekørsel af akutbiler og lægebil.
- lægerne skriver ikke journalnotater om forløbene.

Direktionen er bekendt med, at samkøringen af DPE-ordningen og regionens øvrige præhospitale ordninger samt den forløbne periode med dobbelthed, hvad angår den ledelsesmæssige reference i forhold til HEV og Præhospitalet, har været en overgangsperiode med flere mere eller mindre dokumenterede faglige problemer og svigt. Disse problemer kan have sin forklaring i både organisatoriske, faglige og personrelaterede forhold. Direktionen fandt, at mængden af henvendelser og rygter affødte en nødvendig undersøgelse af forholdene i DPE-ordningen. Man anmodede derfor Præhospitalet om en redegørelse vedrørende historik og rygter, og man vedtog efter modtagelse af denne, at Kvalitet og Sundhedsdata skulle forestå en afklarende undersøgelse af DPE-ordningen.

Der er endvidere blevet vedtaget at lægebilen i Herning pr. 1. januar 2013 skal køre på lige fod med de øvrige lægebiler i regionen, så lægerne ikke længere skal have samtidig vagt på hospitalet, når de kører lægebilen. Det er endnu ikke besluttet, om ordningen skal ændres for lægebilen i Holstebro.

3. Formål

Formålet med undersøgelsen har været at undersøge funktion og kvalitet i den særlige præhospitale model i Vest, hvor alarmmeldingen udløser en rådslagning mellem sygeplejerske og akutlægen før udkørsel og en konferering efter ankomst af sygeplejerske til skadestedet med akutlægen i beredskab, og hvor akutlægen først sekundært eventuelt kører ud.

De organisatoriske forhold for perioden 2009 til februar 2012 skulle beskrives og vurderes med hensyn til deres mulige betydning for faglige problemer og svigt. Dokumenter vedrørende ordningens særlige organisatoriske forhold skulle indgå i evalueringen, herunder gældende retningslinjer og instrukser til personalet.

Direktionen ønskede at få belyst en del af de rygter om svigtende indsats, der havde været fremme i debatten om ordningen, endvidere ønskede direktionen at patientrettigheder i tilknytning til analyserede patientforløb, særligt skulle indgå i vurderingen.

Direktionen ønskede desuden en vurdering af, om der kan placeres et ledelsesmæssigt ansvar for de svigt, der angiveligt har forekommet.

4. Proces

Direktionen anmodede efter modtagelse af redegørelsen vedrørende historik og rygter fra Præhospitalet i april 2012 Kvalitet og Sundhedsdata om at iværksætte en afklarende undersøgelse af DPE-ordningen.

Efter møder med DPE og Præhospitalet besluttede Direktionen, at et audit panel skulle deltage i undersøgelsen, og at der som led i gennemgangen af relevant materiale skulle gennemføres audit på 30 udvalgte cases.

Et auditpanel bestående af fagfolk og ledere med indsigt på området blev nedsat. Audit blev gennemført som en intern audit, med ekstern deltagelse, således at halvdelen af deltagerne i auditpanelet var uden direkte tilknytning til DPE-ordningen.

Følgende deltog i auditpanelet:

- Cheflæge Jens Friis Bak¹, Hospitalsenheden Vest, HEV
- Ledende overlæge Michael Lindhardt Rasmussen, anæstesiafdelingen HEV
- Overlæge Lars Blom, leder af DPE-ordningen
- Overlæge Poul Lenler-Petersen, leder af lægebilen Hospitalsenhed Midt
- Direktør, overlæge Freddy Lippert, Den Præhospitale Virksomhed, Region Hovedstaden
- Ledende overlæge Annette Schultz, anæstesiologisk afd. Hospitalsenhed Midt, repræsentant for Anæstesiologisk specialeråd
- Præhospitalet leder, lægelig chef Erika F. Christensen, Præhospitalet
- Lægefaglig leder af AMK-Vagtcentralen, Overlæge Claus Valter Rhode, Præhospitalet
- Formand for auditpanelet, Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen, Kvalitet og Sundhedsdata
- 1.reservelæge Heidi Aagaard, Kvalitet og Sundhedsdata, Sekretariat

Stedfortræder for den sundhedsfaglige leder i AMK-Vagtcentralen, Cecilie Petersen deltog ved audit som teknisk assistent til at tyde de tekniske rapporter, der indgik.

¹ Jens Friis Bak deltog ikke i auditmødets gennemgang og evaluering af de 30 udvalgte cases, men havde fremsendt skema med sin vurdering til sekretariatet

Auditpanelets første møde blev afholdt 14. maj.2012. I perioden frem til første møde blev forskellig dokumentation indsamlet, og der blev gjort overvejelser omkring hvilke patientforløb, der skulle gennemgås i en audit. Ved mødet blev de overvejelser man havde gjort sig i Kvalitet og Sundhedsdata præsenteret for auditpanelet, og der blev diskuteret hvilke rygter, der skulle forfølges og hvordan man skulle identificere de cases der skulle auditeres på. Man lagde en plan for fremskaffelse af dokumentation for de organisatoriske forhold og kvantitative opgørelser.

I perioden frem til audit blev materiale til cases indsamlet. Herudover blev indsamlet store mængder af dokumentation, der kunne hjælpe med at beskrive ordningen. Der blev afholdt interviews med DPE-sygeplejersker og ambulancereddere.

11. og 12.juni 2012 blev afholdt audit, hvor panelet gennemgik 30 udvalgte cases.

Rapporten er udfærdiget af Kvalitet og Sundhedsdata, der har bearbejdet resultater fra audit, samt vurderet den indsamlede dokumentation. Rapporten beskriver forholdene omkring DPE-ordningen, samt beskriver en samlet vurdering fra auditpanelet. Rapporten er godkendt af auditpanelet.

5. Metode

Evalueringen af den leverede indsats i DPE-ordningen tager udgangspunkt i debatten omkring DPE-ordningen. Der er søgt at indhente så meget information som muligt, der kan bidrage til at belyse de problemstillinger, der er blevet fremhævet i debatten.

En stor mængde dokumentation er indsamlet omkring de organisatoriske forhold, herunder tilgængelige kvantitative oversigter over alarmkald, responstider, kørsel-ikke kørsel med lægebil, døgnrapporter fra de tekniske disponenter for 4 måneder, juni 2011, oktober 2011, februar 2012 samt april 2012.

Forhold beskrevet i redegørelsen om historik og rygter vedrørende akutlægebilerne i Vest som Præhospitalet beskrev for Direktionen i april 2012 indgår ligeledes.

AMK-Vagtcentralen og HEV har leveret dokumentation, herudover er indsamlet materiale fra den offentlige debat i aviserne, samt breve henvendt til politikerne i regionsrådet.

Der blev afholdt åbent interview med fire sygeplejersker og fire ambulancebehandlere, der alle kører i DPE-ordningen. Interviews blev afholdt af Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen og 1.reservelæge Heidi Aagaard, Kvalitet og Sundhedsdata. Beskrivelser fra interviews indgår i evalueringen.

Fagligt indhold og niveau i den konkrete indsats på skadestedet eller hos den akut syge ved fremmøde, skulle vurderes ved audit. 30 cases med patientforløb blev gennemgået. For hver case blev det vurderet, hvilken sammenhæng der i enkelttilfældene havde været mellem den præhospitale indsats ved DPE, tilstanden ved ankomst til hospital samt det videre forløb for patienterne.

Audit blev gennemført som en implicit audit, hvor kriterierne ikke var defineret på forhånd, men vurdering af cases tog udgangspunkt i auditdeltagernes erfaringer, gældende retningslinjer på området og auditpanelets personlige viden samt holdning til, hvad der er god klinisk praksis.

Udvælgelse af auditmateriale.

Audit havde til formål at belyse en del af de rygter om svigtende indsats, der havde forlydt om DPE-ordningen. Auditpanelet var derfor nødt til at identificere cases, som kunne beskrive de relevante problemstillinger. Cases skulle identificeres fra perioden 1.maj 2011 til 1. maj 2012. I den periode var der ca. 6200 præhospitale udkald i Vest, hvoraf lægen kørte med på 1466 ture. Hovedkriteriet var, at det skulle handle om alvorlige og kritisk syge bedømt på alarmmeldingen, samt tilfælde, hvor DPE og lægebil ikke kørte ud samtidig. Man havde hos AMK-Vagtcentralen indsamlet en række cases, der kunne være relevante. AMK-Vagtcentralen indsendte 52 cases til Kvalitet og Sundhedsdata, som deres forslag til cases til audit. DPEs leder indsendte ligeledes 19 cases. Kvalitet og Sundhedsdata foretog et tilfældigt udtræk af 30 blandt de i alt 71 cases i forslag. Udtrækket bestod af 22 cases fra de 52 forslag og 8 cases fra de 19 forslag.

Auditmateriale

I auditmaterialet indgik journal fra Den præhospitale enhed, ambulancejournal, journal fra eventuel hospitalsindlæggelse, lydlogs fra AMK-Vagtcentralen, notater fra de tekniske disponenteres døgnrapporter i AMK-Vagtcentralen, udtræk fra GPS system på akutbiler og lægebiler, samt EVA rapporter fra AMK-Vagtcentralen på ambulancer, akutbiler, lægebiler og evt. helikopter, der beskriver hvornår melding er sendt til enhederne, hvilken melding der er sendt, og tidspunkter for modtaget tur, afgang, optaget på skadested, hjem og fri til ny opgave.

For hver case blev der lavet en forløbsbeskrivelse, som beskrev forløbet fra opkald til AMK-Vagtcentralen til afsluttet patientforløb. Auditmaterialet blev gennemgået for og sammen med auditpanelet.

6. Resultater

Følgende resultater er en sammenskrivning af den skriftlige dokumentation, der er indhentet til brug i undersøgelsen

Organisatorisk beskrivelse af DPE-ordningen.

Den præhospitale enhed blev oprettet i det tidligere Ringkøbing Amt 2003 som en todelt udrykningsordning. Ordningen bestod af fem døgndækkende sygeplejebemandede akutbiler tilknyttet amtets daværende hospitaler (Tarm, Ringkøbing, Lemvig, Holstebro og Herning). Akutbilerne blev støttet af to lægebiler, som kunne tilkaldes på begæring af sygeplejersken. Ordningen var organiseret således, at begge lægebiler var dagtidsdækkende, den ene bil fortsatte i vagttid. Lægebilen aften/nat var fritstående og lægen havde ikke andre opgaver. Døgndækningen blev varetaget på skift på ugebasis fra Herning og Holstebro. Akutbilen med sygeplejerske blev ført af en ambulanceredder fra Falck, mens lægebilen blev ført af lægen selv. Lægebilen var fuldt teknisk udrustet, bl.a. med GPS og lægerne blev køreteknisk uddannet.

Lægerne på lægebilen i Ringkøbing Amt (Herning og Holstebro) havde vagt på sygehuset samtidig med, at de havde vagt på lægebilen. Herved adskilte lægerne sig fra de lægebilsordninger, der på samme tidspunkt var etableret i det daværende Århus Amt. Lægebilerne i Ringkøbing Amt kørte frem til 2011 i gennemsnit ca. 2 gange i døgnet, hvorfor man af ressourcemæssige hensyn havde valgt denne dobbeltfunktion. I Århus Amt var lægen dedikeret udelukkende til arbejde på lægebilen, da antallet af udrykninger var langt større.

Efter dannelsen af regionen i 2007 fortsatte DPE-ordningen med at fungere som hidtil frem til 2009, hvor det blev politisk besluttet at udvide ordningen til at bestå af fem sygeplejebiler og to døgndækkende lægebiler fra hhv. Holstebro og Herning. Der blev ikke tilført ekstra økonomi. Denne situation er baggrunden for at kombivagten blev etableret. Fra 1. september 2009 blev bilen i Lemvig bemanded med læge. Lægebilen i Lemvig refererede fra starten til Hospitalsenheden Vest (HEV), ligesom de andre lægebiler i DPE-ordningen, men fra juli 2011 referede Lemvigbilen til det nyoprettede Præhospitalet.

I forbindelse med at AMK-Vagtcentralen i maj 2011 indførte sundhedsfaglig visitation og overtog alle 112 samtaler i Region Midtjylland vedrørende sygdom og tilskadekomst, blev det fra Præhospitalets side klargjort, at alle akutlægebiler herefter ville blive visiteret ensartet efter Dansk Indeks for akuthjælp, et beslutningsstøtteværktøj, der nationalt er indført til brug ved første visitation af patienten.

Af hensyn til driften på anæstesiaafdelingen i Vest, mente man ikke fra HEVs side, at det var muligt for akutlægerne at køre så mange kørsler, som Dansk Index ville forårsage.

En midlertidig ordning i en overgangsperiode tillod derfor den hidtidige funktionsmåde i DPE-ordningen at fortsætte. Ordningen for denne periode kaldte man "konferencemodellen". Ordningen gik på, at når akutbil og lægebil begge modtog udkald, konfererede de om det var nødvendigt for lægen at køre med ud. På et møde mellem HEVs- og DPEs ledelse og Præhospitalet vedrørende disponering af akutlægebiler i Vest afholdt 20. april 2011 blev der vedtaget, at akutlægen skulle melde tilbage til AMK-Vagtcentralen om lægen kørte med ud. HEVs ledelse valgte at informere personalet om, at det var sygeplejersken, der skulle melde tilbage til AMK-Vagtcentralen. Dette var et eksempel på de problemer, der kunne udløses ved at ledelsesforholdene mellem hospitalsledelsen og Præhospitalets ledelse var uklare i forhold til akutlægebilerne

AMK-Vagtcentralen var informeret om denne model, men da lægebilerne i Vest ikke var under Præhospitalets ledelse kunne AMK-Vagtcentralen ikke tvinge lægerne til at køre, og man valgte derfor at fokusere på 1) at udsende opgaven til de rette (lægebil, akutbil og ambulance) og 2) at dokumentere det problematiske i håndteringen af ordningen i vest. Konferencemodellen som man kunne betragte som en dobbelt visitation, affødte en række konflikter mellem DPE og AMK-Vagtcentralen.

På dialogmøde med HEV 1. september 2011, var der enighed om at ændre proceduren til følgende. 1) Bilerne visiteredes af AMK-vagtcentralen i henhold til Dansk Indeks på samme måde som de øvrige præhospitale enheder i Region Midtjylland.

2) I nattetimerne (kl. 00:00-08:00) gjaldt særlige regler. Her visiteredes fortsat efter Dansk Indeks. Sygeplejersken på akutbilen i henholdsvis Herning og Holstebro skulle kalde lægen efter sygeplejerskens kriterier for tilkald eller afmelding af læge. Sygeplejersken skulle i hvert enkelt tilfælde notere, hvad årsagen var, til at lægen ikke blev kaldt. Det vil sige, at Hospitalsenheden Vest bar ansvaret for manglende tilkald af læge.

3) Udenfor tidsrummet 00:00-08:00 skulle bilerne køre efter de regler, der var fastlagt i Dansk Indeks, som danner grundlag for visitation og hastegradsvurdering i AMK-vagtcentralen. Undtaget herfra var, hvis lægerne var optaget af uopsætteligt arbejde på hospitalet.

4) I de tilfælde, hvor lægerne ikke kørte på grund af arbejdet på hospitalet, skulle dette dokumenteres. Den daglige leder af akutlægebilerne skulle udarbejde et skema med dokumentationen for, hvad der opholdt læge på hospitalet .

Direktionen meldte ligeledes ud, at lægebilen skulle køre fra samme postnummer som hvor den havde base, og at det derfor ikke længere

kunne accepteres, at der blev kørt fra vagthavende læges hjemadresse udenfor det pågældende postnummer. Den oprindelige aftale, der var indgået med lægerne i vest i 2009, indebar, at lægerne havde mulighed for at have vagt hjemmefra, og at lægerne derfor havde lægebilen med på hjemadressen.

I løbet af perioden forværredes samarbejdsproblemerne mellem AMK-Vagtcentralen og DPE, og fra november 2011 blev AMK-Vagtcentralen ikke længere informeret, om lægen kører på en opgave.

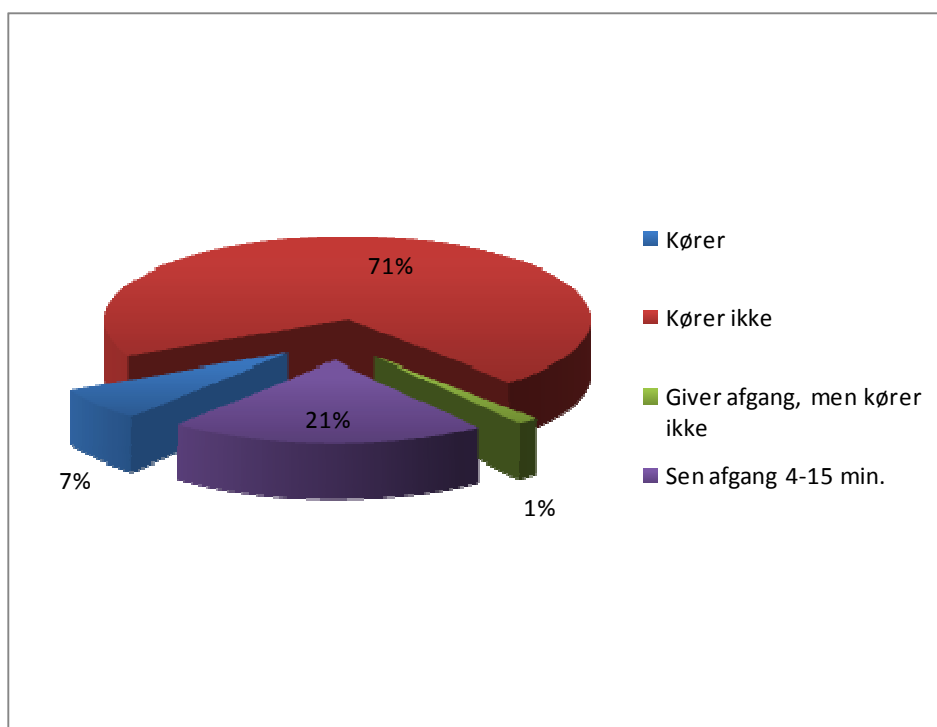
Sygeplejersken meldte i stedet, at lægen stod "standby". Dvs. at AMK-Vagtcentralen ikke fik at vide, om lægen valgte at køre på opgaven, og AMK-Vagtcentralen kunne derved ikke vurdere, om der skulle sendes et andet beredskab.

I februar 2012 blev der indført ensartet visitation i hele regionen, konferencemodellen blev afskaffet og ledelsen af den præhospitale ordning i Vest hører fra dette tidspunkt under Præhospitalet.

Opgørelse over lægebilskørsler i Vest

AMK har lavet en opgørelse over i hvilken grad lægebilerne har kørt efter udkald fra AMK-Vagtcentralen det seneste år. Opgørelsen er lavet for 3 forskellige perioder.

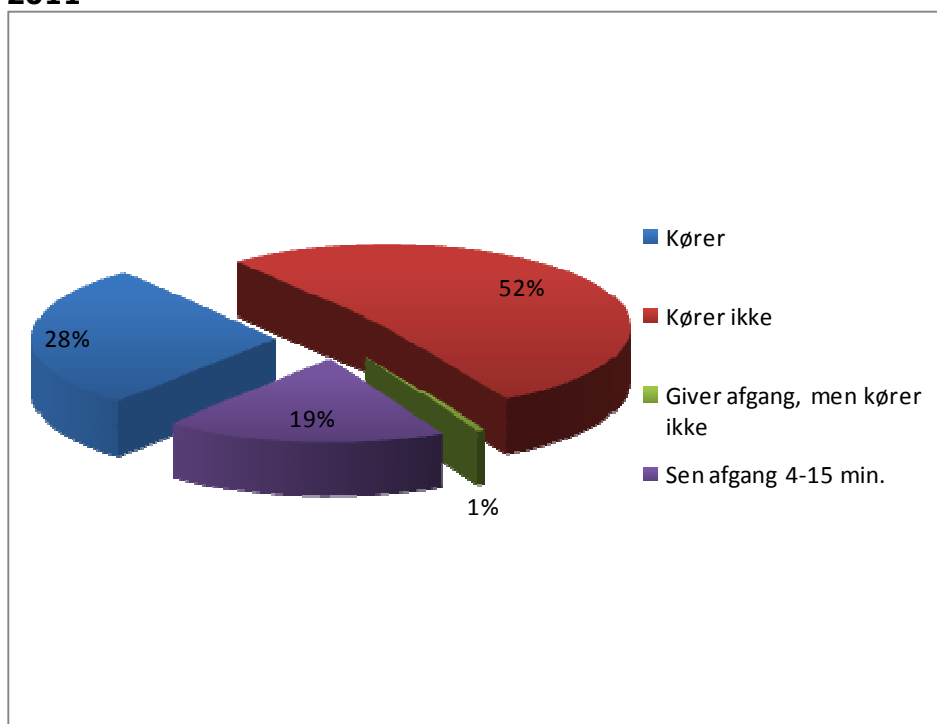
Tabel 1. Opgaver sendt til akutlægebilerne i Herning og Holstebro i perioden fra opgørelsen starter 26.juni 2011 frem til 1.september 2011. I denne periode var den præhospitale sundhedsfaglige visitation netop blevet indført.



Kilde: Eva 2000 data, registreringer i AMK-vagtcentralens døgnrapport.
N=1.043.

Tabellen viser fordelingen af 1.043 akutte opgaver i 26.juni til - 1.september 2011, hvor AMK-Vagtcentralen s sundhedsfaglige personale efter dansk indeks har visiteret, at en patient skal ses af en akutlæge på skadesstedet. Tabellen viser at der i perioden er 753 patienter, hvor akutlægebilen Herning/Holstebro ikke er kørt efter, at den er blevet disponeret til opgaven grundet konferencemodellen.

Tabel 2. Opgaver sendt til akutlægebilerne i Herning og Holstebro i perioden 2.september 2011 frem til 31.december 2011

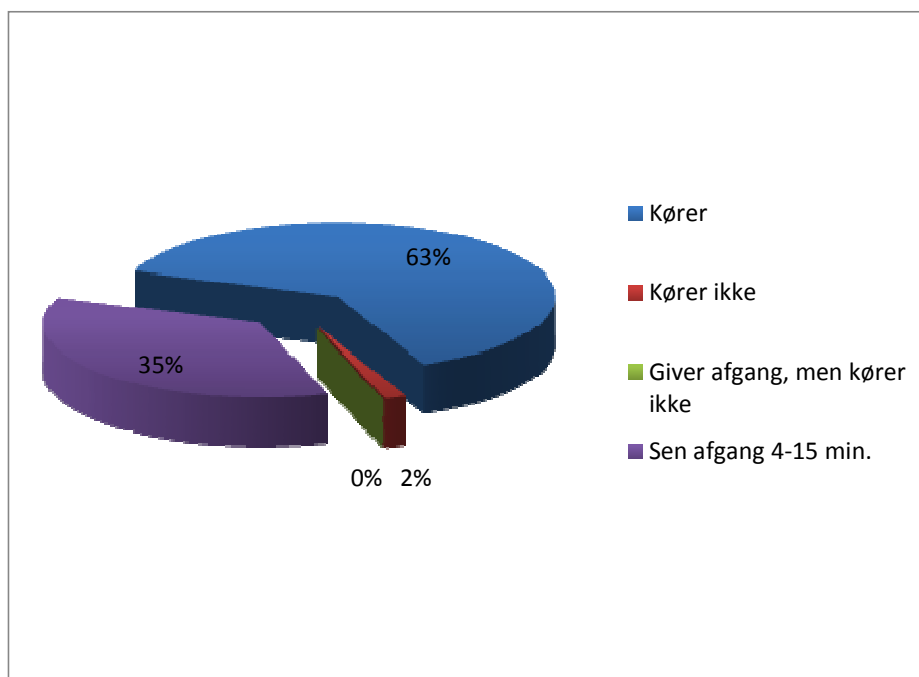


Kilde: Eva 2000 data, registreringer i AMK-vagtcentralen døgnrapport.

N=1.756.

Som det fremgår af tabel 2, blev der i perioden kørt på ca. halvdelen af de ture hvor AMK-Vagtcentralen visiterede at der var behov for en lægebil. Der blev altså forsat kørt efter konferencemodellen, trods aftale med Direktionen om at konferencemodellen kun måtte bruges om natten.

Tabel 3. Opgaver sendt til akutlægebilerne i Herning og Holstebro i perioden 1.februar 2012 til 23.marts 2012



Kilde: Eva 2000 data, registreringer i AMK-vagtcentralens døgnrapport.

N=618.

Tabel 3 viser, at efter indførsel af Dansk Index og Præhospitalet har overtaget ledelsesansvaret for DPE-ordningen, kører lægebilerne i Herning og Holstebro nu næsten alle ture de er kaldt til, på lige fod med regionens øvrige lægebiler.

AMK-Vagtcentralens opgørelse viser, at lægebilerne i 2011 i Herning og Holstebro kørte henholdsvis 903 og 563 ture. Det svarer til gennemsnitlig 2 ture pr. døgn pr. bil. Aktiviteten steg efter 1. maj 2011, hvor man indførte sundhedsfaglig visitation, kørslerne er således ikke jævnt fordelt ud over året.

På disse 1466 ture blev der brugt 1256 mandetimer. Det svarer til, at en læge i vagt har kørt ca. 2 timer pr. døgn.

Hospitalsledelsen havde i samarbejde med Foreningen af Speciallæger indgået aftale med lægerne om at de stod til rådighed for udkald i 5,5 timer i døgnnet, som de aflønnes for i form af et akuttillæg.

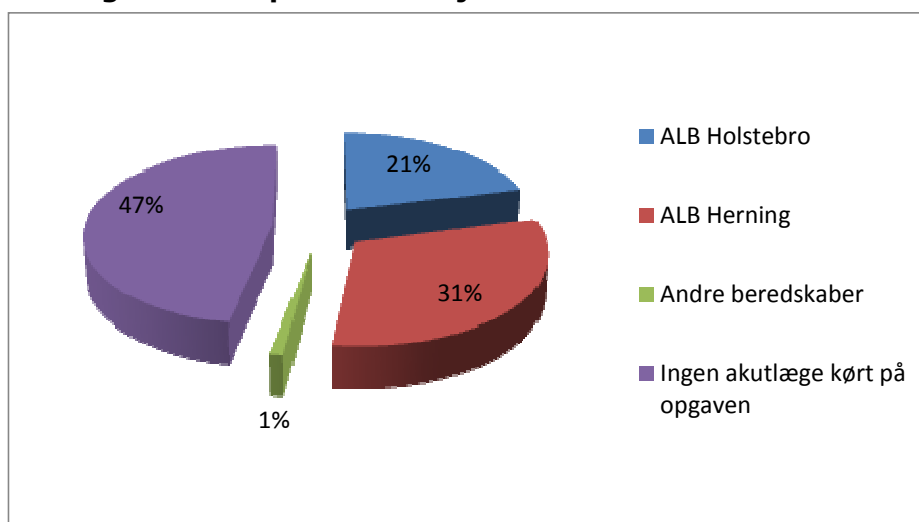
Efter indførsel af Dansk Index 1.februar 2012 er aktiviteterne vokset, og lægebilerne i Herning og Holstebro har på de 138 dage, der er opgjort frem til 17.juni 2012 kørt 1725 ture, svarende til 12,5 ture pr. dag, fordelt på de to biler. Bilerne er nu i drift i gennemsnitlig 5,5 timer for Herning og 4 timer for Holstebro

Opgørelse over kørsler til hjertestop

Et af rygterne omkring DPE-ordningen har været, at der ikke altid blev kørt på hjertestop. Efter Dansk Indeks skal akutlægebilen sendes til et skadested, hvis der gives hjerte-lungeredning, og hvis der er mistanke om hjertestop. Akutlægen kan yde avanceret hjertestopbehandling, der er vital i forhold til at sikre patientens muligheder for overlevelse.

AMK blev anmodet om at lave en opgørelse over hjertestopskørsler i Vest.

Tabel 4: Opgaver med mistanke om hjertestop i vest sendt til akutlægebilerne i perioden 24.juli 2011 – 1.februar 2012.



Side 12

Kilde: Udtræk fra Sundhedsfaglig log og kørselsdata fra EVA2000 på udvalgte postnumre. N=108

Tabel 4 bekræfter at lægebilen kun kørte på ca. halvdelen af meldingerne med mistanke om hjertestop frem til 1. februar 2012.

DPEs leder har selvstændigt opgjort overlevelsen på hjertestopspatienter. Der konkluderes, at overlevelsesprocenten efter hjertestop ligger mellem 8,6 og 18,8 % i årene 2005 til 2010. Lederen påpeger, at resultaterne ligger på linje med landets øvrige lægebilsordninger.

Kvalitet og Sundhedsdata har ikke vurderet DPEs opgørelse, da denne ikke omhandler kører/kører ikke problematikken, men i stedet overlevelsen. Der kan konkluderes at det er korrekt, at der ikke kører lægebil til alle hjertestop i den vestlige del af Region Midtjylland.

Utilsigtede hændelser

Ved opgørelse i Dansk Patient Sikkerheds Database blev der set på antallet af indberettede utilsigtede hændelse på lægebilerne i Vest og de øvrige lægebiler i Regionen.

Tabel 5: Registrering af UTH på akutlægebiler i Region Midtjylland fordelt på geografisk placering.

Akutlægebil	2010*	2011	2012**	Samlet
Herning / Holstebro	1	10	9	20
Andre	0	1	0	1
Total	1	11	9	21

*september-december

**januar-marts

Antallet af utilsigtede hændelser fortæller intet om i hvilket omfang fejl forekommer. De fortæller imidlertid at der er fokus på problemer i en sådan grad, at man ønsker at indberette dem, og antallet kan give en pejling om omfanget af problemer.

Præhospitalet udførte i marts 2012 sammen med HEV's ledelse en analyse af 6 af de indberettede utilsigtede hændelser, der alle blev vurderet som alvorlige eller dødelige. Der blev ved analysen identificeret en række kvalitetsbrist, der var eller muligvis var årsag til hændelsen. Der blev efter analysen iværksat tiltag for at undgå disse kvalitetsbrist fremover.

Kvalitet og Sundhedsdata kan konkludere, at der indberettes flere utilsigtede hændelser på lægebilerne i Vest end ved de øvrige lægebiler og at der tages hånd om disse indberetninger.

Uregelmæssigheder i driften

I undersøgelsen blev der valgt at se på driften, berettet fra de tekniske disponenter (TKD) ved AMK-Vagtcentralen. Døgnrapporten føres af TKD, som bruger den til at noterer alle driftsforstyrrelser, uoverensstemmelser, korrektioner af EVA tider og andet som har betydning for den præhospitale drift. Man udvalgte 4 måneder juni 2011, oktober 2011, februar 2012 samt april 2012, som blev gennemgået.

Tabel 6. Opgørelse af døgnrapporter for AMK Vagtcentralen med fokus på akutlægebiler

	ALB kører ikke	AMK ikke informeret om lægen kørte	Andet	Total
Juni 2011				
ALB vest	236	65	25	326
ALB øvrige	3	0	3	6
Oktober 2011				
ALB vest	178	53	37	268
ALB øvrige	3	0	1	4
Februar 2012				
ALB vest	12	10	35	57
ALB øvrige	0	0	3	3
April 2012				
ALB vest	2	2	48	52
ALB øvrige	1	0	0	1

Tabellen afspejler formentlig en underrapportering, da det forudsætter at TKD har tid til at følge hver enkelt opgave, hvilket ikke er muligt ved spidsbelastninger.

Kolonnen "andet" dækker i 2011 primært over beskrivelser af u hensigtsmæssige forløb og i 2012 primært over "ude af drift" meddelelser fra akutlægebilen i Vest samt hændelser hvor en akutlægebil i Vest ikke "slås hjem", hvilket betyder en falsk lang driftstid på bilen, der "afsløres" på bilernes GPS.

Man kan i tabel 6 konkludere at de mangfoldige driftsforstyrrelser, der blev set i Vest, ikke blev set på de øvrige lægebiler i regionen. Dette mønster ændres i februar 2012, hvor lægebilerne i vest siden har kørt væsentligt flere ture, men AMK-Vagtcentralen beretter at

lægerne til gengæld i højere grad er begyndt at melde bilerne ude af drift grundet aktivitet/bemanning på sygehusene. AMK-Vagtcentralen oplyser, at de ikke har modtaget information om at drift eller bemanning på sygehusene skulle være blevet ændret.

En del af driftsforstyrrelserne har været forårsaget af de særlige aftaler, der har været indgået med HEV. AMK-Vagtcentralen har haft forståelse for behovet for disse aftaler, men AMK-Vagtcentralen har i mange situationer været fagligt uforstående overfor, at man fravælger at lægebilen kører.

I DPE har man oplevet en modvilje fra de tekniske disponerers side med henblik på at acceptere den aftalte "konferencemodel". Modellen har været svær at håndtere for de tekniske disponerere, da de skulle visitere på én måde til midt og øst, og på en anden måde til den vestlige del af regionen.

Døgnrapporterne er således også et udtryk for den frustration, som de tekniske disponerere har oplevet under visitation til DPE ordningen.

Uddannelsesniveaut på lægebilerne i Vest

Den seneste opgørelse over uddannelsesniveaut er udarbejdet med lederne af akutlægebilerne i maj 2010.

Tabel 7: Uddannelsesniveaut for akutlæger i Region Midtjylland (2010)

	Antal læger	PHTLS	ATLS
Århus	22	14	22
Viborg	13	2	4
Silkeborg	11	2	5
Randers/Djursland	19	2	18
HEV*	17	3	3
I alt	82	23	52

*Akutlægebilen Lemvig er efter 1/7 2011 primært bemanded med læger fra de østlige akutlægebilsordninger.

Akutlægebilsordningen i Horsens startede 1. september 2010 og fremgår derfor ikke af tabel 7.

Efterfølgende er der afholdt PHTLS kursus 2 gange specielt for lægerne på Region Midt's akutlægebiler.

Kvalitet og Sundhedsdata kan konkludere, at det er korrekt at uddannelsesniveaut for akutlægerne i Vest i maj 2010 lå under de øvrige akutlæger i Regionen, på trods af at ordningen i Vest har været kørende i mange år. Akutlægebilsordningen i Viborg først blev startet op i 2009, hvilket kan være en forklaring på, at flertallet af lægerne endnu ikke har disse kurser.

Afmelding af andre beredskaber

I undersøgelsen er fremkommet en instruks, der er udsendt til DPEs personale fra DPEs leder 28. november 2011.

Af instruksen fremgår det at ..."når lægen i Herning/Holstebro har visiteret udkaldet til, at akutbilen kan klare opgaven, skal der selvfølgelig ikke aktiveres andre lægebiler. Mod sund fornuft er det uhyre vanskeligt at få Præhospitalet til at forstå dette."

Sygeplejerskerne instrueres i instruksen til at afmelde helikopteren hvis akutlægen har vurderet der ikke er behov for denne, uafhængigt af AMK-Vagtcentralens sundhedsfaglige visitation.

Præhospitalets ledelse og AMK-Vagtcentralen blev ikke informeret om denne nye instruks.

Kvalitet og Sundhedsdata kan konkludere, at det er korrekt, at man i Vest har forsøgt at afmelde andre fremmede lægebiler og akutlægehelikopter.

Sygeplejerskerne på akutbilen udfører behandling, som de ikke har rammeordination til eller ikke er autoriserede til.

DPEs leder beretter, at der er udført 35 intubationer under bedøvelse, heraf er de 4 udført af sygeplejersker under force majeure efter telefonisk kontakt med lægen. Herudover har sygeplejerskerne udført intubationer ved hjertestop, som de har tilladelse til.

Sammenholdt med sygeplejerskernes og reddernes beretninger og bekymringerne fra anæstesilægerne, vurderer Kvalitet og Sundhedsdata, at det meget sjældent forekommer at sygeplejerskerne udfører behandling, de ikke har rammeordination til eller er autoriserede til.

Responstider for lægebilerne i Herning og Holstebro

Det har ikke været muligt for AMK at opgøre responstiderne på lægebilerne i Vest, da perioden har været præget af radiofejl, hvor lægen ikke får betjent radioen i bilen korrekt. Disse radiofejl kan være en konsekvens af, at lægen kører alene i bilen.

7. Resultater fra interviews

Der blev afholdt åbent interview med fire sygeplejersker og fire ambulancereddere, der alle kører i DPE-ordningen. Interviews blev afholdt af Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen og 1.reservelæge Heidi Aagaard, Kvalitet og Sundhedsdata.

Overordnet må man konkludere, at de to faggrupper var påvirket og farvet af debatten omkring hvor vidt sygeplejerskebemandede akutbiler skal erstattes med paramedicinere. Interviews gav dog alligevel et billede af, hvordan DPE ordningen fungerer i dagligdagen.

Sygeplejerskerne berettede:

Akutbilsordningen består af to vagthold på hver 23-25 anæstesisygeplejersker. Det ene hold kører Herning og Tarm, det andet Holstebro og Ringkøbing. Når akutbilen kører ud, er der altid 4 personer til stede, da der foruden sygeplejerske og redderen, der kører bilen, også kommer to reddere med primærambulancen. Samarbejdet med Falck er overvejende godt. Sygeplejersker og reddere kender hinanden godt, og de ved hvad hinanden kan.

Overlæge Lars Blom har hele tiden fungeret som ankermand for ordningen. Han har været ansvarlig for undervisning og temadage, samt de praktiske forhold. Der gøres meget ud af debriefing efter alvorlige hændelser. I dagligdagen fungerer meget af dialogen i vagten, samt ved vagtskifte, og der bliver gjort meget ud af uddannelse.

Ved telefonopkald er der mulighed for at bruge headset, så sygeplejersken har hænderne fri, ellers beder hun redderen ringe op, så hun kun holder telefonen, når der er opnået kontakt til lægen. Alle nødvendige telefonnumre er indkodet i telefonen. Sygeplejerskerne oplever ikke, at der tabes tid på grund af opringninger.

Når akutbilen kører ud, overtager en anden sygeplejerske vagten. Dvs. skal sygeplejersken med på transport til f. eks Skejby, træder en anden sygeplejerske til, som også kan køre med akutbilen. Det lader til, at det nogle gange forvirrer AMK en smule, at der kan være to sygeplejersker til rådighed.

Der opleves kommunikationsproblemer med AMK-Vagtcentralen, og sygeplejerskerne har til tider følt sig chikaneret af de tekniske disponenter på AMK-vagtcentralen. De har oplevet, at de tekniske disponenter ikke har haft ordentligt kendskab og forståelse for den konferencemodel, som der var aftalt i Vest.

Efter AMK-Vagtcentralen indførte sundhedsfaglig visitation er der blevet sorteret mere i turene. En del overflødige ture bliver sorteret fra. Der er også færre regulære ambulancekørsler. 6.juni 2011 blev der af DPEs leder udarbejdet en vejledning med skærpede kriterier for, hvornår akutlægen skulle kaldes med ud. Sygeplejerskerne oplevede dog, at denne ikke blev respekteret fra AMKs side.

Sygeplejerskerne finder at Dansk Index er godt for AMK-Vagtcentralen, der skal disponere, men i Dansk Index er der ikke mulighed for at disponere en sygeplejerske-akutbil, men kun lægebil eller paramedicinere. Efter indførsel af Dansk Index i feb. 2012 er

ordningen forandret, fordi lægebilen nu sendes med ud hver gang i selskab med akutbilen.

De interviewede sygeplejersker havde aldrig oplevet, at de ikke kunne få fat i akutlægen. De havde heller ikke oplevet at lægen ikke ville køre ud, hvis de anmodede om det. Hvis akutlægen ikke vil køre med ud, så er det fordi sygeplejersken ikke har formuleret sig klart.

Under konferencemodellen ringede sygeplejersken altid til akutlægen i forbindelse med afgang. Der var dog en aftale om at spare lægen om natten, således at man om natten ikke ringede til lægen med helt banale ting, som for eksempel tilfælde med lavt blodsukker eller fulde mennesker.

Nogle gang kan akutlægen have problemer med at forlade sygehuset pga. bemandingsproblemer og må i disse tilfælde nedlægge lægebilen og nøjes med at støtte akutbilen telefonisk. Sygeplejerskerne oplever, at AMK-Vagtcentralen kan have svært ved at forstå, at disse situationer kan opstå.

En instruks med disponeringsvejledninger beskriver de sager som akutbilen kan køre ud til alene. Det kan f.eks. være fleregangsfeberkræmper hos børn på over et år. Ofte er kræmperne ovre, når de når derud, og de skal blot tilses af en læge efterfølgende. Såfremt dette er muligt, arrangeres det med egen læge eller en vagtlæge. De oplever, at det er nemt at få fat på egen læge pr. telefon. Ved tvivl i forhold til disponeringsvejledningen kontaktes akutlægen altid.

Sygeplejerskerne oplever at især transporter til Skejby med STEMI patienter fungerer rigtigt godt. Det er altid sygeplejersken, der ledsager disse patienter. Såfremt patienten bliver dårlig under turen, har de mulighed for at få backup af en akutlæge hele vejen, da de også får støtte fra Silkeborgbilen og Århusbilen.

Når akutbilen kører ud til hjertestop oplever de tæt kontakt med akutlægen og evt. hjertemedicinsk vagthavende. Hjertelægen ordinerer den nødvendige medicin, såfremt patienten overlever.

Sygeplejerskerne oplever ikke, at akutlægen ikke vil køre med ud til hjertestop, men ofte skønner de i fællesskab på meldingen, om lægen vil kunne gøre en forskel, dvs. om der skønnes at være mulighed for at redde patienten. Lægen kører altid med ud ved yngre mennesker og børn. DPE oplever det ikke som lang tid, de må vente på at lægen når frem, når de står alene med et hjertestop, da de har deres instrukser at gå efter.

Ved hjertestop må sygeplejersker gerne intubere. Ud over ved hjertestop er det yderst sjældent, at DPE intuberer ved force majeure " Det er ikke noget vi gør, men det er noget vi kan" Sådanne ture markeres med en rød prik, og journalen går til DPEs leder, som gennemgår sagen.

Sygeplejerskerne skriver journal på patienterne, også når akutlægen er med. Man kan ikke se i journalen, om lægen er kørt med ud primært, eller efter anmodning fra sygeplejersken, man kan heller ikke se hvem, der har gjort hvad.

Alle de interviewede sygeplejersker følte sig trygge med ordningen og oplevede at få den hjælp og støtte fra akutlæge, som de havde brug for.

Ambulancebehandlerne berettede:

AMK-Vagtcentralen bestemmer hvilke biler, der skal køre ud. For tiden er det både akutbil, lægebil og primærambulance, der kører ud, nogle gange suppleret med helikopter. Det kan virke meget voldsomt, at så mange folk møder op til en patient. Meldingen, der sendes ud til de tre aktører, er ikke nødvendigvis den samme.

Det giver frustration og forvirring omkring patienten, når tre forskellige personer/hold kommer og stiller de samme spørgsmål. Der går tit ged i styringen og de tre aktører er ikke uddannede til at supplere hinanden. Sygeplejersker og ambulancebehandlere uddannes ikke efter samme koncept. Ambulancebehandlere bruger max. 10 minutter til at komme af sted med en kritisk patient, resten ordnes under transporten. Sygeplejerskerne kan bruge op til 30 minutter inden afgang. Sygeplejerskerne vil meget gerne til, og går ofte ind og laver de ting som ambulancebehandlerne plejer at gøre. Fraset få typer medicin og intubation, er der ikke meget at sygeplejerskerne kan, som ambulancebehandlerne ikke kan.

I Herning er det ingen hemmelighed, at samarbejdet mellem DPE og Falck ikke fungerer så godt. De oplever også, at samarbejdet med helikopter fungerer dårligt.

Ambulancebehandlerne oplever en faglig utilfredshed, pga. den dårlige styring, og oplever at patienterne i Vest får en dårligere behandling, end i resten af regionen. Der opstår en del fejl og uhensigtsmæssigheder, fordi man er i tvivl om, hvem der skal vurdere og styre i situationen.

Ambulancebehandlerne oplever, at sygeplejersken meget hurtigt ringer til akutlægen efter ankomst til adressen. Nogle gange så hurtigt, at patienten ikke er tilset inden der ringes. Det virker som om, primært fokus ved ankomst er at få lægen afmeldt, hvis det er tilfældet. Ambulancebehandlerne savner at fokus i stedet var på patienten.

De oplever nogle gange, at lægen når helt frem til adressen, men at sygeplejersken blot vinker til lægen, hvorefter denne kører igen uden at se patienten.

Det opleves, at sygeplejersken bruger meget tid på at ringe til læge og visitation, og at det forsinket afgang fra adressen.

Ambulancebehandlerne ser ikke sygeplejerskerne benytte et headset,

men de står med telefonen i hånden, og har derfor kun en hånd på patienten. Endvidere vil sygeplejersken ofte gerne optage journal på adressen, frem for i bilen, som ambulancebehandlerne gør. De vil ofte også gerne optage journal på alle patienter på et skadested, frem for blot på den patient, der skal køres med. De vil gerne have målt værdier og lagt venflon inden afgang, hvilket redderne normalt gør under kørslen. Ambulancebehandlerne oplever, at meget vigtig tid går tabt ved disse forsinkelser (op til 15 minutter)

Det er næsten altid sygeplejersken der kører med i ambulancen, og lægen kører sin egen bil bagved, og kan hoppe ind i ambulance ved behov.

Det faktum at lægebilen ofte er sat ud af drift i flere timer, hvis den skal afhentes af Falck, er i høj grad med til at påvirke driften (der kan gå op til 60 minutter inden bilen afhentes). Hvis lægen er med i ambulancen, forbliver sygeplejersken der også, hvilket giver et problem med pladsmangel. Ambulancebehandler kan ikke undværes i bårerummet, da sygeplejerske og lægen ikke selv kan finde det udstyr, der er behov for.

Når akutbilen kører alene kan sygeplejersken ofte opfylde de krav, som de fleste patienter har behov for. Ambulancebehandlerne mener, at de fleste af disse krav også kan opfyldes af ambulancebehandlere.

Ved flere tilskadekommande oplever ambulancebehandlerne, at sygeplejerskerne ofte kommer til kort. Det virker til, at de ikke er trænet i organisering af hjælpen på skadestedet, som at standse ulykken, få overblik og tilkalde tilstrækkelig yderligere hjælp. I stedet går de ofte i gang med én patient, eller begynder at optage CPR-numre på de involverede personer. Nogle sygeplejersker går i panik ved mange tilskadekommande, fokuserer på meldingen og får skyklapper på. Også nogle af lægerne kan miste overblikket i disse situationer, og ikke alle mestrer KOOL-læge (koordinerende læge) funktionen lige godt.

Lægerne er ikke vant til at komme først, og de mangler ofte hænder fordi de kører alene, hvis de når frem først. Derfor oplever ambulancebehandlerne til tider at lægebilen er lidt længere tid end forventet om at nå frem. Endvidere er det set, at sygeplejersken og endda lægen kan finde på at trække sig lidt tilbage under hjertestopsbehandling.

Det faktum at lægen kører alene i bilen skaber også problemer. Trods at de bliver køreteknisk uddannet, er de hårde ved bilerne, og bilerne går ofte i stykker. Nogle gang kan lægen ikke komme af sted, fordi lægen ikke er klar over at bilen ikke kan starte før strømstikket er trukket ud.

Lægerne kan have problemer med at finde vej, både fordi de selv skal navigere, men også fordi de ofte forstyrres af opkald under kørslen. Tilmed kan lægerne have vagt fra fredag til mandag, og

lægebilen bliver nogle gange nedlagt om natten, fordi lægen må sove. Det er bekymrende at vide, når de kører så stærkt.

Ambulancebehandlerne finder at alt for mange patienter kommer med ind på sygehuset, fordi sygeplejersken ikke kan afslutte behandlingen, som en læge ville kunne.

Før 1.feb.2012 kørte lægerne sjældent med til hjertestop. Det gør de nu, og ambulancebehandlerne oplever, at der sker langt mere, end da det kun var sygeplejersken, der kørte ud. Lægerne handler mere og har simpelthen flere kompetencer og tager flere beslutninger. Før var det et forsinkende led at man skulle vente på lægen frem for at køre.

Alle ambulancebehandlere oplevede, at akutbilen var et tidsforsinkende led. Der bliver brugt unødigt tid på journalskrivning, og meget tid på telefonkonference. Lægen mangler i ambulancen, fordi han skal køre bilen bagved. Uddannelserne supplerer ikke hinanden og det skaber forvirring. Sygeplejerskerne og ambulancebehandlere har stort set de samme kompetencer.

8. Resultater fra audit

Fokus i audit har været at undersøge, om der i dokumentationsmaterialet kan genfindes nogle af de kvalitetsbrist, der forløber rygter om. Cases var som beskrevet under metodeafsnittet ikke tilfældigt udvalgt.

Når audit metoden anvendes, skal man være opmærksom på visse forbehold. Audit har et eksplorativt formål og skal skabe overblik over tendenser og mønstre i de gennemgåede journaler i forhold til konkrete spørgsmål, i dette tilfælde de beskrevne rygter.

Journalaudit er velegnet i forbindelse med kvalitetsvurdering og netop for at afdække eventuelle mangler eller kvalitetsbrist, der bør reageres på/tages ved lære af. Audit har således ikke til formål at generere statistik eller at generalisere bredt.

Hvorvidt et konkret forhold, der afdækkes ved audit, udgør et reelt problem, kan ikke nødvendigvis afgøres ud fra den givne stikprøve, men kan vurderes fagligt og eventuelt belyses yderligere i en efterfølgende undersøgelse. Der skal derfor advares imod sammenligning på tværs på baggrund af den aktuelle auditundersøgelse.

Følgende temaer blev identificeret ved audit af de 30 udvalgte cases:

Manglende retningslinjer for ledsagelse

Der blev i flere cases identificeret hændelser som afspejlede, at der mangler retningslinjer for, hvornår en patient skal ledsages ved transport, og af hvem.

Forsinkelse af akutbil og lægebil pga. ophold på hospital

I flere cases kom akutbil og lægebil minutter for sent af sted pga. ophold på hospital. Det var uvist, hvorfor denne forsinkelse fandt sted, der kan have været tilfælde af radiofejl. I hovedparten af cases kom akutbilen hurtigt af sted. I en enkelt case blev der fundet at akutbilen var kørt lige forbi skadestedet på sin vej for at hente sygeplejersken på hospitalet.

Lægebil kører sent

Der var flere eksempler på, at lægen kørte sent på en alvorlig melding. Det var ikke muligt at klarlægge hvorfor, pga. af den sparsomme journalføring.

Akutbil og lægebil undlader at melde til AMK-Vagtcentralen om lægen kører med

Der var en del cases, hvor der ikke blev meldt tilbage til AMK-Vagtcentralen om lægen kørte med, hvilket understøtter den tendens, der blev set i de tekniske disponenteres døgnrapporter. Det er meget uheldigt, da AMK-Vagtcentralen derved ikke har overblik over hvilke beredskaber, der er kørt og hvilke der er disponible.

Uoverensstemmelser mellem radiomeldinger, GPS og besked fra DPE

I flere cases var der uoverensstemmelse mellem den tilbagemelding AMK-Vagtcentralen havde fået fra sygeplejersken, GPS koordinater der viste hvor lægebilen befandt sig, og hvilken besked der blev sendt via radioen. Denne tendens er ligeledes set i de tekniske disponenteres døgnrapporter. En mailkorrespondance mellem DPEs læger bekræfter, at man har prioriteret at nå hurtigt frem til patienten frem for at give korrekt radiomelding til AMK-Vagtcentralen. Dette har været støttet fra ledelsens side, da man var klar over, at dette var en konsekvens af at lægen kørte uden chauffør.

Lægen afmeldes af akutbil inden akutbilen er nået frem

Der blev set flere eksempler på, at lægen blev afmeldt inden akutbilen var nået frem. Man afmeldte altså lægen alene pga. oplysninger fra primærambulance eller ud fra en vurdering af primærmeldingen. I flere af tilfældene viste det sig at være en forkert vurdering.

Lægebil kører ikke til alle hjertestop

6 ud af de 30 cases var cases, hvor lægen ikke var kørt til en hjertestopsmelding, i yderligere 2 cases var lægen kørt for sent. Auditpanelet fik indtryk af, at man i en vis grad fravalgte at køre på hjertestop med store afstande og på gamle patienter. Der blev også

set eksempler på, at man havde undladt at køre til et hjertestop tæt på hospitalet. Auditpanelet vurderede, at lægen burde være kørt til alle hjertestop.

DPE visiterer på et utilstrækkeligt grundlag, at lægen ikke skal køre

I flere cases blev fundet at sygeplejerske og læge visiterede, at lægen ikke skulle køre, på et utilstrækkeligt grundlag. Man ved, at man ud fra meldingen sjældent kan vurdere, hvor alvorlig situationen er på skadestedet. Det er svært for personalet i AMK-Vagtcentralen, der sidder med indringer i røret at afgøre, og det må nærmest være umuligt at kunne afgøre ud fra en beskrivelse på én linje tekst, modtaget på radio.

Svigt i kommunikationen ved optaget telefon ved akutilægen

Der foreligger retningslinjer for hvad sygeplejersken skal gøre, hvis det ikke er muligt at få fat på akutilægen. Det er helt essentielt for ordningen at sygeplejersken kan få telefonisk støtte fra lægen. Der blev set eksempel på at disse retningslinjer ikke blev fulgt, med et uheldigt forløb til følge.

Hjertestopsbehandling stoppes lidt for hurtigt

I flere af cases vurderede panelet, at hjertestopsbehandlingen på skadestedet var afsluttet hurtigere, end der anses for god klinisk standard.

Uklare meldinger fra AMK-Vagtcentralen

I flere cases var meldingen fra AMK-Vagtcentralen til bilerne uklar. Personalet i AMK-Vagtcentralen har kun få sekunder til at vurdere hvilke biler, der skal sendes af sted. Meldingen, der sendes til radioen, er en støttende beskrivelse til bilerne. Ved konferencemodellen blev meldingen til radioen afgørende, da man skulle konferere ud fra denne. Ved konferencemodellen giver en uklar melding fra AMK-Vagtcentralen stor risiko for en fejlvurdering og dermed fejlvalgt efterfølgende respons.

Standby instruksen forhindrer AMK-Vagtcentralen i at disponere

En case i audit beskrev konsekvensen af en meget uheldig instruks, der pr. 28. november 2011 var blevet indført af DPEs leder, uden man havde informeret AMK. Instruksen gik på, at sygeplejersken skulle melde tilbage til AMK, at lægen stod standby, hvis han ikke kørte med ud fra start, for at forhindre at AMK sendte fremmede lægebiler. Det forhindrede AMK-Vagtcentralen i at have overblik over disponible biler og sikrer ikke patienten den hjælp vedkommende skal have ifølge Dansk Indeks. Instruksen blev kun brugt i kort tid.

Læger undlader at køre på alvorlige meldinger

En stor del af cases bekræftede, at lægen ikke kørte på alvorlige meldinger. Panelet skønnede i flere tilfælde at blot på den korte melding på radioen, var det ikke forsvarligt at undlade at køre, i

andre cases lød meldingen måske ikke så alvorlig, men med den viden, at man ud fra indringers oplysninger ikke altid kan vurdere alvorligheden af situationen, burde lægen være kørt på mistanken.

Sygeplejersken fejlvurderer hvornår der er behov for lægestøtte

Der blev i flere cases fundet, at sygeplejersken ikke var i stand til at vurdere, hvornår der var behov for lægestøtte. Der blev undladt at sende bud efter lægen ved alvorlig sygdom, og der blev set flere eksempler på fejlvurderinger fra sygeplejerskernes side, især i situationer, hvor de lavede diagnostik.

Sygeplejersken konfererer ikke med læge om natten, fordi denne sover

DPEs leder udsendte d.6.juni 2011 en instruks, der beskrev, at sygeplejersken kun måtte konferere med lægen om natten under skærpede omstændigheder. Derved blev det sygeplejerskens ansvar ud fra den korte melding på radioen at vurdere, om der var behov for at lægen kørte med. Auditpanelet fandt denne aftale meget uhensigtsmæssig.

Antidot bliver ikke givet på skadested

I 2 cases blev der fundet, at der ikke blev givet modgift, der kunne have været livsreddende på skadestedet, grundet sygeplejerskernes manglende kendskab til disse. Havde lægen været med ville modgiften blive givet på skadestedet, og ikke først ved ankomst til hospitalet.

Intubation undladt på kritisk patient

I et par cases blev der set, at der var undladt intubation (lufttube til sikring af vejrtrækning), der burde have været foretaget på skadestedet på meget dårlige patienter. I en case var det en læge, der havde undladt at intubere. Auditpanelet fandt dog, at det var acceptabelt at sygeplejerskerne ikke udførte disse vanskelige og risikofyldte intubationer, som de ikke har autorisation til at udføre uden tilstedeværelse af anæstesilæge. Man fandt dog, at der i disse situationer burde have været kaldt assistance fra lægen

Dansk index-koden skrives ikke altid på radiomelding

Der foreligger en aftale mellem DPE og Præhospitalet om, at der skal sendes en Dansk Index kode på radioen sammen med tekstmeldingen, så man ved, hvordan meldingen er visiteret. Ved ca. 50 % af 112- kaldene fra AMK-Vagtcentralen, vises kun adresse og turtype på SINE-radioen, og DPE kan først læse den fulde melding, når de når ned i bilerne. Denne manglende kode til SINE-radioen har forsinket muligheden for konference mellem sygeplejersken og lægen.

Unødvendige indlæggelser

Ved audit fandt man, at flere af opgaverne kunne være færdigbehandlet på skadestedet af en læge, så man kunne have undgået transport til og indlæggelse på hospitalet.

9. Auditpanelets samlede vurdering af DPE-ordningen

Auditpanel fandt, at DPE-ordningen som den fungerede frem til 1.februar 2012 var utilstrækkelig. Audit har vist at DPE-ordningen er et system, der efter at AMK har overtaget 112-opkaldene, ikke længere hænger sammen.

Samkøringen af DPE og AMK-Vagtcentralen, har været en rigtig dårlig proces og bærer præg af mangelfuld kommunikation fra begge sider. Problemerne startede ikke med indførslen af Dansk Index, men allerede da AMK overtog 112-opkaldene.

En stor svaghed i den komplekse DPE-ordning er, at det har været uklart hvor det ledelsesmæssige ansvar har ligget. Der mangler kriterier og retningslinjer. Denne uklarhed giver mulighed for uheldige beslutninger.

DPE sygeplejerskerne står vanskeligt. De mangler nogle af reddernes kompetencer på skadestedet, og de har ikke lægens kompetencer til diagnostik og lægens handlekompetence. Sygeplejerskerne er heller ikke uddannet til at træffe de beslutninger, som for eksempel paramedicinere er trænet i. Der hviler derfor et meget stort ansvar på sygeplejerskerne.

Ved audit har det i mange cases været klart, at sygeplejerskernes kompetencer i forhold til at kunne vurdere situationen, ikke har været tilstrækkelige. De er ikke klædt på til at kunne vurdere patienterne, der ofte fejler flere ting samtidig. Meget vigtig tid har været brugt på telefonopkald, og det har taget fokus fra patienten. Auditpanelet stiller spørgsmålstejn ved, om det er korrekt at sygeplejerskerne ikke har følt sig alene, når de ofte har stået alene i 20 minutter med en patient med hjertestop?

DPE-ordningen har ikke haft vilkår, der har gjort det muligt at løfte den opgave, der blev stillet. Det har været u hensigtsmæssigt, at lægerne har dækket vagt to steder. Man kunne ved audit få indtryk af et anelse lavere engagement ved de læger, der kører i DPE, end man ser på de øvrige lægebiler i regionen. Det kan være svært at være dybt engageret, når man passer to opgaver sideløbende.

Auditpanelet finder det u hensigtsmæssigt, at lægen selv har kørt lægebilen. Det har været en stor opgave både at skulle finde vej, tale i telefon med sygeplejersken og betjene radioen under udrykning. Det har været årsag til en række betydelige radiofejl, der har gjort det svært for AMK-Vagtcentralen at have overblik over, hvor bilen befandt sig.

Man kan i cases spore en manglende accept af konferencemodellen fra AMK-Vagtcentralens side. Lydlogs har været præget af en tone med manglende tillid fra de tekniske disponenter side.

Det har været svært for auditpanelet at danne sig et fuldt overblik i de enkelte cases. Man har i DPE valgt ikke at føre en selvstændig lægelig journal, hvorfor der mangler en del oplysninger. Der kan stilles spørgsmål ved, om lægerne i DPE har opfyldt deres juridiske forpligtelse til at føre journal med den fælles DPE-journal?

Samlet vurdering af cases var, at nogle af patienterne ikke fik den optimale behandling. Der blev dog vurderet, at der i de 30 cases, der blev auditeret på, ikke var egentlig svigt eller fejl som kunne danne grundlag for erstatningssager. Flere af patienterne kunne angiveligt have været færdigbehandlet på stedet, hvis der havde været en læge til stede.

I de enkelte cases har det været svært at vurdere, hvem der har haft ansvaret. Endvidere mangler der også klarhed med hensyn til, hvornår der skal refereres til Præhospitalets ledelse.

Auditpanelet kan ikke kritisere DPE-ordningen som oprindeligt er skabt og udviklet i en anden sammenhæng. Den bærer præg af, at man har forsøgt at løfte en opgave, som med de afsatte ressourcer ikke har været mulig. DPEs leder har prøvet at styre ordningen under de givne betingelser, dog mere som en del af en hospitalsløsning end som en del af en samlet præhospitalet løsning.

Det er auditpanelets holdning at konferencemodellen, som DPE brugte frem til 1. februar 2012 har vist flere svagheder end styrker, at systemet ikke hænger sammen med AMK-Vagtcentralen, og det kan ikke leve op til nutidig god klinisk standard på det præhospitale område. Konferencemodellen skaber usikkerhed om ansvar og beslutningskompetence.

Der var enighed i auditpanelet om at rene lægebiler, der visiteres efter Dansk Index uden tvivl er en bedre præhospitalet løsning. Så snart andre biler er med i ordningen, følger der vurderinger med, og det skaber en svaghed i systemet. Ligeledes er samtidig udrykning af både lægebil, akutbil og ambulance unødvendigt til opgavevaretagelsen.

Hvorvidt antallet af opgaver er tilstrækkelige til at begrunde en ren lægebilsordning som i de øvrige dele af regionen, er uden for auditpanelets opgave at vurdere.

Hvis auditpanelet skal pege på en anden løsning, var panelet overvejende enige om, at en løsning med paramedicinere i primærambulancen støttet af en lægebil kunne være en mulighed. Det ville kræve klare retningslinjer for, hvem der kan afmelde lægen og på hvilke kriterier. Det bør være helt klart for alle, hvem der kører til hvad. Lægen bør ikke køre alene i bilen.

Der bør endvidere komme en organisatorisk afklaring. Det er ikke holdbart, at det både er HEVs ledelse og Præhospitalet, der har ansvaret.

Der er også plads til forbedringer i SINE-radiosystemet og lægebilerne, da flere af bilerne er gamle og ofte går i stykker. De nye radioskærme i bilerne, kan volde problemer. AMK-Vagtcentralen sender oplysninger til den samme skærm, som man bruger til GPS, det er besværligt, at man skal trykke på skærmen mange gange, og ikke kan have overblik over begge dele samtidigt. Endvidere kan man intet se på skærmen i stærkt dagslys.

Disponeringsværktøjet og kompetencen til at visitere 112-opkald bør uden tvivl ligge hos AMK-Vagtcentralen, det kan ikke fagligt forsvares, at der efterfølgende visiterer på et tyndere fagligt grundlag, som tilfældet har været i konferencemodellen.

10. Konklusion på undersøgelsen

DPE-ordningen er opstartet i perioden, hvor 112-alarmcentralen var betjent af politiet og uden sundhedsfaglig visitation. Den sundhedsfaglige konferering ved alarmering, som var et vigtigt element i ordningen, var et udtryk for et behov for sundhedsfaglig vurderet gradueret respons, et behov som siden er blevet varetaget ved anvendelsen af Dansk Index som grundlag for håndtering af alarmopkald, visitation og disponering i AMK-Vagtcentralen.

Ordningen i vest var dog behæftet med svagheder. Det, at den er opbygget som en to-trins model, gør den til en sårbar organisation, fordi der optræder flere muligheder for funktionsproblemer eller svigt.

Ved AMK-Vagtcentralens visitation til "læge med" er der ingen sikkerhed for, at lægebilen rent faktisk kører med. Heller ikke ved sygeplejerskens udkald af lægebilen, er der sikkerhed for at lægebilen faktisk kører ud. Det skyldes det indbyggede behov for faglige skøn i ordningen. For det første skal sygeplejersken på stedet vurdere, om lægen skal kaldes ud. For det andet kan lægen vurdere, om han/hun finder det nødvendigt at køre ud, da lægen alternativt kan give sygeplejersken en kontraordre om at handle på stedet og igangsætte transport til hospital.

Kostbar tid bruges på denne telefoniske konferering med mulig forsinket behandling af patienten til følge.

DPE-ordningen har også en svaghed i, at lægebilen føres af lægen selv. Når lægen er involveret på skadestedet og det ville være hensigtsmæssigt eller nødvendigt for lægen at ledsage patienten i ambulancen til hospitalet, efterlades lægebilen på skadestedet og skal hentes ved en særtransport af Falck på et fejlblad. Dette forhold kan sætte lægebilen ud af drift i flere timer. Et særligt forhold i forbindelse med denne funktionsmåde kan opstå, hvor lægen tøver

med eller er uvillig til at ledsage patienten i ambulancen, for at undgå at efterlade lægebilen på skadestedet. Derved bliver transport af kritisk syg eller ustabil patient ikke optimal, fordi lægeledsagelse er nødvendig i sådanne tilfælde.

DPE-ordningen i Vest er efter akutreformens gennemførelse og præhospitalets organisering og styring af akutresponset ved alarmering blevet konfliktfyldt og vanskelig. Det skyldes, at den sundhedsfaglige visitation er fortsat med at få en dobbelt udførelse i vest. Først visiterer og disponerer AMK-Vagtcentralen, dernæst foretages der med konferencemodellen i vest endnu en vurdering. Resultatet bliver en uhensigtsmæssig og uklar indsats i vest. Gennemgangen af de udvalgte cases giver flere eksempler på dette.

Fra 1.februar 2012 er der tale om en efterlevelse af AMK-Vagtcentralens disponering (dog ikke fuld efterlevelse, som opgørelserne viser), men til gengæld er der tale om et unødvendigt og ressourcetungt respons, at der sendes tre biler samtidig.

Ordningen må derfor karakteriseres som et clash mellem en historisk fungerende ordning i vest og en ny situation med sundhedsfaglig visitation og disponering af gradueret respons via AMK-Vagtcentralen. De mange tegn på konflikt og uhensigtsmæssig funktion har sin forklaring i dette forhold.

Den præhospitale ordning i vest bør derfor ændres i overensstemmelse med de ordninger, der fungerer i resten af regionen. Helt konkret skal den sundhedsfaglige konferencemodel ophøre, den enmandsbetjente lægebil bør ændres til lægebil med ambulancebehandler som chauffør. Akutbilerne betjent af sygeplejersker har dermed ikke nogen plads i en ændret ordning for Herning og Holstebros vedkommende. Fremtiden for akutbilerne i Ringkøbing og Tarm bør vurderes i lyset af, at der i disse områder er afstande, der udgør en særlig udfordring.

Hans Peder Graversen, cheflæge
Afdelingschef, Kvalitet og Sundhedsdata